

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

HISTORIAL

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

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

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

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

PRECIOS DE SUSCRIPCION

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

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

La correspondencia administrativa y giros al Administrador...

La científica y profesional al Director.....

Apartado de Correos, núm. 121.

PRIMERA DENTICIÓN

JARABE DELABARRE

Facilita la Salida de los Dientes

En suaves Fricciones
en las Encías

Calma los Gritos del Niño

Evita los Accidentes de Dentición

Establecimientos FUMOUE

78, Faubourg Saint-Denis, Paris



Reconstituyente muy Enérgico

CARNINE LEFRANCO

Jugo de Carne de Buey Cruda

ANEMIA, NEURASTENIA, DEBILIDAD
CONVALESCENCIAS, TUBERCULOSIS,
AFECIONES DEL ESTÓMAGO
Y DEL INTESTINO

preparado en frío y concentrado
en el vacío,
en solución sacaro-glicerizada

1 a 2 cucharadas de las de sopa por día

ESTABLECIMIENTOS FUMOUE, 78, Fg Saint-Denis, PARIS



Representante en España: D. DANIEL ROBERT. Claris, 72. — BARCELONA



SANATORIO NEUROPÁTICO

CARABANHEL BAJO (Madrid). — Teléfono 116 C.

Director: DR. GONZALO R. LAFORA

Plaza de la Independencia, 8. — MADRID

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

Véanse reglamentos a la Administración.

INSTITUTO MEDICO-PEDAGOGICO

CARABANHEL 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.

PARA LAS ENFERMEDADES NERVIOSAS

ELIXIR POLIBROMURADO AMARGÓS

BROMURANTINA
(Nombre registrado.)

Calma, regulariza y fortifica los nervios.

Contiene los bromuros potásico, sódico, estróncio y amónico, asociados con sustancias tónico amargas.

FRANQUEO
CONCERTADO

Pour tout ce qui concerne la Publicité française s'adresser à Ms. Louis Vidal & Comp.,
107, Rue Lafayette.-Paris, (10°), ou à l'Administration du Journal.-Serrano, 58 a Madrid.



¡CONTRA EL DOLOR!

nervioso, reumático, cefálea, neurálgico, regla dolorosa, dolor tabético, dentario nervioso, dolor canceroso, raquialgia meningítica y postanestésica, dolor postpartum y post-abortum.

ACONSEJAD

CEREBRINO MANDRI

Producto de fabricación nacional que desde el año 1894 ha llevado su fama siempre en aumento, llegando a ser considerado como una especialidad de primer orden consagrada por médicos y público, habiendo alcanzado supremacía como medicamento de éxito seguro para vencer dolores nerviosos o reumáticos los más variados sin producir accidentes de ninguna clase, ya que los medicamentos que integran su fórmula están en dosis mínima y solo por una feliz asociación de sus acciones analgésicas y antirreumáticas se logra obtener grandes resultados terapéuticos con una mínima cantidad de medicamento.



7

ESPECIALIDADES ACREDITADAS DEL

Laboratorio COLL OLIVÉ

París, III · BARCELONA

<p>SOLUCION "GIOL" iodofosfato cal iodurada</p> <p>ELIXIR INGLUVINA "GIOL"</p> <p>JARABE POLIBALSAMICO "GIOL"</p> <p>PERLAS COLL OLIVÉ ioduro potásico (0.20)</p> <p>PERLAS COLL OLIVÉ pancrebiliares</p> <p>GOTAS EMENAGOGAS COLL OLIVÉ</p> <p>"STROARSIL" gran. eferv.</p>	<p>RECONSTITUYENTE PARA NIÑOS DOSIS: ADULTOS, 3 cucharadas grandes NIÑOS, 3 cucharadas pequeñas</p> <p>ENFERMEDADES DEL ESTÓMAGO DOSIS: 2 cucharadas grandes</p> <p>AFECCIONES BRONCOPULMONARES DOSIS: ADULTOS, 6 cucharadas de café NIÑOS, 2 cucharadas de café</p> <p>ARTERIOESCLEROSIS DOSIS: De 1 a 6 perlas</p> <p>PUTREFACCIONES INTESTINALES DOSIS: De 4 a 6 perlas</p> <p>DISMENORREAS. MENOPAUSIAS DOSIS: De 20 a 60 gotas</p> <p>ALBUMINURIA DOSIS: De 2 a 4 cucharadas de café</p>
---	--

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

ORIGINALIDAD TERAPEUTICA

ACEITE HIGADO DE BACALAO EGABRO, FOSFORADO, AROMATIZADO Y DULCISIMO: Novísima y única especialidad española. Científica impregnación molecular, en frío, del aceite hígado de bacalao, sin el más leve cambio químico, de olor delicioso y gratísimo al paladar. Adultos y niños lo toman como una golosina. Verdadera revolución terapéutica. No es grosero producto sintético ni una desacreditada emulsión: es algo serio, original y único que ofrecemos al médico español.

FEBRIFUGOL: Elixir.—Único preparado de fórmula racional, moderna y radicalísima para combatir las fiebres tíficas, paratíficas y colibacilares y demás infecciones endodigestivas. Rápida antisepsia interna, sin sales de mercurio ni fermentos lácticos.

NUTRIL: Extracto de cereales y leguminosas, maltosado, vitamínico, de alto coeficiente nutritivo y fácil digestión. Diferente sabor y aroma en cada frasco.

HALITOL: Antiséptico, desinfectante y profiláctico originalísimo. Purifica, perfuma e inmuniza. El bactericida más nuevo y eficaz. Higiene íntima, otitis, baños, heridas infectadas, etc., etc. Infalible siempre.

FIMONIOL: Elixir.—Preparación balsámica, desinfectante y sedante de vías respiratorias. Eficaz y agradable.

LABORATORIO EGABRO—GABRA (Córdoba), España.

lesión visceral tuberculosa, habrá que temer una recidiva de la peritonitis bacilar.

El estado general del enfermo —En las peritonitis serofibrinosas con derrame libre se encuentra el estado general del enfermo bastante mejor conservado que en las formas caseosas. En éstas son muy marcados el adelgazamiento, la anemia, las grandes oscilaciones febriles, la hipotensión acentuada, sobre todo si tales síntomas persisten mucho tiempo y si resisten a todos los tratamientos.

Las complicaciones son poco corrientes en las tuberculosis peritoneales con ascitis libres, que hemos considerado generalmente como más benignas; pero son corrientes y agravan mucho el pronóstico en las otras formas. Entre estas complicaciones se encuentran la compresión y la oclusión del intestino, los trastornos funcionales, las neuralgias, las cirrosis progresivas viscerales, y cuando se trata de las formas ulcerocaseosas, se producen también las aberturas de focos en el intestino o en el peritoneo, con posibles flemones periumbilicales.

Las otras localizaciones de la tuberculosis. —Seguramente que no habrá un enfermo de tuberculosis peritoneal que no presente también lesiones de la misma naturaleza en la pleura o en el pulmón; pero lo que sí ocurre en muchos casos es que estas últimas lesiones no se encuentran en evolución, y, por lo tanto, la atención del clínico se puede dirigir exclusivamente sobre las lesiones del peritoneo. Ahora bien: la existencia de estas otras localizaciones cuando se hallan las lesiones correspondientes evolucionando y lo mismo la existencia de enfermedades intercurrentes son otros tantos factores que agravan el pronóstico. Cualquiera de ellos puede acelerar la marcha de la tuberculosis. De aquí que la peritonitis tuberculosa primitiva sea generalmente menos grave en el niño que en el adulto; pero en cambio la aparición de las fiebres eruptivas y demás enfermedades infecciosas corrientes en la infancia pueden despertar una tuberculosis peritoneal latente o acelerar la marcha de la misma si hasta entonces llevaba una evolución benigna. El alcoholismo crónico agrava también el pronóstico de la

enquistada. Algunas veces se abre camino el pus hacia el recto, hacia la vagina o hacia la vejiga. En muchos casos se manifiestan estos procesos, desde luego en forma crónica, pero no es excepcional que tenga la enferma de cuando en cuando procesos agudos que interrumpen la marcha normal de la enfermedad.

Otras veces, cuando se trata de hombres, no es raro que presenten alteraciones de la micción, tales como polaquiuria y dificultades para el flujo de la orina con alternativas de períodos de diarreas y otros de estreñimiento. A la larga se ve sobrevenir un fenómeno de oclusión intestinal crónica y atenuada con períodos prolongados de estreñimiento y meteorismo, timpanismo a la percusión y contracciones peritálicas exageradas que se perciben a través de las paredes del abdomen. La palpación es incapaz de descubrir nada: ni empastamientos peritoneales ni dolores, salvo, si acaso, en el hipogastrio, en el que se nota una masa resistente que a la presión desaparece hacia la pelvis menor. Si se somete a estos enfermos al tacto rectal, no será difícil, generalmente, determinar el origen pelviano de todos estos trastornos.

Muchas veces se descubrirá de este modo en la parte superior de la pared anterior del recto, una masa que lo deprime y comprime contra el sacro, masa irregular, tanto por su forma como por su consistencia, pues al paso que en unos sitios es dura, se halla en otros en estado de reblandecimiento. Por medio del tacto y la palpación combinadas se demuestra que se trata de una masa voluminosa que ocupa casi toda la pelvis menor. Al mismo tiempo que se estudian los síntomas locales hay que estudiar los generales, por ejemplo, el adelgazamiento y los brotes febriles, la anemia, etcétera. Todo ello se hará con el fin de determinar la naturaleza del proceso, porque los síntomas inmediatos de éste no permiten sospechar siquiera la naturaleza tuberculosa del mismo.

Tanto en las formas difusas como en las localizadas, pero en éstas más que en aquéllas, con el fin de asegurar el diagnóstico y no dejar pasar inadvertido un proceso tuberculoso, o, lo que sería peor, para no hacer el diagnóstico del

mismo cuando no existe, lo que podría dar lugar a descuidar el momento oportuno de una intervención, se debe ir por etapas de la manera siguiente:

Los primero que hay que determinar es si se trata verdaderamente de una peritonitis, y si es primitiva, pues pudiera tratarse de un proceso visceral con reacción peritoneal secundaria. El interrogatorio permitirá diferenciar este proceso de peritonitis crónica de las secuelas de una peritonitis aguda.

Tanto cuando se trata de las formas difusas como cuando se trata de las limitadas, cuyo diagnóstico es bastante más delicado, hay que ir atendiendo a los hechos siguientes:

Se determinará si se trata de una peritonitis efectiva o si se trata de una lesión visceral con una reacción más o menos intensa del peritoneo. Por medio del interrogatorio se averigua o se descarta la existencia de una peritonitis anterior y por medio del examen detenido de los diferentes órganos se va determinando el estado normal o patológico y, si es posible, el estado funcional de los mismos. Abarca dicho examen el volumen del hígado y del bazo, el estado de la circulación colateral, la existencia de sangre en las deposiciones y la exploración radiológica.

Si el órgano en cuya proximidad se encuentran los síntomas no se halla afecto se buscará la existencia de lesiones intestinales o gástricas que se toman por primitivas con excesiva frecuencia, y también se sospechará la existencia de peritonitis tuberculosas ante algunas formas de apendicitis biliares en las que no hay ictericia ni otros síntomas fundamentales. No se debe tener la idea de que se encontrarán con frecuencia síntomas físicos como el empastamiento o la tumoreación en el sitio de las lesiones, porque son sumamente frecuentes las formas secas que se traducen solamente por un dolor abdominal fijo y tenaz que se exagera por la presión.

Nunca se debe despreciar la importancia de este dolor, del que se tiene que pensar que en ocasiones constituye toda la sintomatología de una peritonitis tuberculosa plástica. En tales casos, el examen de la viscera cubierta por la

hace falta encarecerle en la actualidad, y en cuanto a su peligro, es no solamente nulo, sino que, por el contrario, más bien resulta una intervención útil, hasta el punto que desde hace mucho tiempo se viene aconsejando esta operación como tratamiento de la peritonitis tuberculosa, de modo que en todos los casos en que el diagnóstico sea dudoso y el tratamiento médico no dé el resultado apetecido, se debe recurrir al quirúrgico con fines diagnósticos y terapéuticos simultáneamente. Puede decirse que en la gran mayoría de los casos la evolución de la peritonitis tuberculosa es crónica y de gran duración. La marcha se encuentra interrumpida por mejorías y agravaciones frecuentes e irregulares, sobre todo cuando se trata de la forma ulcerocaseosa. En muchos casos tiene un carácter benigno y curable. El pronóstico depende de numerosos factores, pero los más importantes son los siguientes:

La rapidez de la evolución.—Las formas agudas parecen de evolución más rápida y de peor pronóstico que las crónicas; suelen coincidir con una granulía y con una septicemia grave. No es que las citadas formas agudas tengan un pronóstico inmediatamente fatal cuando se encuentran al comienzo de su evolución, pero sí es evidente que demuestran la existencia de un proceso ulcerocaseoso de evolución progresiva. Las formas subagudas y las crónicas, tanto si tienen ascitis libre como si son secas, son las más benignas y curables, lo mismo que las pleuresías.

La forma de las reacciones y el estado general de los órganos subyacentes.—La reacción serofibrinosa es más benigna, especialmente cuando se encuentra la ascitis libre. Algunas formas sin ascitis se encuentran en las mismas condiciones. Por el contrario, las peritonitis tabicadas con grandes plastrones son las que se encuentran sometidas a recidivas frecuentes y suelen determinar la muerte por caquexia progresiva, y si bien pueden curar, lo hacen dejando secuelas y tras de un tratamiento muy prolongado. Lo más importante para determinar el pronóstico en tales casos es el estado de las vísceras. Siempre que se observe una reacción peritoneal, aunque sea seca y existiendo bajo la misma una

TERTULIA MÉDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

— AMENIDADES —

11-VI-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.

Profilaxia mental a domicilio.

El Dr. Pierre Málé, autor de este artículo, es médico del Hospital Psiquiátrico Henri Rousselle, de París, y discípulo del Dr. Toulouse. El Hospital Henri Rousselle, uno de los primeros de Francia, tiene un dispensario profiláctico o centro de consultas externas para enfermos nerviosos o mentales. Completa la acción de este dispensario un servicio de asistencia médica y social a domicilio, cuya obra nos explica el Dr. Málé.

«Existe cierto número de personas que padecen perturbaciones nerviosas

Fábrica especializada en Productos Dietéticos y de Régimen Vegetariano.

CASA SANTIVERI, S. A.—Call, 22.—Barcelona.

o mentales, que no se consideran enfermas y que se niegan a consultar al médico, sin que sus medios les permitan muchas veces ver a un especialista.

El centro de consultas externas del Hospital Henri Rousselle responde a las necesidades de aquellas familias que no pudiendo llevar al enfermo a la consulta deseen un consejo. En este caso nos ofrecemos a visitar al enfermo a domicilio con un objetivo que puede resumirse así:

Cuidar en cierto modo, a pesar de sí mismos, pero con la colaboración de sus familiares, a los nerviosos y a los que padecen enfermedades mentales; discernir la gravedad de las perturbaciones que observemos durante las visitas; apreciar, por último, el peligro que ciertos enfermos pueden constituir para sí mismos y para los demás.

¿Qué métodos empleamos en estos casos de práctica delicada? El problema

“MALTOPOL”

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

consiste en llegar hasta el enfermo sin dificultad. Cuando se trata de una visita solicitada por la familia, nos ponemos de acuerdo con ella y estudiamos el modo de examinar al paciente. Para ello no se necesita recurrir a ninguna superchería en la mayor parte de los casos. El médico se presenta como médico y obtiene la confianza del enfermo, por difícil que sea.

Algunas veces se trata de individuos que viven aislados, sin amigos y sin familia, y que pueden constituir un peligro grave. Las quejas de los vecinos, un

aviso de la Policía, nos llevan a examinarlos. La investigación social y una visita a domicilio permiten darse cuenta

ION-CALCINA

— PALLARES —

A base de Cloruro de Calcio.

FRASCO E INYECTABLES

ta de la naturaleza y de la importancia de los trastornos mentales y tomar una decisión.

¿A qué conclusión llegamos después de estos exámenes a domicilio?

En ciertos casos, se trata de enfermos que pueden ser cuidados en la consulta o en el Hospital Rousselle. Sus perturbaciones son temporales y curables.

La intervención médica a domicilio decide al enfermo a cuidarse. Tal es el caso de los que padecen infecciones, intoxicaciones, sobre todo los alcohólicos, que siguen curas breves de aislamiento y de abstención. Lo mismo ocurre con las personas ansiosas, obsesionadas o

Diarreas estivales

ELDOFORMO

Bayer-Meister Lucius

deprimidas, a quienes asusta la consulta de psiquiatría, temiendo que «las tomen por locas», según su propia expresión, cuando en realidad son atendidas en el dispensario como cualquier enfermo de medicina general.

En vez de corazón o de pulmones se trata aquí de sistema nervioso, pero nuestros órganos están unidos de tal modo que un individuo que ante todo se cree un nervioso, padece en realidad trastornos o lesiones del aparato circulatorio o digestivo.

En fin, algunos enfermos, a pesar de creerse perseguidos o alucinados, después de una visita a domicilio acaban por aceptar que se les ponga en observación y se les cuide en el hospital. A veces ven en ello un modo de salvarse de sus perseguidores y así podemos eni-

JARABE ALMERA

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

darlos sin necesidad de internarlos y, si se trata de perturbaciones temporales, curarlos.

Pero al lado de esta acción estricta-

mente médica, necesitamos en muchos casos ejercer una acción de profilaxia social, valiéndonos de las visitas a domicilio.

A los enfermos mentales que constituyen un peligro para sí mismos y para los demás, tenemos que guardarlos algún tiempo en un asilo, después de examinarlos.

Un certificado expedido a tiempo y el internamiento después de un examen psiquiátrico, permiten evitar muchos de esos dramas que con frecuencia relatan los periódicos, protegiendo además los que rodean al enfermo y poniendo a éste en condiciones de ser cuidado a pesar de sí mismo.

Así lograremos salvar a toda una categoría de pacientes que se enclaustran,

Yoduros Bern de (K y Na), químicamente puros. No provocan Iodismo. Fabricación nacional.

se niegan a alimentarse normalmente y un día arman su brazo para el suicidio o el crimen, inquietando, aterrorizando a los demás.

Una organización paralela se necesita para que funcione bien este servicio médico a domicilio. Ahí está el servicio social del Hospital Henri Rousselle que estudia las condiciones en que vive el enfermo, que puede sostener a su familia y ayudarlo cuando mejor a recobrar su puesto en la sociedad.»

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

La cartera de «Decio Carlan»

La mayor parte de los que no se han tomado el trabajo de estudiar y de reflexionar sobre las cuestiones difíciles, se amparan en decir que son hombres

Jarabe Bebé. - Tetradínamo. - Septicemol. - Purgantil (Jarabe de Frutas)
Véase anuncio, página III.

prácticos, y así, conoceréis muy pocos que aspiren al calificativo de pedagogos, de políticos o de médicos que no afirmen que conocen prácticamente todo lo que con trabajo apenas han aprendido los demás. Ellos podrán no haber educado un solo niño, por habérselo negado la providencia y no haber abierto un libro de enseñanza, porque no encontraban atractivo en ello; podrán no conocer ni la Constitución del Estado en que viven; pero oídles afirmar lo que ellos saben y harían en la administración pública y marcha de la vida po-

lítica; podrán no saber como marcha la sangre por el cuerpo ni haber estudiado para qué sirve el esqueleto, pero no les veréis enmudecer ante un enfermo grave o una medida preservativa de una epidemia.

Son unos seres felices en sí mismos; aunque son el fundamento de la desgracia de los demás. Desconfiad de los que se llaman prácticos.

Ich.

Inapetencia, Anemia, Debilidad

VINO MADARIAGA, tónico - fosfatado.

videmos que necesitan un punto de apoyo sin el cual nada pueden, y ese apoyo es la bondad del propósito.

Ich.

Sucede con la felicidad como con los relojes: los menos complicados son los que se estropean menos.

Condesa Dianor.

Amamos mucho la justicia y poco a los hombres justos.

Bonalde.

Los estrechos en Geografía son como las religiones en el mundo espiritual e

IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico.
BALDACCÍ - PISA

histórico; separan aparatadamente las tierras y los continentes, pero unen los mares en un conjunto de solidaridad profunda y eléctrica.

Jehová, Bhuda, Cristo, Mahoma, Confucio, ¿son mares diferentes? Parados en medio de la lectura de sus textos auténticos, ¿sabéis en qué mar navegáis? No necesitáis recordar que hay costas de duras rocas, acantilados y playas que marcan vuestro camino con arreglo a vuestras necesidades, pero no a la profunda solidaridad humana.

Ich.

Los maldicientes son como los tigres: se les teme aun cuando jueguen.

Md. Lambert.

La tendencia de todos los fracasados

YODALGON
ARRHENALADO
COMBINACIÓN ORGÁNICA DE YODO Y ARSÉNICO

por culpa propia, se manifiesta en atribuir su desastre o a los otros hombres o a las circunstancias de tiempo, de

lugar o de mala fortuna. Siempre el hombre busca fuera de sí lo que lleva dentro fabricado por él.

Ich.

Hay muchos filósofos y no menos po-

CARABAÑA: el mejor purgante.

líticos que piensan que cambiando la etiqueta o el rótulo de las botellas se cambia su contenido. Este es quizá el mayor de los errores y la más perturbadora de las creencias.

Ich.

Hay seres cuya vista moral está permanentemente enfocada para el infinito, y éstos es raro que acierten las visiones de los actos de la vida ordinaria. Difícil es saber si estos tales son útiles o inútiles a sus semejantes; para saberlo sería necesario vivir con ellos en el

Antiséptico GLORÓGENO LUMEN

Muestras gratis.
Centro Farmacéutico Jienense.
Apartado 22. — Jaén.

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

Ich.

La ignorancia es madre de los errores y nodriza de los vicios; el pecado prevalece más por la ignorancia.

San Isidoro de Sevilla.

Las ilusiones son la lactancia de la juventud; el ideal es el destete, la edad peligrosa.

Huye de la impaciencia por emplear lactancias artificiales.

Ich.

Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.
Alcalá, 88. — Madrid.

Academia de Medicina de París.

EL CHOCOLATE LECITINA. — SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA GANGRENA PULMONAR. — RADIOGRAFÍA DEL ESTÓMAGO Y DE LOS RIÑONES.

El ministro de Higiene transmite a la Academia de Medicina por aviso una demanda de la Cámara sindical de chocolatería visando el empleo de la lecitina a la dosis de 0.3 por 100 en la fabricación del chocolate. Envió una Comisión que presentó un informe.

Monsieures H. Vincent y G. Stodel recomiendan más que nunca contra la gangrena pulmonar el suero antigangrenoso polivalente, utilizado después de la guerra con grandes éxitos.

El profesor H. Vincent añadió que el suero conviene asociarlo; los arsenobenzoles si existen espiroquetes; el sue-

ro antiestreptocócico o antineumocócico si son éstos los gérmenes correspondientes.

Se podrá así disminuir la mortalidad de esta infección tan grave. M. Bazy da después su reciente comunicación sobre la invisibilidad de cálculos vesicales úricos, reconociendo que en ciertos casos estos cálculos podrán ser visibles, por ejemplo, cuando envueltos de una capa de ganga de sal de cal, opacas como se sabe a los rayos X, o cuando únicamente están compuestos de fosfatos.

Presenta M. Desgrez una comunicación de MM. Delaby Charonnat y Ja-

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

mot sobre la radioactividad de ciertas aguas minerales.

Monsieur V. Pauchet por interesantes proyecciones demuestra la utilidad de la gastrofotografía como método de investigación directa del estómago. M. Chevassu perfecciona el diagnóstico de la tuberculosis renal por la radiografía.

Proyecta en la pantalla una doble serie de clisés radiográficos demostrativos: riñón nefrectomizado inyectado por el uréter de yoduro de radio; tuberculosis renal estudiado en el vivo en virtud de electrofielografía retrógrada de uroselectán.

CH DAUZATS

Traducción de Juan de Isasa.

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

Las víctimas del comunismo.

Según una estadística ascienden a dos millones las vidas que han sido sacrificadas en Rusia desde el triunfo de la dictadura roja. Se reparten de este modo:

6.575 profesores; 8.800 médicos; oficiales del ejército 54.850; 260.000 soldados; 1.243 sacerdotes; 105.000 agentes de policía; 48.000 gendarmes; 12.850 empleados; 355.250 escritores y periodistas; 192.000 obreros y 815.000 campesinos.

Los datos precedentes, que reproducimos como curiosidad, figuran en el libro «El Comunismo», del Dr. Alexis Zenky.

Sipolysin
"Henning"
Obesidad,
endógena y exógena

EN TORNO de un imán se agolpan muchas limaduras, y alrededor de un genio muchas medianías.

LABORATORIO FARMACÉUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

DIRECTOR: D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA
ESPAÑA

Jarabe Bebé

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

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

Tetradínamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

Medicación dinámofora y regeneradora de los estados consuntivos. A base de fósforo, arrhenal, nucleinato de sosa y esticnina.

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

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
— a 15 de Septiembre. —

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

Nervios. - Reuma. - Escrófula. - Piel.

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

Servicio directo desde Madrid en tres horas.

Informes y folletos:

HOTEL LEONES DE ORO, Carmen, 30, Madrid.

Establecimiento Balneario de Arnedillo

(LOGROÑO)

Aguas termales (52º 5 c.) clorurado-sódicas (5 gramos en litro), sulfatado-bromuradas, con litio y rubidio, notablemente radioactivas (1.142 voltios hora litro).

ESPECIALISIMAS para la curación del artrismo y reumatismo en todas sus formas, principalmente en la ciática, gota, escrofulismo, contracturas, luxaciones, fracturas, heridas, úlceras, gripe mal curada, etc., etc.

Aplicaciones completas de Lodos vegetominerales, únicos en España.

HOTEL DEL BALNEARIO. precios moderados, excelente trato, todo confort.

Estancia tranquila; clima muy saludable; altura sobre el nivel del mar, 651 metros.

