

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SÁBADOS

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.



Reconstituyente muy Enérgico

CARNINE LEFRANCO

Jugo de Carne de Buey Cruda

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

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

1 ó 2 cucharadas de las de sopa por día

ESTABLECIMIENTOS FUMOZE, 78, Fg Saint-Denis, PARIS



PRIMERA DENTICIÓN

JARABE DELABARRE

Facilita la Salida de los Dientes

Calma los Gritos del Niño

Evita los Accidentes de Dentición

En suaves Fricciones
en las Encías

Establecimientos FUMOZE

78, Faubourg Saint-Denis, Paris



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

Remedio fisiomédico

NORMACOL

para el tratamiento racional de la
constipación crónica.

- 1 *Provoca el peristaltismo fisiológico por el aumento de volumen que adquiere en el intestino.*
- 2 *Ablanda, suaviza y esponja las materias fecales.*
- 3 *No irrita, no produce deposiciones diarreicas ni forma hábito.*

EL NORMACOL, de composición puramente vegetal, no constituye ningún purgante, sino el complemento adecuado de la alimentación moderna demasiado concentrada.



ENVASE ORIGINAL:
Cajas con 150 grs.
gránulos grageados.

PRODUCTOS QUÍMICOS SCHERING S.A.

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

Jugo de carne Valentine's.

El mejor alimento para convalecientes el
JUGO VALENTINE'S



El mejor jugo de carne el
VALENTINE'S

Para calmar la irritabilidad de estómago durante el embarazo, para restaurar rápidamente las fuerzas vitales cuando hay hemorragias, para sostener y aumentar las fuerzas en largos y extenuados trabajos, el JUGO VALENTINE'S se emplea frecuentemente en la

PRÁCTICA OBSTÉTRICA

DR. E. DULOROY. Médico de partos en el Hospital Internacional de París (Francia): «Una joven parturiente, de condición débil, y que sufría perturbaciones de estómago, no podía retener alimento de ningún género, pero le fué fácil asimilar el Jugo Valentine's, dado al principio en dosis pequeñas. La mejoría fué perfectamente visible; la paciente recobró sus fuerzas y hoy disfruta de perfecta salud».

DR. JAVIER ORTIZ Y FERRER. Médico de la Beneficencia Municipal de Madrid (España): «El jugo de carne Valentine's ha dado los mejores resultados en casos de debilidad extrema y en la astenia producida por operaciones de término. En algunos casos de tuberculosis restauró las fuerzas exhaustas y en todos los casos en que la extenuación del organismo queda como resultado de una enfermedad».

De venta en farmacias y droguerías en Europa y América.

VALENTINE'S MEAT - JUICE Co.

Richmond, Virginia, U. S. A.

Los señores médicos pueden pedir folletos conteniendo testimonios clínicos.

Agentes generales para España y sus colonias.

E. DURAN, S. en C.

Calle de Tetuán, 9 y 11. — MADRID

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—CABRA (Córdoba), España.

LABORATORIOS CAMPOS FILLOL VALENCIA

LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal.

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

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

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día.

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

LACTOBULGARINA

a la transformación secundaria de los quistes quilosos, hemáticos o hidatídicos.

Mientras los tumores del peritoneo se mantienen en límites reducidos son exclusivamente hallazgos de autopsia, no dan síntoma alguno y solamente por casualidad se descubre la presencia de algo, cuyo diagnóstico tiene, generalmente, que quedar incierto con motivo de una exploración accidental del abdomen. La sintomatología de los tumores benignos del peritoneo es siempre mucho más reducida que la de los tumores del mesenterio. El cuadro clínico suele variar un poco según que se trate de tumores líquidos o sólidos.

Los tumores líquidos, que se presentan con mayor frecuencia en los niños y en las mujeres, y pueden llegar a tener gran volumen sin haber dado síntomas clínicos. No suele haber dolores, sino sensación de pesadez en el bajo vientre con trastornos digestivos, gástricos, vómitos por compresión del duodeno y estreñimiento por la de otras partes del intestino. Si el tumor comprime las venas porta o cava o las dos, se producirán edemas de las piernas y circulación colateral del tipo correspondiente. Cuando estos tumores empiezan a crecer rápidamente empujan el diafragma hacia el tórax y producen trastornos graves del aparato respiratorio y del circulatorio, con dilatación aguda del corazón derecho. La palpación suele ser fácil a través de las paredes del abdomen. Los tumores son aún indolores, regulares, globulosos, de escasa movilidad transversal; pero en cambio, móviles generalmente de abajo arriba. El sonido macizo que producen está perfectamente limitado.

También los tumores sólidos pueden alcanzar un volumen enorme sin trastornos funcionales importantes. Lo corriente es que tengan un tamaño mediano, forma irregular y mucha movilidad, también principalmente de abajo arriba y poca transversalmente. La macidez es absoluta. A veces es tan grande su fluctuación que con frecuencia se llega a dudar de si se debe diagnosticar un lipoma o una ascitis. Los trastornos que producen por compresión son totalmente semejantes a los que producen los tumores líqui-

tuberculosis. Muchas veces se injerta la tuberculosis peritoneal en la cirrosis atrófica del hígado y hace que ésta marche rápidamente hacia la terminación fatal.

De modo que la peritonitis tuberculosa se debe considerar en general como enfermedad curable, tanto en las formas secas como cuando va con ascitis; pero se puede producir en ella la muerte, sea a consecuencia de oclusiones o acodaduras intestinales, sea a consecuencia de una generalización de la tuberculosis de forma granulosa o por la calcificación persistente y progresiva que lleva a la consumición de los enfermos.

Salvo las complicaciones y algunos casos especiales, se puede estudiar en un capítulo común el problema del tratamiento de las peritonitis tuberculosas. Los casos especiales aludidos son los períodos de agudización de la peritonitis.

Cuando se trata de peritonitis de forma miliar, su tratamiento será el de la granulosa, que, como se sabe, pocas veces será de alguna eficacia. Cuando se trata de aquellas formas agudas que simulan una apendicitis o una perforación habrá que proceder a la laparotomía. Unas veces tendrá esta operación la ventaja de permitir hacer el diagnóstico de la naturaleza del proceso que había pasado inadvertida antes de aquel momento, y si no se encuentra otra sesión que las bacilares y no producen dificultad alguna al paso de los alimentos por el intestino, se podrá reducir la intervención a esta laparotomía. Si existen bridas o masas que producen compresión, es natural que hay que suprimirlas.

Contra la peritonitis tuberculosa crónica se luchará, en primer término, haciendo un tratamiento de fondo, en virtud del cual se estimule la resistencia del terreno contra el desarrollo del bacilo de Koch; en segundo lugar, se emplearán recursos especiales según las formas que se trate de curar. En resumen, que en la peritonitis tuberculosa hay que atender a dos factores, que son: el primero la deficiencia de la inmunidad, que a su vez depende de la debilitación del organismo en general y de la pérdida de sus defensas específicas contra el bacilo en particular, y el

segundo, la localización peritoneal del proceso y las defensas de esta serosa contra el mismo.

En cuanto al primer factor se debe tener presente que la tuberculosis peritoneal suele ser una forma benigna de la enfermedad, lo mismo que la tuberculosis pleural y que, por tanto, en cuanto a la resistencia general del organismo hay que proceder de una manera muy parecida. Se atenderá a la recalcificación del enfermo y al mismo tiempo se atenderá a las reglas generales de evolución de toda tuberculosis en evolución.

No hay que decir lo conveniente que es descubrir la enfermedad lo más pronto posible, y si se pudieran diagnosticar los primeros síntomas de deficiencia en la inmunidad antibacilar antes de que se localizase el proceso en el peritoneo, se habría adelantado muchísimo para el pronóstico del enfermo. Siempre que un enfermo que haya tenido una pleuresía presente abombamiento del vientre o un dolor mal localizado y de causa inexplicable, se procederá desde luego como corresponde a una peritonitis tuberculosa. Se suspenderá el tratamiento muy tarde, teniendo presente en todo momento que la curación aparente de las lesiones no corresponde siempre a la curación real o anatómica. Por tanto, se debe conservar durante mucho tiempo la vigilancia de los enfermos que han tenido una pleuresía tuberculosa o una peritonitis tuberculosa por la posible aparición de nuevas lesiones, sea en la misma serosa, sea en otras serosas o en las vísceras.

Las prescripciones que comprende el tratamiento a que aludimos son las siguientes:

Reposo absoluto en la cama, evitando los esfuerzos y las sacudidas que puedan repercutir sobre el abdomen. Es conveniente asimismo la aeroterapia, o sea el reposo en el campo y en habitaciones perfectamente ventiladas, temperatura templada, sin humedad, por lo menos cuando se trata de las formas febriles. En los casos tórpidos es conveniente la permanencia al borde del mar, especialmente en las costas del Mediterráneo. En cambio, la permanencia en las costas del Atlántico, solamente se permitirá en caso de que no

da la intervención, se somete al enfermo a un período prolongado de helioterapia.

Tumores del peritoneo.— Los tumores benignos del peritoneo se presentan pocas veces, pero tienen un interés indudable por los errores de diagnóstico a que pueden dar lugar. Conviene dividirlos en sólidos y líquidos. Entre los primeros se encuentran los lipomas y los fibromas, y entre los segundos los tumores vasculares, angiomatosos y linfangiomas y los quistes, dermoides, hemáticos, quísticos y serosos. Los lipomas son los más voluminosos de los tumores sólidos; son también los más frecuentes. Unas veces son pequeños y entonces se suelen desarrollar al extremo de los apéndices epiploicos del intestino grueso, y con frecuencia se transforman en masas libres por la rotura del pedículo.

Otras veces son de volumen enorme y se calcifican. Los fibromas son poco frecuentes y solamente alcanzan escaso volumen. En cuanto a los tumores líquidos, los vasculares, angiomatosos, linfangiomas, son asimismo poco corrientes. Los quistes dermoides suelen ser únicos y tienen la misma estructura de los quistes dermoides en general. Parece que se desarrollan por trozos de tejido embrionario que quedan pillados entre los tejidos normales en el curso del desarrollo.

Los quistes hemáticos son unas veces hematomas enquistados y otros quistes corrientes en los que por hemorragia se ha transformado el contenido. Los quistes quísticos se desarrollan a expensas del conducto torácico, de los vasos y de los ganglios linfáticos y contienen un líquido cremoso, blanquecino y rosado en el que se descubren gotitas de grasa, hematies, linfocitos y cristales de colestestina. Los quistes serosos propiamente dichos suelen ser congénitos, uni o multiloculares y llegan a tener volúmenes enormes, que llaman tanto más la atención cuanto que por lo mismo de ser congénitos se suelen desarrollar así en niños o en personas de pocos años. En un niño de cuatro años se halló un tumor que pesaba 50 libras. Su pared está revestida por la cara interna de una hilera de células epiteliales caliciformes y en esto se diferencian de los falsos quistes serosos que se deben

TERTULIA MÉDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

— AMENIDADES —

25-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.

La inteligencia del médico.

Si los conocimientos técnicos y las cualidades del corazón constituyen los dos puntos fundamentales de los profesionales de Medicina, la inteligencia necesita también tomar su parte activa e importante todos los días. La sabiduría y la bondad no lo son todo; necesitan obrar por medio de condiciones determinadas. El médico no puede equivocarse, ni apartarse de ofrecer sus auxilios en cualquier momento que sean necesarios.

El público apenas si se ha dado cuenta de la multitud de riquezas que adornan su corazón y de la evidencia sus resultados; el médico es siempre un verdadero abnegado cuando el enfermo llega a curarse: ¿desea usted algo más? ¿Para qué se van a preocupar del por qué se ha conseguido feliz éxito? Mientras que la enfermedad permanece indecisa, el público se aparta de las distinciones de los enfermos que evolucionan espontáneamente y de manera favorable y los en que la intervención del curandero ha restablecido una situación que presentaba malos síntomas.

En cuanto a la inteligencia, aun la del mismo médico, no suele ser apreciada más que por los muy escogidos. Estos representan casi siempre la excepción y no tendrá apenas con ellos sino apoyarse decidido sobre los demás méritos y que la probabilidad de sus curaciones para llegar a imponerse entre las multitudes. La inteligencia es una flor cuyo perfume solamente le perciben muy contados privilegios. Y, sin embargo, este perfume esparcido sobre todos los problemas de la Medicina sirve de excelente guía y permite explorar los rincones más oscuros del templo de su ciencia.

Una enfermedad es un encadenamiento de signos mórbidos. Los unos son favorables a la curación del enfermo; pero la discreción más elemental aconseja que no se toque a ellos más que con circunspección. Los otros declaran por sí mismos la inferioridad que poseen; evolucionan siempre bajo

esencial con lo accesorio, la consecuencia con la causa y haciendo la distribución de manera que el juicio sólido sobre sus apoyos científicos no achaque a uno de los factores lo que pertenece al otro.

La terapéutica seguirá permaneciendo simple. En modo alguno se emplearán medicamentos complicados, ni remedios extravagantes; su confusión se añade con las pretensiones de su empleo; siembran el desorden e impiden que se vea claro, haciendo que la causa mórbida desaparezca.

Por otra parte, ésta es, ante todo, la que necesita ser cortada, amordazada y puesta fuera de causa. Tomemos un ejemplo: Las sacudidas morales engendran con frecuencia perturbaciones físicas. El fastidio, cualquier emoción de presiva, la pérdida de una situación, el dolor sentido por la pérdida de un ser querido o una contrariedad prolongada sobre sí mismo, son suficientes datos para envenenar la vida de muchas almas. Los accidentes cardíacos, las perezas digestivas, el insomnio, una impotencia o una fatiga general es produ-

lentamente bajo una caquexia de larga duración. Su padre, el rey Seleucus Micato, reunió el areópago de los médicos más reputados y más doctos; nada consiguió. Antíoco continuaba consumiéndose y toda la alimentación que se le daba no servía para nada; en estas circunstancias llamaron a Erasistrato. Al

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

primer golpe de vista la luz entró en su instinto adivinatorio. Al cabo del examen, la reina hizo visita a su yerno; y éste, acostado, miserable, agonizante, seguía los movimientos de la reina con ojo implorante y humedecido, en el cual se leía la desesperación del enfermo. «He aquí—dijo Erasistrato al dar cuenta al rey de los resultados de su diagnóstico—. Vuestro hijo está enamorado de su suegra». En este caso la historia permanece también en suspenso. Seleucus Micato, ¿autorizaría al príncipe Antíoco a casarse con su suegra? Todo lo que se conoce del caso es la curación del enfermo. Y aquel día el médico Erasistrato pudo asegurar que había formulado un diagnóstico, del cual, a los dos mil años de distancia, los médicos más reputados de la época moderna podrían encontrarse orgullosos.