Viaje estación de CALAHORRA 15 de Junio a 30 de Septiembre.

Detalles, folletos, etc., etc., Administrador del Balneario.

AGUAS DE

MARMOLEJO

Carboníacas, bicarbonatado-sódicas, magnésicas, cálcicas, litínicas muy radioactivas.

De creciente éxito en el tratamiento de enfermos de estómago, hígado, bazo, riñones, vejiga, intestinos, diabetes sacarina, cloro-anemia. Arterioesclerosis, etc.

— 1.ª temporada de 1.º de Abril a fin de Junio —

Estación de ferrocarril a 7 horas de Madrid y 4 de Sevilla.

Alquitrana la carretera que conduce a los manantiales.

Gran Hotel del Balneario. Todo confort.

Pedidos de botellas e informes al señor Gerente, en

MARMOLEJO (Jaén).

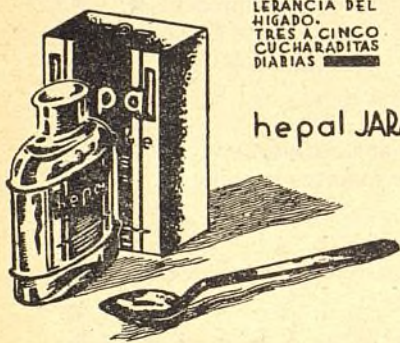


PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA

hepal

REALIZACIÓN CLÍNICA
PERFECTA
DEL
METODO DE MINOT-MURPHY

FRASCO DE 100cc
EQUIVALENTE A
1kg DE HIGADO
FRESCO.
ELIMINA EL SA-
BOR Y LA INTO-
LERANCIA DEL
HIGADO.
TRES A CINCO
CUCHARADITAS
DIARIAS



hepal JARABE

principio
aislado
con hierro

antianémico
del hígado
y cobre

PRODUCTO NACIONAL

Laboratorio Juste
APARTADO DE CORREOS 9030



MADRID

hepal PROPORCIONA LAS SUBSTANCIAS ORGANICAS QUE FORMAN EL GLOBULO ROJO Y LOS
ELEMENTOS INORGANICOS QUE PRODUCEN LA HEMOGLOBINA

LA EFICACIA DE
300 gr DE HIGADO
EN UNA AMPOLLA DE 2cc

EN AMPOLLAS DE 2cc
CONTENIENDO EL PRIN-
CIPIO ANTIANÉMICO DE
20gr DE HIGADO Y
CORRESPONDIENDO
EN EFICACIA A 300gr
DE HIGADO FRESCO
UNA A TRES AMPO-
LLAS POR VIA SUB-
CUTANEA INTRAMUS-
CULAR O INTRAVE-
NEOSA DIARIAMEN-
TE

hepal
INYECTABLE

INYECCIÓN INDOLORA



eficaz e inocuo tratamiento



se obtiene con el empleo de la ANTIBLEFARINA KIRCHNER en las
BLEFARITIS, CONJUNTIVITIS, QUERATITIS, ORZUELO, QUEMADURAS, EROSIONES, ULCERAS
Y HERIDAS INFECCIOSAS DE LA CórNEA, ULCERACIONES Y QUEMADURAS PALPEBRALES.

La ANTIBLEFARINA KIRCHNER es la primera pomada oftálmica a
base de **Loretinato de Bismuto** que se divulgó a los señores oftalmiatras
de España y América latina, según fórmula del Profesor don Tomás Blanco,
de Valencia, que fué quien dió a conocer en España la gran eficacia terapéu-
tica, en oculística, del **Loretinato de Bismuto** y el que pudo precisar, por
su dilatada experiencia clínica, las varias indicaciones que posee por su intensa
acción bactericida y poder astringente o secativo.

La expresión del crédito alcanzado por la ANTIBLEFARINA KIRCHNER,
está en el hecho de la aparición, posteriormente, de preparaciones similares,
como ocurre siempre que una determinada especialidad farmacéutica adquiere,
por su eficacia, un auge considerable entre los señores facultativos.

Dada su absoluta inocuidad, puede aplicarse inclusive al ir a acostarse

ANTIBLEFARINA

LITERATURA
Y MUESTRAS
PARA EXPERIMENTACION CLINICA:

OFTALMOTERAPICOS KIRCHNER-Sardañola (Barcelona)
Ayuntamiento de Madrid

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

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

PROGRAMA CIENTÍFICO:

Lema: Progressi sumus, progredimur, progrediemur.

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

SUMARIO: Sección científica: Policlínica de enfermedades nerviosas del Hospital Civil del Buen Suceso: Consideraciones sobre un caso de lesión del plexo braquial, por José María de Villaverde.—Notas prácticas de aparato digestivo, por el Dr. J. Luis-Yagüe y Espinosa.—Consideraciones sobre el problema hidrológico, por Don Ramón Llori y Gamboa.—Sesiones clínicas.—Bibliografía.—Periódicos médicos.

POLICLÍNICA DE ENFERMEDADES NERVIOSAS DEL HOSPITAL CIVIL DEL BUEN SUCESO

Consideraciones sobre un caso de lesión del plexo braquial

POR

JOSÉ MARÍA DE VILLAVERDE

Las lesiones del plexo braquial no son frecuentes en la práctica civil. Si prescindimos de las injurias producidas en el momento del parto—que originan las llamadas parálisis obstétricas—, las causas que las producen suelen actuar raramente.

Los traumatismos de la fosa supraclavicular son culpables de que, en ocasiones, los cordones del plexo se lesionen. Pero son, sobre todo, las heridas de bala o de arma blanca de la misma región las que con mayor frecuencia dan lugar a parálisis en los territorios musculares inervados por aquéllos. Como esto sólo de vez en cuando ocurre, las ocasiones que tenemos de ver enfermos de éstos son escasas.

Durante la guerra europea las circunstancias han variado. Debido a ello se han podido observar algunas particularidades que modifican la manera, antaño clásica, de entender la sintomatología de las lesiones del plexo braquial. Y asimismo en el terreno del pronóstico y en el del tratamiento ha sido posible cambiar algo los puntos de vista por todos aceptados hasta no hace aún muchos años. Por todo esto creemos que es de gran interés analizar todos los casos que la práctica nos depare con arreglo a las concepciones modernas, con lo que, en cierto modo, se contribuye a esclarecer puntos aún no del todo claros. Es de importancia suma, por todo esto, su conocimiento y divulgación entre los médicos.

Ha sido clásico admitir, en las parálisis del plexo, dos tipos completamente distintos:

1.º En la llamada *parálisis de Duchene-Erb* los músculos sin movimiento son el deltoides, bíceps, braquial anterior y supinador largo, y ya en el tronco o

en la raíz del miembro, el supra e infraespinoso, el romboides, el angular del omoplato, el subescapular, el fascículo clavicular del pectoral mayor, el serrato lateral y el gran dorsal y redondo mayor. Este síndrome, producido por la lesión de las raíces cervicales quinta y sexta, es conocido con el nombre de *parálisis superior del plexo*.

2.º La *parálisis inferior del plexo* o de Klumpke se caracteriza por el déficit motor de los músculos inervados por el mediano, pero sobre todo por el cubital.

Estos dos tipos de parálisis pueden combinarse, y se habla entonces de una *total del plexo*.

También se ha hablado de una *parálisis media del plexo* en la que la lesión radicaría en el tronco radiocircunflejo—tronco secundario medio según la nomenclatura moderna de los anatómicos franceses—, trayendo clínicamente como consecuencia trastornos en la motilidad de todos los músculos inervados por el radial (incluso el tríceps) y en la del deltoides. En la práctica civil, aunque no con frecuencia, se ha visto algunas veces este tipo de parálisis.

No vaya a creerse, empero, que con esto se han agotado todas las posibilidades de parálisis que la clínica pueda mostrarnos. De vez en cuando vemos que las cosas ocurren de un modo completamente distinto, y estas formas atípicas han sido designadas con el nombre de *complejas*. El aspecto de éstas varía de caso a caso; pero su conocimiento, por ello, es indispensable.

Un ejemplo de esto es el caso siguiente que últimamente hemos tenido ocasión de ver:

N. L., de veintisiete años, casada, y sin que en su historia haya ningún antecedente digno de mención.

En el mes de Febrero de 1931 fué acometida a puñaladas. Recibió una que penetró profundamente en la fosa supraclavicular izquierda, y otra en la pared anterior de la axila del mismo lado. Tuvo una hemorragia copiosa, perdió el sentido durante dos días, y fué operada sin que nos haya sido posible averiguar la naturaleza de la intervención.

Al volver en sí notó que no podía mover bien el

brazo y que, sobre todo, los movimientos del hombro ofrecían dificultades. Tenía dolores, a veces como corrientes eléctricas, que desde el hombro se dirigían a la mano. Si se le tocaba en el cuello o en el tronco—en las inmediaciones del hombro—notaba la misma sensación. Ya curada de sus heridas, *sus dificultades motoras se hicieron cada vez más intensas*, y con los dolores ocurrió una cosa parecida. Esta manera de evolucionar los síntomas no hizo más que intensificarse hasta principios del mes de Mayo, que fué cuando por primera vez vimos a la enferma.

Se trata de una persona de estatura media, delgada, bien constituida y con un desarrollo muscular que, en una mujer, puede considerarse excelente. Presenta una cicatriz no limpia—como si se hubiera constituido por segunda intención—al nivel del borde posterior del esternocleidomastoideo izquierdo que se adhiere tan sólo ligeramente a los planos profundos. Hay otra situada aproximadamente un poco por fuera del surco que separaría el fascículo claviclar del pectoral mayor de los anteriores del deltoides. Esta cicatriz se presenta con unos caracteres del todo análogos a la anterior.

La motilidad del trapecio es normal. El angular del omoplato y el romboides están paralizados. El deltoides está completamente paralizado y ligeramente disminuido de volumen, sobre todo en su fascículo anterior. Los rotadores del brazo hacia adentro y hacia afuera están paresiados. El tríceps se halla normal y los flexores del brazo—bíceps y braquial anterior—también. El supinador largo se presenta completamente irremune, y al hacer a la enferma que doble el antebrazo e impedirselo nos llama la atención la energía con que se contrae; el serrato lateral está paralizado y el gran dorsal parésico.

Los músculos flexores de la mano y de los dedos tienen muy poca fuerza. Los extensores se hallan todos ellos en el mismo caso, y lo mismo puede decirse del abductor del pulgar, del cubital posterior y de los radiales externos.

En la mano se observa una paresia marcada de los músculos de las eminencias tenar e hipotenar y de los interóseos. Ambas eminencias se nos presentan como disminuidas de volumen si las comparamos con las de la otra mano.

Los trastornos de la sensibilidad consisten en una *hipoestesia* marcada para todas las cualidades en una zona debajo de la clavícula que no llega, por delante, a la línea media y que avanza por detrás, pero se detiene algo antes de llegar a la columna vertebral. Es éste el territorio inervado por la cuarta raíz cervical o, de otro modo dicho, por los ramos supraclaviculares y supraacromiales que se originan de ella. En el territorio cutáneo correspondiente a la quinta raíz cervical—porción inferior del hombro y región externa del brazo hasta la mitad de éste—, la *anestesia* es completa para todas las cualidades. Más abajo, todo a lo largo de la mitad externa e inferior del brazo y del antebrazo, incluyendo la mano y los primeros dedos, la *hipoestesia* es pronun-

ciadísima, pero la enferma tiene restos de sensibilidad. (Véanse figuras 1.^a y 2.^a) A lo largo del borde interno de la mano, antebrazo y mitad inferior del

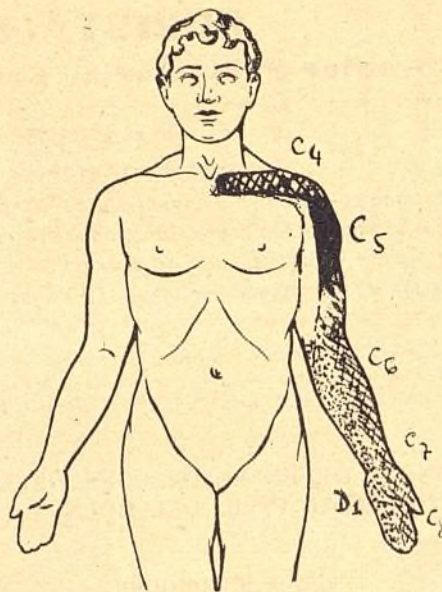


Fig. 1.ª Alteraciones de la sensibilidad. (La explicación en el texto.)

brazo—dermatomeras octava cervical y primera dorsal—, la *hipoestesia* continúa, pero es menos marcada. En las regiones superiores e internas de brazo en las

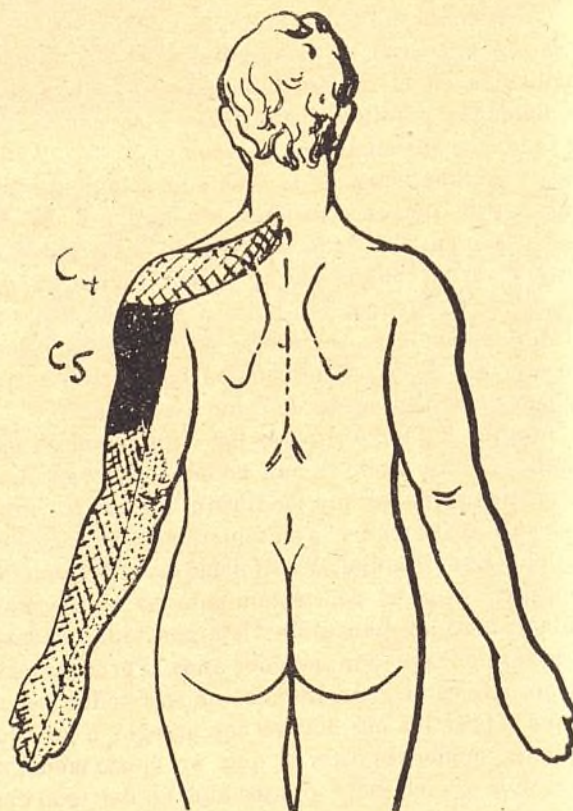


Fig. 2.ª Alteraciones de la sensibilidad. (La explicación en el texto.)

inmediaciones de la axila—dermatomera dorsal segunda—, la sensibilidad es normal. (Véanse figuras 1.^a, 2.^a y 3.^a)

La enferma se queja de dolores, en ocasiones de una viveza extraordinaria, en el brazo y, sobre todo,

en la mano. Si tiene la mano caída, los dolores son más intensos y se le pone morada. Los dedos están afilados y sus extremidades adelgazadas. Toda la



Fig. 3.ª—Alteraciones de la sensibilidad. (La explicación en el texto.)

vicular del pectoral mayor, serrato mayor, flexores de los dedos, estaba disminuida, pero había al mismo tiempo sacudidas lentas con la corriente galvánica. Tratábase de una reacción de degeneración incompleta.

El reflejo del supinador está completamente normal, así como también el estilorradiar. El del bíceps se halla ligeramente disminuido y el del tríceps ofrece un poco más marcado este carácter.

Los dolores fueron haciéndose cada día más vivos y la operación fué practicada el día 22 de Junio en el Hospital Provincial por el Dr. Díaz Gómez.

La incisión al nivel de la cicatriz inferior puso de manifiesto que la puñalada recibida a este nivel no había penetrado en la axila y que a ese nivel no se lesionaron los vasos ni los cordones nerviosos, no pasando de los músculos, adheridos al panículo adiposo subcutáneo y a la piel.

Una incisión al nivel del borde posterior del esternocleidomastoideo, que permitió descubrir los cordones altos del plexo, mostró que éstos *no se hallaban seccionados*, pero habían perdido su color, presentándose oscuros, sucios, como sanguinolentos, debido a la formación de un tejido cicatrizal en torno a ellos, que fué necesario disecar para dejarlos libres. Los cordones inferiores del plexo no eran accesibles en la misma forma; pero sin cortar la clavícula se

pudieron destruir por su parte superior adherencias que los fijaban y obraban sobre ellos, con lo que, en cierta forma, también se los liberó.

Las heridas cicatrizaron por primera intención. Desde el primer momento pudimos ver en la enferma un síndrome de Bernard-Horner en el lado izquierdo, que antes no tenía. Ya en los primeros días notó la desaparición de los dolores y que movimientos, que antes no le eran factibles, comenzaban a poderse efectuar. La mejoría fué rapidísima, y durante los últimos días del mes de Junio y los primeros de Julio, que observamos a la paciente, aquello se hizo evidéntísimo.

Los movimientos de los pequeños músculos de la mano se hicieron en seguida en mejores condiciones, y con todos los demás, y sobre todo con el deltoides, se observó una cosa parecida. La sensibilidad principió en seguida a mejorar, y en la mano y punta de los dedos avanzó esto con gran rapidez. También los dolores y parestesias disminuyeron de un modo rapidísimo.

Durante el verano de 1931 y el invierno siguiente no hemos tenido noticias de la enferma, que de nuevo se nos ha presentado en Mayo de 1932. Según su testimonio, la mejoría ha seguido progresando, aunque no con la rapidez de al principio.

El 16 de Mayo de 1931 la enferma presenta aún el síndrome de Bernard-Horner, que apenas ha experimentado variación desde

hace once meses. Los movimientos de trapecio son normales; pero en cambio los del romboides y angular se hallan imposibilitados. Los del serrato lateral están también comprometidos. El diafragma, en la radioscopia, vimos que se contraía bien.

El deltoides se contrae, pudiendo elevar el brazo hasta la horizontal, pero no pasando de ese nivel. El pectoral mayor está atrófico ligerísimamente en su porción clavicular, y aunque todo él puede contraerse, lo hace con menos fuerza que en el otro lado. La rotación externa e interna del brazo se realiza, pero con grandes esfuerzos. El dorsal mayor se contrae con algo menos fuerza que en el otro lado.

El bíceps y braquial anterior se contraen, aunque con un poco menos fuerza, y se nos presentan como ligeramente disminuidos de volumen. La extensión del antebrazo se realiza bien. Los supinadores se contraen con gran intensidad y no ofrecen la menor reducción de su tamaño. La pronación es correcta y la flexión de la mano denota en los músculos que en ella intervienen que su fuerza está bastante dismi-

SUMARIO CIENTÍFICO DEL NUMERO PRÓXIMO

DR. F. G. DELEITO.—Estado actual del tratamiento de la pulmonía.

DR. JOSÉ M.ª DE VILLAVARDE.—Consideraciones sobre un caso de lesión del plexo braquial. (Conclusión.)

DR. JUAN TURRIES.—El síndrome doloroso sífilítico.

Bibliografías.

Prensa extractada.

nuida. Al mismo tiempo puede verse cómo los músculos que se insertan en la epitroclea—dejando a un lado el pronador redondo, que se presenta normal—, el palmar mayor, menor y cubital anterior, que forman un relieve normalmente en el antebrazo, éste es menor que en el lado derecho. Los extensores se contraen todos con menos fuerza y la extensión de la mano puede hacerse tanto dirigiéndola al mismo tiempo hacia adentro—contracción simultánea del cubital posterior—, o hacia afuera—contracción al mismo tiempo de los extensores y de los radiales externos.

Los músculos de la mano están algo atróficos, pero todos ellos se contraen. Aunque la fuerza ha aumentado de un modo extraordinario en relación con el año anterior, no es ni con mucho como la del otro lado.

El reflejo del supinador es normal, el estilo radial algo disminuido, así como el del bíceps. En el tríceps esto es más marcado.

Los trastornos de la sensibilidad se extienden a las mismas regiones que antes, pero su intensidad ha variado extraordinariamente. En la cuarta dermatomera cervical se conserva una *hipoestesia* para todas las cualidades, pero es ligera. El contacto del pincel o del alfiler en esta región produce una sensación de corriente eléctrica en el brazo extendiéndose todo a lo largo de su borde externo hasta la mano. La dermatomera cervical quinta, porción inferior del muñón del hombro y mitad externa del brazo hasta un poco por encima del codo, es lo que más ha mejorado, y la anestesia profunda de antaño ha sido substituída por una ligera hipoestesia para todas las cualidades. Las dermatomeras correspondientes a las raíces cervicales sexta, séptima y octava, han mejorado extraordinariamente, aunque desde la primera sea el sitio de predilección para con el algodón o el alfiler producir corrientes eléctricas todo a lo largo de la extremidad.

En el borde interno del brazo la sensibilidad está muy poco alterada y ya en la segunda dermatomera dorsal—inmediaciones de la axila y borde interno del brazo—todos los estímulos se perciben normalmente. Desde esta dermatomera y desde la tercera dorsal—que caudalmente sigue a la cuarta cervical en el tronco—, se producen si se toca sensaciones raras en todo el brazo enfermo que semejan a un hormigueo que se extiende todo a lo largo de él. Sin embargo, la sensación en sí en tales regiones es completamente correcta.

Los trastornos tróficos han desaparecido casi totalmente y sólo están los dedos más afilados, la palma de la mano algo mojada, y sobre todo, la configuración de las uñas nos da una idea de lo que allí pasó.

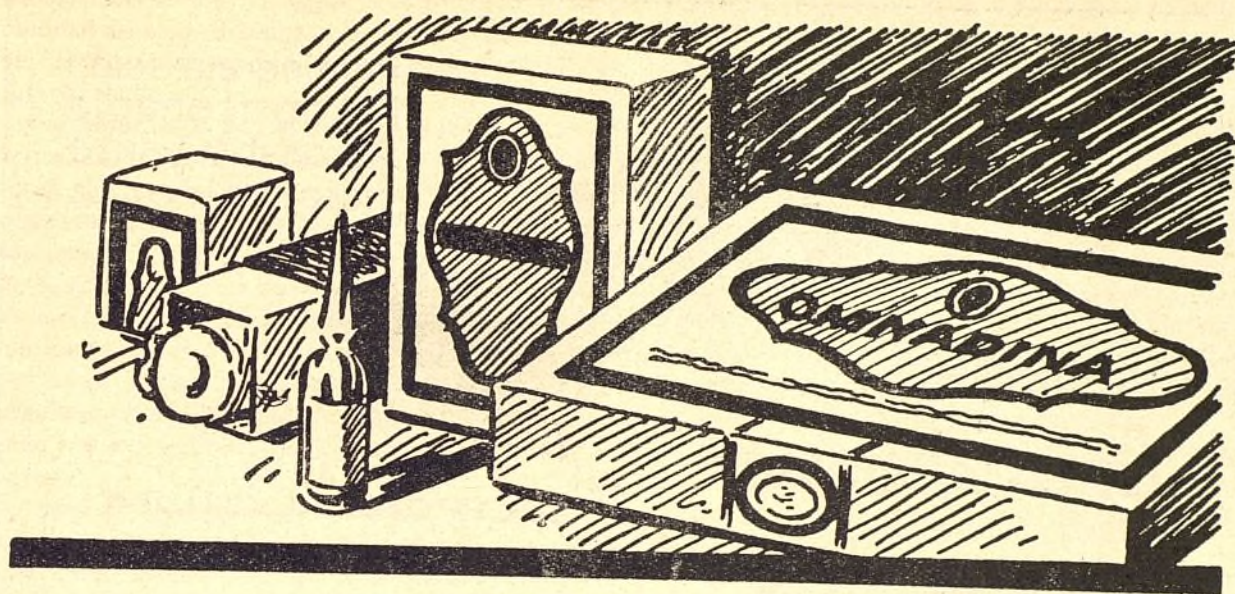
* * *

La sola enunciación de lo que antecede nos pone de relieve cómo este caso de parálisis total del plexo se diferencia grandemente de lo que ordinariamente se describe, por lo que es rico en enseñanzas de todo género.

Lo primero que se nos ocurrió al ver la extensión de los síntomas motores y sensitivos y haber recibido la enferma dos puñaladas en la forma citada, es que la superior era responsable de la parálisis de los músculos inervados por las raíces superiores, mientras que la segunda, penetrando por la pared anterior de la axila, trajo como consecuencia la paresia de los territorios en los que interviene el mediano, pero sobre todo el cubital. La intervención, empero, nos demostró cómo tal hipótesis no era cierta, y cómo la herida inferior al no penetrar en la axila dejaba la responsabilidad de todo lo ocurrido a la situada detrás del esternocleidomastoideo.

Es muy raro que en estas condiciones se produzca una parálisis total del plexo por un instrumento punzante, y ello debe llamarnos aún mucho más la atención si no olvidamos que *ningún cordón principal* fué seccionado y que una parálisis tan extensa—prescindimos, por el momento, de si algunas ramas de segundo orden fueron o no seccionadas, de lo que en seguida nos ocuparemos—fué producida por las consecuencias de la contusión de los tejidos de la fosa supraclavicular, de la hemorragia y no sabemos si de algo de infección. La consecuencia de ello fué que, en torno a las raíces, se organizó tejido cicatrizal que las fué comprimiendo más y más y quizás comenzando a penetrar entre los fascículos de fibras de las mismas, con lo que a una perineuritis se añadió una endoneuritis. Ello trajo como consecuencia que la conductibilidad de las fibras sufriera gradualmente, y como demostración de este aserto podemos aducir el hecho clínico de que las parálisis y las alteraciones de la sensibilidad *fueron en aumento en vez de decrecer*, como es lo corriente en los casos en que los grandes conductores nerviosos de las extremidades sólo indirectamente y con una intensidad ligera son afectados. Tal manera de presentarse las cosas fué lo que nos hizo proponer la operación, y el curso que los síntomas habían seguido antes de ella, en comparación con la marcha radicalmente opuesta que después de la misma pudimos observar, nos hizo ver que no íbamos descaminados al aconsejar tal línea de conducta como la verdaderamente eficaz.