Ignorando las ciencias de laboratorio, los antiguos manifestaban su virtud reemplazando por las intuiciones del juicio la incertidumbre de sus medios de investigación. Los modernos proceden de manera muy diferente. Cuentan más con los informes de los exámenes y de los análisis que con las luces y las sutilidades de su espíritu. Obrar un poco a modo de almas candidas en la búsqueda de una felicidad que colocan fuera de sí. Tanto la felicidad como el diagnóstico de una enfermedad se encuentran en el médico mismo. El laboratorio ayuda al diagnóstico como la fortuna a la felicidad. En el laboratorio no es un bien el que se sobrepone a otro. Este otro bien está representado por la inteligencia que dirige los diversos medios de comprobación puestos al servicio del médico práctico.

En esta tarea de comprensión luminosa los espíritus acusan una capacidad de discernimiento muy desigual. En el cuerpo oficial, como entre los clínicos, unos se encuentran por encima de su reputación y sus títulos; pero otros se encuentran muy por debajo.

La instrucción ni eleva ni hace crecer las cualidades intelectuales en terrenos donde ellas no hayan arraigado. Existen muchas y grandes extensiones de terreno sin cultivar donde la instrucción no ha hecho florecer más que

Diarreas estivales
ELDOFORMO
Bayer-Meister Lucius

cida por estas angustias y por estas miserias morales.

Balsac en numerosas de sus novelas ha expresado muy bien estos pensamientos. El mundo antiguo nos proporciona a su vez gran cantidad de milagros cumplidos por los médicos de su tiempo. Detrás de los signos de abatimiento y de depresión despistaban y extirpaban la espina afectiva que había provocado esta aflicción y esta desgana. Hipócrates ha firmado con su nombre curaciones de esta índole. Galeno curó a una gran dama romana que se consumía de amor por un baladín del circo. ¿Todas las convenciones sociales se insurreccionaban contra la curación por el baladín? ¿Cómo se las arregló Galeno? ¿Se dice que su misión de provocador le ordenaba mediante el sacrificio de su persona reemplazar la galantería por la del infame juglar? Muda sobre este punto la historia, se conforma con asentar la curación de la bella y deplorada patricia.

Diezmos muy parecidos podrían recogerse de todos los parterres de los médicos de otras épocas. Un bello grabado del siglo XVII nos recuerda el diagnóstico maravilloso del médico Erasistrato. El príncipe Antíoco se consumía

Antiséptico GLORÓGENO LUMEN

Muestras gratis.

Centro Farmacéutico Jienense.
Apartado 22. — Jaén.

la dependencia de un síntoma inicial que les manda, siendo este último el que es necesario reducir y anular. Existen otros aún que pertenecen a dos clases de perturbaciones superpuestas y que evolucionan cada uno por su cuenta. Todo el caos que ella represente deberá ser destruido, sin confundir jamás lo

a los vanidosos. Por esta razón el profesor Carnot ha emitido un proyecto manifestando que resultaría de suma utilidad no admitir en el ejercicio de la profesión médica candidatos que estén solamente provistos de una reconocida instrucción técnica al cabo del primer año de sus estudios. El valor intelectual y el bagaje moral deberían ser exi-

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

gidos con igual rigor. Nada hay tan difícil como pretender descubrir bajo la impetuosidad de la juventud irreflexiva el espíritu alerta y susceptible de perfeccionamiento o la rectitud de conciencia individual, que rayanan muy por encima de los frágiles sentidos que adornan al estudiante a los veinte años.

En Francia y en el mundo entero nadie se ocupa de otra cosa que de los estudios técnicos, y esto para nuestra carrera en ningún país es suficiente. El programa de las cualidades profesionales se extiende más allá de los méritos de conocimientos y de las capacidades de erudición. La certidumbre de la probidad y el culto del honor deben ser asegurados por el mismo título. Si desde el primer año el estudiante se manifiesta un perezoso, miserable o amoral, más valdría despedirle. Dirigirla su fortuna por un camino menos atravesado de exigencias que en esta profesión son tan imperiosas.—Dr. Ch. Fiessinger.

Traducido por
M. P. B.

La cartera de «Decio Carlan»

En política la lucha con los enemigos depende en su eficacia más de la naturaleza de éstas que de los procedimientos empleados.

Con las personas decentes atan más los beneficios recibidos que las violencias y amenazas.

Ich.

**

Nunca me es más repugnante la cobardía que cuando afecta los suaves procedimientos de la componenda.

Ich.

**

No hay nada más agradable y deleitoso que el coloquio con un hombre seriamente romántico, ni nada más em-

Úlcera gástrica, hiperclorhidria, desaparición inmediata de todos los síntomas y tratamiento curativo por el SIL-AL.

palagoso y que conduzca al hastío y aun al asco como la conversación de una mujer falsamente sentimental.

Ich.

**

Cuando vas subiendo por el camino de la prosperidad, solamente una cosa puedes aprender con certeza: la altura desde donde caerás más tarde o más temprano.

Baloardo.

Los jardines al servicio de los sin trabajo.

La crisis económica que ha repercutido en el mundo entero impone en todas partes, en el campo como en la ciudad, la necesidad de restringir los propios gastos, de no despilfarrar y procurarse nuevos recursos o, cuando sea posible, multiplicar éstos.

La Cruz Roja, que se inclina sobre todas las miserias para aliviarlas, se ha encarado también con semejante problema. Los Comités femeninos, peritos desde hace tiempo en materia de economía doméstica, han vuelto los ojos a la tierra nutricia y han pedido al suelo los beneficios que el trabajo industrial paralizado o suspendido no pudo procurarles.

De ahí ha provenido la idea de utilizar los jardines, ya sea al servicio de la Cruz Roja, ya sea a beneficio de los sin trabajo.

Daremos en seguida algunos ejemplos que, bajo diferentes formas, sirven de ilustración al mismo proyecto.

Imaginad un antiguo jardín del Condado de Kent (Inglaterra), en donde crecen con profusión flores y frutas, legumbres y arbustos entre el tibio y abrigado ambiente de los muros. Un camino enlosado lleva de la fuente al

Fábrica especializada en Productos Dietéticos y de Régimen Vegetariano.

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

cuadrante solar, orillado por tomillos y rudas. Este jardín no sólo constituye un encanto para los ojos, sino que está dedicado al servicio de la infancia inválida (1), de las madres y de los tiernos niños (2). No existe allí perfume ni substancia de que no se aproveche la ingeniosa y generosa propietaria. Con las frutas hace dulces; con las legumbres, conservas, según antiguas recetas de cocina transmitidas en la familia de padres a hijos, e incluso se aprovechan los condimentos que, encerrados en frascos, llenan las casillas del «still room» del almacén de provisiones. No permanecen allí por largo espacio de tiempo; los productos son llevados por medio de un camión a la ciudad y allí vendidos en provecho de las mencionadas obras.

Ha hecho algo más la ciudad de Sheffield: la municipalidad suministró terrenos que han sido alquilados al precio de dos peniques por semana. Los instrumentos, las semillas y los abonos fueron alquilados o vendidos a ínfimo precio; 2.185 sin trabajo pudieron ocuparse en su jardín, obteniendo así alimento para sus familias. En los lugares en donde el gasto inicial del Municipio se elevaba a 1.500 libras, el valor de las legumbres llegó a ser, al cabo del año, de 15.000 libras. De la misma forma la «Sociedad de los Amigos» distribuyó terrenos hace tres años, proporcionando abonos y semillas a 64.000 sin trabajo en muy buenas condiciones de precio. Acaba de lanzar un llamamiento para

(1) Invalid Children's Aid Association.
(2) Society for Health Maternity and Infant Welfare.

poder extender estas reparticiones de tierra.

La Cruz Roja norteamericana tuvo que hacer frente en el presente año a la doble tarea de socorrer a los cortijeros de los distritos diezmados por la sequía y de prestar ayuda a los sin trabajo. Al esforzarse por remediar la primera calamidad mencionada, concibió

JARABE ALMERA

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

y preparó un programa de asistencia a las víctimas de la segunda.

La Cruz Roja norteamericana distribuyó, en efecto, el año último, más de 700.000 paquetes de simientes de hortalizas, que dieron en 1931 un rendimiento de 2.000.000 de dólares de legumbres.

Con tan felices medidas, no sólo las familias necesitadas hallaron manera de mejorar y variar su régimen alimenticio, sino que han introducido nuevas culturas en lugares en donde sólo se cosechaba el algodón, pero la Cruz Roja les ha pedido que guarden parte de su cosecha para los más desgraciados que ellos. La mayor parte de los 1.100 Comités que prestaron ayuda a las víctimas de la sequía respondieron a su llamamiento; la Cruz Roja distribuyó un millón de recipientes de vidrio o de barro cocido. En colaboración con el Servicio federal de la Agricultura, la Oficina de la Economía Doméstica y los agentes agrónomos de los diferentes Estados, organizáronse en todas partes demostraciones prácticas para enseñar a hacer conservas. Prestaron su concurso benévolo millares de personas, ya con su trabajo, ya sea suministrando legumbres, frutas o recipientes. Los círculos femeninos, las escuelas, los agrupamientos de «juniors» se han comprometido a preparar centenares de docenas de conservas. La Prensa sostuvo a la campaña publicando cada día fórmulas y recetas. Donde quiera que el Comité local disponía de fondos, empleó y retribuyó a mujeres sin trabajo o a las esposas de los obreros que tampoco tenían trabajo.

Se le prestaron a la Cruz Roja locales suficientes para almacenar las conservas y, por otra parte, ella ha organizado almacenes de ropa blanca, de vestidos o de material sanitario. En estos «storage pantries» depósitos de provisiones, ella va a buscar en lo más crudo del invierno lo necesario para alimentar a las familias que han sufrido de la crisis. En otras partes, la Cruz Roja norte-

Inapetencia, Anemia, Debilidad.
VINO MADARIAGA, tónico - fosfatado.

americana se pone de acuerdo con agencias de venta de inmuebles, las cuales le alquilan terrenos y ella suministra semillas a los sin trabajo.

En Alemania es ya antigua la idea del jardín de la Cruz Roja. Fué en 1901 cuando la Unión patriótica femenina de la Cruz Roja de Charlottenburg adquirió por primera vez terrenos para repartirlos; muy pronto, en 1906, la

SIGUE A LA PÁGINA XIV

JARABE de DIGITAL LABELONYE
EMPLEADO CON EL MEJOR ÉXITO
 CONTRA LAS DIVERSAS
AFECCIONES del CORAZÓN, HIPOPLASIAS
TOSAS NERVIOSAS, BRONQUITIS, ASMA, etc.

Establecimiento Balneario de Arnedillo (LOGROÑO)

Aguas termales 52° 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.

Jarabe "DEYEN" de Manzana Laxante

Utilísimo en los adultos e insustituible en los niños.

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

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

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

¡Cuidado! Pedid el DEYEN pues hay imitaciones.

VACANTES

Practicantes.

Améscoa Baja (Navarra). 525 pesetas. Solicitudes, 28 Junio.

Aranaz (Navarra). 525 pesetas. Id., id.

Pomar de Valdivia (Palencia). 600 pesetas. 10 de Julio.

Oloriz con sus agregados Unzuá, Echagüe, Oricín, Barriain, Solchaga, Mendivil y diseminados (Navarra). 437,50 pesetas. 30 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, veinticinco años, inspector municipal de Sanidad. Agregado a las clínicas de Obstetricia de Valladolid y Madrid, con buena hoja de estudios. Substituiría a compañero por los meses de verano.

Dirigirse a Aurelio Morillo, Miguel Iscar, 18, Valladolid.

Substituto con práctica se ofrece para partido. Dirigirse a R. C., calle de la Bolsa, 16, 2.º, izquierda. Madrid.

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

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

AGUAS DE MARMOLEJO

Carbónicas, 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).**



TUBERCULOSIS

AFECCIONES BRONCO-PULMONARES

Gripe, Escrófula, 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 Sagúes, 2 y 4, (S. G.)

EUZYMINA MENARINI

Solución titulada de Lecitina y fermentos digestivos.

Fórmula del Prof. CONCETTI, de Roma.

Recomendada en las enfermedades del aparato digestivo de los niños.

La **Euzymina**, por los fermentos que contiene asociados á la lecitina, no solamente reemplaza las deficiencias del aparato digestivo, sino que estimula las fuerzas zimógenas para mayor actividad funcional.

DOSIS: Para niños de pecho, 10 á 20 gotas después de haber tomado el pecho; para niños de dos años y más, 20 á 30 gotas después de cada comida; para adultos, una cucharadita de café.

Muestras gratis á los señores Médicos que las soliciten á los señores:

J. URIACH y C.^a, S. A. — Apartado 632.—BARCELONA

LABORATORIO FARMACÉUTICO

PONS, MORENO Y C.^a

DIRECTOR: D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA
ESPAÑA

Jarabe Bebé

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

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

Tetradínamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

Mutasán

(INYECTABLE)

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

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

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

PROGRAMA CIENTIFICO:

Lema: Progressi sumus, progredimur, progrediemur.

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

SUMARIO: Sección científica: La sedimentación de la sangre en el cáncer uterino, por Rafael García Casal.—Sífilis ocular, por el Dr. M. Renedo.—La oliguria y la polluria desde el punto de vista terapéutico, por el Priv. Doc. V. Kollert.—Bibliografía.—Periódicos médicos.

La sedimentación de la sangre en el cáncer uterino ⁽¹⁾

POR

RAFAEL GARCÍA CASAL

Jefe de los Servicios de Obstetricia y Ginecología del Hospital del Buen Suceso.

El examen de la sedimentación de la sangre constituye un poderoso auxiliar del ginecólogo. Es una reacción de utilidad grande, de técnica sencilla y de una fidelidad enorme; sin embargo, no representa un papel diagnosticador *per se*, sino más bien un papel orientador. No puede ser considerada como síntoma patognomónico de determinada enfermedad, pero puede servirnos como bastón de ciego para caminar en las obscuridades en que se colocan algunas enfermedades de difícil diagnóstico. Relacionando la hematosedimentación con la observación clínica, se harán algunos diagnósticos que serían imposibles de hacer valiéndonos sólo de esta última.

Una de las enfermedades ginecológicas donde menos utilidad desempeña es el cáncer uterino, pero su menor eficacia no debe ser tomada como inutilidad y en consecuencia relegarla al olvido.

Esta insignificante comunicación no lleva otro fin que el hacer resaltar los beneficios que podemos obtener de la hematosedimentación en el cáncer uterino y ver la manera de que nos ayude en el diagnóstico, pronóstico y conducta a seguir.