Claro está que aunque los troncos principales del plexo—y los llamados secundarios con arreglo a algunas nomenclaturas modernas—, en unión de otros de menos importancia destinados a ciertos músculos estuvieran indemnes, no quiere decir que alguno de estos últimos no se hallara afectado de un modo directo y hasta quizás seccionado. Precisamente, para explicarnos la persistencia de la paresia de algunos músculos, como el serrato, no podemos desechar tal supuesto, y si no todo el tronco destinado al citado músculo, algunos de los ramos que lo originan en diversas raíces o varios de ellos pudieron ser cortados. Aunque en la operación quisimos aclarar este punto, no nos fué posible, y como por otro lado las anomalías del modo de originarse las ramas del plexo son más frecuentes de lo que hasta ahora se había creído, debemos ser prudentes en la afirmación o negación



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

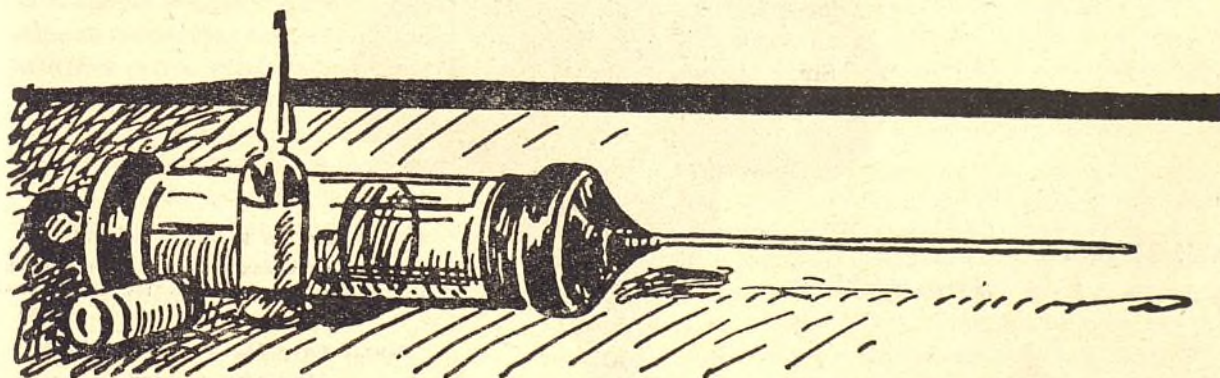
OMNADINA

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

OMNADINA

Caja de III y de XII ampollas de 2 cm³

Envase original



LA QUÍMICA COMERCIAL Y FARMACÉUTICA, S. A.

Bayer-Meister Lucius

BARCELONA

APARTADO 280

Ayuntamiento de Madrid



Remineralización
Poliopoterapia
Reconstituyente
Fisiológico....

del Dr. Guersant

1º OPOCALCIUM

Sellos, Comprimidos, Granulados

2º OPOCALCIUM IRRADIADO

Sellos, Comprimidos, Granulados

3º OPOCALCIUM

arseniado — Sellos

4º OPOCALCIUM

guayacolado — Sellos

LABORATORIOS A. RANSON

DOCTOR EN FARMACIA

121, AV. GAMBETTA. PARIS

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

ANTIANAFILAXIA

CITOFILAXIA

PROFILAXIS ANTICANCEROSA

anacласine
RANSON
(ἀνὰ - CONTRA, κλάσις - SHOCK)
Asociación antianaafiláctica polivalente



**Restablece el equilibrio
humoral y simpático.**

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

Dosis para la fórmula granulada:

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

Dosis para la de comprimidos:

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

LABORATOIRES A. RANSON

DOCTOR EN FARMACIA

121, Avenue Gambetta, PARIS

de estas hipótesis. Por originarse el nervio frénico de una manera parecida al del serrato, hicimos la radiografía del diafragma, viendo que su innervación no había sufrido.

El citado modo de lesionarse los cordones nerviosos es mucho más frecuente de lo que se cree, y desde luego, exige su tratamiento una intervención quirúrgica, aunque ello diste mucho del caso de un tronco seccionado. Los estudios experimentales han arrojado muchísima luz en este sentido, y es lástima que ellos, que nos podrían explicar muchos problemas que la clínica nos presenta, sean dejados a un lado por los neurólogos y por los cirujanos, con gran perjuicio, en último término, de los enfermos.

* * *

Toda la experimentación moderna en materia de neuritis experimentales, se ha fijado con gran atención en un orden de hechos: si un agente capaz de lesionar un nervio deja de obrar y los axones han sido seccionados o rotos, ocurrirá, en principio, que los retoños producidos en su regeneración lleguen hasta el sitio a que están destinados porque la solución de continuidad de las vainas de Schwann no se ha interrumpido. Ahora bien, ¿hasta qué punto es de esperar esto en la práctica? Verosímilmente, ello varía grandemente de un caso a otro y está en relación con algo de lo que en nuestro enfermo ocurría. Es la proliferación del tejido conjuntivo, primero en torno al nervio, y luego en el interior de él—entre sus fascículos de fibras—, lo que lo impide. Un fenómeno de esta naturaleza exige una atención especial.

Durante la guerra europea, más de una vez, por los dolores que producía una lesión, sobre todo si determinados nervios se hallaban injuriados, se pensó en suprimir la conductibilidad de aquéllos para evitar los sufrimientos del enfermo. Trendelenburg, después de realizar experiencias en animales recomendó la refrigeración local de los nervios con el citado fin. En estas circunstancias el axon se rompe y se hace, por tanto, inepto para la conducción, pero como la vaina de Schwann permanece indemne, la regeneración puede tener lugar relativamente bien, lo que no ocurriría, ni con mucho, en igual forma si el mismo nervio se seccionara. Bielschowsky y Valentín congelando los nervios de varios perros con el cloruro de etilo han visto cómo los axones se rompen y han estudiado lo que ocurre en los elementos conjuntivos de aquellos, lo que en la regeneración ulterior de las fibras tiene decisiva importancia.

Estos dos experimentadores han visto cómo el frío produce extravasaciones sanguíneas en el perineuro y en ellas los glóbulos rojos se hallan deformados y alterados. Los pequeños vasos del endoneuro están llenos de leucocitos y fuera de aquéllos se ven también algunos, no siendo del todo raros en el seno de la adventicia. Los núcleos del endotelio de los vasos de menor calibre están aumentados de volumen. Si la duración del enfriamiento local ha sido pequeña y las lesiones de pequeño grado, todo esto pasa sin de-

jar huella. Pero si las cosas no han ocurrido así, asistimos a que en algunos sitios el territorio lesionado se organice a base de fibroblastos que proceden de la adventicia de los vasos próximos. Este proceso, en el sentir de Bielschowsky y Valentín, es de poca monta en la congelación local no prolongada con el cloruro de etilo, y por ello aconsejaban este procedimiento como ideal para todos aquellos casos en *los que hay que suprimir temporalmente* la conductibilidad del nervio con vistas a respetar su posterior regeneración. Sin embargo, para G. Belloni, que ha repetido estas experiencias, la acción local del frío conduce a lesiones mucho más intensas de neuritis intersticial, lo que es muy de tenerse en cuenta porque su organización ulterior puede conducir a una verdadera esclerosis del nervio impidiendo la regeneración de todo el segmento distal al sitio donde ha actuado aquel agente.

La acción local de la ligadura de los nervios nos permite comprender aun mejor este aspecto doctrinal tan interesante que en la práctica no deben olvidar un momento los neuropatólogos y los cirujanos. A fines de siglo, Stroebe en Alemania y posteriormente Ramón y Cajal son los que mejor han estudiado este problema descubriendo hechos que nos interesan grandemente.

Si se liga un nervio se produce, no sólo una rotura de los axones con integridad de las vainas de Schwann y degeneración walleriana de todo el cabo periférico: destrucción de los restos de axon; desorganización de la mielina, que conduce a su desaparición; proliferación de las células de Schwann, que después de varias incidencias se transforman en las llamadas bandas de von Büngner, etc., sino una reacción en el elemento mesodérmico de aquél. Esta recae en los elementos del peri y endoneuro y, ante todo, en su sistema vascular. El resultado a que ello conduce es que la regeneración ulterior del cabo periférico se halle grandemente influida por ello, modificándola, limitándola y llegando hasta a impediria. Con gran elegancia y precisión, Ramón y Cajal, ocupándose de las trabas puestas a la regeneración en estos casos ha hablado de un «freno mecánico» representado por el achicamiento de los intersticios intra y extratubarios, un «freno nutritivo», en el que intervendría la isquemia vascular más o menos acentuada y persistente y, por fin, de «un freno trófico o nutritivo» debido a la angostura del camino por el que la neurona de origen puede influir sobre los retoños en vías de crecimiento.

Aplicado esto a la clínica nos da la explicación de gran número de hechos. Desde luego nos damos cabal cuenta de lo ocurrido en casos como el nuestro, en los que siendo pequeña la acción directa de la injuria sobre el nervio, obrando sólo en sus inmediaciones, la organización del tejido conjuntivo, que se va retrayendo primero en torno a aquél y dentro del mismo después, hace que su conductibilidad se anule y los axones se rompan. Con ello su regeneración ulterior se imposibilita, a pesar de tratarse de una

persona joven de excelente salud, y en la que, por ello, cabe esperar que la regeneración habrá de realizarse en el máximo de condiciones favorables.

Por otro lado, así podemos formarnos idea de cómo, en muchas ocasiones, se han observado hechos que a primera vista no han podido explicarse. Buena prueba de ello es lo que a diario la experiencia de la guerra nos ha enseñado.

No ha sido infrecuente ver que después de la parálisis total de un nervio si, pasado bastante tiempo, se ha intentado una intervención, las lesiones macroscópicas halladas en el mismo eran insignificantes. A veces el nervio presentaba una muesca en uno de sus lados (*encoche laterale* de los autores franceses); otras se halla indurado visiblemente en una extensión mayor o menor, y por fin, en ocasiones, por más que nos fijamos no se ve a primera vista nada incriminable que nos explique la abolición total de su conductibilidad.

Por lo que se refiere a la muesca lateral, que en su formación interviene, en parte, una patología parecida a la más arriba explicada, es evidente. El tejido conjuntivo, sobre todo del endoneuro, proliferando primero y retrayéndose después, es el causante de que las cosas se presenten de tal suerte. El perineuro prolifera en la parte superior e inferior de la muesca, dando lugar a dos relieves. Claro está que algunas fibras han podido romperse, y a lo citado añadirse un comienzo de neuroma verdadero por apolotonamiento de fibras atascadas procedentes del muñón central; pero que es principalmente el conectivo lo más importante de la lesión es algo evidente.

En el caso de induración del nervio en una extensión mayor o menor que ha sido el conectivo epi y endoneural, lo que con sus modificaciones la ha producido salta a la vista. Y de pasada debemos señalar que este género definitivo de lesiones tan difíciles de corregir *han pasado por fases en las que quizás sin gran esfuerzo hubieran podido evitarse.*

Todo esto es más evidente aún en el caso de un nervio con su conductibilidad abolida y, al parecer, normal macroscópicamente. Aquí hay que culpar al endoneuro, que, como Bielschowsky y Valentín han demostrado en el caso de la congelación local de los nervios, puede reaccionar con mayor intensidad que el perineuro.

Este último tipo de lesiones de los nervios, que se constituyen bastante tiempo después de su injuria, se forma, ante todo, si la herida ha supurado o si ha habido hemorragia en torno a aquéllos. En este último caso el perineuro prolifera aún más y el conjuntivo que rodea al nervio también. Y por si esto fuera poco, ya que su retracción progresiva conducirá a la esclerosis del nervio y a la supresión de su conductibilidad, adherencias de todo género fijan los nervios a los tejidos circundantes, con lo que el daño que resulta es aún mayor.

* *

Hemos sido partidarios desde hace muchísimos años de que, en la inmensa mayoría de los casos en que *directa o indirectamente* se halla lesionado un nervio, *es necesario intervenir quirúrgicamente en seguida.* Si el nervio se halla seccionado o medio seccionado, se sutura; si se halla en medio de un tejido grandemente modificado por la injuria o en el seno de coágulos sanguíneos, se quita todo lo alterado con el fin de evitar, en lo futuro, mayores males. Y si, en el caso menos grave, nada de esto ocurre, las consecuencias de tal proceder a nada comprometen si la intervención ha sido hecha en condiciones irreprochables. No creemos que después de haberse aconsejado durante mucho tiempo la laparotomía exploradora o abrirse la articulación de la rodilla para ver lo que dentro pasaba — con el riesgo consiguiente aunque se practicase la intervención en las óptimas condiciones de asepsia — y se haya seguido tal línea de conducta, merezca reproches poner los nervios al descubierto en regiones en las que, por no existir serosas, los riesgos se reducen a un mínimo insignificante.

Esta manera de entender las cosas — que la hemos defendido en congresos extranjeros ante grandes autoridades científicas — no ha sido del agrado de todos. Sin embargo, para llegar a tal conclusión hemos meditado durante mucho tiempo sobre lo que los estudios modernos de la regeneración nos enseñan y lo que la clínica nos ha puesto ante los ojos a diario.

Es evidente que gran número de lesiones de los nervios curan sin intervención. Durante la guerra se ha hablado hasta de la mitad de los casos, siendo indiscutible que la totalidad de éstos pertenecían a los que el nervio no fué seccionado y únicamente afectado de un modo más o menos indirecto. Ahora bien; ante el déficit funcional de un nervio, ¿puede decirse lo que ocurrirá allí más tarde? Si pasa bastante tiempo, ¿será lo mismo ir a ver lo que ocurre en el nervio a haber procedido así en los primeros momentos? Evidentemente, no.

En el caso de la sección total de un nervio, proceder a su sutura lo más rápidamente posible tiene sus ventajas. En primer lugar, el proceso de regeneración por lo que se refiere a la actividad de la célula del cuerno anterior de la medula es más vivo y su capacidad en el sentido de hacer producir retoños regenerativos a su axon es mayor. Salta a la vista, en estas condiciones, que esta exuberancia proliferativa se aprovecha al máximo, para los fines de la neurotización del cabo periférico, con la sutura precoz, ya que a las neofibrillas se les facilita su llegada al cabo periférico y su progreso en el interior de los tubos de éste. Por otro lado, la sutura precoz suprime el forcejeo inútil de los retoños emanados del cabo central, en el seno de la cicatriz, para llegar al periférico, lo que daría lugar a que muchísimos de ellos se extravíen, no alcancen su objetivo y acaben atrofiándose. En el caso de una herida anfractuosa, con coágulos sanguíneos y hasta con supuración, al no intervenir se hace pasar a los retoños regenerativos por una

prueba que es superior a sus fuerzas, y pretender que en estas condiciones alcancen su objetivo es abogar por un imposible.

Ha habido muchos autores que han sido partidarios—aun en el caso de sección de los nervios—de una intervención tardía. Las razones en que se han fundado han sido a base de lo sostenido en Francia por Nageotte y en Alemania por W. Spielmeyer, ya refutado por la experimentación. Para estos sabios —y antes que ellos para Marinesco, aunque éste ya ha modificado sus primitivos puntos de vista—los retoños regenerativos que procedentes del cabo central se dirigen al periférico, sólo podrían atravesar la región de la cicatriz si antes existen elementos celulares que les sirvan de puentes y de guías conductoras. Estos elementos celulares no son sino los de Schwann, procedentes de la multiplicación de los del cabo central, y su finalidad sería canalizar los retoños para que así alcanzaran al cabo periférico. Modernamente Boeke cree que los retoños emanados del cabo central no pueden atravesar la región de la cicatriz para llegar al periférico más que cruzándola en el seno de puentes protoplasmáticos, lo que cree haber demostrado valiéndose del método de Bielschowsky reforzando con el oro en la forma que él lo practica.

Sin embargo, Ramón y Cajal no es partidario de esta manera de ver, y tanto en el crecimiento de la prolongación del neuroblasto—lo que con gran cantidad de argumentos ha defendido en contra de Held—, así como en el progreso de los retoños regenerativos en el seno de la cicatriz, cree que *en las primeras fases* nunca se ve que aquéllos sean dirigidos por ningún elemento celular. Si esto se ve, es en fases ulteriores, y ya para entonces la neofibrilla ha llegado al cabo periférico y penetrado en él.

Con arreglo a esto, comprender el porqué de las suturas precoces no ofrece ninguna dificultad. El proceso de la regeneración es a poco de seccionado el nervio cuando es más intenso, y entonces debe aprovecharse. Claro está que un avivamiento de la extremidad del muñón central puede, no siendo en una época enormemente alejada de la sección del nervio, despertar su proliferación regenerativa; pero a nadie se le ocurrirá defender que esto tenga lugar, ni con mucho, en el caso más favorable, como al poco tiempo de seccionarse el nervio.

Ante el caso de déficit motor total de un miembro que ha sido extensamente herido o contusionado, nunca, a primera vista, podemos saber lo que pasa. Si hay grave contusión o fractura, es exclusivamente a ésta a la que podemos atribuir la impotencia funcional, y cuando ya las cosas se pongan en claro se ha perdido mucho tiempo. ¿Por qué no recurrir en todos los casos de esta naturaleza, si es posible, a la incisión exploradora, que de un modo vergonzante, y por añadidura a destiempo, ha sido aconsejada durante la guerra?

Si la lesión del nervio es evidente, el ponerlo al descubierto para ver lo que pasa, a poco intensos que sean los síntomas, se impone como una regla de con-

ducta que no debe abandonarse. Nunca sabemos lo que ha pasado, ya que la intensidad y extensión de los síntomas observados no nos permite, sobre todo al principio, conocer la naturaleza de la lesión. Y si no nos es dado esto, menos podemos saber aún lo que ocurrirá después y cómo evolucionarán los síntomas, exponiéndonos a averiguar lo que realmente pasa muy tarde, cuando las cosas apenas tengan remedio.

Con esto no se ha dicho todo lo que en materia del tratamiento de las heridas de los nervios debe ser conocido por los médicos. El *tratamiento eléctrico* es indispensable después de la intervención, pero no en la forma como se practica. Con unas cuantas sesiones nada se consigue, ya que, como de un modo magistral ha demostrado O. Foerster, en la mejoría, comenzada a iniciarse la interrupción del tratamiento, hace que desaparezcan los progresos realizados. No olvidemos que las funciones alteradas al lesionarse un nervio se van restituyendo de un modo muy lento. Por ello, al decir Bourguignon que en el caso de un nervio seccionado y suturado, su cronaxia jamás vuelve a ser normal, por lo que ahora nos interesa, no se separa más que hasta cierto punto de la realidad, pues Foerster ha demostrado que ello exige, por lo menos, cinco o seis años.

Nada de particular tiene que en estas condiciones el médico debe imponerse al enfermo para hacerle comprender que el tratamiento eléctrico ha de ser prolongado y no permitir que lo abandone precisamente cuando la mejoría progresa más. En el caso de sección total del nervio y de su sutura, el tratamiento debe prolongarse *durante años*, condición que, para Foerster, es indispensable para obtenerse una restitución total en los casos rebeldes.

*
**

La sintomatología de las lesiones del plexo braquial se ha entendido, en estos últimos años, de un modo algo diferente. También la manera de evolucionar sus síntomas se ha visto que es distinta a como se había explicado con arreglo a los puntos de vista clásicos. Todo esto ha sido debido en gran parte a los progresos de la neuropatología, que ha hecho tener en cuenta factores antaño desconocidos o descuidados.

Son, ante todo, las ideas de Stoffel, comenzadas a divulgar poco antes de la guerra, las que, aunque combatidas en algunos respectos, nos permiten formarnos idea de las parálisis parcelarias en los casos de contusión o de lesión incompleta de los nervios.

No obstante, la topografía de las fibras de cada músculo dentro del nervio que las contiene no nos explica por qué algunas de ellas tienden a reaccionar, dando síntomas de déficit antes que otras. Esto ha pretendido explicarse por algunas escuelas holandesas, aduciendo datos de la anatomía comparada que nos hacen ver el desarrollo filogenético de ciertos haces y fibras, todo lo que se halla en cierta relación con su distinta susceptibilidad para padecer,

Por último, es debido al genio de Foerster el haber llamado la atención sobre las frecuentísimas anomalías en la distribución de los nervios y la inervación de los músculos y aportar todos los hechos de esta naturaleza a la clínica para explicar el porqué del presentarse los síntomas en formas que no podíamos explicarnos hasta ahora. También esto ha sido aducido por Foerster con gran talento en los problemas de restitución de las funciones, explicándonos lo que pueda ocurrir por otros mecanismos que los puramente anatómicos de la regeneración del nervio lesionado, y que hasta aquí eran los únicos que se tenían en cuenta.

Nada de particular tiene por todo esto que sea Foerster quien haya mejor que nadie descrito la patología general del plexo braquial. Para ello le ha servido no sólo el número de casos considerable que durante la guerra ha podido estudiar, sino también lo que ha visto en el curso de intervenciones. En más de una ocasión se ha visto obligado a seccionar una o varias raíces del plexo, y esto le ha permitido poder describir con todo género de detalles lo que sucedía después.

(Terminará en el número próximo.)

Notas prácticas de aparato digestivo

POR EL

DR. J. LUIS-YAGÜE Y ESPINOSA
(Madrid)

SOBRE LA COLORACIÓN DE LAS HECES
POR LOS ZUMOS DE UVA

En el número de esta Revista correspondiente al 6 de Junio próximo pasado, hubimos de ocuparnos, con título similar al que precede, de la coloración negra intensa que ofrecen las deposiciones de los sujetos que han ingerido zumo o mosto de uvas comercial de cualquier tipo como alimento predominante de su régimen. La presencia de tal coloración, que se manifiesta aun cuando el zumo de uva que se utilice no sea tinto, era hecho cuyo motivo bioquímico no podíamos explicarnos, ni tratábamos de ello, sino solamente llamar la atención de los compañeros sobre la posibilidad de confundir tal coloración, «como tinta de calamares», con la creencia de una hemorragia del tractus digestivo bajo forma de melena. Pero nuestra obsesión persistía en averiguación de la causa.

Un grupo considerable de vecinos de pueblo vinícola próximo a Madrid nos honra confiándonos el cuidado de sus dolencias; y en el pasado otoño, aprovechando la época de vendimia, aconsejamos a varios de ellos el mosto de uva recién obtenido del lagar, por precisarlo así para tratar sus enfermedades. Y sabedores de la pureza del producto, inquirimos en todos ellos el color de las deposiciones, sin que sufriera modificación si el régimen alimenticio era algo variado y muy escasa si alternaba exclusivamente con

la leche, aun cuando no proviniera de uva negra. También habíamos logrado asegurar que las deposiciones de los individuos normales que comen uvas blancas completas o negras, tirando el hollejo, no cambian de aspecto.

Con posterioridad hemos ensayado un zumo de uvas conservado mediante filtración, que tampoco hace cambiar el color de las evacuaciones.

Los zumos de uva comerciales ensayados anteriormente habían sido esterilizados por pasteurización, y todos ellos originaron el fenómeno aludido. Luego la pasteurización debe determinar transformaciones de las sustancias hidrocarbonadas que originen, en presencia de los líquidos digestivos, el cambio de color aludido. Semejante suposición parece venir a corroborar la práctica clínica, pues en tanto que los zumos de uva pasteurizados producen efectos laxantes, los filtrados son más bien astringentes; y los caracteres organolépticos también difieren.

De aquí que, volviendo por los fueros de la verdad, hayamos estimado conveniente insistir en el asunto con las nuevas aportaciones que nos ha suministrado la clínica.

LA CLARA DE HUEVO, GRAN SEDANTE GÁSTRICO

El conocimiento de algunos pequeños detalles dietéticos permite con gran frecuencia obtener resultados que superan considerablemente a los conseguidos con los fármacos. Cuando las manifestaciones gástricas molestas, en forma de dolor, ardores, regurgitaciones, eructos, determinadas por la hiperacidez del quimismo, son muy intensas, suele recurrirse por los mismos pacientes al uso, y aun abuso, del alcalino más vulgar, el bicarbonato sódico, y por los médicos prescribirse el empleo ocasional de una fórmula alcalina; mas transcurrido el período de saturación, más rápido con el bicarbonato solo, sobrevienen de nuevo las molestias. Otros enfermos tratan de modificarlas reiterando la ingestión de alimentos, al observar la calma determinada por éstos, fatigando considerablemente las funciones secretora y motora gástricas y empeorando el estado anatómico y funcional del órgano.

Cuando los síntomas de hiperacidez gástrica son muy acentuados, constituye sedante excelente de los mismos la ingestión de una clara de huevo, en forma similar al agua albuminosa. Y decimos similar, por diferir algo en la técnica: En un vaso de los denominados de cortadillo, común de vino, 125 c. c., se vierte una clara de huevo recientemente abierto, se añade media cucharadita de las de café de azúcar y se completa el vaso con agua entibada o al temple de la habitación en invierno y algo fresca en verano, moviendo bien la mezcla, sin formación de espuma.

Esta toma de agua albuminosa puede repetirse cuantas veces precise, y suelen bastar pocas, sin peligro alguno para el enfermo.

En la iniciación de alimentación por vía gástrica tras hemorragia gastroduodenal, aconsejamos tam-

bién el uso del agua albuminosa con que comenzar aquélla y su empleo como menstroo para administrar la sal de bismuto que se estime conveniente al prescribir la cura tópica necesaria. Y así, establecemos la siguiente iniciación. Media hora después del último decúbito tras la cura tópica antes mencionada, se administran tres o cuatro tomas, de un cortadillo cada una, de agua albuminosa, espaciadas de treinta minutos; tras ellas, nueva dosis de polvo inerte; y, después, alternando, horchatas de almendras dulces y agua albuminosa, conforme expusimos (1).

La sedación de las molestias gástricas originadas por la hiperacidez luego de la ingestión del agua albuminosa, no es tan inmediata ni tan eufórica para el doliente como después de las tomas de alcalinos, y sobre todo del bicarbonato sódico, cuya producción de eructos solaza al paciente y calma su sistema nervioso; pero, en cambio, es más persistente y duradera, se puede repetir cuantas veces precise y, sobre todo, no origina el círculo vicioso determinado por el bicarbonato sódico.

La clara de huevo, en presencia de un medio cloroácido, forma cloroalbuminoides muy fijos y perfectamente inocuos y tolerados por el organismo humano. Constituida por ovoalbúmina y ovoglobulina, con un peso aproximado de 35 gramos, ofrece la siguiente composición:

Agua.....	86	por 100
Albúminas.....	13	—
Grasas.....	0	—
Sales.....	0,5	—
Substancias extractivas.....	0,5	—
Agua.....	30	gramos
Albúminas.....	4,5	—
Grasas.....	0	—
Sales.....	0,25	—
Substancias extractivas.....	0,25	—

Luego la cantidad de albúmina útil al organismo es sólo de 4,5 gramos, equivalente en termodinámica a 18 calorías, pudiendo ser considerada por ello como una solución acuosa de albúmina al 13 por 100. Es evidente, por tanto, que el agua albuminosa no puede ser estimada como alimento, a pesar de su absorción intestinal casi íntegra, que alcanza al 97 por 100, y sí tan sólo como remedio saturador.

Con alguna frecuencia suele presentarse, en enfermos sometidos a dieta láctea exclusiva, intolerancia intestinal para la leche con producción de cólicos y diarrea. También en estos pacientes presta beneficiosos resultados la clara de huevo, batiendo una en cada toma de leche y transformándola en leche albuminosa doméstica, permitiendo así la tolerancia, cuando no haya posibilidad de alimentar, por cualquier motivo, con papillas claras o sopas harinosas.

La clara de huevo posee algunos inconvenientes.

Es el primero, su marcado efecto astringente, apli-

cada como tal en medicina casera, si de ella se abusa. El aumento de las sales de magnesio en la fórmula alcalina que se ingiere siempre durante el acmé digestivo en la hiperclorhidria, o, de precisar, la ingestión de alguna de estas sales alcalinas en ayunas (óxido, hidrato, perhidrol), bastan para modificar este inconveniente.

Se ha hablado y escrito mucho sobre el aumento de putrefacciones intestinales, hasta graves, a consecuencia de la ingestión de claras de huevo crudas. La misma solución de administración de sales magnésicas alcalinas evita en parte tal contrariedad, nunca tan considerable como se afirma.

Otro tanto pudiera decirse de la producción de albuminuria. En la práctica parece ser falsa semejante imputación, siempre que no se abuse, y en modo alguno perjudicial para el epitelio renal.

El mayor inconveniente que puede ofrecer la clara de huevo cruda es la producción de fenómenos tóxicos y anafilaxia; los primeros, soslayables con el empleo de huevos muy frescos, y la segunda, dependiente de modo absoluto del individuo. Pero su rareza de presentación es notoria.

No olvidemos, pues, el gran valor que en la práctica clínica diaria puede tener, como sedante gástrico, la clara de huevo batida con agua, y recurramos a ella siempre que precise.

Consideraciones sobre el problema hidrológico (1)

POR

DON RAMÓN LLORD Y GAMBOA

Bien sabido es que la emanación radioactiva aparece, en mayor o menor grado, en casi todas las aguas naturales, habiéndose escrito mucho y fantaseado no poco sobre la importancia de la radioactividad en los defectos terapéuticos de los diversos manantiales cuya emanación ha sido medida. Descontando algunos de ellos, dotados de cantidad extraordinaria de esta energía radiante, cual sucede con el manantial de Alange, en la provincia de Badajoz, de 12.960 litros por hora y con una potencia hidractiva inicial de 2.231 voltios hora litro y 28.916.352 voltios-hora caudal, y algunos otros manantiales ricos también en nito o emanación rádica, no podemos actualmente deslindar de modo seguro, de los efectos obtenidos con la mayoría de nuestras aguas, los que corresponden a la radioactividad y los que pertenecen a las restantes energías. No cabe duda acerca de la acción fisiológica y terapéutica de la emanación, y en el citado Alange parece casi evidente la poderosa acción hiposténica y sedante de aquellas aguas a la gran cantidad de emanación contenida en ellas. En otras varias también se han anotado resultados clínicos, que parece pueden atribuirse, a lo menos parcialmente, a la emanación; pero no hay datos positivos, tomados con la exactitud y seguridad necesarias para poder juzgar de este importante asunto, lo que haya de verdaderamente cierto e independiente de los restantes factores que integran el remedio hidromineral.

* *

(1) «Cómo iniciar la alimentación después de una gastrorragia», por los Dres. R. Luis Yagüe y J. Luis Yagüe y Espinosa (*Clínica y Laboratorio*, Noviembre 1931).

(1) Véase el número anterior.

Un aspecto particular y no previsto hasta principios del siglo actual, del problema hidrológico, no obstante conocerse ya en el siglo anterior algo relativo a este aspecto del problema, presenta el interesantísimo asunto de los coloides.

La presencia de variados cuerpos contenidos en las aguas en estado coloidal fué señalada hace bastantes años; pero no se sospechaba la influencia enorme de tal estado en las acciones bioquímicas, porque la importancia de los coloides no se ha ido apreciando lo bastante hasta que se verificaron los trabajos de Física ultramicroscópica y de Química biológica, los cuales han ido agrandando considerablemente el campo de acción de las partículas de extrema tenuidad, sólo observables con el ultramicroscopio, y con ellas, las coloidales dotadas de propiedades singulares de gran interés. El hierro, el manganeso, el aluminio, el silicio, el calcio y magnesio, el arsénico, quizá el azufre y algunos otros se hallan como compuestos coloidales en casi todas las aguas y aun en complejos de muy difícil interpretación, pero de una poderosa acción bioquímica, la sola capaz de podernos hacer comprender ciertos actos y resultados del estudio hidrológico. Si tenemos en cuenta lo que representa el estado coloidal de la materia, su valor dinámico y el partido que de este valor viene sacando la Terapéutica moderna, comprenderemos lo que se puede esperar del campo de nuestras especiales investigaciones.

Recordemos rápidamente que los coloides son emulsiones, no son disoluciones; sus moléculas no están aisladas, están agrupadas, formando agregados moleculares. El peso de estos agregados, comparado con el peso del átomo de hidrógeno, tomado como unidad, llega a marcar diferencias tan grandes que pueden llegar hasta treinta mil.

Una partícula de albúmina en suspensión en el agua pesa tanto como 14.800 átomos de hidrógeno. Su gran volumen molecular le permite desarrollar una gran *energía de superficie*. Por estos tan someros datos vemos ya con claridad el porqué de la importancia creciente de las soluciones coloidales en Biología (fenómenos de nutrición, por ejemplo), en Terapéutica (colargol, hyrgol, etc.) y hasta en la Química industrial. Y como el tiempo apremia, he de hacer punto final en este tan sugestivo tema, y voy a señalar, nada más, otros puntos del problema hidrológico, que parece complicarse tanto más cuanto más se profundiza en su estudio.

Relacionados con los estados coloidales están los fenómenos *catalíticos* observados en las aguas. Ya el Dr. Garrigou atribuí, hace bastantes años, un señalado papel en la Terapéutica hidrológica a los metales contenidos en ellas.

Esta opinión se ha robustecido cada vez más al observar la notable acción bactericida de varios metales en estado coloidal. El mismo Dr. Garrigou admitía la existencia en las aguas de verdaderas *oxidases* naturales, *diastasas* o fermentos oxidantes, formados quizá por singular combinación de las partículas metálicas en estado de gran división con las materias coloidales. Esto nos daría alguna luz sobre el hecho, constantemente observado en nuestros balnearios, de la desproporción entre la cantidad de materia contenida en un agua y los efectos fisiológicos considerables que se observan por el uso de la misma. Las acciones catalíticas pueden darnos una explicación, si no absoluta, bastante satisfactoria sobre estos hechos. Y esta acción catalizadora de muchas aguas, por la cual se acelera, en general, la descomposición de los peróxidos, según demuestran las observaciones efectuadas, debe seguir estudiándose, tomando medidas numerosas, a fin de ir puntualizando cada vez más la especialización de cada manantial, de interés supremo en la práctica hidrológica. Y lo mismo digo respecto a la de-

terminación del *poder hidrolítico* de un agua mineral, utilizando, por ejemplo, el desdoblamiento de la sacarosa en azúcares reductores del líquido de Fehling. De este dato puede deducirse, comparándolo con el resultado de la conductibilidad eléctrica, la constante de energía correspondiente al agua estudiada.

La relación entre la acidez y alcalinidad, teniendo en cuenta la división hecha por Loeb de las sustancias necesarias para la vida en *nutritivas* y *protectoras*, es de importante aplicación hidrológica. También lo es la relación cuantitativa de los cationes alcalinos y térreos, de la que se deriva la actividad de los músculos, nervios y glándulas (Loeb). La relación de los aniones cloro y sulfúrico, de la que dependen ciertos efectos, por ejemplo, purgantes o diuréticos, según sea el valor de esa relación, y algunas otras no bien conocidas todavía, dan amplio margen a provechosas investigaciones al biólogo, al médico y al hidrólogo.

No puedo más que mencionar los métodos de determinación de hidrogeniones en las aguas minerales, métodos espectrométrico, colorimétrico y electrométrico. Las nociones de acidez y alcalinidad interpretadas en sentido iónico, así como la neutralidad iónica, son el fundamento de los nuevos trabajos encaminados al mejor conocimiento de la terapéutica de algunas aguas. La concentración de iones hidrógeno, expresada por el signo pH, que significa exponente de hidrógeno, según la notación de Sorensen, es de importante aplicación clínica, y sería de desear nuevas medidas en diversas aguas para puntualizar mejor o confirmar las ya hechas por bien escaso número de investigadores.

Nunca estamos seguros de abarcar todos los problemas que las aguas pueden presentarnos. De la propiedad, al parecer secundaria, de una cierta agua, puede surgir un difícilísimo problema relacionado íntimamente con el modo de ser físico, químico y terapéutico de esta agua. Y voy a dar una prueba de lo que acabo de afirmar.

El agua mineral de Alzola, cuyo balneario dirijo, tiene la propiedad excepcional de poseer un color azul de cielo, de tonos claros, perfectamente visible en las bañeras blancas, sobre las que destaca el azul del agua. Cuando en 1929 visitaron numerosos médicos extranjeros el norte de España y sus balnearios, en viaje de estudios médicos, bajo la dirección de nuestro ilustre compañero D. Teófilo Hernando, quedaron sorprendidos grandemente al contemplar el bello color azul del agua, color que no habían visto en los manantiales de sus respectivos países.

Deseando saber en lo posible la causa de tan particular fenómeno, deseo del que participan los propietarios de Alzola, encargué en el verano último a mi sabio amigo don Obdulio Fernández, actual decano de la Facultad de Farmacia de esta capital, el estudio bioquímico del agua, dándole toda clase de facilidades. El Sr. Fernández, basándose en el análisis físico químico efectuado por mí en 1917, ha emprendido con verdadero *amor* dicho estudio bioquímico, que no ha terminado aún, y piensa si el color azul puede ser debido a cierto complejo del calcio o del calcio-magnesio, pues la idea que yo tenía de la posible existencia de diatomáceas, de aguas dulces, cuyo extraordinario número, por su caparazón cálcico o silíceo, hiciera reflejar la luz, dando la sensación del azul visible, no ha sido confirmada por resultar aguas de poquísimos microorganismos, dato confirmado por la observación ultramicroscópica. El señor Fernández me manifiesta en dos cuartillas lo que voy a copiar por la autoridad que representa lo escrito:

«La investigación de los índices anagotóxicos, peroxidolítico y filático es el problema de mayor actualidad en la química de las aguas minerales. El filático en mayor o me-

nor grado, lo poseen todas las aguas que contengan sales cálcicas, como se probó en las de Villa María (Toledo); así como el anagotóxico, sobre todo, cuando se determina con alcaloides o sales alcaloideas, como el sulfato de esparteína. El peroxidolítico radica quizá en algunas aguas, en el hierro y en el manganeso; pero otras muchas aguas que carecen de estos iones tienen un índice peroxidolítico elevado, en relación con la riqueza bacteriana del agua; por eso, en muchos casos, el índice es revelador de impurificaciones y no de sales, aunque manifieste una actividad descomponente del peróxido de hidrógeno (1). Violle opina también que gran parte de esos índices desaparecerían con la ultrafiltración de las aguas. Sin embargo, en las aguas termales de Wiesbaden, Harpuder ha estudiado la influencia de las oxidaciones, utilizando la reacción de la bencidina y la producción del azul de indofonol.

«Para mí—continúa el Sr. Fernández—, la acción benéfica de las aguas en los procesos oxidantes no está en la supuesta agrupación química causante del desdoblamiento del peróxido de hidrógeno, sino en el papel que el agua juega como *cofermento*. Este es el sentido que debe darse al llamado *poder zimosténico*, estudiado, no sólo con fermentos oxidantes, sino con los hidratantes, como la ureasa, contenida en la semilla de soja. La imaginada actividad cofermentativa no es de la totalidad de los principios mineralizadores de agua, sino de algunos; quizá sólo del ión cálcico, porque en algunos ensayos resulta que el cloruro cálcico es tan activador, o acaso más, que igual cantidad de sal de un agua que posea aquella propiedad estimulante de las oxidaciones.»

«No es problema sin interés el que se refiere a la composición de las aguas; los hidrólogos y los químicos discuten la forma de agrupación; manifiestan su preferencia por las sales o por los iones, y, sin embargo, el estudio detallado de las medidas químico-físicas lleva algo más lejos en otro sentido, más cerca, al modo de agruparse iones o sales en las aguas. El ión sencillo o la sal clásica aún son magnitudes pequeñas; en cambio, el complejo de sales, obedeciendo a los principios de la coordinación, es magnitud de un orden que posiblemente conviene en la interpretación de las virtudes terapéuticas de las aguas.»

Y aquí termina la nota, amablemente escrita por D. Obdulio Fernández, en la que puede apreciarse la discreción del verdadero competente que no quiere adelantar ideas ni hacer afirmaciones prematuras en cuestiones difíciles y obscuras, cual lo es, sin duda, la de averiguar la causa verdadera del color azul del agua de Alzola. No se aventurará, seguramente, mi digno amigo, cuando termine su trabajo sobre este espinoso asunto, en afirmaciones rotundas, manteniéndose en prudente reserva o exponiendo hipótesis probables, después de bien estudiados todos los aspectos del problema. Todo esto demuestra una vez más la cautela necesaria en el terreno experimental, para no ser chasqueados en aquello que creíamos seguro, debiendo recordar constantemente, y con esto termino, las palabras del inmortal poeta y naturalista, creador de Fausto, momentos antes de cerrar sus ojos para siempre: *¡Más luz!*

HE DICHO.

(1) O. Fernández: *Anales de Física y Química*, Año 1929.

SESIONES CLINICAS

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

SESIÓN CLÍNICA DEL 9 DE MAYO DE 1932

TUMORACIONES METASTÁSICAS DE CÁNCER DE ESTÓMAGO
LATENTES

Sr. López Lallana. — Los dos casos que voy a presentar a ustedes en esta sesión clínica no constituyen en realidad ninguna rareza, puesto que numerosos casos hay en la literatura médica de metástasis por tumores de estómago y de neoplasias silenciosas de este órgano. Sin embargo, he querido traerlos aquí porque tienen un gran valor pedagógico que han sido la norma de estas sesiones y porque creo dejarán una enseñanza muy práctica para los que como yo se inician en los complicados estudios de la clínica.

He aquí el historial reunido del primero de ellos. Enfermo, de sesenta y ocho años, que ocupó la cama 11 de la sala de San Isidro. Se presentó en nuestra clínica con un síndrome de ateroma de aorta y esclerosis renal, sin que aparte de esto aqueje ninguna otra molestia, a pesar de nuestro minucioso interrogatorio. Nos llaman la atención dos tumoraciones: una a nivel de las dos últimas vértebras lumbares que originan un cuadro de compresión de cola de caballo, y otra en cuarta costilla izquierda, ambas duras no crepitantes y sobre las cuales se desliza la piel. Adenopatías múltiples y anemia caquética.

Ingresa en la sala, donde una exploración más detenida nos descubre una neoplasia epigástrica poco desplazable y que nosotros localizamos en estómago. El jugo gástrico, después del desayuno de prueba, da anaclohidria, ácido láctico y prueba de Weber positiva. Por radiografía, una falla en corvadura menor bastante extensa.

No podemos dar más datos de exploración que hubieran sido necesarios porque el enfermo se fuga tres días después de su ingreso.

El segundo caso ocupa la cama 5 de la mencionada sala; es un hombre de cincuenta y seis años que aparece en nuestra consulta aquejando una tumoración en región sacra, dura y abollonada, que no se adhiere a piel, indolora a la presión. No tiene, por lo demás, ningún otro signo sugestivo y objetivo fuera de una palidez que no es la caquética, pero que nos llama la atención.

En la exploración encontramos una neoplasia gástrica muy móvil y que se palpa el reborde costal izquierdo. El análisis de jugo gástrico, como en el caso anterior, da anaclohidria, ácido láctico y prueba de Weber positiva. Por examen radiológico se observa una imagen típica de neoplasia gástrica localizada en corvadura menor y muy próxima a cardias.

Aunque breves las historias y faltas de datos, el diagnóstico es claro de cáncer de estómago, que han dado lugar a metástasis en los puntos citados, por vía hematógena.

Quede como recuerdo de esta sesión el hecho de que puede haber, y hay de hecho, tumores silenciosos de estómago y que sin una exploración escrupulosa pueden pasar inadvertidos, variando totalmente no sólo el diagnóstico, sino también el pronóstico, ya que el tratamiento en pocos casos podemos llevarlo a feliz término, salvo la terapéutica sintomática.

La comunicación del Sr. Lallana, es interesante porque da a conocer formas metastásicas del cáncer gástrico, poco



frecuentes. Los tumores descubiertos por el comunicante eran, indudablemente, óseos, y el mecanismo, aunque complejo, es indudablemente de transporte circulatorio. Mas aparte esa forma de diseminación neoplásica, se han descrito otras en que la tumoración, perirrectal anterior unas veces, presacra otras, eran resultado de injertos neoplásicos desarrollados en los fondos peritoneales bajos por siembras celulares de fragmentos de tumor desprendido de una tumoración gástrica de corvadura mayor. Sin discutir la exactitud del mecanismo sostenido en esas observaciones, hemos de convenir en que la neoplasia epitelial de estómago puede adquirir una tan considerable evolución serosa con lobulación y desintegración de partículas neoplásicas, que en algunas intervenciones comprobamos; que no es ilógico suponer que una de esas masas emigre entre las masas viscerales y venga a caer en regiones distintas peritoneales, entre las cuales los fondos inferiores serán aptos para recogerlas y servir de zona de implantación. Por esta razón, ante una tumoración perirrectal o de fosa ilíaca con caracteres de malignidad, debemos recordar este hecho para investigar la posibilidad de una localización gástrica inicial.

También los hechos señalados por el Sr. López Lallana nos suministran una enseñanza: la de que una neoplasia vertebral puede ser secundaria a un carcinoma de estómago, y siendo éste clínicamente a veces de evolución silenciosa pudiera la atención del clínico dirigirse más a lo secundario que a lo primitivo y plantear terapéuticas perfectamente inútiles.

LA CALCEMIA EN CIRUGÍA

Dr. Blanc y Fortacin.—En la sala tenemos varios casos clínicos de consolidación retardada: uno de neoplasia ósea benigna y otro de osteítis quística fibrosa, en los cuales vamos a proseguir una serie de investigaciones encaminadas a esclarecer algunos puntos relativos a metabolismo cálcico.

De las investigaciones realizadas ya hace algunos años, se deduce de modo evidente la intervención de las glándulas paratiroides en esa función. Pero se conocía este hecho de un modo impreciso, atribuyéndose a estas glándulas una función única con gradaciones, según la mayor o menor actividad de las mismas. Hoy se puede precisar más y sentar ya por el testimonio de trabajos experimentales, que el déficit paratiroideo produce una cifra baja de calcio en la sangre y que, en cambio, la hiperfunción de esas glándulas produce una hipercalcemia.

A expensas ¿de qué reservas cálcicas se produce la hipercalcemia de los hiperparatiroides? Parece comprobado que se debe a la reserva ósea. Luego hipercalcemia hiperparatiroidea significa decalcificación ósea.

Importa, sin embargo, dejar bien sentado que no todas las hipercalcemias son debidas a hiperparatiroidismo. El tejido óseo contiene el 99 por 100 de la cal de todo el organismo. Si una cantidad mayor o menor de esa cal se desprende de la trama del hueso, o se eliminará o irá a fijarse a otros tejidos; pero mientras ello se realiza, circulará por la sangre, y la cifra normal, que viene a ser de 9 a 11 miligramos por 100, ascenderá a 15, 16 y aun más de 20 por 100.

Que esto es así, lo demuestra el enfermo afecto de consolidación ósea retardada en una fractura de pierna; este enfermo tiene una calcemia de 17 miligramos por 100. La paratiroides aquí no ha influido en lo más mínimo; es una interposición muscular la que mantiene la decalcificación, según hemos comprobado en la intervención quirúrgica apropiada al caso.

Ello nos señala un hecho que la hipercalcemia puede ser debida a mecanismos distintos de los puramente endo-

crinos. No es que con ese caso de tal evidencia etiológico-mecánica queramos invalidar el principio de la decalcificación ósea en el paratiroidismo exaltado. Pero tratamos de poner ese ejemplo para que se tenga en cuenta en otros casos en que la decalcificación con hipercalcemia se produzca en condiciones de menor claridad patogénica. Y ése es el caso de las osteítis fibrosas quísticas.

Es evidente la decalcificación en un caso observado por nosotros en el curso pasado. Es cierta la hipercalcemia y la calciuria (— 16 y 400) observada en la niña que padecía un quiste óseo de extremidad superior de la tibia. Pero no es menos cierto que sometida a un régimen de reposo, operada luego por vaciamiento y raspado de la cavidad y rellena ésta de injertos, la fijación cálcica demostrada por radiografía ha coincidido con una disminución de la calcemia a sus límites normales.

Este caso parece confirmar la hipótesis de Manclaire y Kummer, reforzada por los argumentos de Leriche y Policard, según la cual el proceso hemorrágico intraóseo no reabsorbido actuaría como mecanismo irritativo del tejido conjuntivo óseo, impidiendo la regeneración y provocando decalcificación. Evacuada esa colección sanguínea cesaría la acción irritativa, y dando al foco vaciado material caleáreo mediante injertos, la asimilación cálcica tendría lugar, desapareciendo la calcemia.

Leriche ha emitido un concepto de gran trascendencia patológica y terapéutica. Mientras el tejido conjuntivo del hueso está en actividad exagerada por acción vascular vasomotora, por infección o por mecanismo irritativo, la fijación de la cal no tiene lugar. Para que ésta se realice se necesita cierto apagamiento de actividades conjuntivas que dan a ese tejido los caracteres de una variedad, fase que llama el autor tejido preóseo. Pues bien, es muy probable que la acción de la secreción paratiroidea normal se ejerza ya sola, ya en colaboración con otras hormonas, en el sentido de regular la actividad del tejido óseo en sentido apropiado a la fijación de la cal. Las acciones irritativas de diversos órdenes ejercidas por diversos mecanismos, podrían hasta ciertos límites ser contrarrestadas por la acción de las secreciones internas; pasado ese límite, la acción de las mismas sería insuficiente. Mas en determinadas condiciones de hiperactividad paratiroidea, la misma secreción exagerada o alterada podría actuar como agente irritativo sobre ese tejido conjuntivo y determinar la hipercalcemia con decalcificación igualmente determinada por lesiones irritativas locales.

Y del mismo modo que la supresión de éstas logra la regeneración ósea y la disminución de la calcemia, así la supresión de una paratiroides alterada equivaldría a la supresión de una causa irritativa. Impresión seguida de iguales efectos que en los mecanismos anteriormente expuestos. He ahí como las teorías vascular e inflamatoria y la endocrina vienen a coincidir en un mecanismo básico: el de la irritación conjuntiva ósea.

BIBLIOGRAFIA (1)

DIE ZUCKERKRANKHEIT UND IHRE BEHANDLUNG IM KINDESALTER, por Richard Priesel y Richard Wagner. Asistente y Privado de la Clínica de Niños de la Universidad de Viena.

Un libro que encierra en su índice, al tratar de la diabetes infantil, las siguientes cuestiones: Etiología, Clínica, Metabolismo, Cuerpos cetónicos, Mecanismo de la insulina,

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



Terapéutica Biológica de las Jaquecas

Neurocrin Krynos

(Emulsión aséptica de sustancia cerebral)

INDICACIONES

- Antineurálgicas (jaquecas)**
- Anticonvulsivas (síndromes epilépticos)**
- Antigénicas (disonías vegetativas)**

Por contener lípidos de cerebro inalterados, debido a su especial preparación; actúa, además, como reconstituyente nervioso y siempre con resultados convincentes en los casos de

Agotamiento nervioso, Psicosis depresivas, Surmenage, Desnutrición y Raquitismo

ADMINISTRACION Y DOSIS

El NEUROCRIN KRYNOS, va contenido en ampollas de 1 c. c. que por el reposo del mismo se divide en dos capas, siendo preciso agitarlo bien antes de ser aspirado por la jeringuilla

En los adultos, una inyección subcutánea de 1 c.c., en días alternos, en los niños, mitad de la dosis.

MUESTRAS PARA EXPERIMENTACION CLÍNICA
LEON XIII, 7 BARCELONA (S. G.)
Laboratorio Biológico LÓPEZ-BREA

Ayuntamiento de Madrid

TERAPEUTICA DE LAS ALTERACIONES MENSTRUALES

OVARIOTONO

COMPOSICIÓN { Sustancia ovárica, 0,10; Sustancia tiroidea, 0,03; Viburnum prunif extr., 0,06; Piscidia erythrina extr., 0,06; Hyoscyamus niger extr., 0,01.



Amenorrea, Oligomenorrea, Pubertad retrasada, Trastornos de la Menopausia, Reglas dolorosas, Psicosis sexuales

Dos a ocho grageas al día (dos cada vez)

HEMOSTONO

COMPOSICIÓN { Sustancia mamaria, 0,10; Sustancia placentaria, 0,05; Secale cornutum extr., 0,06; Hamamelis virg. extr., 0,04; Hidratis canad. extr., 0,02.