Ha ido extendiéndose en estos últimos tiempos el criterio de que toda mujer menopáusica que presente hemorragia de causa desconocida y que por exploración, e incluso biopsia, no podamos afirmar la existencia de un cáncer de cuerpo de útero, debe ser operada de histerectomía total, porque es mejor operar-

la, aunque luego resulte que su matriz esté sana, que no el dejar de extirpar a tiempo una posible lesión cancerosa. Sostener este criterio sin haber hecho antes un estudio de la sedimentación de sus glóbulos rojos me parece una grave falta, pues con esta reacción podremos evitar algunas histerectomías totales en enfermas con útero completamente normal.

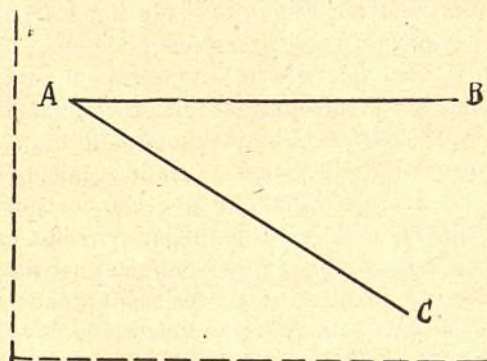
La reacción de Fåhræus no rinde el mismo servicio en el cáncer de cuello que en el del cuerpo. Aunque a primera vista parezca incomprensible, es más útil en los casos dudosos de éstos que en los de aquéllos, donde su utilidad llega a ser casi nula. Esta desigualdad se debe a la diferente valoración de la biopsia del cuello y del cuerpo y al diferente desarrollo de la inoperabilidad. En el cáncer de cuello la lesión es bastante accesible, y en los casos dudosos puede observarse el punto que inspire más sospechas y hacer biopsia bien localizada, teniendo gran valor tanto la positividad como la negatividad del análisis. En cambio, en el cáncer de cuerpo la lesión está oculta, y si el resultado de la biopsia obtenido por legrado es negativo, no es suficiente para negar la existencia de un carcinoma; pues los productos analizados pudieran pertenecer a partes sanas de la mucosa. La biopsia de cuello es completamente inocua; en cambio, la del cuerpo pudiera en algún caso ser peligrosa; pues no hay que olvidar que algunos de los casos dudosos de cáncer de cuerpo la superficie interna de la matriz está infectada y en estas condiciones un legrado pudiera traer malas consecuencias. En resumen: en el cáncer de cuello la lesión accesible y la inocuidad y el éxito de la biopsia vencen a la hematosedimentación; en el de cuerpo, la lesión larvada y oculta, además del peligro del legrado y de la poca valoración del resultado negativo de la biopsia, hacen que la reacción de Fåhræus predomine en estos casos.

La inoperabilidad en los cánceres de cuerpo se presenta relativamente tarde en relación con la intensidad de la lesión cancerosa; no hemos encontrado todavía un cáncer de cuerpo inoperable o cerca de la inoperabilidad que no haya dado una sedimentación excesivamente rápida; desde los comienzos de un

(1) Comunicación presentada en la Academia Ginecológica Española el día 30 de Marzo de 1932.

cáncer de cuerpo con sedimentación normal hasta las proximidades de la inoperabilidad con una excesivamente rápida, existen una infinidad de grados sucesivos que nos permitirán de una manera bastante aproximada denunciar relativamente pronto la malignidad de un caso sospechoso y acudir a tiempo a la intervención; en cambio, en el cáncer de cuello, dada su situación anatómica, la inoperabilidad puede presentarse precozmente, siendo éste uno de los motivos de depreciación de la reacción en este grupo, donde además la biopsia, como he dicho antes, adquiere todo su apogeo.

El cáncer uterino altera la velocidad de sedimentación de los glóbulos rojos acelerándola proporcionalmente a la intensidad de su invasión desde una sedimentación lenta normal hasta las incluidas en el grupo de las más rápidas. La curva de sedimentación de una cancerosa se diferencia, por lo tanto, de la de una mujer normal. En la gráfica 1.^a, la línea AB re-

Gráfica 1.^a

presenta una curva normal y la AC una cancerosa. Si tenemos una enferma sospechosa de cáncer con sedimentación normal y que en exámenes sucesivos no se acelera, es decir, que su curva es del tipo de la AB representada en la gráfica, podemos afirmar que esta enferma no es cancerosa, que no tiene tumor maligno, pues está todavía por la primera vez que una lesión de naturaleza maligna presente una curva normal.

Si una enferma dudosa de cáncer presenta una curva de sedimentación del tipo de la AC, podrá ser cancerosa, pero no lo podemos afirmar, pues esta curva se asemeja a la dependiente de otras enfermedades.

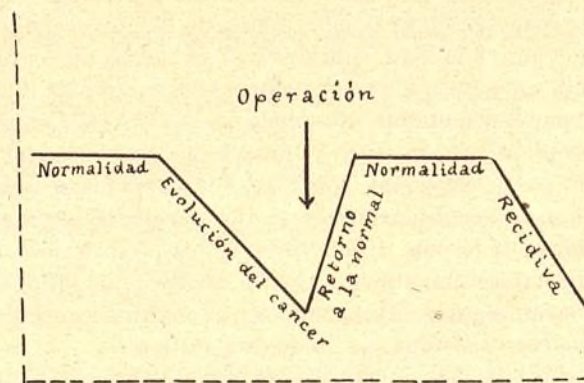
La reacción presta gran servicio en el diagnóstico precoz de las recidivas. Después de operado el cáncer se retarda la hematosedimentación y al cabo de cierto tiempo vuelve a ser normal, pero si recidiva volverá otra vez a acelerarse y su curva tomará el aspecto de la representada en la gráfica 2.^a; ésta consta de cinco partes: 1.^a, normalidad; 2.^a, evolución del cáncer; 3.^a, retorno a la normalidad; 4.^a, normalidad, y 5.^a, recidiva.

El diagnóstico de la recidiva se hace más precozmente con la observación de la sedimentación que con la exploración bimanual. Si en una enferma ope-

rada de cáncer y que posteriormente se retardó hasta la normalidad la velocidad de sedimentación de sus glóbulos rojos notamos aceleración progresiva de la misma no achacable a ninguna otra enfermedad, podemos inclinarnos con gran verosimilitud a que sea debida a una recidiva.

Antes de terminar haré resaltar que pudiera darse el caso de una presunta cancerosa que después de una aceleración viniera, breve y progresivamente, un retardo hasta la normalidad; esto sería lo bastante para negar rotundamente la existencia del cáncer, pues una vez éste en evolución, jamás vuelve espontáneamente a la normalidad la hematosedimentación. La siguiente e interesante historia clínica servirá de ejemplo bastante demostrativo:

A. M., natural de San Sebastián. Menarquia a los doce años, tipo 27/5, abundante y sin dismenorrea. Ha tenido dos partos y dos abortos de tres meses verificados antes y después del último parto y achacables a traumatismos. Nada de síntomas ni historia luética. No ha padecido nunca ninguna enfermedad. Menopausia a los cuarenta y ocho años; después de seis años de amenorrea, un día bruscamente y sin motivo empezó a perder sangre por sus genitales continuando con flujo fétido abundante y de aspecto de agua de lavar carne. La vió un distinguido doctor que, ante este cuadro, diagnosticó de cáncer de cuerpo de útero y aconsejó que la viera otro compañero; el segundo reconocimiento recayó en un catedrático

Gráfica 2.^a

de Ginecología que hizo el mismo diagnóstico y aconsejó urgente operación, pero como él se marchaba al día siguiente fuera de Madrid, la recomendó a un compañero; no fué a éste, sino a un eminente cirujano-ginecólogo de la Beneficencia provincial, que también opinó lo mismo que los anteriores porque hay que añadir que, además de los síntomas tan demostrativos que tenía, había adelgazado en sus últimos tiempos 14 kilos. Todavía querían otra opinión y vino a mi consulta, mas no le dije mi parecer hasta ver el resultado de la sedimentación, que fué de sesenta minutos; al día siguiente no volvió la enferma, pero se presentó otra vez a los doce días disculpándose de que asuntos ajenos a su voluntad le habían impedido volver cuando le dije; le hice otra sedimentación y

con gran sorpresa observé se había retardado hasta ciento noventa minutos. Ante este resultado, mi contestación ya fué clara y rotunda: «no tenía cáncer y no se debía hacer la operación», pero, sin embargo, debía seguir observándola. Después de esto han pasado ya más de cinco años y la enferma, durante ellos, se ha encontrado admirablemente bien. Pero el 18 de Febrero de este año se repitió otra vez el mismo cuadro, expulsando mucosidades con sangre al principio y siguiendo en los días sucesivos abundante flujo fétido, agua sucia con ceniza, según explicación de la enferma. El día 4 de Marzo, o sea a las dos semanas de haber comenzado, vino a que la reconociera; todavía seguía expulsando bastante cantidad de flujo claro, fétido y sonrosado; su aparato genital aparentemente normal; hematosedimentación setenta minutos.

Confieso que ante este cuadro no podía apartar de mi cerebro el diagnóstico de cáncer de cuerpo del útero, pero recordando la igualdad del episodio anterior y su brusquedad en presentarse aconsejé durante unos días tratamiento antiflogístico; fueron mejorándose sus síntomas hasta la normalidad y retardándose la sedimentación de tal manera, que el día 23 de Marzo, es decir, con un intervalo de diecinueve días, acusaba ya doscientos treinta minutos. ¡Tampoco esta vez padecía cáncer!

Si después de esta breve disertación queda demostrado el aprovechamiento de la hematosedimentación en los problemas que ofrece el cáncer del cuerpo de útero, habré logrado mi deseo.

SÍFILIS OCULAR

POR EL

DR. M. RENE DO

Conferencia dada en el curso de ampliación de estudios de Oftalmología (31 de Mayo de 1932).

Señores:

Ni un momento dudé aceptar la invitación que, en nombre de los demás compañeros en ampliación de estudios oftalmológicos, me hicieron los queridos colegas doctores Miers y Losada para dar esta conferencia.

Sabía bien que mi aportación había de ser muy modesta, pero para mostrar mi conformidad con el sistema nada mejor que participar en él en la medida de mis fuerzas. He admirado este gesto de noble rebeldía que habéis tenido al no conformaros con lo rutinario, aspirando a aprender más y en todo momento. Pero ante el brillante cuadro de confe-

renciantes que lograsteis reunir, temo no poder cumplir con vosotros como quisiera y vosotros merecáis, si bien ello no ha de ser por mi falta de voluntad, que por entero he puesto gustoso a vuestro servicio.

Elegisteis el tema de sífilis ocular tan interesante al oculista por tantos conceptos, pero antes de entrar en él os diré que voy a renunciar a describir al modo corriente las localizaciones luéticas—de párpado a corteza occipital—porque ello sería, además de tarea interminable, repetir lo que ya sabéis perfectamente y tenéis a vuestro alcance en los libros que maneáis. Voy a limitar esta conferencia—esta charla podremos decir con más justicia—a un punto que considero menos conocido y trascendental, sin embargo, para el oculista, porque no sólo su perfecto dominio es obligado al oftalmólogo que ha de resolver por sí los diarios problemas de la clínica, sino que, además, es el que con más frecuencia habrá de ponerle en relación científica con el médico general, con el sifiliógrafo y con el neurólogo. Me refiero a la sífilis oculonerviosa o más concretamente aún a la sífilis del nervio óptico.

Habéis elegido buen momento para esta conferencia: el mes del año en que se celebra el centenario del nacimiento de Fournier, la figura cumbre de la sífilis nerviosa, astro de primera magnitud cuya luz aumenta al pasar el tiempo, intuitivo y observador genial. Nosotros los oculistas queremos honrar su memoria concediéndole en el día de hoy las primeras palabras de admiración.

Mucho han evolucionado nuestros conocimientos sobre la sífilis desde la época de Fournier, pero es que no sólo han evolucionado los conocimientos sino también la sífilis misma.

En el siglo XVI la gravedad de la sífilis era extraordinaria, produciendo una mortalidad de más de

un 20 por 100. Lenta y progresivamente las manifestaciones cutáneas, las más importantes en el momento a que nos referimos, fueron haciéndose menos intensas a la vez que aumentaban las vasculares y nerviosas. La enfermedad, de tegumentaria se iba transformando en visceral.

En los países en los que la enfermedad ha aparecido más tarde, en aquellos en que el tratamiento es poco menos que desconocido, subsisten en gran parte las formas que hemos llamado tegumentarias—mejor que ectodérmicas, ya que con este nombre comprenderíamos un concepto demasiado amplio y ello no es justo como después veremos.

Circunscribiéndonos al aparato de la visión, que es lo que a nosotros especialmente interesa, me voy a limitar a señalar dos hechos comparativos observados en mi modesta práctica y que tienen a este respecto un gran interés: 1.º, que durante veinte meses dedicado a la especialidad en Larache con una reducida clínica y policlínica en el Hospital de la Cruz Roja, nunca faltó en mi consulta enfermedad típica de lúes adquirida de segmento anterior del ojo. Para referirme a una sola de las consideradas como clásicas, diré que pasarían de la docena las iritis papulosas que pude ver en tan reducido período de tiempo; 2.º, tres años con clínica y policlínica numerosa en el Hospital Militar de

SUMARIO CIENTÍFICO DEL NUMERO PRÓXIMO

DR. B. NAVARRO CÁNOVAS.—La roentgenterapia en la hipertrofia de la próstata.

DR. MODESTO GARCÍA LUIS.—Historia clínica de un caso de Sodoku en Lora de Estepa.

PROF. COSTEDOAT Y DR. F. J. CORTEZO.—Estudio clínico del Sodoku.

Información de actualidad.—La nueva enseñanza de la Medicina en Buenos Aires.

Bibliografías.—Prensa extractada.

Carabanchel, no me han proporcionado ni un solo caso de la misma forma luética citada.

Coincidiendo con las formas tegumentarias graves, especialmente las pustulosas, abundan también en Africa las sífilis nerviosas de período secundario que en proporción mucho menor vemos en Madrid. Las parasífilis, mejor dicho, las sífilis parenquimatosas del encéfalo y de la medula—tabes y parálisis general—son, en cambio, tan raras allende el Estrecho como frecuentes en los enfermos de nuestra policlínica infectados desde hace más de una docena de años.

Sentados estos hechos vamos a referirnos a algunos puntos de interés patogénico, anatómico, sintomático o terapéutico en relación con la sífilis nerviosa.

CICLO EVOLUTIVO DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE SÍFILIS NERVIOSA

Tres etapas fundamentales pueden considerarse recorridas por la sífilis nerviosa:

Primera. La anatómica con Virchow (1850) y su escuela describiendo las lesiones anatomopatológicas de las alteraciones vasculares y conjuntivas de los centros nerviosos del sífilítico.