Menorragias, Metrorragias, Fibromas uterinos, Congestiones utero-ováricas, Hemorragias de la pubertad y menopausia

Dos a ocho grageas al día (dos cada vez)

HEMORROIDES



SUPOSITORIOS MIDY

Adreno-estípticos

4

principios activos
de ahí su eficacia
cierta

HEMORROIDES

POMADA MIDY

Adreno-estíptica

HEMORROIDES

Cada Supositorio
o 3 gr. de Pomada
contiene:

- Adrenalina 1/4 gr.
- Estovaina } 0.06
- Anestesia } 0.06
- Ex. de Castañas de India
- frescas Estabilizado 0.02
- Hamamelis.
- Cupressus.



POMADA ADRENO-ESTIPTICA
MIDY

MUESTRA:
LABORATORIOS MIDY

HEMORROIDES

4, rue du Colonel Moll, PARIS (Francia)

EL ACETYLARSAN

TRATAMIENTO DE ASALTO

TRATAMIENTO DE PRUEBA

TRATAMIENTO DE SOSTÉN

HEREDO-SÍFILIS

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

—Specia—
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3^e

EN
INYECCIONES
SUB-CUTÁNEAS
VERDADERAMENTE
INDOLORAS

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

Agentes para España:

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

Ayuntamiento de Madrid

Glucemia, Tratamiento, con todos sus matices, hasta con toques de carácter social. Curso y pronóstico, Bibliografía, es forzoso reconocer que ofrece los caracteres de una obra completa.

En efecto, esta impresión primera obtenida del simple examen de los epígrafes de sus diferentes capítulos, se confirma, ulteriormente, por la lectura detenida de los mismos.

La estadística, en general, está expuesta con una extensión que la hace muy perfecta y documentada. Una de las conclusiones de este primer capítulo es la referente al valor de la herencia, mucho menor en la diabetes del niño que en la del adulto. Al sexo se dedica un especial estudio. Por él se averigua que en los tres primeros años de la vida los dos sexos participan en la enfermedad de un modo equivalente. El predominio ulterior del masculino no es consecuencia de la sexualidad, sino de que el varón se halla más expuesto que la hembra a influencias exteriores actuantes en la génesis del padecimiento.

La acción heredofamiliar es, no obstante, considerable cuando se la estudia en la luz de las estadísticas, y esta intervención es, sobre todo, manifiesta en los niños pertenecientes a la raza judía.

Anomalías en diferentes partes del organismo (huesos, articulaciones, órgano de la visión, sistema nervioso) parecen guardar una relación—probablemente heredofamiliar—con la diabetes infantil.

La Clínica comienza en «síntomas generales», dentro de los cuales se describen minuciosamente los pertenecientes al período prediabético, entre los que se destaca la poliuria sin glucosuria; si bien se reconoce que en el niño la diabetes se establece bruscamente la mayor parte de las veces.

En esta sintomatología se destacan los fenómenos cutáneos, como la «sequedad», la «xantosis», el «xantoma», la «rubeosis diabética» y otros varios. El resto de los órganos y funciones es detalladamente estudiado dentro de la sintomatología general.

La presentación y patogenia del «coma diabético» es examinada, no sólo desde su aspecto clínico-sintomatológico, sino desde su patogenia. Con este motivo se desarrolla por los autores la doctrina del origen de los cuerpos cetónicos, a partir de la destrucción de las grasas y de las sustancias proteicas alimenticias o del propio organismo, inclinándose, de acuerdo con la doctrina universalmente admitida hoy, por el gran predominio de las grasas en la génesis mencionada.

Tres importantes párrafos son dedicados al diagnóstico diferencial del coma, a la diabetes sacarina en los lactantes y a los caracteres diferenciales de las diversas variedades de glucosurias.

Es difícil esquematizar el muy completo y profundo estudio realizado sobre los «trastornos metabólicos en los diabéticos». Un sugestivo examen de las influencias hormonales, de las diversas glándulas de secreción interna, apoyado en un interesante dibujo que facilita su comprensión, es una de las notas que más se destacan en esta parte de la monografía que analizamos.

El examen detenido de los cuerpos cetónicos, su formación, reacciones cetogénicas y cetolíticas, factores de las mismas, exaltación y depresión de ambos fenómenos, todo estudiado desde un punto de vista bioquímico, claro al mismo tiempo, constituye la enseñanza más fundamental de esta parte.

El mecanismo de la insulina, la glucemia y el tratamiento constituyen, aproximadamente, la segunda mitad de este importante trabajo.

Especialmente en el tratamiento, puede decirse que nada absolutamente esencial se han dejado los autores. Detalles numerosos y extraordinarios de carácter práctico, que descienden hasta la manera de hacer las inyecciones, variación de los sitios, etc., etc., avaloran este libro, verdaderamente útil e interesante para el clínico. Al mismo tiempo, todo está dicho con una limpia y diáfana claridad.

Una de las aportaciones de mayor valor en estos capítulos es, sin duda, la ordenada colocación de los diferentes regímenes alimenticios, con sus calidades y cantidades variables, según las edades comprendidas desde uno a quince años.

Para facilitar la variación de los hidrocarbonados, los autores consignan a continuación de los mencionados tipos de régimen una extensa lista, en la que pueden elegir los más exigentes los diversos alimentos de la mencionada naturaleza química, a fin de mitigar, cambiar y mejorar las duras de los regímenes estrechos y demasiado severos que hacen generalmente sufrir tanto a los desgraciados pacientes.

Para finalizar esta concisa reseña, diremos que la obra de Priesel y Wagner constituye algo insustituible en la hora actual para todo médico que quiera imponerse en el conocimiento completo de la diabetes sacarina infantil.

ENRIQUE SUÑER

Madrid, 8 Marzo 1932.

HOMBRES ROTOS. *La emoción, el dolor, la enfermedad, el deseo de vivir y la muerte de los tuberculosos*, por el doctor Luis N. de Castro. Prólogo, Dr. Verdes Montenegro. Colofón, Dr. Sousa. —Edición «Ulises». Precio 5 pesetas.

El Dr. Luis N. de Castro es, sin duda alguna, uno de los jóvenes médicos españoles que con más intensidad siente los problemas científico-literarios.

Natural es, por tanto, que este joven médico escritor que tan a fondo ha cultivado la especialidad de pecho al lado de sus maestros Verdes Montenegro y Sousa como interno, primero del Instituto de la Encarnación y Dispensario Antituberculoso de María Cristina, y después como ayudante jefe del Servicio de Fisiología del Instituto de la Encarnación, donde hoy continúa, que nos ha demostrado su competencia y especialización con innumerables trabajos científicos publicados en la prensa médica, que ha convivido con los tuberculosos durante meses en el Sanatorio de Húmera, que los ha visto morir, que ha visto tan de cerca sus angustias, sus alegrías, sus penas y sus optimismos engendrarse un libro sobre la psicología del tuberculoso tan nueva en la literatura de la tuberculosis que, con ser tan extensa, aún estaba sin cultivar.

«Hombres rotos» nos deleita e instruye a la vez, y de un interés enorme para el médico, que conocerá a fondo la psicología del tuberculoso, aprendiendo sus angustias y penas, tan necesarias de dominar para poder llevar a cabo un tratamiento tan largo como requieren estos enfermos; para el profano le recordará dramas íntimos conocidos en su alrededor.

El autor teme que ante el lujo que constituye la fachada del libro con el prólogo del Dr. Verdes Montenegro y el colofón del Dr. Sousa, profesor jefe del Servicio de Fisiología del Instituto de la Encarnación, su libro ante tal suntuosidad resultase modesto y humilde; y no es tal la obra, corresponde a lo que los maestros del autor merecen en una obra plasmada de emoción y realidad que en el escritor de-

jaran sus impresiones de médico, y que le eleva a categoría de maestro en su especialidad.

De 34 capítulos consta la obra, algunos como la emoción de sentirse tuberculoso, la tos, matrimonio y tuberculosis y muerte del tuberculoso, admirables; pero todos, todos deben de ser leídos por el médico y profano.

DR. PECO

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

D. Paulian. SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS EN PLACAS.— Entre los innumerables tratamientos empleados contra esta enfermedad, el autor ha adoptado un método combinado, que consiste en la radioterapia profunda *por piosos* y en vacunoterapia. El suero antihemolítico preconizado últimamente puede ser considerado como un adyuvante precioso, pero solamente a título de elemento de shock.

En lo que se refiere a la aplicación de la radioterapia, el método ha sido excelentemente descrito por el Dr. Ch. Mihailescu (Tesis de Bucarest, 1931), y consiste esencialmente en utilizar los llamados fuegos cruzados para la medula espinal a la dosis de 300 R sobre la piel por sesión. Para el cerebro conviene el mayor número posible de puertas de entrada, situadas sobre un plano circular a la misma dosis de 300 R sobre la piel por sesión, pero solamente en los casos en que la afección se acompaña de trastornos cerebrales.

A la radioterapia se unirá el tratamiento vacunoterápico por la vía intravenosa siempre que sea posible, con el objeto de obtener un ligero shock y una reacción febril moderada. La vacuna antitífica produce reacciones demasiado grandes con mucha lentitud en la remisión febril y enorme abatimiento del enfermo. El neosaprovitán B y el pirifer han dado resultados más satisfactorios, pero la vacuna que se ha mostrado más eficaz ha sido el neuroyatron por vía intravenosa y a dosis pequeñas y progresivas (0, 1, 2, 3 centímetros cúbicos), solo o asociado a una solución de gluconato de calcio al 10 por 100 adicionada o no a una solución de cacodilato de sosa al 33 por 100 (5 c. c.). Empleado solo, el neuroyatron produce reacciones febriles entre 38 y 40°, no debiendo ser renovada la inyección más que cuando la remisión febril es completa, es decir, con dos o tres días de intervalo.

El número de inyecciones de neuroyatron no es limitado, haciéndose de ordinario de 18 a 30. Después de dos meses y aun de uno puede renovarse ya la cura, caso de necesidad.

Desde el fin de las sesiones de radioterapia profunda, el autor recomienda practicar diariamente sesiones de ionización transmedular cálcica (solución de cloruro de calcio al 1 por 100 y más tarde la ionización yodada).

Procediendo de este modo, el autor ha conseguido grandes beneficios aun en los casos avanzados, observándose en los comienzos remisiones completas.

No existe al parecer un virus especial de la esclerosis en placas, y las formas atípicas descritas por Flatau son, ciertamente, esclerosis en placas, aunque de una evolución y de una sintomatología especiales.

En los antecedentes de todos los enfermos portadores de formas clásicas se señala algunas semanas o aun algunos meses antes del comienzo de la enfermedad una afección ligeramente febril, considerada generalmente como gripe.

Los síntomas aparecen insidiosamente por etapas invasoras y remitentes, lo más frecuentemente afebriles.

En las determinaciones postinfecciosas que siguen a ciertas enfermedades, como la roseola, la varicela o la vacuna, las manifestaciones nerviosas aparecen en el curso o al fin de la enfermedad o de la vacunación. La enfermedad sigue su curso sin etapas evolutivas y sin remisiones.

Se trata del virus encefalítico o poliomielítico atenuado como piensan algunos autores. Pero la noción epidémica falta, y faltan también las secuelas tan frecuentes en la encefalitis. Además, las lesiones anatómicas difieren de las de la poliomieltitis y la encefalitis epidémica.

El grupo de la encefalomieloneuritis comprende varios subgrupos, como son, la esclerosis en placas, la enfermedad de Schilder Feix, la óptico-neuromielitis, las encefalomieltitis postinfecciosas y postvacunales y aun ciertas psicoencefalitis. Todas estas variedades no son sino formas evolutivas y localizadas de un mismo virus o de virus análogos neurotrópicos que tienen las mismas afinidades biológicas. (*Paris Medical*, núm. 7, 13 de Febrero de 1932). — T. R. Y.

J. Paviot, P. Lageze y H. Naussac. LAS ARTROPATÍAS PROTEÍNICAS.— Este término, un tanto artificial, comprende una larga serie de hechos clínicos que se presentan con aspectos infinitamente variables y distintos unos de otros. En efecto, bajo esta denominación de artropatías proteínicas se agrupan las diferentes manifestaciones articulares consecutivas a las inyecciones séricas, desde las artralgias simples a las verdaderas artropatías durables y tenaces de la enfermedad del suero; se agrupan también las reacciones articulares que suceden a la reabsorción espontánea de las albúminas propias del sujeto, aunque más o menos profundamente modificadas, como ocurre con los líquidos del edema, de la ascitis, de la pleuresía, del hematoma, o en el curso de la hemoglobinuria paroxística; se agrupan, por último, toda una categoría de hechos menos conocidos, pero también más importantes y frecuentes, tales como las manifestaciones articulares que provienen de la reabsorción de albúminas aportadas por la alimentación, no sólo de albúminas extrañas, sino también alteradas o incompletamente modificadas por los jugos digestivos insuficientes y, sobre todo, por el desfallecimiento de la función proteopéptica del hígado.

La cuestión de estas artropatías proteínicas de origen alimenticio, o más generalmente digestivo, no es todavía bien conocida aunque se la comprende dentro de los fenómenos de anafilaxia alimenticia, pero el cuadro de estos hechos es, desde luego, mucho más amplio de lo que ha sido descrito como tal hasta ahora y que no conviene limitar a las artralgias o artropatías de marcha aguda ni aun añadidas de algunas formas de reumatismos crónicos progresivos. Ciertamente que las formas agudas que simulan a veces bastante perfectamente el reumatismo articular agudo tienen una enorme importancia práctica y deben esclarecerse de manera particularmente elocuente todos los casos enigmáticos que resisten a la cura salicilada. Pero al lado de ellas existe indudablemente toda una serie de formas subagudas y aun francamente tórpidas que tienen un origen común y que no se confunden nunca con un reumatismo articular agudo franco porque son apiréticas; unas veces son intermitentes y otras veces son tenaces y crónicas. Aún se pueden relacionar con estos hechos las hidartosis proteínicas uni o bilaterales, de balanceo, intermitentes o crónicas e irreductibles.

Todos estos variados hechos clínicos tienen un fondo patogénico común, y a pesar de la diversidad de causas de-

terminantes, el tratamiento debe inspirarse casi siempre en las mismas reglas generales.

Es preciso, en primer término, encaminarse a modificar tanto como sea posible el terreno patológico sobre el cual aparecen estos accidentes: tratar la insuficiencia hepática, la obesidad, las lesiones dentarias o más raramente amigdalinas y suprimir la intoxicación latente por el óxido de carbono, etc. Cuando la causa determinante no sea evidente, se investigará si los enfermos se hallan sometidos a una alimentación demasiado cargada en substancia proteica, o si existe una modificación importante del tránsito intestinal o una intolerancia particular para los huevos o para la leche o signos de sensibilización para las albúminas de la alimentación.

La importancia del régimen alimenticio es considerable y, sobre todo, del régimen seguido perfectamente por el enfermo, bastando la menor transgresión para perder inevitablemente el beneficio de las restricciones anteriores. Claro que no es posible suprimir de la alimentación todas las substancias proteicas, pues un régimen demasiado exclusivo no tardaría en acarrear serias complicaciones; se suprimirán solamente, aunque no de un modo completo, los huevos, la leche y sus derivados, y en lo que se refiere a las demás albúminas y a la carne en particular, el enfermo deberá ser sometido antes de cada comida al choque peptónico, al cual se añadirán unas gotas de adrenalina por la mañana y por la noche.

A este tratamiento de protección se unirá el tratamiento desensibilizador general con algunos medicamentos, entre los cuales parece ser el más eficaz el cloruro de calcio bajo sus múltiples formas especializadas, inyectable o por vía bucal, solo o asociado a otros medicamentos, tales como las sales de magnesio.

En realidad, la conducta de este tratamiento es variable, según los enfermos, requiriendo cierto hábito para modificarle en sus detalles, según la evolución de los síntomas. No se debe practicar la avulsión de raigones infectados, por ejemplo, antes de haber hecho un tratamiento de protección suficiente contra las reabsorciones de sangre y de pus, que serán inevitablemente secundarias a estas avulsiones, pues esta operación, hecha intempestivamente, podría redoblar los accidentes. La práctica de este tratamiento ha demostrado, además, que es preferible no dar las peptonas preprandiales sino después de haber sometido al enfermo durante algún tiempo al cloruro de calcio, a la adrenalina o a las inyecciones desensibilizadoras. Por no observar estas reglas es por lo que algunos autores declaran no haber obtenido beneficio terapéutico en estas afecciones integradas por el trípode proteínico de Violle: poliartritis, fiebre y manifestaciones cutáneas. (*Gazette des Hôpitaux*, núm. 17, 27 de Febrero de 1932).—T. R. Y.

N. Fiesstenger. EL SÍNDROME DE INTOXICACIÓN OEBROMENÍNGEO EN EL CURSO DE LAS CIRROSIS. — En la evolución de las cirrosis se observa una serie de síndromes tóxicos que demasiado esquemáticamente se han englobado en el cuadro muy elástico de la insuficiencia hepática, sin llegar a investigar su causa. Síndromes que creemos deben clasificarse en síndromes meníngeos y síndromes cerebrales.

Los síndromes meníngeos son frecuentes; se les observa en el período terminal de las cirrosis o con ocasión de agravaciones pasajeras con ictericia. La subictericia cirrótica aumenta; el apetito disminuye; los edemas aparecen. La complicación meníngea se anuncia por cierta pereza intelectual diurna con agitación nocturna y que mal conside-

rada pasa como psicosis alcohólica. Después aparece el síndrome meníngeo: cefalea con minimum de síntomas funcionales; la exploración demuestra la rigidez de nuca y el Kernig y su intensidad hace posible un diagnóstico de meningitis tuberculosa. La punción lumbar suele demostrar la integridad citológica del líquido cefalorraquídeo. Cuadro de buen pronóstico, pues pronto todo él desaparece en los enfermos en fase poco avanzada de la cirrosis; persiste algún tiempo el signo de Kernig.

Este síndrome meníngeo aparece siempre en las cirrosis durante su período de insuficiencia hepática; falta en las cirrosis de evolución insidiosa o en las cirrosis en período de diuresis o de mejoría.

En todos los casos la punción lumbar da líquido hipertenso claro, sin anomalía citológica, con ureorrea y albuminorraquia normales. Los síndromes cerebrales están íntimamente unidos a los síndromes meníngeos. Al lado del subdelirio tranquilo de la ictericia grave, se ven todas las formas de manifestaciones cerebrales. Al principio es la apatía con indiferencia afectiva; más tarde la pereza cerebral, que lentamente se transforma en coma. También se observan delirios alucinatorios, confusión mental con amnesia, a igual que en la psicosis de Korsacoff, en el curso de la cual siempre hemos demostrado una lesión hepática; o bien son delirios sistematizados o melancolía con ideas de suicidio. Desórdenes mentales de carácter fugaz; desaparecen de un día a otro, con una crisis urinaria y reaparecen con ocasión de una recaída; pueden ir y venir durante meses. No es raro observar crisis convulsivas semejantes a las eclámpicas, pero sin signo de alteración renal ni albuminuria ni nitrogenemia. Su carácter es la difusión en las manifestaciones cerebrales, sin signo focal.

En estas crisis de agravación de la cirrosis es muy típica la polipeptidorrea con modificación del índice existente entre los polipéptidos raquídeos y los polipéptidos sanguíneos, al punto que los accidentes nerviosos y cerebromeníngeos observados en el curso de las cirrosis hepáticas pueden relacionarse con la elevación anormal de la polipeptidorrea en relación al nitrógeno no proteico; elevación que expresa del lado del líquido cefalorraquídeo el desorden nitrogenado en la insuficiencia hepática funcional. (*Revue Belge des Sciences Medicales*, Louvain, Abril de 1931. Tomo II, núm. 4, pág. 299).—M. A. C.

D. Vivoli. EL ROJO CONGO COMO MEDIO DE DIAGNÓSTICO EN LA ENFERMEDAD AMILOIDEA. — Las reacciones tintóreas de la substancia amiloide son numerosas; las más empleadas son el procedimiento de la tintura de yodo, el virado al azul por el ácido sulfúrico y la coloración metacromática con el violeta de genciana. En 1922 Benhold publica un trabajo sobre la coloración electiva por el rojo Congo.

El rojo Congo es un colorante vital que tiene la propiedad (Oberling) de virar al azul en medio ácido y al naranja en medio alcalino. Es Griesback el primero que inyecta este colorante en el hombre para determinar la cantidad de glóbulos rojos.

Nosotros, en cinco tuberculosos avanzados con complicación amiloidea, hemos inyectado, en cuatro a cinco días, 10 c. c. de una solución al 1 por 100 de rojo Congo Grüber, investigando la presencia del colorante en el suero sanguíneo cuatro minutos y una hora después de la inyección.

Hacemos al enfermo en ayunas una inyección intravenosa de 10 c. c. de una solución al 1 por 100 de rojo Congo, cuidadosamente filtrada y esterilizada; cuatro minutos y sesenta minutos después tomamos 10 a 15 c. c. de sangre, que recogemos en un tubo bien limpio y bien seco; después

de la coagulación y retracción del coágulo, observamos la coloración del suero que sobrenada. Cuando el colorante ha sido fijado en su totalidad, el suero presenta coloración normal; decimos que la reacción al rojo Congo es fracamente positiva. En contrario, cuando el suero está coloreado en rojo.

Interesa diferenciar el suero teñido con rojo Congo o por un fenómeno de hemolisis. Las reacciones de la hemoglobina lo permiten.

La retención del rojo Congo en el suero sanguíneo, comprendida entre 40 y 100 por 100, una hora después de la inyección, milita en favor de la probabilidad de una enfermedad amiloide.

Normalmente hay una retención de colorante por los tejidos que oscila entre 11 y 29,3 por 100; retención que se hace sobre todo a nivel de hígado y riñón. Su eliminación comienza media hora después de la inyección, y se prolonga durante ocho a diez días; se investiga la presencia de colorante en orina filtrando grandes cantidades; se mira si el papel de filtro empleado presenta materia colorante.

En el curso de ciertos estados patológicos, el riñón elimina más rápidamente y en mayores cantidades el rojo; es el caso de la nefrosis sifilítica y de la amiloidosis glomerular reciente.

En los casos de amiloidosis avanzada, el colorante desaparece del suero sanguíneo sin que se pueda encontrar en la orina.

La coloración vital por el rojo Congo la hemos comprobado a los tres meses de la inyección y con la misma intensidad como si se hubiera realizado horas antes. Creemos que esta coloración vital dura lo que la evolución del proceso mismo.

Así pues, es posible obtener una coloración vital de la sustancia amiloidea por el rojo Congo, con inocuidad y tolerancia perfecta. Es un medio excelente de diagnóstico de la amiloidosis. (*Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*. París, Marzo de 1932, tomo III, núm. 3, página 208).—M. A. C.

A. Brechot. ANESTESIA «DE BASE» POR EL BROMURO DE SODIO.—Los diversos tipos de anestesia que se han propuesto: anestesia local, regional, raquíanestesia, etc., para evitar en lo posible los peligros de la anestesia general, ponen bien de manifiesto la preocupación que este problema inspira a los cirujanos.

Se hallan, pues, plenamente justificadas todas las tentativas que se hagan para buscar un nuevo método de anestesia; fundándose este que propone el autor en determinar una anestesia general «de base», a la cual baste añadir una anestesia ligera por vía respiratoria. Lo que hace falta en estos casos es que las sustancias empleadas como anestésicas de base sean lo menos tóxicas posible, de un manejo cómodo y de una eliminación orgánica fácil, condiciones que no se dan en la avertina, ahora de moda, cuyo uso es complejo, su composición bastante tóxica y su precio elevado.

Para obviar estos inconvenientes, el autor ha recurrido al bromuro de sodio, que emplea en inyección intravenosa a la dosis de 10 a 12 gramos una hora antes de la operación. Esta inyección es admirablemente soportada, acusan los enfermos solamente una manifiesta sensación de calma, sin apenas tendencia a la somnolencia. «Me encuentro perfectamente, dicen los enfermos, estoy muy tranquilo». Trasladados en estas condiciones a la sala de operaciones, basta una eterización que puede oscilar entre una y tres divisiones de la mascarilla de Ombredanne, para obte-

ner una anestesia suficiente para operaciones de importancia. No hay período de excitación, unas aspiraciones de éter y la operación puede comenzar; la resolución muscular abdominal es buena. La cara permanece sonrosada y la sangre conserva su coloración normal. El reflejo ocular no se modifica y se puede decir que el aspecto del enfermo no ha cambiado cuando sale de la sala de operaciones.

El curso postoperatorio de la anestesia es sencillo, volviendo la conciencia inmediatamente y persistiendo una gran calma durante varias horas. Los vómitos son una cosa sumamente excepcional.

Parece ser que la acción del bromuro se ejerce casi exclusivamente sobre los centros medulares. (*Le Progrès Médical*, núm. 9, 27 de Febrero de 1932).—T. R. Y.

W. E. Coultts. ALGUNAS CONSIDERACIONES ACERCA DE LOS CUADROS CLÍNICOS QUE SE REFIEREN A LA PARTE SUPERIOR DERECHA DEL ABDOMEN Y SU RELACIÓN CON LOS SÍNDROMES URINARIOS.—Las conclusiones principales que fluyen del conocimiento y estudio de los casos presentados para ilustrar esta monografía, son: en primer lugar, la necesidad de tener presente la coexistencia de lesiones urinarias (pelvis) y coelitis, y las ventajas clínicas que derivan de la ejecución simultánea de radiogramas del gastro-duodeno, vesícula y riñón, facilitados enormemente, en cuanto se refiere al aparato urinario, por el empleo del uroselectán. (*Rev. de Med. de Chile*, Noviembre de 1930.)

Karl Zieler. SÍFILIS Y EMBARAZO.—Se acepta por muchos que toda mujer que ha tenido sífilis debe ser sometida al tratamiento específico durante el embarazo aunque todas las reacciones serológicas sean negativas, y por otra parte, se sostiene por la mayoría de los sífilígrafos que cuando una mujer ha concebido un hijo y éste nace sífilítico, todos cuantos de ella nazcan lo serán igualmente; aquel útero no volverá a dar hijos sanos, por lo que es preferible evitar nuevos embarazos.