Segunda. La clínica, que comienza con Fournier, que establece la historia clínica ampliándola de un modo prodigioso, haciendo entrar en sus dominios la tabes y la parálisis general, señalando el origen sífilítico de estas afecciones gracias a las observaciones clínicas atentamente seguidas.

Tercera. Biológica, que debuta con el descubrimiento del treponema por Schaudin. La obra de Fournier va a sufrir el espaldarazo de la confirmación biológica, demostrando además que la parasífilis es una verdadera sífilis nerviosa.

En 1913, Noguchi descubre el treponema en el cerebro de los parálisis generales y en las raíces posteriores de la medula de los tabéticos. A la vez, el estudio del líquido cefalorraquídeo abre una vía como importantísimo método de investigación. El citodiagnóstico de Widal demuestra reacciones celulares no sólo en los enfermos que presentan síntomas clínicos, sino también en las sífilis nerviosas asintomáticas o latentes.

Otro gran número de reacciones más complejas vienen a enriquecer las posibilidades diagnósticas por el examen del líquido cefalorraquídeo: la albúmina; la reacción de Bordet-Wassermann; las de floculación de Meinelke, Nonne, Pandy, etc.; las de benjui coloidal; la del oro coloidal de Lange, de tan vastas aplicaciones para el diagnóstico diferencial entre la parálisis general y la tabes entran en el dominio de la diaria investigación.

Un hecho perfectamente demostrado hoy, gracias a los numerosos trabajos clínicos y experimentales apoyados, sobre todo, en las modernas reacciones serológicas antes citadas, es el de que el sistema nervioso central se afecta por la infección luética con una frecuencia mucho mayor que la que antes se sospechaba y además, cosa esencial, que la alteración nerviosa puede evolucionar sin síntoma clínico alguno.

En favor de esta afirmación hablan el estado citológico y químico biológico del líquido cefalorraquídeo, repetidos estudios anatomopatológicos, las neurorrecidivas durante el tratamiento específico y los resultados de la exploración del campo visual con los modernos, delicados y precisos métodos de exploración campimétrica.

VÍAS DE INVASIÓN DEL TREPONEMA

Muy discutida ha sido la vía que el treponema sigue para desde la lesión inicial alcanzar el sistema nervioso central y con él el nervio óptico y los nervios motores del ojo.

Para unos, el agente infeccioso avanzaría siguiendo las

vías linfáticas perivasculares de modo parecido a lo que ocurriría con la rabia.

Ahora bien; si es cierto que la invasión del sistema nervioso central por la rabia es más precoz, cuando las mordeduras asienten en la cara, debería aparecer más pronto y aun ser más frecuente la sífilis cerebral en los casos de chancro de la cara, afirmación hecha por algunos, pero sin que pueda sostenerse seriamente, ni apoyarse en estadística alguna, ni en lo que respecta a la sífilis cerebral, ni en cuanto a la tabes superior, que es la que el oculista ve con más frecuencia.

Otros sostienen que la vía seguida por el espiroquete es la sanguínea. El hallazgo del treponema en la sangre (medio por lo demás en el que vive difícilmente) en los períodos de debordamiento parece apoyar esta opinión. Además, el hecho de que las primeras modificaciones del líquido cefalorraquídeo aparezcan precisamente cuando la sífilis se generaliza, sería otra prueba positiva de la progresión por vía sanguínea, pues, como es sabido, en tanto que el proceso luético queda limitado al accidente primario y el Wassermann de la sangre es negativo, permanece normal el líquido cefalorraquídeo.

Más interesante para el oculista que el conocer la vía que pueda seguir el agente infeccioso es precisar la manera de responder el sistema nervioso a la agresión.

El dato más precoz de reacción del sistema nervioso—que puede ya aparecer pocas semanas después de comenzada la infección—, según demuestran las investigaciones anatomopatológicas y experimentales, es una infiltración de las meninges, verdaderas menigitis basales y espinales de preferencia. A esta infiltración meníngea acompañan alteraciones vasculares específicas, encontrándose, a menudo, espiroquetes en el exudado meníngeo, en las infiltraciones vasculares e incluso en libertad en el interior de los vasos.

La lesión anatomopatológica se traduce en aglomeraciones de linfocitos y de plasmazellen.

Clínicamente puede faltar en este período todo síntoma clínico aun cuando el líquido cefalorraquídeo sea patológico.

Existe un proceso clínico descrito por Fuchs (padre), que yo considero de una gran analogía con la reacción primitiva a que acabo de referirme, y es la hiperemia de papila observada en algunos sífilíticos en el período secundario precoz coincidiendo con la roseola, las pápulas o pústulas y que tampoco da lugar a síntoma alguno, limitándose su exteriorización al simple hallazgo oftalmoscópico. En algún caso en que ha podido hacerse un estudio anatómico se ha encontrado en las vainas del nervio óptico alteraciones análogas a las que señalábamos en el párrafo anterior.

Krückmann afirma, de igual modo, ha podido observar en la primera época del período secundario una congestión de papila que corresponde bastante bien con la descrita por Fuchs y que evolucionaba sin síntoma alguno subjetivo, siendo esta la causa de que el oculista la vea sólo por casualidad, ya que el paciente no acude a la consulta del oftalmólogo. Sólo cuando se hacen exploraciones en serie en una clínica de sífilis, será fácil encontrar en muchos casos esta forma primitiva de alteraciones luéticas del nervio óptico.

Sin embargo, a veces, el cuadro que acabamos de describir no es tan silencioso, apareciendo simultáneamente cefalea, mareos, obnubilaciones pasajeras y trastornos visuales discretos.

Esta lúes cerebral silenciosa, de que nos ocupamos, puede hacerse aparente con síntomas clínicos, bien de un modo espontáneo o bien por un tratamiento impropio, dando lugar a las denominadas neurorrecidivas de tan gran interés para el oculista por ser el nervio óptico afectado con cierta frecuencia.

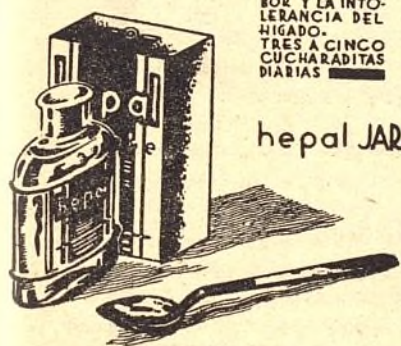


hepal

PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANÉMIA

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

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 INTRAVE-
NOSA DIARIAMEN-
TE

hepal
INJECTABLE

INYECCIÓN INDOLORA

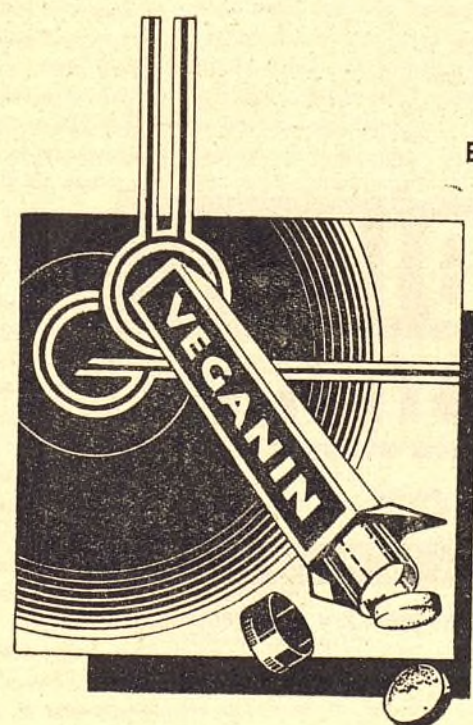


hepal PROPORCIONA LAS SUBSTANCIAS ORGANICAS QUE FORMAN EL GLOBULO ROJO Y LOS ELEMENTOS INORGANICOS QUE PRODUCEN LA HEMOGLOBINA

254

VEGANIN

EL REMEDIO ANALGÉSICO DE EFECTOS MÁXIMOS



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

INDICACIONES:

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

GOEDECKE & Co. BERLIN, ALEMANIA

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

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

Ayuntamiento de Madrid

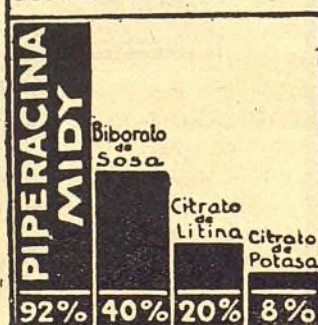
PIPERACINA MIDY

GRANULADA
EFERVESCENTE

“El más rico en principio activo.”



Solubilidad comparada
del Acido URICO en:



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

2 a 4
Cucharadas
de las de café por día.

MUESTRA Laboratorios Midy.

4, rue du Colonel Moll, PARIS

BISMUTHOIDOL

(Bismuto coloidal)

Nuevo agente contra la **SÍFILIS**

EN AMPOLLAS: Solución acuosa

Sin dolor

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

Depositarlos para España: GIMÉNEZ-SALINAS y O.^{SA}, Sagúes, 2 y 4, Barcelona, (S. G.)

Las lesiones sifilíticas secundarias no son raras, como se creyó mucho tiempo, sino que más bien son la regla, hasta el punto de que algunos autores, como Pette, por ejemplo, sostienen que todo sifilítico secundario padece su meningitis, ya que el sistema nervioso puede considerarse interesado, siempre que el líquido cefalorraquídeo no sea normal, y esto ocurre casi sin excepción en el período secundario.

El treponema que llega precozmente a meninges se instala en ellas, dando lugar a alteraciones inflamatorias difusas o focales de intensidad variable. Ahora bien: en este período la infección de meninges no se propaga al parénquima, y si bien se encuentran en éste, con frecuencia, focos inflamatorios, asientan siempre en las próximas inmediaciones de los vasos, siendo una consecuencia de la acción del treponema sobre sus paredes o bien resultado de los procesos de endarteritis, propios también de este período.

CAUSAS QUE PUEDEN EXPLICAR LA LOCALIZACIÓN NERVIOSA DE LA LÚES

Las cuestiones principales de este problema continúan hoy en plena discusión.

Los que sostienen la existencia de una sífilis especial nerviosa se apoyan en la frecuencia con que uno de los cónyuges afecto de una forma nerviosa transmite al otro la enfermedad con el mismo carácter, y además la aparición de sífilis nerviosas graves observadas en distintos sujetos infectados en la misma fuente.

La igualdad de condiciones climatológicas, sociales, etc., en que estos individuos viven, serían la explicación de estas formas análogas para los que niegan la individualidad de la sífilis nerviosa.

Levaditi y su escuela pensaban en las posibilidades de existencia de un virus especial neurotrópico. Para Steiner la quimioterapia favorecería el desarrollo de ciertas variedades del treponema con apetencia predilecta por el sistema nervioso.

Los hechos en la clínica, sin embargo, son contradictorios. De una parte, hemos dicho que en la sífilis papulosa, más grave que la maculosa, la sífilis nerviosa y las alteraciones del líquido cefalorraquídeo son más frecuentes e intensas, y de otra es bien sabido que la sífilis cerebroespinal, refiriéndonos ahora a las antiguas enfermedades parasifilíticas, tabes y parálisis, suele tener como antecedente una sífilis leve y hasta casi asintomática.

Para explicar estas aparentes contradicciones, sospecha Levaditi que durante el período exantemático la piel generaría productos que ejercerían de medio defensivo para el sistema nervioso contra el treponema—exofilaxia—, defensas de que carece cuando no existen manifestaciones cutáneas.

Apoyados en esta última hipótesis, algunos autores—yendo, a mi juicio, demasiado lejos—consideran ventajosa la aparición de síntomas tegumentarios, y hasta han propuesto aplazar todo tratamiento específico hasta que ellos se manifiesten, para sólo entonces hacer uso de la quimioterapia.

Desde ahora señalamos nuestra disconformidad con este modo de proceder, ya que, como después diremos, somos partidarios del tratamiento de asalto de la sífilis desde el momento en que es diagnosticada.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Veamos ahora, en resumen, las alteraciones anatomopatológicas que pueden encontrarse en la sífilis del sistema nervioso. Estas son las siguientes, según Nonne y Oppenheim:

- 1.^a Neoformaciones sifilíticas.
- 2.^a Inflamación crónica hiperplásica.
- 3.^a Alteraciones vasculares específicas.
- 4.^a Atrofia simple y degeneración del parénquima.

Es raro encontrar estas formas aisladas, siendo lo más frecuente la combinación de dos o más de ellas.

Prescindiendo de momento de la última forma, vemos que las alteraciones características quedan limitadas a las formaciones mesodérmicas, es decir, en el sistema nervioso central a la pia y su sistema linfático y a las paredes vasculares, incluso la adventicia, que puede considerarse como una continuidad del tejido pial en el espesor del tejido nervioso.

Mucho más frecuentes que las formas gomosas aisladas son las meningitis sifilíticas, que, a menudo, dan también lugar a formaciones gomosas.

Según Nonne, es muy característico de la infección lúetica la existencia simultánea de procesos frescos y antiguos, lo que coincide con el curso de la enfermedad, con su marcha crónica con recaídas frecuentes.

La meningitis sifilítica se localiza, de preferencia, en la base, sobre todo en región de quiasma y espacio interpeduncular, lo que explica la frecuencia con que los nervios y cintillas ópticas, el quiasma y los nervios motores oculares quedan envueltos por el exudado meníngeo, dando lugar a la sintomatología característica.

Aparte la participación más o menos intensa, pero secundaria, de los vasos en los procesos meníngeos, pueden aquéllos presentar alteraciones primitivas—forma vascular de la sífilis cerebral—procesos inflamatorios de su adventicia, perivasculares o endoteliales, pudiendo como consecuencia de estos últimos llegar a la total obstrucción del vaso que es la responsable del proceso de reblandecimiento de la zona de parénquima por ellos irrigada, siendo en otros casos la alteración de sus paredes causa de hemorragias.

La última forma anatomopatológica, la más rara, se exterioriza por focos de encefalitis, alteraciones degenerativas de las células y fibras nerviosas con proliferación secundaria de la glía, procesos de esclerosis vascular en arterias y venas y degeneración primaria de los núcleos nerviosos.

La tabes y la parálisis podrían considerarse anatomopatológicamente como pertenecientes a este grupo. Ello no quiere decir que en estas dos enfermedades no coexistan con las alteraciones parenquimatosas infiltraciones meníngeas que, incluso, pueden hacer difícil el diagnóstico con la genuina meningoencefalitis lúetica. El mismo treponema, en las enfermedades antiguamente denominadas paraluéticas, no sólo se localiza en parénquima sino que lo encontramos en vasos y meninges, de manera que la lúes y la parálisis llegan a confundirse.