Niega el autor ambas cosas. Asegura, en primer término, que no sólo en los tratamientos precoces, sino también en los que se inician en sífilis ya avanzadas cabe esperar curaciones absolutas. Por lo tanto, una mujer antes sífilítica puede no serlo más tarde y no necesitar tratamiento específico durante su embarazo. Esta afirmación teórica del autor se encuentra muy condicionada por los requisitos que exige para eludir este tratamiento, a saber: que desde uno y medio o dos años antes no existan síntomas clínicos ni serológicos en sangre o líquido cefalorraquídeo a pesar de que se hayan hecho inyecciones provocadoras de salvarsán. En tales casos—dice—no hay por qué exponer a la madre a los riesgos escasos, pero probables, de un tratamiento anti-sifilítico. Cuando no existe esta casi seguridad de curación no podemos eludir el tratamiento preventivo, pues el número de hijos sífilíticos en madres enfermas y no tratadas se eleva al 90 por 100 aproximadamente.

También niega la fatalidad de que mujer que parió un hijo sífilítico no vuelva a dar a luz hijos sanos, y cita en su apoyo algunas observaciones en contrario, pero igualmente exige un tratamiento curativo intenso comprobado por todas las reacciones serológicas sin excluir nunca las del líquido cerebroespinal.

Por lo tanto, en vez de aconsejar a esas mujeres que no conciban será mejor aconsejarles que se traten de un modo enérgico. Siempre es más grato abrir camino a la esperanza que pronunciar condenas irrevocables (*Münchener med. Wochenschrift*, 1932, núm. 17).—F. G. D.

Asociación
Digitalina-Uabaina



reemplaza con ventaja
a Digital y Digitalina.

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

LABORATOIRES DEGLAUDE 8, Rue d'Assas
PARIS VI*

Muestras y
literaturas:

José M.^a Balasch Cuyás. (Farmacéutico)
Avenida 14 de Abril, 440.—BARCELONA

ESTOMAGO

Sal de Hunt

Laboratoires Alph. BRUNOT
PARIS

Muestras y Literatura
Juan Martin, Alcalá 9 MADRID

Terapeutica Cacodilica Intensiva é Indolora

CYTO-SERUM

A BASE DE CACODILATOS ALCALINOS

Una Inyección intra-muscular cada dos días

*Poderoso Estimulante
de la Hematopoyese y de la Fagocitosis*

GRIPE
TUBERCULOSIS
PALUDISMO
NEOPLASMA
NEURASTENIA
CONVALESCENCIAS

Contra toda alteración de la sangre
Contra las enfermedades infecciosas
Contra las caquexias de todo origen

Solicítense Muestras Gratis

Agente Gen. para España: FERNAND BEJAR, 20, RUIZ PERELLO, MADRID (9)

EN
AMPOLLAS
5
CENTI-
CUBOS

EN
AMPOLLAS
5
CENTI-
CUBOS

— BARACHOL —

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

LABORATORIOS HISPANIA.—VILLAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)



**Poderoso reconstituyente para
niños y adultos.**

Contiene los principios indispensables
a la función vital.

Una cucharada de **Ruamba**,
mezclado en la leche, aumenta cuatro
veces su valor nutritivo y constituye un
delicioso desayuno o merienda para los
anémicos, inapetentes, raquíticos, albu-
minúricos, desnutridos, etc.

Laboratorios Viñas - Claris, 71 - BARCELONA

SIL - AL

Metahidroxido de aluminio fisiológicamente puro

**Sustituye al bismuto en
terapéutica gástrica.**

Existe el Sil-Al belladonado.

Muestras

y literatura:

A. GÁMIR
Valencia.

BARDANOL

— — Elixir de bardana y estaño eléctrico. — —

INDICACIONES:

**Estafilococias en todas
sus manifestaciones.**

Muestras

y literatura:

A. GÁMIR
Valencia.

Autorizado por la Inspección Ge-
neral de Sanidad, número 4.193.

Alcaloides del opio y de la belladona
(var. estable en solución Bética).

ATROPAVER

Muestras y literatura a dis-
posición de los señores Mé-
dicos que lo soliciten al
Laboratorio « CELTA »,
Valencia.

AGUAS MINERALES NATURALES
DE

CARABAÑA

“LA FAVORITA”

PURGANTES - DEPURATIVAS - ANTIBILIOSAS - ANTIHERPETICAS

PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI

MADRID

Ayuntamiento de Madrid

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, Disona y los Catarros crónicos, haciendo cesar la fatiga y produciendo una suave expectoración.

PRECIO: 6,50 pesetas frasco.

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

ALMORRANAS



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

SEÑORES MEDICOS: INVENTO NUEVO TRASCENDENTAL EN ELECTROLOGIA

**Aparato Electro-Médico Universal
de insuperables adelantos.**

15 MODALIDADES EN UN EQUIPO

Pida oferta, sin compromiso.

**MIGUEL ANGEL TORRALVA.—Apartado de Correos núm. 331
SEVILLA**

JARABE de DIGITAL LABELONYE

EMPLEADO CON EL MEJOR ÉXITO

CONTRA LAS DIVERSAS

**AFECCIONES del CORAZÓN, HIDROPESIAS
TOSSES NERVOSAS, BRONQUITIS, ASMA, etc.**

Estafeta de partidos.

Nos comunican rogar a los compañeros que piensen so licitar la titular vacante de Novés (Toledo), se dirijan antes al titular o al otro médico que ejerce en la actualidad en dicho pueblo, que les informarán de las circunstancias del partido.

VACANTES

«GACETA» DEL 3 DE JUNIO.—El Ayuntamiento de Los Moriles (Córdoba), partido judicial de Aguilar, por oposición, Tribunal especial, la de médico titular inspector municipal de Sanidad, de tercera categoría, por renuncia, dotación de 2.475 pesetas y 160 familias de Beneficencia, censo 3.356 habitantes.

Tribunal: Presidente, D. Miguel Benzo Cano, inspector provincial de Sanidad.

Vocales: Estos serán nombrados por el Ayuntamiento dentro del plazo de la presente convocatoria; y

Secretario, D. Alfredo Borrego, secretario del Ayuntamiento de Los Moriles.

Derechos de oposición, 30 pesetas; instancias, treinta días.

«GACETA» DEL 3 DE JUNIO.—El Ayuntamiento de Camas, provincia de Sevilla, partido judicial de Sevilla, ha acordado proveer por oposición, Tribunal especial, la plaza de médico titular inspector municipal de Sanidad, 2.ª categoría, por defunción del que la desempeñaba, dotación de 3.600 pesetas y 200 familias de Beneficencia, censo de 5.107 habitantes.

Tribunal: Presidente, D. Carlos Ferrán y López, inspector provincial de Sanidad.

Vocales: Estos serán nombrados por el Ayuntamiento dentro del plazo de la presente convocatoria; y

Secretario, D. Saturnino Angulo Castillo, secretario del Ayuntamiento de Camas.

Los aspirantes deberán dirigir sus instancias en papel de octava clase al señor alcalde presidente del Ayuntamiento de Camas, en el plazo de un mes.

Por concurso de antigüedad y hasta el 3 de Julio pueden solicitar las siguientes vacantes de titulares inspectores municipales de Sanidad:

Por renuncia, la de Huelves (Cuenca), p. judicial de Tarancón; haber, 1.375 pesetas por 10 familias Beneficencia. Población, 560; categoría 5.ª

Datos.—V. a 12 km. de la c. de p. y a 72 de la c. Ferr.

—Por renuncia, la de Agaete (Las Palmas), p. judicial de Guía; haber, 2.200 pesetas por 200 familias Beneficencia. Población, 4.349; categoría 3.ª

Datos.—V. a 10 km. de la c. de p. Puerto de mar.

—Por defunción, la de Pazos de Borben (Pontevedra), partido judicial de Redondela; haber, 2.750 pesetas por 165 familias Beneficencia. Población, 3.652; categoría 2.ª

Datos.—Ay. a 8 km. de la c. de p., cuya est. es la más próx. y 26 de la c.

—Por renuncia, la de Nava de Béjar (Salamanca), p. judicial de Béjar; haber, 1.375 pesetas por 6 familias Beneficencia. Población, 641; categoría 5.ª

Datos.—Lugar a 13 km. de la c. de p. y a 57 de la c. La est. mas próx. Lebrada, a 3 km.

—Por defunción, la de El Rosillo de Cameros (Logroño), p. judicial de Torrecilla de Cameros; haber, 1.375 pesetas por 6 familias Beneficencia. Población, 316; categoría 5.ª

Observaciones.—1.250 pesetas por servicio médico, Casa de Socorro, Hospital Municipal. Igualas, 2.500.

Datos.—V. a 16 km. de la c. de p. y 46 de la c., cuya est. es la más próx.

—Por renuncia, la de Valera de Arriba y Parras de la Vega (Cuenca), haber, 2.200 pesetas por 25 familias Beneficencia. Población, 1.416; categoría 3.ª

(Continúa en la página siguiente.)

ANALISIS
de orinas, esputos, leches,
sangre, aguas, etc.
Laboratorio del Dr. E. Ortega,
sucesor del Dr. Calderón.
Carretas, 14, Madrid.
FUNDADO EN 1866.

Datos.—V. a 30 km. de la c., que es la c. de p. y est. más próx.

—Por defunción, la de Bergondo (La Coruña), p. judicial de Betanzos; haber, 2.750 pesetas por 250 familias de Beneficencia. Población, 5.360; categoría 2.^a

Datos.—Ay. a 4 km. de la c. de p., cuya est. es la más próx., y a 20 de la c.

—Por defunción, la de Oropesa (Castellón); haber, 1.650 pesetas por 20 familias de Beneficencia. Población, 999; categoría 4.^a

Datos.—V. a 20 km. de la c., que es el partido judicial. Ferr.

—Por renuncia, la de Villar del Rey (Badajoz), p. judicial de Albuquerque; haber, 2.200 pesetas por 155 familias de Beneficencia. Población, 3.954; categoría 3.^a Hay otra titular.

Datos.—V. a 18 km. de la c. de p. y a 33 de la c. La est. más próx., Talavera la Real, a 20 km.

—Por nueva creación, la de La Roda (Albacete); haber, 2.750 pesetas por 42 familias de Beneficencia. Población, 9.185; categoría 2.^a

Datos.—V. c. de p. a 35 km. de la c. Ferr.

Y por concurso de méritos hasta el 3 de Julio las siguientes:

—Por nueva creación, la de Mayalde (Zamora), p. judicial de Fuentesauco, con el haber de 1.375 pesetas por 12 familias de Beneficencia. Población, 601; categoría 5.^a

Datos.—V. a 27 km. de la c. de p. y a 32 de la c. La est. más próx., Cubo, a 6 km.

—Por excedencia, la de Hornos (Jaén), p. judicial de Orcera, con el haber de 2.750 pesetas por 150 familias de Beneficencia. Población, 2.100; categoría 2.^a Iguales, 1.500 pesetas.

Datos.—V. a 15 km. de la c. de p. y a 140 de la c. La est. más próx., Baeza a 117 km.

—Por nueva creación, la de Hellín (Albacete), con el haber de 3.300 pesetas por 135 familias de Beneficencia. Población, 15.000; categoría 1.^a Cuatro distritos.

Datos.—Ciudad c. de p. a 60 de la c. Carr. Ferr.

—Por renuncia, la de Bergüenda (Alava), p. judicial de Amurrio, con el haber de 1.650 pesetas por 30 familias de Beneficencia. Población, 890; categoría 4.^a Residencia en Villa de Puentelearrá.

Datos.—V. a 36 km. de la c. y a 16 de Miranda de Ebro, cuya est. es la más próx.

—Por renuncia, la de Calatañazor y sus anejos Muriel de la Fuente, Nódalo y Revilla de Calatañazor (Soria), p. judicial de Almazán, con el haber de 2.200 pesetas por 30 familias de Beneficencia. Población, 1.361; categoría 3.^a

Datos.—V. a 33 km. de la c. de p. y a 32 de la c. La est. más próx., Abejar, a 12 km.

—Se halla vacante la plaza de médico tocólogo de Moral de Calatrava (Ciudad Real), con el haber anual de 1.650 pe-

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

HIERRO QUEVENNE Único aprobado por la ACADEMIA de MEDICINA de PARIS
A causa de su pureza y de su poderosa actividad para curar **Cloro-Anemia**.
Único ferruginoso **inalterable** en los países cálidos. — 14, rue des Beaux-Arts, París.

TINTURA COCHEUX cura la Gota, Reumatismo
Éxito en los Hospitales desde 1848. — y el Mal de Piedra. —
En todas las farmacias. — Al por mayor TAVERNIER & AGUETTANT.—LYON (Francia).

setas. Las instancias, debidamente reintegradas, pueden presentarse hasta el 13 de Junio al alcalde, *Pilar López*.

—En Palencia, dos plazas de médico-cirujano de la Sala de Socorro de este Municipio, con el haber anual de 2.500 pesetas. Solicitudes extendidas en papel del Estado de la clase 8.^a, un timbre de 0,50 pesetas municipal, acompañadas de los documentos siguientes:

Partida de nacimiento, certificado que acredite la carencia de antecedentes penales, cédula personal, certificado de buena conducta expedido por el alcalde del punto donde el solicitante resida, los demás que consideren pertinentes para acreditar sus circunstancias y méritos especiales.

Solicitudes hasta el 23 de Junio.

Practicantes.

Lazagurria (Navarra), 437,50 pesetas. 15 de Junio.

Aldealpozo (Soria), 412,50 pesetas. 30 de Junio.

Casas de Castañar (Cáceres), 256 pesetas. 27 de Junio.

Colomba de Cureño (León), 750 pesetas. 23 de Junio.

Médico de veinticuatro años, inspector municipal de Sanidad, ex alumno interno por oposición de la Facultad de Medicina de Valladolid, con excelente hoja de estudios, se ofrece para substituir durante uno o más meses de verano. Dirigirse a D. José María del Hoyo, Recoletos, 2, Valladolid.

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

Practicante barbero con mucha práctica se ofrece. Malasana, núm. 7, 2.^o P. B. Practicante.

Correspondencia administrativa :

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

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

D. Agustín Ribera.—Pagado fin Enero 1933.

D. Severiano Jiménez.—Id. fin Junio 1932.

D. Ricardo Encinas.—Id. fin Diciembre 1932.

D. Raimundo Gallego.—Id.

D. Pedro Cuenca.—Id.

D. Angel Díaz García.—Id.

D. Francisco Lloret.—Id.

(Se continuará.)

naturaleza del proceso peritoneal que se asiste. Tales síntomas son: el adelgazamiento, la palidez, la taquicardia, hipotensión, anemia, brotes febriles irregulares provocados, sobre todo, por el esfuerzo. Estos síntomas se presentan en la peritonitis tuberculosa como en la pleuresía de la misma naturaleza de una manera precoz, antes de la aparición de los síntomas definitivos que demuestran la lesión de la serosa. Se tendrá una atención especial cuando un enfermo que se encuentre en la convalecencia de un proceso de los que suelen prediagnosarse a la tuberculosis, como son: la tos ferina, el sarampión, etc., padezca síntomas de impregnación.

El diagnóstico de la naturaleza del proceso le debe acaabar de precisar el laboratorio dando el único sintoma que existe de absoluta certeza, que es la presencia del bacilo de Koch. Ya los signos antes citados, si coinciden todos, pueden dar las mayores probabilidades de que se trate de un proceso tuberculoso, pero el laboratorio aumenta todavía la seguridad. Las reacciones humoresales no son pruebas de seguridad, y lo mismo que las reacciones a las tuberculinas, tienen valor solamente para hacer presunciones pronósticas. Solamente en los casos en que los resultados sean coincidentemente negativos y el estado general del enfermo sea relativamente bueno, tratándose de un adulto, se puede dar valor a estas reacciones, especialmente si en el curso ulterior del proceso se mantiene siempre negativo el proceso peritoneal. La importancia que tiene la investigación del bacilo de Koch es bastante mayor; en los casos en que resulta positiva, sea por la demostración directa, sea por medio del cultivo o por la inoculación al cobaya, queda fuera de duda la naturaleza tuberculosa de la enfermedad.

En los procesos con derrame esta demostración del bacilo parece cosa fácil, pero no así en las formas plásticas, en las que, sin embargo, se pueden aprovechar los resultados obtenidos por la punción precoz del peritoneo, o sea por la extracción de líquido normal. Por último, para acabar de resolver las dudas se debe proceder a la laparotomía exploradora. El valor de dicha operación para el diagnóstico no

parte de peritoneo en que se aprecia el dolor, será el que nos indique si se trata de un proceso que pueda justificar una reacción peritoneal de la importancia de la que se está observando. Estos dolores debidos a los procesos de peritonitis tuberculosa se producen desde el primer momento con los mismos caracteres que han de tener durante toda su evolución, o sea que no van precedidos de proceso agudo alguno con fiebre o con dolores más intensos, porque la peritonitis que los determina es crónica desde el primer momento.

En este proceso tiene interés capital la precisión de los antecedentes y de los accidentes agudos. Con el fin de saber si este proceso doloroso es peritoneal o visceral, casi es imposible prescindir de la radiología. Si se trata de una lesión visceral, por ejemplo, del ciego, del apéndice, del colon, etc., el dolor que por la palpación se provoque ha de coincidir visto a la pantalla, con el órgano enfermo, y esta yuxtaposición debe existir lo mismo cuando se examina al enfermo acostado que cuando se le examina de pie, lo que demuestra que el dolor sigue iguales desplazamientos que la víscera enferma. Si el dolor se halla en sitio distinto del órgano enfermo y en sitio en el que no quepa atribuirle a la pared abdominal ni al esqueleto, será lo más probable que se deba a una peritonitis plástica. No solamente se puede localizar bien la lesión por medio de la radiología, sino que estando bien hecha puede permitir eliminar a veces la existencia de una lesión visceral a la que pudiera atribuirse el origen de los síntomas observados. La existencia de divertículos o lagunas hace eliminar el diagnóstico de lesión tuberculosa, o por lo menos es lo más probable que haya otro proceso; en cambio, la fijeza de las vísceras habrá de inclinar más bien a que se trate de una peritonitis; si la región inmóvilizada por las adherencias es precisamente la que resulta dolorosa y se puede demostrar la coincidencia en la exploración radioscópica, el diagnóstico adquiere una gran verosimilitud.

La inmovilidad de las partes diferentes del intestino se puede acompañar de grandes éstasis de la pasta de bismuto

según se demuestra en la pantalla. Las pruebas de laboratorio han de ser múltiples y tenaces. Se examinará repetidas veces la existencia de sangre en las deposiciones y en la orina, la de púrpura microscópica y si con ello se puede eliminar la existencia de diferentes lesiones viscerales se irá dando mayores probabilidades a la idea de la peritonitis tuberculosa.

Una vez hecho el diagnóstico de la peritonitis primitiva hay que hacer el de la naturaleza de la misma. No hay que creer que toda peritonitis de apariencia primitiva es invariamente una peritonitis tuberculosa. Se puede razonar por analogía con lo que sucede en las pleuresías y pensar que se trata de una tuberculosis cuando no se encuentra ninguna otra causa a que atribuir los síntomas. Sin embargo, cuando se trata del peritoneo hay que tener mucho más presente la sífilis que cuando se trata de la pleura.

Las perivisceritis sífilíticas son mucho más frecuentes de lo que parece. También las poliserositis suelen ser de naturaleza tuberculosa como lo demuestran las investigaciones anatomoclínicas y el resultado de la terapéutica. La sífilis interviene asimismo, lo mismo que la tuberculosis, en la producción de algunas pericititis membranosas. Hasta se conocen casos de enfermedad de Lane que no eran sino localizaciones peritoneales de la sífilis hereditaria tardía o de la adquirida y que podían curar por medio de un tratamiento antisifilítico tenaz y suficientemente prolongado.

Esta etiología sífilítica merece una atención especial, porque su sintomatología suele coincidir en todo con la de la poliserositis tuberculosa, siendo el diagnóstico diferencial sumamente difícil. Al parecer se encuentran también afectas las vísceras subyacentes cuando se trata del proceso sífilítico, pero esta lesión puede ser en un principio tan reducida que fácilmente pasa inadvertida. De todos modos siempre que hay una reacción del peritoneo en las regiones del hígado o del bazo hay que pensar en la etiología sífilítica, porque el treponema tiene especial predilección por estos órganos. Se han referido síndesis sífilíticas, pericardiorhepáticas.

Estas poliserositis son, a veces, la consecuencia de procesos combinados sífilíticos y tuberculosos. Mención especial merece una forma de poliserositis sífilítica, que equivale, con esta etiología, a la tuberculosis pleuropitoneal, y es la asociación sífilítica pleuropitoneal. Hasta se han conocido casos de procesos peritoneales de aspecto tumoral y acompañados de fiebre, localizados en la fosa iliaca derecha, y que de no haber tenido otras manifestaciones de sífilis, hubieran hecho creer en una pericititis tuberculosa, pero que cedieron perfectamente a un tratamiento yodurado.

No se afirmará la naturaleza tuberculosa del proceso sin haberlo demostrado por medio de los síntomas de gran probabilidad y los de certeza ya consignados. Tras de todo lo cual se debe pensar en una peritonitis tuberculosa, tras de haber existido una pleuritis o un derrame pleural o cuando en el momento de la exploración se hallen indicios seguros de los mismos que demuestran que estos procesos fueron anteriores en fecha al del peritoneo. Por tanto, en los casos de lesiones tuberculosas del peritoneo se deben examinar detenidamente las dos serosas, ya que es corriente que la enfermedad las afecte al mismo tiempo, o una tras otra, prestando el proceso de la pleura. Tampoco se debe olvidar el examen del pericardio y de las meninges, sobre todo el del primero, que se suele encontrar afecto sin que haya lesiones de gran manifestación clínica.

Por último, no se reducirá la exploración a la pleura y al peritoneo, sino que, lo mismo que en los casos de lesiones sífilíticas se explorarán las de naturaleza bacilar en todo el cuerpo, porque es corriente que estos enfermos tengan indicios de una tuberculosis pulmonar fibrosa y que si se trata de hombres presenten una epididimitis tuberculosa. La existencia de tuberculosos crónicos entre los allegados de los enfermos que puedan estarlos contaminando constantemente por la expectoración, es una causa más de presunción de la naturaleza tuberculosa de las lesiones.

Una serie de síntomas de impregnación o de otro modo de intoxicación tuberculosa que se demostrarán en el cuadro total de los enfermos, harán pensar en que es ésta la

DERMATOSIS INFANTILES

desaparecen rápidamente con

DEPURATIVO INFANTIL CABALLERO

de sabor agradabilísimo.

PASTA POROSA CABALLERO (Dermatosis rezumantes).

De venta en todas las Farmacias. Pídanse muestras á Laboratorio de Productos Dermatológicos, J. Caballero Roig. Apartado 710.—BARCELONA

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 ESTOMACAL
SAIZ DE CARLOS
(STOMALIX)

Poderoso tónico digestivo que triunfa siempre.

Vente: Principales farmacias del mundo.

CARIES
ÓSEA Y
DENTARIA
TUBERCU
LOSI - RA
QUITISMO.

ELIXIR E INTESTINAL

PODEROSO RECONSTITUYENTE EFICAZ ANTITUBERCULOSO

ELIXIR E INTESTINAL

PODEROSO RECONSTITUYENTE EFICAZ ANTITUBERCULOSO

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.

SANATORIO DEL PARQUE-DAVOS

(ANTES SANATORIO TURBAN)

Casa de primer orden. 1.570 metros sobre el nivel del mar. Gran parque y bosque de propiedad. Pensión, incluyendo habitación, tratamiento del médico, etc., desde 18 francos suizos. Prospecto gratuito.

Médico Director: Dr. F. BAUER

BALNEARIO VILLA ENGRACIA

ESPLUGA DE FRANCOLI (Provincia Tarragona)

Agua ferromanganesa bicarbonatada; muy radioactiva.

Prospectos: BRUCH, 114, TELÉFONO 70.611. — BARCELONA

MORRHUËTINE

JUNGKEN

CARACTERES ESENCIALES

- A/** *Simplicidad de su composición*
Yodo. Hipofosfitos, cal. sosa, manganeso
Fosfato sódico Glicerina pura.
- B/** *Ninguna substancia de peligroso manejo
para la infancia. Ni estrignina, ni arsénico*
- C/** *No es una emulsión, ni uno de los llamados ex-
tractos del aceite de hig. de bacalao. Es un licor
no alcohólico, ni azucarado, de sabor gratisimo y
tolerado perfectamente.*
- D/** *Medicación YODADA por excelencia.
Depurativo. Reconstituyente*

**SE EMPLEA EN TODAS LAS
ÉPOCAS DEL AÑO.**

**ES EL RECONSTITUYENTE PREDILECTO DE LOS
SRES. MÉDICOS PARA USO DE SUS HIJOS.**

*Eficaz en el
tratamiento de las* **Adenopatías**
Linfatismo
Escrofulismo
Raquitismo
Diabetes
Heredosifilis
Ameno y Dismenorrea
Convalecencias

Estados llamados Pretuberculosos



LABORATORIO MIRABENT BARCELONA

ESPECIALIDAD NACIONAL
Ayuntamiento de Madrid

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*.—¿Se va a limitar el número de estudiantes de Medicina?, por *Ricardo Royo-Villanova y Morales*.—Letras de polka, por *El Licenciado T. B. O.*—Academias, Sociedades y Conferencias.—El diagnóstico precoz de la hipertensión.—Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Madrid.—*Gaceta de la salud pública*: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Por las Clínicas de Europa.—Tertulia médica.—Anuncios.

Boletín de la semana.

Chico en grande.

Nos sorprende la siguiente carta:

«Sr. Director de EL SIGLO MEDICO.