Tampoco desde el punto de vista clínico existe una separación clara entre ambos procesos patológicos, pues si bien, de ordinario, la lúes cerebroespinal aparece en los primeros años que siguen a la infección y los procesos paraluéticos son tardíos, no debemos olvidar que puede ocurrir lo contrario.

Como verdaderamente característico se consideraba, por fin, la distinta manera de reaccionar al tratamiento específico los procesos de lúes y los de parálisis, concepto que si en términos generales es cierto, no puede aceptarse como absoluto, ya que una sífilis cerebral, especialmente cuando existen alteraciones de parénquima consecutivas a trastornos de nutrición, puede mostrarse refractaria a la terapéutica, y de otra parte, diversos autores afirman la acción favorable de la cura específica sobre los metalúéticos.

Podemos, pues, sostener con Nonne que no existe una

diferencia esencial entre la verdadera lúes y las denominadas enfermedades metalúéticas del sistema nervioso, sino que en ambos casos se trata de enfermedades sifilógenas que según la zona donde la lesión asiente dan lugar a uno o a otro cuadro clínico característico, lo que no quiere decir que no exista, en general, una diferenciación clínica que debemos procurar precisar en los períodos precoces, ya que, como después veremos, es en este momento cuando mayores esperanzas ofrece el tratamiento específico. Precisamente por la precocidad de los síntomas oculares puede la oftalmología prestar un inmenso servicio a la neurología.

SÍFILIS DEL NERVO ÓPTICO

Todas y cada una de las formas anatomopatológicas que señalábamos en la parte general pueden observarse en el nervio óptico, si bien por su rareza podemos prescindir en la práctica de las formas vascular y gomosa.

Recordando que la meningitis fibrohiperplásica asienta de preferencia en la base y, sobre todo, en la región quiasmática, nos explicaremos el porqué la propagación inflamatoria quiasmática al nervio óptico es la lesión sifilítica más frecuente en este último.

El treponema, anidando en la base avanzaría por espacio subaracnoideo de nervio óptico provocando las alteraciones perineuríticas típicas descritas por distintos autores (tumefacción e infiltración de la vaina pial por linfocitos y plasmazellen), alteraciones que pueden extenderse hasta la entrada del nervio en el globo ocular, pero que con más frecuencia se limitan a la porción intracraneal. Los vasos piales son asiento de un proceso de infiltración celular de sus paredes y proliferación endotelial, endoarteritis que puede llegar a producir una trombosis completa.

La progresión del proceso en el nervio óptico se hace de la periferia hacia el centro, extendiéndose la infiltración linfocitaria a lo largo de los tabiques conjuntivos, produciendo una neuritis intersticial en la que también aparecen alterados los vasos profundos (engrosamiento de pared u obliteración por proliferación endotelial).

La infiltración puede ser difusa o quedar limitada a la periferia, pero en todo caso es en ésta mucho más pronunciada que en el centro.

Cuando el proceso de neuritis intersticial es moderado, las fibras del nervio óptico pueden conservar su normalidad, como lo demuestra la persistencia de la envoltura miélica coloreada por el método de Weigert; pero si la hiperplasia conjuntiva es muy intensa, da lugar a una atrofia del elemento noble que queda transformado en un bloque de glía atravesado por vasos neoformados u obliterados. Esta forma de atrofia postneurítica predomina en la porción intracraneal del nervio; en cambio, desde el agujero óptico a la papila, la atrofia suele ser degenerativa.

DIVISIÓN DE LOS PROCESOS SIFILÍTICOS DE NERVO ÓPTICO SEGÚN EL ESTADO FUNCIONAL

Con los procesos lúéticos del nervio óptico podemos formar dos grupos esenciales, según exista o no trastorno funcional.

Lo característico en las afecciones de este segundo grupo, sólo diagnosticables por el aspecto oftalmoscópico, es la participación en el proceso de las vainas del nervio, pero manteniéndose intacto el tronco nervioso mismo y, por consiguiente, siendo la función normal.

Naturalmente que las vainas pueden estar afectadas sin que exista alteración del cuadro oftalmoscópico, pero entonces no existe posibilidad diagnóstica.

En este grupo podemos describir la hiperemia de la papila señalada por diversos autores y bien descrita por Fuchs en un trabajo aparecido en los *Progresos de la Clínica*, en Agosto del año 27.

Segundo. Ligeros papilitis con bordes papilares difusos y escasa prominencia existen con frecuencia en el período precoz de la sífilis secundaria, alteración que el oculista sólo casualmente tiene ocasión de observar, puesto que transcurre sin síntoma alguno subjetivo. Para convencerse de la gran frecuencia, aconseja Krückman hacer observaciones oftalmoscópicas en serie, en gran número de enfermos específicos de una sala de sifilografía.

Tercero. Extasis papilar sin alteración funcional (por gomas de cerebro o meninges, meningitis basal, alteraciones vasculares, periostitis orbitaria doble, hidrocefalo interno, etc.).

En el otro grupo tenemos las afecciones lúéticas de nervio óptico con trastorno funcional, presenten o no variaciones del tipo normal de la imagen oftalmoscópica.

Debemos dejar aquí bien sentado en este momento, por su gran interés, que los trastornos funcionales en el grupo de afecciones lúéticas de nervio óptico que ahora nos ocupan, y que se traducen especialmente por un estrechamiento del campo visual, no siempre dependen de una degeneración de las fibras nerviosas, puesto que no es raro lograr con una terapéutica apropiada que el campo recobre sus límites normales.

De otra parte, el cuadro oftalmoscópico tampoco nos da la medida del grado del proceso atrófico del nervio óptico, ya que podemos encontrar la papila incluso normal por estar localizadas las lesiones en la porción intracraneal.

Ahora bien, las exploraciones que con más seguridad y más precozmente pueden orientarnos sobre el trastorno funcional son la determinación de la curva de adaptación a la obscuridad y el examen del campo visual.

Ya tuvisteis casi todos la suerte de escuchar la magistral lección que nuestro querido amigo el Dr. Arjona hizo sobre este tema, y como recordaréis, señaló que las aspiraciones de la época actual tienden a afinar en la exploración perimétrica, y este fin persiguen los procedimientos campimétricos de Bjerrum, Rönne, etc., sirviéndose de índices de prueba de distintos tamaños, pero todos menores que los corrientes; la conducción del índice siguiendo la disposición radial de las fibras nerviosas y la de hacerle avanzar en sentido perpendicular a la dirección de las mismas fibras, según el procedimiento de Igersheimer, con lo que no sólo descubriremos alteraciones de campo mucho más pronto que con la perimetría corriente, sino que, como veremos después, los escotomas nos mostrarán forma distinta que, hasta cierto punto, aclarará la patogenia y, desde luego, precisan más el grado de lesión con que debemos contar.

Como sabéis muy bien y acabamos de decir, la periferia del nervio es la que con más frecuencia está afectada, traduciéndose por un estrechamiento concéntrico del campo visual, bien entendido que este estrechamiento sólo tiene un valor muy escaso en cuanto a localización del asiento de la lesión.

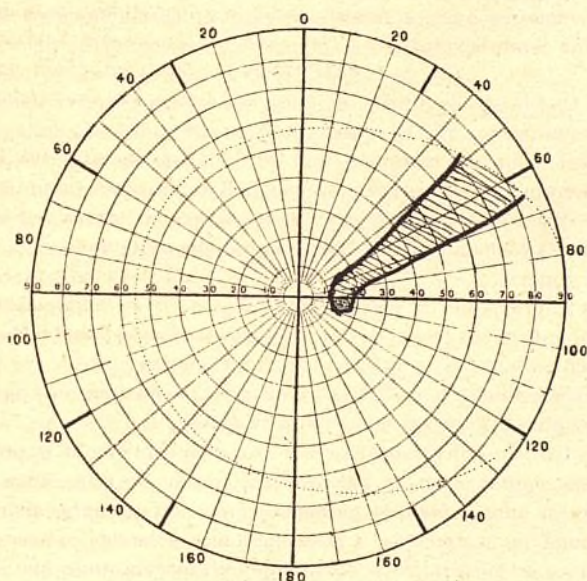
Con los métodos campimétricos modernos, la alteración más frecuente es la escotadura o escotoma en cuña que, teniendo su vértice en la mancha ciega, se extiende hasta la periferia del campo, bien entendido que ni un escotoma central es prueba definitiva de lesión única del fascículo muscular ni un estrechamiento concéntrico lo es de una alteración exclusivamente periférica.

Si se tratase únicamente de estrechamientos concéntricos del campo visual, y pensando sobre lo que hemos dicho

al ocuparnos de la anatomía patológica, parecería clara la explicación patogénica: los estrechamientos corresponderían a lesión periférica propagada al nervio desde las vainas que lo envuelven y en las que decíamos se localiza de preferencia la lesión luética.

Cosa bien distinta y compleja es el enjuiciar sobre la posible patogenia de los escotomas centrales, que se explicarían fácilmente por una lesión periférica cuando ésta asiente en las proximidades del globo ocular, zona en la que el fascículo macular es periférico. Si la lesión radica más atrás, hemos de convenir que la interpretación del hecho es bien difícil.

Sin embargo, hemos de señalar un hecho de extraordinario interés a este respecto, y es que el escotoma central es sumamente raro en la sífilis cerebral, pues si encontrado uno de estos escotomas con el método perimétrico corriente repetimos la exploración del campo visual siguiendo cualquiera de las técnicas campimétricas modernas, nos convenceremos, en la mayoría de los casos, de que no se trata, en realidad, de un escotoma central, sino más bien (como indica la figura) de uno paracentral que, comenzando en la



mancha ciega, se continúa sin interrupción hasta la periferia del campo.

Tampoco hemos de olvidar que en un luético nervioso pueden coexistir, con las específicas, otras lesiones ópticas de etiología no específica como, por ejemplo, la esclerosis en placas, lesión nerviosa por propagación de toxinas procedentes de los senos, intoxicación tabáquicoalcohólica, etc.

Por lo demás, el hecho de la existencia de un escotoma central no basta por sí solo para hacer el diagnóstico diferencial entre lúes del nervio óptico y esclerosis. Además de los síntomas clínicos en los que no nos detendremos (estado de reflejos cutáneos, sobre todo, temblor, nistagmus, etc.) el dato de más valor con que podemos contar es el examen del líquido cefalorraquídeo, pues si en casos de aumento de número de células y de reacción de Nonne positiva puede aún tratarse de cualquiera de las dos afecciones, si todas las reacciones serológicas son negativas ello hablará, decididamente, en pro de que estemos delante de una esclerosis, sin olvidar, como decíamos hace un momento, que pueden coexistir ambos procesos.

Otra manifestación sífilítica del nervio óptico es la papilitis o retinopapilitis papulosa, a la que Fuchs señala como

síntomas: aparición en período secundario, ser bilateral, acompañarse de intensas opacidades de vítreo que pueden hacer imposible la visión del fondo durante mucho tiempo, siendo característica la presencia sobre papila de un exudado que puede extenderse a las zonas de retina peripapilares o acompañar, hasta cierta distancia, a los vasos principales. Además pueden observarse manchas amarillentas y hemorragias en retina, y aun en algunos casos una especie de figura estrellada en mácula.

Esta forma mejora con gran lentitud bajo la acción del tratamiento específico, pudiendo recuperar el ojo su agudeza visual normal, si bien, no rara vez, subsisten cicatrices coriorretinianas y defectos de campo visual, pudiendo el exudado papilar transformarse en tejido conjuntivo para dar lugar al cuadro clínico de la retinitis proliferante.

Aún podemos observar una papilitis provocada por las toxinas del treponema asentando en segmento anterior, siendo un hecho importante que en estos casos las reacciones específicas pueden ser normales en el líquido cefalorraquídeo.

SÍFILIS DEL QUIASMA

Que la región del quiasma es sitio predilecto para la sífilis ha quedado anteriormente sentado y es de todos conocido.

Las lesiones anatomopatológicas pueden reducirse a los tipos que hemos citado.

No es preciso insistir sobre la sintomatología, porque la deduciréis al imaginaros la parte de quiasma más afectada y la propagación, bien hacia delante para dar síntomas monoclulares, bien hacia atrás para darlos de cintas ópticas (hemianopsia bitemporal, campo hemianóptico de un lado con pérdida completa del opuesto, hemianopsia homónima, reacción pupilar hemianóptica, etc., etc.), y por ello no os molesto más sobre este punto.

Bueno será recordar que el hidrocefalo interno de naturaleza sífilítica puede dar lugar a una sintomatología quiasmática, sobre todo a hemianopsia bitemporal.

ATROFIA TABÉTICA DEL NERVIÓ ÓPTICO

Entre los procesos atróficos del nervio óptico ocupa un lugar especial la llamada atrofia genuina, que por sus frecuentes relaciones con la tabes también recibe el nombre de atrofia tabética y por su mal pronóstico el de atrofia progresiva.

Una atrofia simple no inflamatoria en el adulto, especialmente si es bilateral, debe hacernos siempre pensar en la tabes o en la parálisis general progresiva.

La atrofia del nervio óptico se presenta próximamente en el 20 por 100 de los tabéticos, siendo, en general, un síntoma precoz o del período preatáxico, lo que hace resaltar aún más su importancia. En la tabes juvenil la proporción es aún mayor, llegando al 50 por 100. Quizás la explicación de esta distinta proporcionalidad sea el que muchos de estos últimos casos sean de pseudotabes o de combinaciones de metalúes con lúes cerebroespinal.

Indicaremos que los signos oftalmoscópicos son los primeros que suelen llamar la atención del observador. Con frecuencia sin haber notado el paciente molestia ni dificultad visual alguna, o ser ésta muy insignificante, nos encontramos ya con una papila de bordes bien precisos, decolorada, de un tono blanco grisáceo, a veces verdoso o azulado. La palidez se extiende de ordinario a toda la papila, pero el comienzo suele ser por el lado temporal.

El proceso es, de ordinario, bilateral, si bien suele co-

menzar en momentos distintos aunque no muy lejanos, siendo una gran rareza el que permanezca más de un año limitado a un solo lado.

Los vasos de retina apenas si están modificados al comienzo de la enfermedad, apareciendo más tarde una disminución de calibre, especialmente de las arterias.

Las alteraciones del campo visual en la *tabes* no tienen en sí nada característico, pero son tan importantes que exigen una cuidadosa atención para descubrirlas y seguir el curso de su evolución, que suele coincidir con la de la afección.

Con los métodos clásicos de perimetría, las alteraciones del campo visual son las siguientes:

1.^a Estrechamientos para el blanco y colores, conservando buena visión en unos casos y estando ésta disminuida en otros. El estrechamiento puede ser concéntrico o en sector, soliendo estar la reducción del campo para colores en proporción con la del blanco.

2.^a Estrechamiento para los colores, manteniéndose intacto el campo para el blanco. Cuando desaparece totalmente la percepción del verde, aun conservándose normal el campo para el blanco, puede considerarse que el nervio está interesado en todo su espesor.

Ahora bien, si en vez de limitarnos a la perimetría ordinaria apelamos a métodos más precisos, como el de Bjerrum, por ejemplo, nos encontraremos, casi siempre, con que el defecto del campo visual es infinitamente mayor.

3.^a Una forma muy discutida en los últimos años es el escotoma central, que con el carácter de aislado es negado por muchos autores, que afirman que cuando existen son también demostrables alteraciones periféricas.

En resumen, el cuadro clínico suele ser el siguiente: Signo precoz, la atrofia papilar. El enfermo, de ordinario, nota desde hace algún tiempo como un ligero velo ante los ojos, una pequeña niebla a la que no ha concedido importancia, pero que por su repetida aparición le decide a consultar con el oculista, que comprueba ya en este período una palidez pronunciada de una o de las dos papilas.

Si entonces se hace la perimetría corriente, el campo visual es aún normal o presenta un imperceptible estrechamiento concéntrico. Con métodos más delicados, ya decíamos, es seguro descubrir otras alteraciones.

Es muy raro que la atrofia se limite a un solo ojo, pero no es excepcional que el intervalo de afección de ambos nervios sea de bastantes meses.

Desde la aparición de los primeros síntomas hasta producir la ceguera, suele transcurrir un plazo de unos dos o tres años, si bien se conocen casos en que quedó reducido a dos meses y alguno que se prolongó doce años y más.

El pronóstico de la atrofia tabética es gravísimo, puesto que su detención puede considerarse como rarísima.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

El espesor de la capa de fibras nerviosas de la retina está muy disminuido, sin que las fibras estén reemplazadas por la glía. En la capa de células ganglionares pueden apreciarse signos de degeneración (destrucción de corpúsculos de Nissl, plegamientos y disminución de volumen de la célula que rara vez presenta vacuolas, protoplasmas, transformado en un magma sin estructura, que contiene restos de los corpúsculos de Nissl). Si la atrofia es muy pronunciada las células ganglionares pueden desaparecer por completo, ocupando su plaza un tejido conjuntivo fibroso, en el que existen células de neuroglía. En la capa de granos internos, a veces, muestran algunos ciertas alteraciones (retracción o vacuolización), pero la mayoría son normales. Las restantes

capas de la retina conservan su normalidad aun cuando la atrofia de la papila sea total.

En el tronco del nervio se trata de degeneración grasosa, mieloide o amiloide, productos fluidificados y englobados después por células de neuroglía y las de la adventicia. La proliferación ulterior de la neuroglía rellena los espacios antes ocupados por los hacillos nerviosos, ha de juzgarse como un proceso secundario.

En los primeros estadios, el tejido conjuntivo no presenta alteración alguna, quedando como consecuencia de la desaparición de los cilindroejes, hendiduras o espacios que son en parte rellenos por la neuroglía, pero cualquiera que sea la antigüedad de la lesión se conserva la arquitectura del nervio, es decir, que ningún espacio desaparece o se oblitera por completo por tejido neoformado de manera que pueda hablarse de una verdadera cicatriz, como es el caso en los procesos atrofícos postneuríticos.

Un hecho de gran interés es que tanto en la atrofia tabética como en la que se observa en la parálisis, se encuentra una infiltración de linfocitos, plasmazellen, mastzellen o leucocitos aislados en la capa pial del nervio óptico, (en general agrupados a lo largo de los vasos), y en los septums, alteraciones que recuerdan a las que describíamos en la sífilis cerebrospinal.

PATOGENIA

Que la atrofia óptica tabética puede considerarse como de naturaleza sífilítica, es cosa hoy por todos aceptada, a pesar de que no es raro el que en la *tabes* sea negativo el Wassermann en sangre y aun en el líquido cefalorraquídeo.

Otro hecho patológico evidente es que no existen diferencias esenciales entre la atrofia tabética y la de la parálisis general.

Ahora bien, lo especial del curso de la atrofia en estas dos enfermedades, el carácter progresivo del proceso (sobre todo en la *tabes*), y la escasa influencia que sobre ella ejerce el tratamiento, nos plantea una serie de problemas de plena actualidad, cuya resolución aún se espera.

Un punto de gran interés a este respecto es que el proceso comienza en la periferia del nervio, lo que obliga a pensar que los factores patógenos proceden del exterior, de donde la preferencia a sospechar que sean las vainas el punto de localización y partida de la infección profunda del nervio. Este supuesto aproximaría la *tabes* y parálisis a la típica sífilis cerebral de que nos ocupábamos al principio.

Otro asunto discutible es el del punto en donde comienza el proceso, es decir, si se trata de una degeneración descendente o bien lo es ascendente.

La hipótesis más verosímil es la de que ocurra lo primero, ya que la degeneración de retina sólo se encuentra cuando el nervio mismo está ya afectado, y en los casos en que ha podido demostrarse en el tronco nervioso un proceso degenerativo inicial sólo estaban afectadas las partes correspondientes de retina, siendo en cambio normales los restantes cuadrantes retinianos.

La observación, tan interesante, de Schlagenhauser también habla en pro del criterio que señalamos: en el caso a que aludimos existía un fascículo aberrante que, partiendo de cuerpo geniculado externo, seguía aislado hasta las proximidades del globo ocular, punto en donde se unía al verdadero tronco del nervio óptico, fascículo perfectamente conservado, en tanto que la atrofia del tronco del nervio era completa y total. Si el comienzo del proceso tabético se iniciase en la retina, no podría explicarse la integridad de ese fascículo aberrante que debería haber corrido igual suerte que el resto del nervio óptico, en el supuesto que lo primitivo fuese la alteración retinal.

Es, pues, la concepción actual—en oposición a lo que se creyó hasta ahora—que puede excluirse a la retina como punto inicial del proceso, o lo que es lo mismo, que se trata de una degeneración descendente que comienza, en general, en el tronco mismo y a mayor o menor altura del globo ocular, sin que pueda excluirse—aunque es raro—el comienzo en el quiasma o más allá en cintilla óptica y hasta en cuerpo geniculado externo.

Decíamos antes que el comienzo periférico de la degeneración inclinaba a pensar en un origen meníngeo de la afección.

Pues bien; podría tratarse de una de estas posibilidades: 1.ª, que el treponema anidado en vaina pial por sí o por sus toxinas invadan el nervio o provoquen una acción destructiva sobre los cilindros; 2.ª, que se trate de una toxina transportada por el líquido cefalorraquídeo; 3.ª, que en realidad se deba el proceso a causas específicas y no específicas combinadas.

Ahora bien: hasta ahora no se ha encontrado el treponema en la sustancia nerviosa misma—y sí, en cambio, en pía, aracnoides y vasos—; es decir, que la hipótesis de que sea el mismo treponema el que avanzando desde la periferia por los septos hasta los cilindros provoque la degeneración de éstos, carece de fundamento sólido.

Recordemos también la gran frecuencia con que se ha encontrado el treponema en el cerebro de los parálisis generales con la rareza de este hallazgo en la medula de los tabéticos.

No podemos negar, sin embargo, que tabes y parálisis general tienen muchos puntos de contacto, incluso el más interesante para nosotros de la atrofia óptica; pero también es cierto que tienen caracteres diferenciales, no sólo clínicos, sino anatómicos, y refiriéndonos sólo a presencia y número de treponemas, sabemos que, raros en la tabes, puede hablarse en la parálisis general de una espiroquetosis. Por lo demás, ofrece interés el que es frecuente encontrar el treponema en las meninges en los dos procesos metalúuticos.

Podría explicarse la ausencia de parásitos en el parénquima del nervio óptico por una evolución o transformación del treponema; pero en todo caso esto es una hipótesis aventurada que no merece nos detengamos ante ella.

Otra hipótesis acepta que la degeneración sea debida a una acción puramente tóxica, lo que explicaría las agravaciones que, a veces, aparecen durante el tratamiento, ya que al destruirse un gran número de parásitos aumentaría la cantidad de toxina.

Como vemos, pues, el problema patológico está aún sin resolver.

TRATAMIENTO

La extraordinaria extensión de la oftalmología es causa de que un gran número de cuestiones queden un poco olvidadas del especialista que comienza y que polarizado en demasía no tiene lo bastante en cuenta que la especialidad que cultiva es la medicina misma.

Quizás uno de los problemas a que dedica menor atención es al del tratamiento de la sífilis que, bien manejado, puede proporcionarle éxitos y satisfacciones. Las obligadas series de neosalvarsán y el cianuro de mercurio suelen ser todo su arsenal.

Considerando que ello no basta, vamos a hacer una exposición terapéutica general—cinematográfica por lo rápida y superficial—para detenernos en el punto concreto de nuestra conferencia.

La terapéutica de la sífilis se ha complicado de un modo

extraordinario en los últimos años. A principio de siglo puede decirse que el mercurio era el único medicamento disponible aparte el yoduro de potasio con sus escasas y precisas indicaciones.

La aparición de los arsenicales, la introducción del bismuto en la terapéutica, la gran variedad de preparados, la distinta vía de introducción, han aportado un gran beneficio a los enfermos, pero han hecho más difícil el problema para el médico.

Los medicamentos de uso corriente en la sífilis—comprendiendo la ocular, que sólo en ciertas particularidades se distingue de la general—son, como sabemos, el mercurio, arsénico, bismuto y yoduro de potasio.

El primero puede administrarse por diversas vías digestivas (píldoras, pociones, supositorios, irrigaciones), cutánea (fricciones), subcutánea, intramuscular, intravenosa y endolumbar.

El arsénico generalmente por vía intravenosa, menos subcutánea, pocas veces por la digestiva, jamás por la cutánea. El bismuto por la intramuscular, raro por la subcutánea y nunca por las cutánea o digestiva.

Con la vía varía la actividad terapéutica: más intensa y breve la intravenosa, más suave y persistente la subcutánea e intramuscular. La acción es más fugaz con una solución acuosa que con una oleosa. De otra parte, las distintas sales tienen diferente cantidad de principio activo.

Claro es que el valor terapéutico es distinto para cada medicamento, pudiendo decir, de un modo esquemático y aproximado, que señalando al arsénico trivalente un valor de 10, podemos atribuir un 8 al bismuto, 6 al arsénico pentavalente y 4 al mercurio.

Variando las medicaciones, vías y preparados podremos lograr los efectos más variados, del más intenso al más suave, lo que puede tener aplicación en ciertos estadios, formas clínicas o complicaciones de la sífilis.

ESTUDIO ESPECIAL DE LOS MEDICAMENTOS ANTISIFILÍTICOS

Pasamos por alto, por más conocido, al mercurio, del que sólo diremos dos palabras para recordar el efecto laxante del protoyoduro—mercurial más recomendable por vía gástrica—, que podrá prevenirse agregando a cada píldora de 0,05 gramos uno de extracto tebaico o medio gramo subnitato bismuto.

Para vía intramuscular podemos elegir mercurio soluble o insoluble (del primero el biyoduro 0,01 gramos, con igual cantidad de yoduro sódico, que facilita la solución en suero glucosado, que hace la inyección menos dolorosa, o benzoato a la misma dosis menos activo. (Inyección diaria hasta 20.) Los insolubles los usáis a diario y los conocéis perfectamente.

Intravenoso es preferible el cianuro, muy activo por su gran riqueza en metal. Inyección diaria de 0,01 gramos.

A las dosis señaladas el mercurio es un antilúético suave de acción lenta que expone menos que otros medicamentos a reacciones viscerales.

Durante la cura pueden aparecer accidentes que obliguen a suspender la medicación, siendo el más frecuente la estomatitis, que tan bien conocéis.

Vigilaremos aparato digestivo y, sobre todo, riñón, órgano de elección nociva del mercurio.

ARSENICALES

Ehrlich no sólo introdujo el arsénico en la terapéutica lúética, sino que señaló con precisión la distinta acción sobre el treponema del arsénico trivalente y del pentavalente. El

primero de actividad extraordinaria; el segundo menos activo, pero con ventajas en ciertos casos sobre el primero.

El tipo de los trivalentes es el neosalvarsán, utilizable a la dosis máxima de 0,015 gramos por kilogramo e inyección intravenosa (comenzando, naturalmente, por dosis débiles), hasta administrar 6 a 7 gramos por serie.

El arsenical más práctico por vía intramuscular es el sulfarsenol (dos inyecciones semanales aumentando desde 6 a 40 centigramos).

Aparte su gran actividad, dos hechos interesan al oculista respecto al neosalvarsán: que la reacción de Herxheimer no es rara y que su acción es lenta en la sífilis visceral y casi nula en la tabes, y en la parálisis general aplicado del modo corriente.

Durante o después de su uso pueden presentarse distintos accidentes.

Crisis nitritoide.—De intensidad y gravedad variable y de patogenia discutida, que parece ser debida a una reacción brusca del sistema simpático en un organismo que no tolera el arsénico.

El accidente aparece, a veces, con una dosis mínima y otras después de varias inyecciones. En todo caso evitaremos repetir la inyección en todo paciente que haya mostrado síntomas de intolerancia.

El tratamiento de esta complicación consistirá en la inyección subcutánea de unas gotas de adrenalina al milésimo, pudiendo en los casos muy graves apelar a la vía intravenosa con una solución mucho más débil.

Fiebre.—En unos casos se debe a la destrucción en masa del treponema, y entonces no se repite a las siguientes inyecciones, siendo una indicación para aumentar las dosis. En otros es una fiebre de intolerancia que suele ir acompañada de vómitos, náuseas, cefalea y raquialgia, debiendo en esta forma suspender el medicamento so pena de exponernos a gravísimos peligros. Podremos reemplazar el neo por el bismuto o por un arsenical pentavalente que provoca mucho más raramente esta complicación.

La eritrodermia vesiculoedematosa, eritema generalizado y vesiculoso con tumefacción de cara y edema de miembros y que puede ser mortal por septicemia o bronconeumonía secundaria. Impone suspender la medicación sometiendo al enfermo a una cura desensibilizante y diurética.

Los eritemas escarlatiniformes comparables a los fenómenos que aparecen tras inyección de sueros terapéuticos y, como estos últimos, se presentan aproximadamente una semana después de la inyección y cuyo pronóstico suele ser bueno, no implicando para muchos la necesidad de suspender la terapéutica, pero en todo caso seremos prudentes, ya que un simple prurito puede ser el precursor de un edema vesiculoso.