Muy señor mío: En la página 611 del número de esa Revista correspondiente al 4 del actual se manifiesta, copiándolo, según se dice, de un diario madrileño, al que también he enviado la oportuna rectificación, que «el director de Sanidad dedicó el automóvil oficial a traer médicos de los pueblos para la votación del Colegio de Médicos».

Esta imputación es falsa de toda falsedad, y le ruego, por tanto, publique estas líneas en EL SIGLO MEDICO para conocimiento de sus lectores.

De usted suyo s. s. q. e. s. m., *M. Pascua*.

6 de Junio de 1932.»

Ninguna obligación tenemos de publicar esta extraña carta demostrativa de que el Sr. Pascua no está débil sólo en temas sanitarios, pero lo hacemos porque se vea *las cosas* que le preocupan al director general de cuanto se ha dicho de su gestión estos días, entre las que sólo encuentra falsa la afirmación del diario *Informaciones*. ¡Lo demás todo sigue firme! ¡Como la Sierra de Gredos!

Sobre esto del automóvil oficial creemos que hay una mala interpretación: primero, porque no sabemos de qué automóvil oficial habla *Informaciones* en concreto, y nosotros estamos acostumbrados a que los directores de Sanidad *se pagaran* el coche de su bolsillo particular en tiempos en que la Sanidad se hacía... de otro modo; así pues, no sabemos por qué tiene coche oficial D. Marcelino, en estos tiempos de escasez económica; segundo, porque dudamos si el Sr. Pascua afirma en su carta que *ningún* coche oficial de Sanidad trajera a Madrid médicos para que votasen en el Colegio. Esto es lo que veríamos con gusto que afirmase D. Marcelino. Claro que algo hay que dejar generoso al vencido para que manifieste su reacción, pero creíamos haber dejado mucho no dando publicidad a otros rumores.

El miércoles, a última hora de la tarde, tomé posesión la nueva Junta del Colegio de Médicos de Madrid. La opinión de la clase en general está pen-

diente de los primeros actos de su mandato. Sinceramente estimamos delicadísima la actuación del Dr. Piga y sus compañeros, y por ello se debe, por parte de todos, guardar la más absoluta calma y buena atención, para que la voluntad de la Junta no se sienta inquietada en tales momentos.

Así, pues, no debe estimarse ahora en nosotros de otro modo que como deber informativo, si damos aquí cuenta del acuerdo *unánime* tomado por el Congreso de Abogados celebrado en Madrid, de protestar contra el confinamiento del doctor en Medicina y en Derecho D. José María Albiñana y Sanz.

El día 19 de Junio, a las diez de la mañana, se celebrará en el Colegio de Médicos de Barcelona la sesión inaugural de la Asamblea de la *Asociación Catalana de Médicos sanitarios y de Asistencia municipal*. Nos remiten el programa y nos asombra que se añada, por el remitente, las siguientes afirmaciones: ¡VISCA CATALUNYA! ¡NOSALTRES SOLS! ¡RES AMB VOSALTRES!

No era necesario añadir eso, pues bien se expresa en el texto que encabeza el programa de la Asamblea. Nosotros estamos muy lejos de contar como *algún que altre esgarip histèric dels eterns pertorbadors de la cosa pública*, que es como califican en el *Butlletí del Col·legi de Metges de Barcelona* a quienes se alcen contra lo dispuesto en el Estatuto referente a Sanidad. Lo que no nos explicamos es qué van a pensar todos los titulares de España que votaron con D. Pelayo (Martorell) y el Sr. Canal, en la Asamblea del Senado, que la *Sanidad era función indelegable del Estado español*.

Según parece, el Sr. Canal es el ponente de la TASCA SANITARIA, y aunque aún no sabemos lo que esto significa, puede que sea una explicación de aquello.

Pero conste que por nosotros ¡VIVA CATALUNYA! y además: ¡VOSALTRES SOLS! Y ¡RES AMB VOSALTRES! Claro que estos dos últimos gritos con los que dicen tales cosas, que por fortuna no son todos los médicos catalanes.

En un artículo admirable, como todos sus escritos, el profesor Royo Villanova y Morales trata, en este número de EL SIGLO MÉDICO, del problema de limitación de los estudiantes de Medicina. Nada, pues, diremos por ahora sobre esto; pero deseosos de contribuir cuanto antes a la solución del acúmulo de médicos, vamos a manifestar nuestra opinión *terapéutica* del mal, y sentiremos que parezca simplista a quienes leen demasiado de corrido las cosas.

Opinamos sinceramente que el asunto se resuelve con dos medidas que puede dictar el ministro bien sencillamente:

1.^a Los catedráticos devengarán su haber por *dietas de asistencia* registradas en libro especial que presentará el bedel *en el momento de terminar la hora de cada clase* y en el que firmará el profesor y dos alumnos, éstos diferentes cada día.

2.^a Rendición de cuentas detalladas del dinero de prácticas, que administrará cada profesor titular en unión de tres alumnos y *de tres padres de alumnos matriculados, que lo soliciten al comienzo de cada curso y acrediten ser ellos médicos en ejercicio*.

¿Es poco? Pues con este poco se reduce el número de alumnos de Medicina a menos del tercio de los actuales antes de dos años. ¡Y no se cometen atentados contra la enseñanza abierta a todo el que la desee!

DECIO CARLAN

¿Se va a limitar el número de estudiantes de Medicina?

I

PLANTEAMIENTO DE LA CUESTIÓN

Desde hace algún tiempo se viene hablando con particular insistencia de la urgente necesidad de reducir el número de estudiantes, en razón del excesivo número de médicos que actualmente existen, del que a diario salen de las Universidades y de la capacidad material y docente de nuestras Facultades de Medicina. Como se trata de una limitación de índole pedagógica y profesional que afecta sobre todo a los estudiantes, es a ellos a quienes en realidad de intereses correspondía propugnarla y defenderla, ya que son principalmente ellos quienes más derecho tienen a una enseñanza todo lo completa que debe ser, con el material docente, clínico y de laboratorio indispensables.

Así ha sido; en efecto, fueron los estudiantes del sexto año de la Facultad de Medicina de Zaragoza, los primeros que hace algunos años elevaron a las autoridades académicas una razonada moción para el mejoramiento de su carrera y de su auténtica condición de estudiantes.

Quejábanse de la terrible situación económica—ahora agudizada—que habían de afrontar recién salidos de la Universidad por la abundancia de competidores; de la enorme concurrencia que dificultaba el porvenir de la profesión, del inminente peligro que les amenazaba, cuando después de siete años de trabajos forzados, dispendios enormes y zozo-

bras sin cuento, iban a obtener un título, que apenas les serviría para algo más que para asistir gratuitamente a las dilatadas familias de numerosos compañeros.

«Somos demasiados—decían—; las matrículas crecen anualmente de un modo abrumador y los títulos que nos da el Estado valen menos de lo que nos cuestan en tiempo, trabajo y sacrificios, y acaban por no servirnos para nada porque nadie puede vivir decorosamente del exclusivo ejercicio de la profesión médica.»

Antes y después que los estudiantes de Zaragoza, la mayoría de los comentaristas que escribieron sobre esta cuestión están en principio de acuerdo, sobre la necesidad urgente de establecer una limitación en el número de estudiantes de Medicina, con arreglo a las necesidades y a los medios disponibles, y no solamente por el excesivo número de médicos que actualmente existen, y que habrá de aumentar continuamente, sino también y principalmente porque siendo casi imposible o por lo menos muy deficiente la enseñanza, a consecuencia del excesivo número de estudiantes de Medicina, las Facultades defraudan a la sociedad admitiendo un número superior a los medios de que disponen, y además, por el ineludible deber en que se encuentra la sociedad y el Estado de proporcionar a los futuros médicos una educación profesional y una instrucción científica, todo lo completas que se requieren para que jamás la negligencia o la impericia del médico puedan poner en peligro la vida de un semejante.

En la reciente Asamblea de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad se aprobó la siguiente conclusión: «Limitación del número de alumnos que anualmente ingresan en las Facultades de Medicina, con arreglo a su capacidad docente de las mismas, como único medio de conjurar la crisis por que pasa la clase médica.»

Concretando estas aspiraciones, que responden a un antiguo deseo nacional, el ministro de Instrucción pública—Fernando de los Ríos—acaba de dirigir una circular a las Universidades convocando a una reunión con el Consejo de Instrucción pública, que tuvo lugar el 20 de Junio de 1932. El objeto principal de esta reunión es tratar sobre la grave situación que plantea el exceso de titulados universitarios y marcar una pauta para instaurar una verdadera selección de nuevos profesionales, pues la Universidad no puede con una actitud pasiva de lamentaciones estériles amparar la incrementación de este agudo, viejo y triste problema, agravado actualmente en proporciones desconocidas hasta aquí. Dice así la orden circular del ministro:

«El problema de las llamadas profesiones liberales y, por tanto, el ingreso en las Universidades y Centros superiores de cultura requiere urgente atención, pues en la situación actual del mundo, no solamente es ello un asunto de carácter pedagógico, sino que reviste dimensiones sociales y económicas.

Al terminar la guerra, una verdadera avalancha de estudiantes invadió las Universidades de todos los pueblos, sin exceptuar los neutrales, donde igualmente se ha notado un insólito aumento de matrículas que aún no ha cesado de crecer. Empero al mismo tiempo y por el mismo fenómeno se produjo el paro y la congestión en las profesiones y aumenta el número de los intelectuales proletarios, mientras los campos quedan insuficientemente atendidos, las industrias que requieren trabajadores cualificados no los hallan o tienen que aceptarlos de inferior eficiencia, y las actividades comerciales carecen asimismo de personas suficientemente preparadas para sus modernos empeños. Es evidente que las Universidades no podrán evitar el descenso en el nivel de sus estudios, ya que aun la masa estudiant-



LABORATOIRE NATIVELLE

27, Rue de la Procession — PARIS (15^e)

NATIBAÏNE

ÚNICA ASOCIACIÓN DE
DIGITALINE NATIVELLE
Y DE
OUABAÏNE ARNAUD

Dräger.



Silicyl

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

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

PYRÉTHANE

GOTAS

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

Poderoso Antineurálgico

AETHONE

PODEROSO SEDATIVO, no TÓXICO

Tos *esp* *dica*

Tos Ferina

Tos *de los* **Tuberculosos**

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

NUCLÉARSITOL ROBIN

**PRETUBERCULOSIS - IMPALUDISMO
ENFERMEDADES DE LAS COLONIAS**

(Medicación nucleo-arsenical-fosfatada)

GRÁNULOS - COMPRIMIDOS - AMPOLLAS

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

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

til que hace diez años existía en nuestro país era excesiva para una labor formativa realmente seria.

Por estos y otros motivos es preocupación actual en todas partes el establecimiento de métodos selectivos que permitan utilizar al máximo las capacidades y eviten en lo posible a los jóvenes errar inmediatamente el camino de su porvenir, que coincide con el interés del país. Mas el problema de los exámenes o de las pruebas de aptitud que en su lugar sirven de base para conferir grados no puede ser abordado ni por el Poder central, sin contar con las Universidades, ni por alguna o algunas de éstas, sin ponerse de acuerdo con las restantes. Son, ante todo, las Facultades universitarias quienes deben estudiar los puntos de vista más generales y trascendentales que aquella función suscita. Sirvan de ejemplo los siguientes:

a) ¿Debe la Universidad tomar medidas encaminadas a reducir el número de sus estudiantes, o debe habilitar medios y sectores de estudios para abrir sus puertas a cuantos alumnos tengan la edad y la preparación mínima para el ingreso?

b) ¿Debe utilizarse la afluencia de estudiantes para acentuar y perfeccionar los sistemas selectivos, levantando con ello el nivel de los estudios universitarios y devolviendo así mayor número de jóvenes a otros estudios o actividades?

c) ¿Sería aconsejable, por tanto, que las Universidades pusieran al número de sus graduados un límite en cierta relación con las necesidades del país en las diferentes profesiones, sean reguladas, sean libres, al modo como se hace en algunas Escuelas especiales y desde este curso en las Normales?

d) ¿Convendría que los profesores hicieran una calificación de méritos relativo, como resultado de cursos, pruebas o exámenes y correspondiera a las Facultades la determinación del tanto por ciento que deba eliminarse, mediante un concierto entre todas las Universidades?

e) ¿Podrían las Facultades universitarias llegar a acuerdos revisables de tiempo en tiempo sobre el nivel y los métodos de exámenes o pruebas, sin caer en mecanización o rigidez, ni atender a la libertad científica y docente que es esencial a la Universidad, pero logrando, en cambio, de aquel modo un cierto nivel medio análogo?

Las cuestiones planteadas son de tal modo graves y urgentes, que por vía de ejemplo ilustrativo quiere el ministro someter a la consideración de las Universidades casos como el de licenciados que para subvenir a sus perentorias necesidades alimenticias han pedido servir de ayudantes en comedores sociales, o el de una carrera facultativa, la de médico, en que la relación proporcional entre los que mueren y los que ingresan en la profesión es en España aproximadamente de uno a cinco o de uno a seis. Ni el porvenir de la Universidad y la eficacia de sus enseñanzas, ni la acción científica a desarrollar por los universitarios, ni el tipo social creado por el pseudocientífico indigente, permite a la Universidad continuar como hasta aquí, indiferente a la gravedad de las nuevas cuestiones suscitadas por la vida.

Para tratar las cuestiones apuntadas, más las que a juicio de las Universidades deban ser añadidas, cada Facultad deberá reunirse, formular sus conclusiones y designar un representante, que es convocado mediante esta circular, a una reunión con los de las demás Facultades y con la Sección Universitaria del Consejo de Instrucción pública, el 20 de Junio, en Madrid, en la Universidad Central.

II

LO QUE SE HA HECHO EN OTROS PAÍSES

Actualmente son muchos los países que se preocupan del problema de la limitación del número de estudiantes

en las Facultades de Medicina, en algunos de los cuales se han dictado medidas oportunas y rigurosas para resolver el arduo conflicto de una manera radical y concreta:

Brasil.—El Brasil sólo admite 80 estudiantes de primer año en la Facultad de San Pablo y 250 en la de Río Janeiro.

Hungría.—En Hungría, donde el problema del exceso de médicos adquiere proporciones catastróficas, para prevenir en lo futuro y en lo posible esta plétora, el número de estudiantes en las distintas Universidades de la nación ha sido considerablemente reducido, no estando permitido que sobrepasen las cifras de antemano señaladas.

La Facultad de Budapest solamente podrá admitir a 160 estudiantes de Medicina y 70 de Farmacia; la de Szegedin, 60 médicos y otra cifra proporcionada de farmacéuticos; las Facultades de Dobreczin y Pufkirchen, otros 60 alumnos cada una.

Austria.—En este país se ha limitado a 40 el número de los que pueden ingresar en el primer año de los estudios médicos.

Polonia.—Según un documentado estudio del profesor Cieszynski sobre el estado actual y el porvenir futuro de la profesión médica en Polonia, para remediar los estragos de la superproducción de médicos habrá de calcularse en lo sucesivo el número de estudiantes de Medicina según el aumento de la población. Con arreglo a este criterio, para el año 1929 se calcula un total de 573 estudiantes de Medicina en todas las Universidades del país.

Noruega.—Ultimamente se ha acordado en Noruega que sólo podrán continuar los estudios de Medicina aquellos alumnos que obtuvieran buenas calificaciones en los primeros cursos. Sin embargo, las Asociaciones de médicos noruegos estiman insuficiente este criterio de limitación y solicitan más restricciones y una más rigurosa limitación al ingreso de las Facultades de Medicina.

Alemania.—Desde 1925 se viene hablando en Alemania de la necesidad de limitar el número de plazas de ingreso en las Facultades de Medicina, habiéndose llegado a propugnar la idea—sobre la que volveremos al final de este trabajo—de que se prefiera en esta selección a los hijos de médicos, quizá con un exclusivismo algo cerrado, pero no sin fundamento, pues no es posible negar—aparte de lo que diremos más adelante—que los hijos de los médicos están en condiciones muy superiores a las de los demás para emprender la profesión de sus padres, ya que en ellos encontrarán su mejor maestro y su más desinteresado mentor.

Recientemente, en la discusión del presupuesto de Higiene, en la Dieta prusiana, el Sr. Hirtsiefer ha llamado la atención de la Asamblea sobre el peligro que representa el aumento del número de estudiantes de Medicina. El ministro de Higiene contestó a esta interpelación diciendo que dentro de poco el Gobierno se verá obligado a tomar serias medidas para impedir esta afluencia de la juventud a la carrera de médico. La Asociación Alemana de Médicos ha propuesto al Ministerio competente fije un *numerus clausus*; un número máximo de aprobados podría ser el de 1.500, de ellos el 5 por 100 mujeres.

Rumania.—En Rumania se ha limitado a 150 el número de estudiantes de primer año que pueden admitirse en la Facultad de Medicina de Bucarest.

Estados Unidos.—En los Estados Unidos, de las 80 Facultades y Escuelas de Medicina que actualmente existen, 47, las mejores, han acordado que ningún curso pueda tener más de 125 alumnos, y ello, a pesar de la riqueza de medios de este país y de tener un número total de médicos proporcionalmente cuatro o cinco veces menor que el nuestro,

Chile.—El Gobierno chileno acaba de limitar a 80 el número de nuevas inscripciones en la carrera de Medicina durante el año escolar 1929-1930. Al efecto, se designó una Comisión especial constituida por profesores de la Facultad de Medicina y del Instituto Pedagógico para designar los candidatos, fundándose en las notas obtenidas durante los tres últimos años de estudios secundarios en las siguientes materias: Física, Química, Biología y dos idiomas (francés e inglés o alemán). Además, fueron sometidos a un examen escrito y a otro oral sobre las mismas materias.

República Argentina.—En otras Repúblicas americanas se ha intentado también limitar de una manera concreta el ingreso en las Facultades de Medicina; pero hecha de esta cuestión bandera política por algunos partidos, que consideraban la limitación como un atentado a la libertad de enseñar y de aprender establecidas en la Constitución y como un proyecto de marcado sabor burgués y aristocrático, ha dado lugar a una verdadera revolución académica y aun a graves situaciones políticas.

Así, la Facultad de Medicina de Buenos Aires, haciendo uso de una atribución que le conferían los estatutos de su autonomía, tomó el acuerdo de señalar un límite en el número de sus alumnos, y no solamente porque estimara que el número de galenos era excesivo, sino considerando también que defraudaban a la sociedad admitiendo una cantidad de estudiantes superior a los medios de educación profesional de que podía disponer. Pero el Gobierno desautorizó el acuerdo considerándolo anticonstitucional, y esta discrepancia determinó la dimisión del decano y de siete consejeros de la Universidad bonaerense, que interpretaron la actitud del Gobierno como una transgresión del fuero universitario. No obstante, recientemente se ha acordado en la Facultad de la Plata no admitir más de 200 alumnos en el primer año de la carrera.

Inglaterra.—En el Imperio británico es donde ha dado mejores resultados esta reducción, y ya hace algunos años que se viene aplicando en varias Universidades.

Suecia.—Se limita el número de estudiantes con el fin primordial de que todos puedan hacer un buen aprendizaje. El número de alumnos en cada asignatura se determina con relación a los medios de que se dispone y el número de profesionales que el país necesita. Así, por ejemplo, en la Cátedra de Fisiología de la Facultad de Medicina de Upsala no se admiten más que alrededor de 30 alumnos. Si se tiene en cuenta que Suecia tiene unos seis millones de habitantes y tres Facultades de Medicina, podremos calcular el excesivo número de estudiantes que comparativamente hay en nuestras Facultades. La limitación en este país obedece sobre todo a la necesidad de que el profesor conozca personalmente a cada uno de sus alumnos y pueda orientarlos convenientemente.

Francia.—En Francia, si bien en la actualidad no hay nada concreto sobre esta cuestión, existen elocuentes precedentes. En 1760, la Facultad de Medicina de Montpellier decretó que el número de nuevos estudiantes de Medicina no debería pasar de 20. En 1929, el profesor Carnot, seriamente preocupado por el porvenir de la profesión, propuso una severa selección eliminadora al terminar el primer año de estudios, por medio de un examen de semiología y accesoriamamente de anatomía. En apoyo de su propuesta hacía notar cómo las Facultades de Derecho lograron brillantes éxitos estableciendo un análogo examen eliminador.

El profesor Sergeant—*Revue de France*, 15 Enero 1931—se opone a la limitación concreta y rigurosa, pues ve en ella un procedimiento algo dictatorial, violentamente opuesto al espíritu francés, tan pleno de liberalismo. Pero el doctor

Maurice Mordagne le contesta—*La Presse Medicale*, 10 Junio 1931—diciendo que el número de estudiantes y de médicos veterinarios en Francia está estrictamente limitado, sin que ello haya levantado la menor objeción.

Ultimamente—en 1930—la Confederación de Sindicatos médicos de Francia ha propugnado la eliminación de los estudiantes manifestamente ineptos después de los primeros meses de estudio; esta medida radical sería dictada por el Consejo de la Facultad, previo examen del expediente académico de cada estudiante.

Rusia.—En la misma Rusia soviética, mientras, todavía hace pocos años, cualquiera podía estudiar la carrera de Medicina, ahora se hace una rigurosa selección entre los estudiantes, selección que no sólo sirve para la Medicina, sino que vale también para las otras escuelas superiores. La selección de los futuros médicos se hace en los medios inconditionales del régimen; clase trabajadora y pequeños labradores, en cuyas filas se reclutan la mayor parte de los estudiantes. Pero como en estas clases la formación cultural previa es muy deficiente, los escogidos deben ser preparados para los estudios superiores en las llamadas «Facultades de trabajadores». La preparación en estos Centros es muy difícil, y si el designado resulta incapaz o se muestra perezoso, es devuelto a la clase de trabajo de donde procedía.

III

LA TESIS DE LA LIMITACIÓN EN GENERAL

A juzgar por estos datos, es innegable que la tesis de la reducción obligada del número de estudiantes de Medicina se va abriendo paso de día en día y, de seguir las cosas así, más o menos pronto llegará a implantarse definitivamente en todos los países civilizados. La limitación del número de alumnos es cosa absolutamente indispensable. Cada uno de ellos ha de ser conocido no sólo por su trabajo, sino también por sus aptitudes. Todos conocemos las clases de 100 alumnos de Universidades e Institutos y todos sabemos lo que dan de sí. El límite máximo habrá de señalarlo la experiencia pedagógica, que en ningún caso llega a las cuatro docenas.

No obstante, todavía son muchos los que se oponen a tal limitación, alegando que en nombre de la libertad no es lícito adoptarla. «La limitación de títulos es atentatoria al derecho del escolar de cursar la carrera que mejor cuadre a sus intereses psíquicos y materiales y ni el principio ni el fin de ella pueden aceptarse como medida justa en los tiempos de santa libertad en que vivimos». (García Sierra: «La crisis económica de la clase y el problema escolar médico»). Trabajo premiado por el Colegio de Médicos de Madrid.)

¿Hasta qué punto—se preguntan los impugnadores—se puede negar a un ciudadano el derecho a seguir una profesión alegando el pretexto de que ya son muchos los que la estudian y los que la ejercen? Agregan que el exclusivismo y el acaparamiento que había de crear la limitación a expensas de la justicia y de la libertad tal vez resucitasen las antiguas oligarquías gremiales con el dominio feudal de los oficios y de los beneficios, sepultando de nuevo al país en el atraso y en la pobreza de siglos anteriores.

Todo esto será una verdad formal; pero la verdadera realidad práctica que todos los médicos tocamos es que una libertad que no permite otra alternativa al médico provisto de su título que explotar indignamente su profesión o morir de hambre, esa libertad no es más que mentira y libertinaje.

En realidad—ha dicho el profesor Enrique Suñer contestando a algunas de estas objeciones—, se trata de un argumento ideal, carente de valor pragmático en el crítico

momento actual, pues la práctica nos enseña cómo de hecho o de derecho se limitan en nuestro país algunos estudios, tales como las carreras militares, ingeniería, arquitectura, estadística, etc., etc. En estas Academias especiales, la limitación de los alumnos por medio de un examen de ingreso constituyó un éxito clamoroso; lejos de desacreditarlas, todavía las acreditó más.

Cabe, por otra parte, pensar en las últimas consecuencias de esta mal entendida libertad, que ha hecho posible un desequilibrio social tan grande como el que actualmente se padece en todo el mundo civilizado. «Todo Estado consciente de sus deberes debe procurar mantener un sano equilibrio entre las fuerzas intelectuales y las fuerzas musculares de la nación, y no debe permitir el aumento del número de profesionales de carreras liberales fuera de la debida proporción con las necesidades de la colectividad.» El día en que no haya en España más que abogados, médicos, profesores, sabios e intelectuales, se habrá llegado a la más sublime consagración de los principios fundamentales de la libertad y de la igualdad...; pero ese día el país se morirá de hambre.

Los partidarios de la no limitación se vuelven contra estos argumentos diciendo que el Estado, al llamar personal a su servicio directo, sabe el que necesita y puede determinar casi exactamente el número de plazas a cubrir, pero no puede calcular ni tasar previamente los servicios médicos que convengan a las necesidades públicas, ni puede tampoco limitar profesiones que en todas las partes del mundo ha declarado libres el Derecho público.

Quizá esta imposibilidad de evaluar el número de estudiantes que deben ser admitidos en las Facultades de Medicina sea uno de los argumentos más sólidos en pro de la no limitación, pues como dicen—y con razón—los impugnadores de esta tesis, aun cuando se estableciera una media de médicos según el número de habitantes—se ha dicho que 4 por cada 10,000—y partir de esta cifra para la selección, nada impediría el éxodo de un gran número de médicos hacia las grandes urbes, que es una de las causas que más gravan la situación de los médicos en los grandes núcleos urbanos.

Pero si la limitación resulta difícil y aun imposible llevarla a la práctica atendiendo a las necesidades de la nación, resulta sencillísima si se hace a base y con arreglo a las posibilidades docentes de nuestras Facultades de Medicina.