COMPLICACIONES NERVIOSAS

Pueden presentarse convulsiones que suelen aparecer un par de días después de la inyección y con gran frecuencia terminan por la muerte. Este proceso, por fortuna muy raro, es análogo a las crisis nitritoides, reclamando igual tratamiento.

Neurorrecidivas.—Un tiempo variable después de la inyección pueden aparecer parálisis de algún nervio craneal, lo más frecuente del facial, un nervio motor ocular y, sobre todo, el acústico. Estas parálisis se deben a una fuerte reacción meníngea con abundante leucocitosis en líquido cefalorraquídeo, curando, de ordinario, intensificando el tratamiento arsenical.

Lo más probable es que se trate de una lesión nerviosa latente reactivada, fenómeno comparable a la reacción de Herxheimer.

NEURITIS TARDÍAS

En los pacientes sometidos a una larga e intensa cura puede sobrevenir una neuritis, generalmente sensitiva, que afecta al cubital o a nervios de miembros inferiores con abolición de reflejos tendinosos. Evitaremos considerarlos como síntomas tabéticos, pues su significación pronóstica es muy distinta, pudiendo desaparecer pasado cierto tiempo.

Son frecuentes, pero de variable gravedad, las complicaciones hepáticas. En muchos casos la ictericia cura espontáneamente al suspender el tratamiento, que, de continuar, puede conducir a la muerte. La génesis es muy discutida: para unos sería una ictericia banal de tipo catarral; para otros de origen tóxico, y para algunos se trataría de una recidiva visceral.

ARSENICALES PENTAVALENTES

Son menos activos que los trivalentes, pero con la ventaja de perder menos actividad que aquéllos al ser administrados por vía oral. De empleo cómodo pueden administrarse por vía subcutánea y digestiva.

Entre ellos tenemos la hectina, utilizable para una cura suave (píldora de 0,1 gramos durante veinte días). El estovarsol (3 a seis comprimidos de 0,25 gramos en ayunas tres días, descansando otros tres para continuar ocho a diez semanas). El treparsol a iguales dosis.

Por vía subcutánea podemos emplear muchos, siendo el más práctico el estovarsol sódico a la dosis de 0,5 gramos en 10 c. c. de suero tres veces en semana como cura de consolidación.

Los arsenicales pentavalentes son menos peligrosos en cuanto a accidentes generales y menos activos que los trivalentes, pero ofrecen un peligro interesante de conocer por todos, pero especialmente por el oculista, y es que por vía subcutánea provocan con cierta facilidad la neuritis óptica, por lo que, aun cuando algunos autores afirman no temer la complicación de no emplear dosis muy elevadas aconsejaremos prescindir de ellos por esta vía.

BISMUTO

Introducido en la práctica por Levaditi, es muy activo y utilizable, sobre todo, por vía intramuscular, solo o asociado a los arsenicales.

Dejando aparte las soluciones acuosas por sus desventajas, podemos servirnos de las suspensiones en medios acuosos isotónicos, de las oleosas y de las preparaciones oleosolubles.

Entre las primeras, el neotropol (0,1 gramos de Bi por c. c.), dos inyecciones semanales durante mes y medio. Entre las segundas, mucho más usadas hoy, citaremos el muthanol, que es un hidróxido de bismuto conteniendo 0,18 gramos de metal por ampolla de 2 c. c., aplicándola en forma parecida al anterior. El curalúes, a base de carbonato de bismuto (0,08 gramos de Bi por c. c.), para emplear de modo análogo. El quinby, cuyo contenido en metal es menor (0,07 gramos por 3 c. c.), pero por ser su absorción más rápida puede compararse su actividad a la de los demás bismúticos citados. Por fin, entre las últimas, citaremos el solmuth y cardyl (soluciones oleosas de canfocarbonato de bismuto), conteniendo 0,04 gramos de metal por c. c.; el quinby soluble, que contiene la misma cantidad de bismuto, y otros muchos.

En términos generales, diremos que todos se emplean por vía intramuscular a dosis media de 10 a 15 centigramos por inyección, tres semanales hasta alcanzar 1,5 a 2 gramos de metal por serie.

Como accidentes, durante la cura bismútica, citaremos, sin detenernos en ellos, los más importantes observados

hasta el día (embolia, abscesos bismúticos, pigmentación negra de borde gingival, estomatitis, y más raro, albuminuria, eritemas, ictericia, gastritis, eritis ulcerosa).

Es medicamento de gran valor, solo, o, mejor, asociado a los arsenicales y de preciosa indicación en los casos resistentes a estos últimos. Las reacciones viscerales, y, por tanto, las neurorrecidivas son más raras que con el neosalvarsán.

YODURO DE POTASIO

De uso hoy muy limitado, puede prestar un gran servicio en algunas formas nerviosas muy sensibles a las demás medicaciones específicas o cuando éstas son mal toleradas, en los dolores osteoscopos, cefalea de período secundario, lesiones viscerales muy infiltradas, etc.

Señalemos que ningún otro de los preparados lanzados para reemplazarle puede substituir al yoduro de potasio, que administraremos a dosis masivas de 4 a 6 gramos diarios.

TRATAMIENTO DE LA ATROFIA ÓPTICA TABÉTICA Y DE LA PARÁLISIS GENERAL

Es bien conocido que el tratamiento de la atrofia tabética es de los problemas más ingratos de la Oftalmología. El curso tan variable del proceso dificulta aun el juicio sobre una terapéutica determinada, ya que unas veces la ceguera se produce en unas semanas, en otros tarda años, y aun en los estadios estacionarios pueden observarse rápidas agravaciones.

Ehrlich ya aconsejó evitar el salvarsán en los procesos degenerativos del sistema nervioso central, sin duda por los fracasos obtenidos con el atoxil. Ahora bien; aun reconociendo la diferencia entre ambos medicamentos, de donde resaltan la superioridad y menor peligro de los modernos arsenicales, debemos señalar que buen número de oculistas previenen atención contra su empleo.

Wildbrand y Behr señalan como casos inapropiados para la terapéutica específica: 1.º, cuando conservándose normal el campo para el blanco, el estrechamiento para colores es muy pronunciado y la agudeza visual está disminuida; 2.º, si con buena agudeza el estrechamiento de campo es muy pronunciado para el blanco y los colores, y 3.º, si la palidez de papila y los fenómenos subjetivos luminosos son muy intensos aun cuando las alteraciones de campo sean ligeras.

En todo caso el oculista obrará muy cuerdate, absteniéndose en las formas avanzadas de la enfermedad de aplicar tratamiento específico alguno, ya que de una parte ninguno de los medicamentos antiluéticos está libre de provocar una aceleración en la marcha del proceso ocular. Además, y por el curso progresivo fatal de la enfermedad, el enfermo achacará siempre su agravación al tratamiento específico, por lo que sólo de acuerdo con el sifiliógrafo y el neurólogo podrá ponerlo en práctica sin exponerse a severas críticas.

Tanto en la parálisis general como en la tabes, la gran dificultad consiste en hacer llegar el medicamento específico al sistema nervioso. Las meninges representan una barrera casi infranqueable, como lo demuestran los análisis del líquido cefalorraquídeo tras las inyecciones intravenosas de neo o mercurio, sustancias de las que no se encuentran indicios en el líquido, o al menos es muy discutido el que lleguen en cantidad capaz de ejercer alguna actividad.

Este hecho ha sido el origen de una serie de tratamientos especiales (algunos de ellos de resultado positivo en parálisis y escaso o nulo en tabes con objeto de forzar la

barrera hematoencefálica, permitiendo la llegada de los medicamentos específicos al parénquima nervioso.

Uno de ellos es la introducción directa del neo en el espacio subaracnoideo por vía endolumbar (extracción de 20 c. c. de líquido que, mezclado con la cantidad de neo a emplear, se reinyecta después) a la dosis de un miligramo, y la mitad o la cuarta parte en la tabes que muestra una gran sensibilidad para el neo inyectado por esta vía.

La misma vía siguen Swift y Ellis sirviéndose de suero salvarsanizado, es decir, de suero de una persona a la que días antes se le ha practicado una inyección de neo endovenoso, repitiendo la cura cada dos semanas hasta lograr la negativación del líquido.

Otros han combinado la punción lumbar con inyección subaracnoidea de neo con la intravenosa de este mismo producto. Estos parten de la idea de que la acción de la medicación administrada por vía endolumbar más que específica es irritativa sobre meninges, cuya permeabilidad aumenta, permitiendo así el franqueo de la barrera hematoencefálica por el medicamento inyectado por vía intravenosa.

En efecto, el neo inyectado en esta forma ha quedado demostrado no sólo en el líquido cefalorraquídeo, sino también en el parénquima cerebral y en el mismo nervio óptico, aun cuando en cantidades pequeñísimas.

Fundamento de cierta analogía con el método que acabamos de indicar tiene el propuesto por Wagner Jaureg de la malarioterapia seguida de un intenso tratamiento específico y que tantos éxitos cuenta en la parálisis general.

La técnica, como sabéis, consiste en inocular el hematozoario de la terciana—extracción de 5 c. c. de sangre de un malárico e inyección subcutánea al paciente que vamos a tratar, apareciendo en éste a los diez o doce días los accesos febriles típicos, que respetaremos hasta el número de 8 a 12 si el estado del enfermo es bueno, suprimiéndoles después mediante la administración de quinina, que cura con facilidad esta forma palúdica—, sometiendo después al paciente a una enérgica cura específica.

Con el mismo fin se han utilizado otras sustancias piretógenas, como la vacuna antitífica, la D'Melcos, el pyrifer, etcétera, estando actualmente en boga el sulfosín (azufre en suspensión oleosa), al que se atribuye también cierta acción antiluética específica. Estos preparados tendrían las ventajas de la malarioterapia por la terciana, más la de poder regular el número de accesos y la elevación térmica según la dosis empleada, encontrando su especial indicación cuando el mal estado general del paciente impida la cura malárica.

Los americanos pretenden obtener los mismos resultados por medio de la diatermia, con la que aseguran buenos resultados.

El éxito de esta terapéutica es cosa bien demostrada en cuanto a la parálisis general, y aun cuando en la atrofia de este origen los casos no bastan aún para poder formar un juicio decisivo, es aconsejable el ensayarla si fracasa el tratamiento específico o tenemos razones para temer de él serias complicaciones.

En la atrofia tabética hemos de mantenernos hoy en un gran escepticismo, ya que en verdad no son alentadores los resultados logrados, habiéndose pronunciado en contra de esta terapéutica el mismo Wagner Jaureg.

Es muy posible que el momento oportuno de su aplicación lo fuera el período pretabético, en el que aún no han aparecido las primeras manifestaciones clínicas, pero que, en cambio, las reacciones serológicas nos evidencian ya una tabes latente. Pero en este período no es fácil aceptar el pa-

ciente esta sería terapéutica ni, por otra parte, podemos hacerle en firme ofrecimientos, no sólo de mejoría probable, sino ni siquiera de que no sea posible una agravación.

Es, pues, obligado seguir luchando por el camino emprendido, ya que el progreso de nuestros conocimientos etiopatogénicos ha sido notable en los últimos años y debemos esperar que mejor conocida la patogenia sea factible encontrar una terapéutica más consoladora que la actual.

En todo caso he de aconsejaros como esencial: 1.º, que os atengáis a las contraindicaciones señaladas por Wildbraud; 2.º, que recordando el curso progresivo de la afección no aceptéis la responsabilidad de tratar la atrofia tabética sin contar con un informe del dermatólogo y neurólogo para evitar que ante un avance rápido del proceso el enfermo culpe de la agravación a un tratamiento que él cree equivocado; 3.º, que renunciéis a la cura rutinaria de neocienuro, que sólo fracasos os proporcionará, y prefiráis las suspensiones o soluciones oleosas de bismuto, menos peligrosas de provocar neurorrecidivas, continuando al terminar la primera cura bismútica con los arsenicales pentavalentes por vía gástrica; 4.º, que una cura pirotérmica previa y débil, con pyrifer, por ejemplo, favorecerá en ciertos casos la acción del tratamiento específico ulterior.

La oliguria y la poliuria desde el punto de vista terapéutico

POR EL

PRIV. DOC. V. KOLLERT

La delicadeza para regular la secreción urinaria se conoce, por ejemplo, en que las modificaciones del metabolismo que van unidas a la menstruación son suficientes para originar una oliguria. También dentro de la cantidad normal de orina en las veinticuatro horas pueden manifestarse variaciones patológicas; por ejemplo, el desplazamiento en la cantidad de la orina que se manifieste en la nicturia. La influencia que en ésta ejerce la insuficiencia del ventrículo izquierdo o la contracción de los vasos renales será aclarada más adelante.

Citaremos las siguientes formas de oliguria:

a) Consecutiva a la pérdida de líquido por diarrea o fuertes sudores. Importancia de los sudores excesivos para la constitución de la nefrolitiasis. Consejo: tratar tales casos con substancias que impiden el sudor. Oliguria por grandes vómitos; por ejemplo, por piloroestenosis.

b) Oligodipsia primitiva (Schmidt) como opuesta a la polidipsia primitiva.

c) Formas de causa cardíaca. Insistir en la conveniencia de un tratamiento que no sea puramente químico, sino que tenga en cuenta los momentos mecánicos del estancamiento. (Colocación en alto de las extremidades. Aplicación de vendas.)

d) En colapso. Tratamiento con analépticos.

e) Tipo renal. Alteraciones mecánicas grandes en los vasos renales por trombosis, tumores. Alteraciones mecánicas finas en la glomerulonefritis (comprobación por el método de Trische y representación radiográfica de los vasos). Estenosis eventual de los vasos renales en la pseudouremia.

f) Oliguria renal primitiva (J. Bauer) como opuesta a la diabetes insípida renal.

g) Tipos de causa hepática. Prueba de la posibilidad de una anuria de causa hepática y de una uremia verdadera

de origen hepático. Importancia de la conservación de bastante parénquima hepático para la eficacia de los preparados de mercurio (como diuréticos).

h) Retención acuosa durante la terapéutica de la insulina. Hiperinsulinismo con adiposis y retención de agua. Edema alimenticio. No todo edema insulínico es de causa hormonal (lesión renal).

i) Oliguria en nefropatías degenerativas. La significación del epitelio tubular está demostrada por la anuria en las nefrosis necróticas (riñón de sublimado). En las nefrosis de lípidos se halla en primer lugar la alteración de la función del prerriñón. Eficacia de la urea, del calcio y del silyrgan.

j) Retención primaria de la sal, causada por la lesión de un centro nervioso en la base del tercer ventrículo (Jungmann).

k) Formas hipofisarias; lo más frecuentemente en la distrofia adiposogenital.