Algunos se han opuesto a la limitación, diciendo que «en la Medicina, lo mismo que en todas las demás profesiones, unos brillan mucho y viven bien, otros no descuellan y viven en la mediocridad y algunos fracasan completamente; sólo creyendo que el título iguala a los titulados, estableciendo idénticos méritos y derechos se puede pedir que una profesión se limite de un modo riguroso y sirva de igual manera para todos los que la cultivan, con los mismos rendimientos de honor y utilidad».

Otra objeción a la limitación rígida, es el temor de que la intolerancia política y confesional se aproveche de esta medida para privar del acceso a la carrera a los estudiantes de ciertos partidos y confesiones religiosas.

Por otra parte, el gran público ve con desagrado esta reforma, dándole una interpretación errónea, mas en parte fundadísima, ya que el principal argumento que esgrimen los propugnadores es la ruinosa competencia profesional que se establece cuando la oferta es superior a la demanda. De aquí que la opinión pública haya creído ver en la selección una aspiración egoísta de los médicos, que con la limitación habrían de ver aumentados sus ingresos profesionales,

en perjuicio de los clientes que, sin duda alguna, habrían de preferir todo lo contrario.

En general—y es esto es muy lógico—todos o casi todos se oponen a la limitación, mientras el Estado no asegure el porvenir de los que obtuvieran el título universitario de licenciado en Medicina y Cirugía.

A pesar de todos los argumentos en contra que acabamos de exponer—algunos estimables—la limitación se impone. Como ha dicho Houssay, los médicos en exceso buscan puestos administrativos. El número exagerado de estudiantes perjudica a la enseñanza. El ideal sería que las Facultades de Medicina pudieran seleccionar sus alumnos. «El ideal en todos los oficios ya se sabe cuál es: el número justo formado por los mejores.»

No hemos de ocultar que esta reforma constituiría una verdadera revolución, que habría de disminuir la importancia de las Facultades de Medicina y hacer más acerba su rivalidad, y que tal medida rompería indudablemente con todas las tradiciones y reduciría en algo el manoseado tópico de la libertad. Pero de no implantarse este remedio radical, ¿cómo frenar las tendencias de gran parte de la actual juventud hacia los estudios médicos, y cómo modular las perniciosas aspiraciones universitarias de muchas familias españolas? Hay, pues, que llegar a la limitación, y rápidamente, si no queremos que la profesión se envilezca hasta el más bajo nivel como consecuencia de una concurrencia excesiva.

De todos modos, cualquiera que sea el criterio de selección que se adopte en la reunión convocada por el ministro de Instrucción Pública, hágase siempre con toda clase de precauciones y garantías, pues resultaría muy doloroso y poco equitativo que, por haberse completado el número de inscripciones, quedaran excluidos muy buenos estudiantes, acaso los mejores; sobre todo aquellos que llevan en la sangre y en la medula la Medicina como profesión, los que a pesar de todas las dificultades que encuentren en su camino habrán de ser médicos, buenos médicos, como otros serán industriales o comerciantes, buenos industriales o buenos comerciantes, los que habrán de emular las hazañas de «Médecin de campagne», de Balzac, ese buen Dr. Benassis que cuidaba también de las almas como de los cuerpos.

RICARDO ROYO-VILLANOVA Y MORALES

Catedrático de Medicina legal en la Universidad de Valladolid.

LETRAS DE POLKA

[OVILLEJEMOS!

—¿Se marchó la de Prisiones?

—¡A empujones!

—Y el otro, ¿se marchará?

—¡Se irá!

—¿Cuándo? Si esto no es porfía...

—¡Un día!

—¡Amén; mas tanto se tarda...!

—Es una larga agonía,

pero tú seguro aguarda:

¡A empujones se irá un día!

—¿En cosa alguna acertó?

—¡No!

—¿Hay quien le ampara? ¡Caray!

—¡Hay!

—¿Quién, pues, vencerá tal hecho?

—¡Derechol

—¿Entonces, por qué se espera
y sobre cuánto ha deshecho
su despotismo aun impera?
—¡No hay Derecho!
—¿Lo habrá en alguna ocasión?
—¡Pon...!
—Mas ¿quedará Sanidad?
—¡Voluntad!
—¿En qué hemos de interceder?
—¡En vencer!
—¡Eso fácil se predica...!
—Pues acuérdate de ayer
y el mismo remedio aplica:
¡Pon voluntad en vencer!

EL LICENCIADO T. B. O.

9 Junio 1932.

Academias, Sociedades y Conferencias

ACADEMIA MÉDICO QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión especial del 6 de Junio de 1932.

ALGO SOBRE PERIVISCERITIS DIGESTIVAS

Ponente: Dr. Gutiérrez Arrese.

CONCLUSIONES

1.^a Comprendemos bajo el epígrafe de perivisceritis adhesivas, en su más amplio significado, a todas las reacciones viscerales seguidas de sínfisis, tanto si son congénitas como adquiridas y ya sean de origen mecánico, químico o microbiano.

2.^a En el estado actual de nuestros conocimientos no es posible decidir por el solo examen histológico si una adherencia es de origen teratológico o inflamatorio. Es cierto que las primeras suelen ser muy tenues y las otras más fibrosas y vascularizadas; pero pueden las infecciones benignas y fugaces producir reacciones peritoneales que como las de origen teratológico sean tenues, con fina red vascular y fibrillas nerviosas mielínicas o amielínicas.

3.^a Cada día debemos tener más en cuenta el factor constitucional en la génesis de adherencias, ya que el proceso de su formación está ligado a la función del mesénquima. La mayor o menor capacidad de producción de fibras colágenas y elásticas es, en último término, un problema constitucional. Para algunos autores, los individuos de constitución linfática poseen una gran capacidad regeneradora de su tejido conjuntivo. La aplicación racional de estos conocimientos puede aclararnos la especial disposición de algunos sujetos para la formación de adherencias.

4.^a Sin negar de plano la existencia de bridas y membranas teratológicas en el peritoneo, creemos cada vez más en su absoluta rareza, pues conocemos casos de perivisceritis inflamatorias en fetos, y sabemos del desarrollo de otras, hasta hoy consideradas como de aquel carácter, en adultos que no las presentaban en una primera laparotomía.

5.^a Aunque los trabajos experimentales no lo hayan comprobado, cabe suponer en el peritoneo un estado alérgico, con respuestas excesivas al más leve insulto químico, microbiano, mecánico, etc.

6.^a Nos inclinamos a considerar la naturaleza tuberculosa de una gran mayoría de adherencias peritoneales. En nuestra estadística anatómica, su cifra queda muy por bajo de su frecuencia, ya que el diagnóstico de nuestros casos está basado en el examen macroscópico de las vísceras y peritoneo. Probablemente su número sería notablemente mayor, de haber estudiado aquéllas en cortes microscópicos seriados:

a) Estas perivisceritis pueden comprender varias vísceras o limitarse a una sola.

b) La tuberculosis en cualquiera de sus períodos (más frecuentemente en el secundario) por siembra hematógena, puede ocasionar la infección de muchas vísceras y del peritoneo, dando lugar tras la regresión del brote exudativo a una tuberculosis peritoneal de forma adhesiva, que podemos considerar como la causa primordial de la sínfisis plurivisceral.

c) Una localización tuberculosa en una víscera puede ocasionar por un fenómeno de reacción perifocal adherencias muy limitadas.

d) Las adherencias consideradas como teratológicas son, a nuestro juicio, en su mayoría de origen tuberculoso.

7.^a La sífilis hereditaria y la adquirida principalmente en el período terciario, juega también un papel importante en la génesis de adherencias.

8.^a Con menor frecuencia que las precedentes, pueden ser también causa de adherencias las inflamaciones viscerales y úlceras de etiología no específica: las neoplasias protozoos, metazoos, traumatismos no operatorios, etc.

9.^a No creemos que la busca del germen productor, realizando cultivos de las mismas adherencias, sea el método más exacto para esclarecer su etiología, ya que sabemos el escaso valor del hallazgo de bacilo coli: enterococos, anaerobios, etc., en una brida que arranque de una víscera cuya pared ha perdido su integridad.

10. Nos inclinamos a aceptar como francamente excepcionales las perivisceritis de causa tóxica, y sólo las suponemos capaces de favorecer la implantación de adherencias por gérmenes.

11. No sólo debemos estudiar las adherencias como una complicación de lesiones viscerales, sino como causa determinante o predisponente de algunas de éstas; así una perivisceritis consecutiva a la inflamación de una víscera puede originar estancamientos, fijaciones, isquemias, etc., causa de otras lesiones.

12. Los síndromes adherenciales tienen muy escasos síntomas característicos, y casi siempre reproducen la constelación sintomática de cualquiera otra enfermedad de aparato digestivo independiente de las mismas.

13. Consideramos el examen radiológico como el método más importante para llegar al diagnóstico de los cuadros adhesivos. Será imprescindible en ocasiones practicar esta exploración en varios decúbitos y a diferentes horas, el uso de placas en serie, repleción por boca o ano, examen en capa fina con luz retraída y distendida, utilización de sustancias opacificantes, neumoperitoneo, etc. Todos estos métodos, usados con prolijidad, deben coincidir en los datos que nos suministren: fijeza de los órganos móviles, posiciones anormales, deformación de los contornos, alteraciones de la pared visceral y presencia de dolor provocado por palpación durante el examen radiológico.

Ponente: Dr. Vara y López.

CONCLUSIONES

1.^a De la misma manera que hay individuos que reaccionan con queloides a los insultos mecánicos de la piel, hay sujetos que reaccionan con adherencias a los más pequeños estímulos o irritaciones de sus serosas.

2.^a La reacción de las serosas no depende únicamente de la irritación en sí, sino de la manera de reaccionar la misma serosa; es lo que se denomina onda de irritación del tejido, que es mayor o menor, según el estado constitucional.

3.^a Entre las causas exógenas de producción de adhe-

Medalla de Oro, Exposición Universal, París 1900.

Granulos de CATILLON

0,001 Extracto Normal de

STROPHANTUS

Con estos gránulos se han hecho las obras discutidas en la Academia de Medicina, París 1889.
Proban que 2 ó 4 producen pronta diuresis, reaniman el corazon debilitado, disipan

ASISTOLIA, DISPNEA, OPRESION, EDEMA, Lesiones MITRALES

Granulos de CATILLON

0.0004

STROPHANTINE

CRISTAL.

TÓNICO DEL CORAZON POR EXCELENCIA

Efecto inmediato. — Uso continuo sin inconveniente ni intolerancia. — Exigir la firma CATILLON.

Premio de la Academia de Medicina de París, por "Strophantus y Strophantine"

Laboratoire CATILLON, 3, Boulevard St-Martin, PARIS

ESTAFILASA del D^r DOYEN

Solución concentrada,
inalterable, de los principios
activos de las levaduras
de cerveza y de vino.

Tratamiento específico contra las Infecciones Estafilocócicas: **ACNÉ, FORUNCULOSIS, ANTRAX, etc.**

Solución coloidal
fagógena
polivalente.

MICOLISINA del D^r DOYEN

2 FORMAS:
MICOLISINA BEBIBLE
MICOLISINA INYECTABLE

Provoca la fagocitosis, evita y cura la mayor parte de las **ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

**NEURASTENIA
ANEMIA
CONVALENCIAS**

Vino de Bugeaud

Tónico-Nutritivo,
con Quina
y Cacao.

Actúa por la Teobromina y por los Alcaloides de la Quina

Comprimidos compuestos de Hipófisis
y Tiroides en proporción prudencial,
de Hamamelis, Castaña de India
y Citrato de Sosa.

Venosina

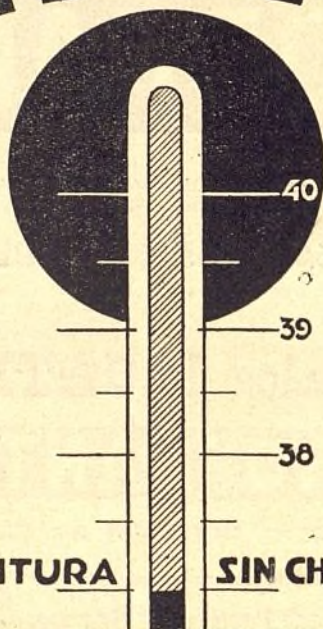
Tratamiento específico completo de las **AFECCIONES VENOSAS**

PARIS, P. LEBEAULT & C^h, 5, Rue Bourg-l'Abbé

POR MENOR: PRINCIPALES FARMACIAS.

EN TODOS LOS ESTADOS INFECCIOSOS AGUDOS **SEPTICÉMINE**

PROVOCA UNA BAJA DE CALENTURA



SIN CHOQUE NI REACCION

LABORATORIOS CORTIAL .15 BOUL^d PASTEUR . PARIS
JUAN MARTIN ALCALA 9. MADRID CONSEJO DE CIENTO 341 BARCELONA

TUBERCULOSIS
AFECCIONES BRONCO-PULMONARES
Gripe, Escorófula, Raquitismo

**SOLUCIÓN
PAUTAUBERGE**

al Clorhidro-Fosfato de Cal creosotado.

La mejor tolerada de todas las preparaciones creosotadas

ANTICATARRAL y ANTISÉPTICA

Seca las Secreciones y Cicatriza
las Lesiones tuberculosas.

EUPÉPTICA, RECONSTITUYENTE

Reanima las funciones de Nutrición
y el estado general.

L. PAUTAUBERGE
10, Rue de Constantinople, PARIS, y Farmacias.

Depositarlos para España:

Jiménez-Salinas y C.^a, Barcelona Sagúés, 2 y 4, (S. G.)

Lipiodol Radiológico

Aceite Vegetal y Yodo puro

del Doctor **LAFAY**

"ASCENDIENTE" y "DESCENDIENTE"

Permite la exploración y el estudio sobre el vivo, sin dolor y sin que haya ningún incidente fastidioso, en las cavidades más nobles del organismo ni en los territorios que hasta ahora han permanecido cerrados a las miradas de los investigadores.

Se halla en todas las buenas farmacias.

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

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

**LIPIODOL
LAFAY**

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

rencias, tenemos las hemorragias, influencia de la sequedad del aire, agentes mecánicos, térmicos, químicos y bacterianos.

4.^a De la misma forma que hay un cierto número de gérmenes que tienen predilección por las mucosas, hay otros que tienen esta predilección por las serosas y los linfáticos, produciendo las perivisceritis.

5.^a Los gérmenes de infecciones crónicas y de virulencia escasa, son los que originan generalmente un cuadro de perivisceritis.

6.^a Entre los múltiples procedimientos que se han empleado para el tratamiento de la perivisceritis (ascitis artificial, aceite de olivas, gelatina, vaselina, parafina, petróleo, lanolina, goma arábiga, humor vítreo, líquido amniótico, humanol, soluciones hipertónicas, hirudina, etc.), los mejores resultados se obtuvieron con los métodos que se basan en la acción de los fermentos, pepsina, tripsina, y sobre todo el fermento vegetal, la papaina.

7.^a Como tratamiento profiláctico de las perivisceritis, es muy interesante la técnica operatoria, no traumatizar, evitar el contacto de las vísceras con la piel yodada, buena peritonización, etc.

8.^a Las más frecuentes de las perivisceritis digestivas son las producidas por infecciones de curso crónico que ocasionan bridas o adherencias, originando trastornos en la motilidad de los órganos abdominales. El tratamiento quirúrgico es diferente en cada caso particular, dando como regla general la sección de estas bridas o adherencias con la peritonización e injerto de epiplón.

9.^a Cuando las perivisceritis sean secundarias a un proceso patológico del órgano donde asientan, el tratamiento será el de la afección originaria.

10. Cuando las perivisceritis no produzcan un síndrome agudo que haga necesaria una intervención quirúrgica urgente, se utilizarán primero procedimientos fisioterápicos, hiperemia de Bier, diatermia, infrarrojos, y en los estados periviscerálgicos, la radioterapia y la ionización. En los casos en los que no cedan las molestias se practicará una lisis con injerto de epiplón.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

Sesión del 2 de Junio de 1932.

Después de una viva y detenida discusión en la que intervinieron los Dres. Olea, Yagüe, López Pérez, Decref, Vázquez Lefort, Franco y su autor, Sr. Maestre Ibáñez, fueron aprobadas las siguientes conclusiones:

1.^a Debe ser revisada la legislación española en todo cuanto se refiere a preparados a base de frutas cuya producción constituye una riqueza del país.

2.^a No debe permitirse la venta de aquellos productos que siendo la fruta la base de ellos se la substituya total o parcialmente por esencias olorosas artificiales, ya que además de no beneficiar esto a la salud va contra una riqueza nacional; ni autorizar las denominaciones de frutas para cuanto pueda ser medicamentoso.

3.^a Las bebidas que lleven la denominación de naranja, limón, uva o manzana y cuantas naturales pudieran producirse se referirán a aquellas en la que entre exclusivamente en su composición el zumo de estas frutas, solo o adicionado de azúcar.

4.^a Las industrias de producción de zumo de uva, naranja, limón y manzana, así como de aquellas que utilicen como materia prima estos zumos, debiera prestarles toda protección posible el Estado, incluso en lo que respecta a cuotas contributivas siquiera en sus comienzos de fabricación, y

en cambio, recargar al máximo las bebidas exóticas refrescantes y de definición muchas veces dudosa con que se tiende a substituir las frutas españolas.

5.^a Las Sociedades médicas podrían divulgar el consumo de productos a base de frutas españolas, haciendo ver a su vez que en nada se beneficia el organismo con consumo de preparados con esencias y colorantes químicos.

Sesión del 7 de Junio de 1932.

El Sr. Luengo expuso de una manera documental la labor efectuada para la vigilancia sanitaria de los Canales de Lozoya que abastecen Madrid. Destacó sobre todo la importancia de las infecciones hídricas y el estudio epidemiológico que de las mismas efectúan cualquiera que sea su origen.

El presidente, Dr. Mariscal, glosó algunos de los términos de la interesante conferencia.

Para el día 14 de Junio figura el siguiente orden del día en la Sociedad Española de Higiene:

Sr. Luengo: «Organización sanitaria de Canales de Lozoya». (Lectura de conclusiones.)

Sr. Alarcón: «Los animales y las plantas desde el punto de vista higiénico y social.» (Discusión de conclusiones.)

Sr. Yagüe y Espinosa: «Algunas medidas precisas para la profilaxia en vehículos mecánicos de transportes por carretera.»

EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA HIPERTENSIÓN

Desde hace largos años, el profesor J. Pal se ha especializado en el estudio de los trastornos cardiovasculares espasmódicos, y al igual de Huchard, atribuye al «corazón periférico» una misión capital, por lo que dice que todo el esfuerzo terapéutico ha de obrar sobre él.

En unión de G. Guist acaba de publicar (*Medizinische Klinik*, núm. 6, Febrero 1931) un importante trabajo en el que describe la génesis de la hipertensión, y demuestra que mediante el examen del fondo del ojo se puede reconocer muy bien la hipertensión esencial o la hipertensión toxógena y diferencia las una de otra, antes de que la elevación sanguínea se produzca y haya hecho fijar nuestra atención sobre esta afección, mediante la observación de las modificaciones morfológicas de las arteriolas y de las venillas de este órgano.

En la «hipertensión permanente primaria» de Pal o hipertensión «esencial», que se confunde con la hipertensión roja de Volhard, se trata de un trastorno puramente funcional de las arteriolas, determinado por la hiperexcitabilidad del simpático; el calibre de estas arteriolas es más estrecho, sin que la pared esté alterada o espesada, yendo acompañada de una dilatación con ondulación en forma de sacacorchos de las venillas periféricas más pequeñas, provocada por un aumento del paso de la sangre en las venillas y capilares. Las venillas terminales, cuya pared no está alterada y que han conservado su elasticidad, se dejan distender por la sangre que acaba de atravesar bajo presión la red capilar, provocando estas dilataciones y deformaciones, que se observa a distancia de la papila, y sobre todo, de la región muscular.

En la hipertensión toxógena, hipertensión de origen renal, hipertensión blanca de Volhard, el trastorno afecta de repente a todo el sistema circulatorio: las arterias, las arteriolas, las capilares, el corazón y las venas. El miocardio se hipertrofia

de una manera precoz, al mismo tiempo que las paredes arteriales venosas se espesan, y al examen oftalmoscópico, las arteriolas y las venillas del fondo del ojo se distinguen más difícilmente entre sí y suelen ir acompañadas de una estría blanquizca, que marca su espesamiento.

Estas comprobaciones nos permiten explicar por qué en la hipertensión esencial las hemorragias retinianas y cerebrales son más frecuentes que en la hipertensión toxógena; en el primer caso las venillas y las capilares flexibles resisten peor los ataques de la hipertensión.

El establecimiento de un diagnóstico precoz de la hipertensión mediante este método de examen, es de suma importancia para médicos y enfermos, y aquéllos tienen la ventaja de aprovecharse de él al presentarse los primeros síntomas, permitiéndoles además instituir desde el principio una terapéutica racional que, en estas condiciones, podrá ser curativa, cuando las lesiones no estén aun constituidas.

En la hipertensión esencial debemos combatir el desequilibrio del simpático hiperexcitable y en la hipertensión toxógena habremos de aliviar y restablecer las funciones renales.

En ambos casos está indicada la *Guipsine* en dosis de seis a ocho píldoras diarias, pues contiene la totalidad de los principios activos del muerdago, y obra al mismo tiempo como regulador de la tensión por su acción antiespasmódica sobre el sistema nervioso central y sobre el simpático, y como diurético azotúrico y declorurante, debido a su acción renal y cardiovascular.

Colegio oficial de Médicos de la provincia de Madrid

Se advierte a los señores colegiados que el día 15 del corriente, a las siete de la tarde, se celebrará Junta general ordinaria para tratar de los siguientes asuntos:

1.º Acta anterior. 2.º Estado de cuentas del mes de Mayo del Colegio. 3.º Dar a conocer y discutir las ponencias para la Asamblea general de Colegio Médicos Españoles y designación de los delegados que hayan de asistir a la misma. 4.º Ruegos y preguntas.

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 710,0; ídem mínima, 699,6; temperatura máxima, 24°,5; ídem mínima, 10°,4; vientos dominantes, OSO.

Durante la semana actual han ido disminuyendo los procesos de infección intestinal; los que venían evolucionando, mejoraron, y los que han aparecido han sido en su mayoría de carácter fugaz. No puede decirse lo mismo de los procesos faringíticos y amigdalíticos, en los que se han llegado a registrar abscesos retro y laterofaringeos.

Variación parecida se puede señalar en los niños; los procesos amigdalinos persisten; la tos ferina y el sarampión se hallan estacionarios; ha habido algunos casos de varicela.

CRONICAS

El Dr. Cortezo y la Academia Española.—El día 9 de los corrientes ha hecho catorce años que nuestro querido director ingresó como académico de número en la Real Academia Española. Su discurso tuvo por tema «¿Por qué siendo la Medicina una noble aspiración al bienestar humano, al remedio del dolor y a la prolongación de la vida, la literatura y el arte se han encarnizado en satirizarla?»

El Dr. Cortezo, con su compañero el Dr. Gimeno, con-

tinúa actualmente sus trabajos en dicha Corporación, representando a la Medicina con entusiasmo y desarrollando una labor cuyo mérito es indiscutible en favor de la ciencia y la lengua española.

De la «Gaceta».—7 de Junio.—Instrucción Pública.—Anunciando haber sido admitidos y excluidos los aspirantes que se indican a las oposiciones, turno de auxiliares, a la Cátedra de Terapéutica quirúrgica de la Facultad de Medicina de la Universidad Central.

—Ídem a las oposiciones, turno libre, a las Cátedras de Medicina legal de las Facultades de Medicina de Cádiz y Salamanca.

Jornadas Médicas en Evian en 1933.—En Septiembre de 1933 tendrán lugar en Evian unas Jornadas Médicas organizadas por la Sociedad Medical con el concurso de la Sociedad de Aguas de Evian Cachat. Durante estas Jornadas Médicas se celebrará una sesión en honor del que fué gran hidrólogo francés Dr. Chiaïs. La Sociedad de Aguas de Evian-Cachat ha decidido otorgar un premio de 10.000 francos que llevará el nombre de Premio Chiaïs al autor del mejor trabajo sobre «La importancia fisiológica de las experiencias de diuresis provocada».

Con tal tema se suscitan nuevos estudios sobre «Experiencia de la diuresis provocada» que, nacida en Evian de la práctica obtenida con la «Cura de diuresis» se ha hecho clásica en Francia y en el extranjero.

Condiciones:

1.ª Al premio Chiaïs podrán tener opción todos los médicos y estudiantes de Medicina, franceses y extranjeros, a excepción de los médicos ejerciendo en Evian o en su distrito.

2.ª Solamente serán aceptadas las Memorias inéditas que sean fruto de estudios personales.

3.ª Las Memorias serán escritas en lengua francesa y dactilografiadas; no podrán exceder de un máximo de 100 páginas de 25 líneas la página.

4.ª Tendrán que ser enviadas por paquete certificado al domicilio social de la Sociedad de Aguas de Evian, 21, Rue de Londres, París (IX) lo más tarde el 13 de Mayo de 1932.

5.ª Cada Memoria llevará un lema. A la Memoria deberá adjuntarse un sobre lacrado que lleve escrito el lema y en el interior el nombre y dirección del autor de la Memoria.

6.ª Las Memorias serán examinadas por un Jurado presentando todas las garantías de autoridad e imparcialidad. Los sobres se abrirán después de haber sido clasificados por lemas.

7.ª El autor premiado será proclamado por el Jurado durante la sesión en honor de Chiaïs.

8.ª La Sociedad Médica se reserva el derecho de publicar todas o parte de las Memorias presentadas al concurso.

Obras recibidas.—«Resumen de natalidad y mortalidad de España en el año 1931». Dirección general de Sanidad. Departamento de Estadísticas sanitarias.

—«L'Association de l'autohémotherapie et des extraits endocriniens dans le traitement de diverses psychopathies», por el Dr. René Riot, de Lyon.

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

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.

BARDANOL

Compuesta de extracto de raíces de LAPPA MAJOR L., y Etano coloidal LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 34.—Valencia.

IMPRENTA DEL SUCESOR DE ENRIQUE TEODORO

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