También la poliuria es un proceso extraordinariamente complejo. Trata de los siguientes tipos:

a) Aumento de la orina en la insuficiencia renal: es un proceso vital de compensación y debe ser sostenido terapéuticamente con todas nuestras fuerzas.

b) Gran excreción de líquido en las fusiones de los edemas cardíacos. Cuidese de no sobrecargar el corazón durante los períodos de hidremia.

c) Aumento de la orina durante la excreción de exudados pleuríticos. Demostración del efecto diurético de la tuberculina.

d) Poliuria postinfecciosa a consecuencia de la liberación de agua y de sales.

e) Poliuria a consecuencia de la irritación de centros nerviosos. Orina espástica. Poliuria tras traumas del cráneo en los ataques epilépticos, como equivalente de las crisis tabéticas. En el tratamiento de la diabetes insípida se emplean la dieta pobre de sal y preparados de lóbulo posterior de hipófisis.

f) Poliuria a consecuencia de polidipsia primaria.

g) Despeño de orina en el edema de Quincke.

h) Poliuria en las enfermedades de la nutrición. Diabetes sacarina, edema del hambre, enfermedad de Basedow. Pancreatitis.

i) Despeño urinario en la insuficiencia aórtica. Según Ortnet, consecuencia del *pulsus celer* de los vasos renales. (Del W. K. W., núm. 46, 1930).—P. M.

BIBLIOGRAFIA (1)

ERGEBNISSE DER GESAMTEN TUBERKULOSEFORSCHUNG (Resultados de las investigaciones sobre la tuberculosis en todos sus aspectos). Publicado bajo la dirección de Assman, Koningsberg, Britzke, Graz, Braeuning, Hohenkrug-Stettin, Engel, Dortmund. Tomo III. Georg Thieme, editor. Leipzig, 1931.

Se ha publicado recientemente el tomo tercero de esta importantísima obra. De los dos tomos anteriores me ocupé en este mismo periódico. No es posible analizar el tomo al detalle. Me limito en esta nota a dar una idea general del libro. Beitzke estudia la anatomía patológica en la pubertad. El capítulo está hecho de mano maestra. Véanse los temas que en él desarrolla:

Introducción. — Distintos cursos de la tesis en la juven-

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



DESINFECTANTE INTERNO UNIVERSAL

De acción muy enérgica, sabor muy agradable y perfectamente tolerado.

Indicado en los procesos infecciosos gastro intestinales y generales de la más variada etiología.

Infecciones del aparato urinario y de la vesícula biliar.

Coadyuvante del tratamiento de la blenorragia.

Profilaxis de la fiebre tifoidea y paratífica.



Prescribase:

HELMITOL

Tubo de XX tabletas de 0,5 g.

LA QUÍMICA COMERCIAL Y FARMACÉUTICA, S. A.

Bayer-Meister Lucius

Apartado 280 - BARCELONA

iodaseptine cortial

**TUBERCULOSIS
PULMONAR CRÓNICA**
*Dosis ligeras de 2 a 5 al día
en series de 20 días*

**ADENOPATIAS
DE LA INFANCIA**
*10 a 15 gotas cada 24 h
en tres veces según la edad*

**REUMATISMOS
CRÓNICOS**
Dosis fuertes de 5 a 20 cada 24 h

SUPRESIÓN DEL DOLOR
SIN YODISMO
SIEMPRE EFICAZ AUN
CON UN USO REPETIDO

MUESTRAS Y
LITERATURA
LABORATOIRES
CORTIAL
15, B^o PASTEUR
PARIS (XV^e)

**REUMATISMOS
AGUDOS**

iodaseptine

salicilada **UNE**

LA ACCIÓN DEL YODO AL EFECTO SALICILADO

JUAN MARTIN - ALCALA 9 MADRID CONSEJO DE CIENTO - 341 BARCELONA

ESTOMAGO

SIAL

DE

HUNT

GRANULADA FRIABLE

Regulador normal de la acidez gástrica.
Apósito calmante de la mucosa estomacal.

**HYPERCHLORHYDRIA,
GASTRALGIAS, FERMENTACIONES ÁCIDAS**

Acción cierta. — Uso práctico. — Innocuidad absoluta.

LABORATORIO ALPH. BRUNOT, 16, RUE DE BOULAINVILLIERS, PARIS

Muestras y literatura: JUAN MARTÍN, Alcalá, 9. - MADRID

tud.—Casos de segundo período con complejo primario caseoso.—Casos de segundo período con complejo primario calcificado.—Comienzo de la tisis; papel del infiltrado precoz.—Tisis de la pubertad, de Aschof.—Resumen.

Redeker estudia la tuberculosis en la pubertad desde el punto de vista clínico. Este autor, como es sabido, con Simon, ha dedicado un libro al estudio de la tuberculosis infantil que acaba de traducirse al castellano. En este capítulo estudia la tuberculosis de la edad juvenil desde el punto de vista práctico.

Especialmente interesante es el capítulo que dedica Deiehl al estudio de la herencia y la constitución en fimatología. Este capítulo ha resultado para mí especialmente sugestivo por haber yo dedicado desde hace tiempo atención a este asunto publicando sobre él algunos trabajos y refiriéndome recientemente a la tuberculosis gemelar. No puedo resistir la tentación de copiar el sumario de este capítulo:

Concepto de herencia y constitución.—Nuestros conocimientos de ultravirus tuberculoso en relación con la herencia.—Límites del problema de la importancia de la herencia y constitución para la tuberculosis.—Sobre la «inmunidad natural» o «resistencia natural».—La «inmunidad natural» como propiedad de la especie.—Diferencias graduales de la inmunidad natural en el conjunto de una especie.—La relación de la inmunidad natural con la herencia.—Importancia de la herencia en la tuberculosis.—Investigación genealógica.—Sobre el destino de los «hereditariamente cargados».—Sobre la vitalidad de los niños de padres tuberculosos.—Sobre el curso de la tuberculosis en los «hereditariamente cargados».—Relaciones entre susceptibilidad y fragilidad.—La herencia, la «inmunidad adquirida» y la selección.—Sobre la variabilidad de los agentes causales, en especial del bacilo tuberculoso.—Investigaciones sobre el árbol genealógico.—Importancia de la semejanza entre los miembros de una familia en relación con la tuberculosis.—El problema del «locus minoris resistentiae».—Importancia de la constitución en la tuberculosis.—Importancia de la constitución y herencia para la tuberculosis en los mellizos.

Schultze y Hansen ponen al día el tema «Tuberculosis y embarazo». Klercker estudia la tuberculosis abdominal primaria en la infancia y F. Ickert desarrolla el capítulo Neumoconiosis y tuberculosis. De este importante asunto se ha ocupado entre nosotros especialmente García Triviño.

Las últimas páginas de la obra se dedican a estudiar los fundamentos de la terapéutica: la cura higiénica, aire libre, reposo, alimentación, hidroterapia, radiaciones, etc. Finalmente, Wilhelm estudia la legislación alemana en sus relaciones con la lucha antituberculosa.

VALDÉS LAMBEA

LECCIONES DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA, por el Dr. Manuel Balado. Un tomo de 185 páginas, con numerosas figuras intercaladas en el texto. Editor, «El Ateneo». Buenos Aires, 1932.

El Dr. Balado, jefe de Clínica del Instituto de Clínica Quirúrgica, de que es catedrático el profesor J. Arce, ha reunido en un tomo 15 lecciones dictadas en el año 1931 en la cátedra y que estudian los fundamentos anatómicos, patológicos y clínicos de la cirugía del sistema nervioso. Estas lecciones de Anatomía clínica y de Semiología neurológica comprenden muy oportunos comentarios de aplicación a la

terapéutica de las enfermedades quirúrgicas del sistema nervioso.

El autor se limita a esbozar la técnica quirúrgica neurológica, pero en cambio expone metódicamente aquellos hechos anatómicos (especialmente la doctrina de la neurobiotaxis) que han de guiar al clínico en la interpretación de los síntomas base del diagnóstico topográfico. En la semiología quirúrgica únicamente se mencionan los hechos positivos, aquellos signos que fueron controlados por los resultados quirúrgicos o las investigaciones anatomopatológicas.

La monografía resulta en extremo interesante para el especialista y cirujano general, por representarnos expuestos concisamente una serie de conocimientos anatomofisiológicos que necesitamos recordar siempre que ante un caso difícil hemos de interpretar ciertos signos clínicos. Todavía es más útil la obra a los estudiantes por la serie de interesantes nociones expuestas y el criterio eminentemente didáctico que preside la obra.

A. VALLEJO NÁGERA

DIE SCHLEIMHANTE BEI DER VASONEUROTISCHEN DIATHESE (Las mucosas en las diátesis vasoneuróticas), por Ludolph Fischer. Ferdinand Eulse. Stuttgart, 1931.

Por su título, esta monografía es fácil que pase ante muchos ojos sin parar en ella la atención, cuando probablemente, de conocer su contenido, habría de interesar por lo menos a bastantes médicos. Es ante todo un pequeño atlas de imágenes capilaroscópicas, tomadas magníficamente, observadas en distintas mucosas bien accesibles a una exploración cómoda: labios, velo del paladar, lengua (éstas menos precisas), encías, etc.

El autor, al que se le ve dominado por la idea fundamental de las vasoneurosis, ha investigado el comportamiento de las mucosas, los capilares de manera primordial y casi exclusivamente en una serie de afecciones incluídas por unos u otros dentro de aquel dominio de origen. Esta selección no se identificará probablemente con el espíritu de muchos. Pero los datos que nos ofrece sobre capilaroscopia aunque limitados, son minuciosos en extremo.

A. MORANA JIMÉNEZ

TRABAJOS DEL HOSPITAL NACIONAL DE ENFERMEDADES INFECIOSAS (ANTES HOSPITAL DEL REY). Volumen II. Curso 1930-1931. Editorial Paracelso, 786 páginas, 16 pesetas.

Bajo la dirección del Dr. M. Tapia se publican estos volúmenes correspondientes a cada curso, recogiendo en ellos la labor que realiza el personal del hospital antes mencionado.

El número de trabajos que recopila es de 36, unos personales, otros en colaboración. Casi todos los artículos han visto ya la luz en diversas revistas médicas, durante los años 1930 y 31. Ilustran los trabajos varias láminas en color y fotográfadas en negro. La impresión clara, empleando varios pliegos de papel cuché en parte de esos trabajos «infección tuberculosa» y «estudio de la fiebre tifoidea», sin duda para hacer más claras las interpretaciones de las figuras.

La presentación y el contenido de la obra es bueno.

SIC

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

Léon Binet y J. Magrou. COMPUESTOS DE AZUFRE Y CRECIMIENTO.—¿Debe considerarse el azufre como un factor químico de crecimiento?, se preguntan los autores. Dos hechos les parecen particularmente interesantes: 1.º La cantidad elevada de glutatión—un compuesto orgánico de azufre, como es sabido—en la constitución de los tejidos jóvenes; 2.º La influencia sobre el desarrollo de ciertos seres vivos por la administración de hiposulfito sódico.

Respecto al primer punto citan los autores las convincentes determinaciones hechas por otros autores con los huevos de equinodermos, embriones de pollo y de ratón en conejos y, en fin, en granos de semillas; pero las más importantes les parecen las de Thompson y Voegtlin en la rata, confirmadas por ellos mismos.

La dosificación del glutatión en el hígado de ratas jóvenes les ha demostrado que es muy abundante al principio, disminuyendo luego considerablemente (en 100 gramos de hígado había 666 miligramos al nacimiento, 344 a los veintiocho días y 210 a los sesenta y seis).

Los autores han repetido las experiencias en el geranio cultivado (*Pelargonium zonale*). Comprobaron entonces, dosificando el glutatión de las diversas partes de las plantas, que dicho cuerpo es considerablemente más abundante en los sitios que proliferan más activamente (yema terminal).

El glutatión es abundante, tanto en los tejidos jóvenes que crecen normalmente como en aquellos adultos sometidos a una proliferación patológica. Es bien conocido hoy que la cifra de glutatión en el tejido canceroso es superior a la de los tejidos normales (experiencias de Voegtlin, Thompson, Vivario, Firket, etc.). Los autores han estudiado también el glutatión en el cáncer de las plantas, produciendo tumores en el pelargonium por inoculaciones de bacilo tumefaciens. Las cifras que obtuvieron fueron, sin embargo, menos altas que las de los botones terminales de las plantas. Esto sugiere que la elevación del glutatión en el cáncer no está en relación con la malignidad en sí, sino con la rapidez del proceso evolutivo (el glutatión desaparece del tumor cuando éste se necrosa).

Respecto a la influencia de ciertos preparados de azufre sobre el crecimiento, los autores se han interesado por el hecho escueto de que en el desarrollo está normalmente aumentado el azufre, es decir, el glutatión. Los autores han ensayado la acción del hiposulfito sódico sobre el crecimiento de los lepidios (estudios análogos fueron emprendidos anteriormente por otros autores).

Para ello dispusieron simientes de lepidios (*lepidium sativum*), a razón de cinco por lote, en algodón hidrófilo empapado en 150 gramos de agua pura unos y en solución de hiposulfito de sosa otros, a concentraciones de 1, 5, 10 y 100 por 1.000. A esta última concentración el desarrollo fue nulo, insignificante en la de 10 por 1.000 y un poco menos en la de 5 por 1.000; por el contrario, en la de 1 por 1.000 dieron un césped más abundante que en los testigos. Repitieron las experiencias y tuvieron análogos resultados. Las plantas mostraban en todos sus aspectos un desarrollo superior al de los testigos.

Han experimentado después la acción del hiposulfito sobre la metamorfosis de los renacuajos (*rana temporaria*), sometiendo lotes de éstos a iguales condiciones, con la sola diferencia que en unos había hiposulfito (al 1 y 2 por 1.000) y en otros no. Los renacuajos sometidos al hiposulfito se

metamorfoseaban mucho más aprisa que los testigos. La aparición progresiva de patas y la regresión de la cola es mucho más precoz en los así tratados. La concentración más favorable, la de 2 por 1.000. (*Presse Medicale*, núm. 43, 28 de Mayo de 1932). A. MORANA JIMÉNEZ.

Linneberg. TROMBOSIS Y EMBOLIAS EN LAS ÚLCERAS GÁSTRICAS Y EN LAS DUODENALES.—En un total de 811 enfermos afectos de úlceras gástricas y duodenales y tratados sin operación, exclusivamente con dieta y medicación apropiada, en un período comprendido entre el 1.º de Enero de 1920 a 1.º de Marzo de 1931, en las clínicas médicas del hospital Ulleval de Osló, se han observado 32 casos de trombosis o embolias, o sea un 3,83 por 100 en relación con el número de enfermos tratados. Es de notar que no se observó un solo caso de embolia mortal de los vasos pulmonares. El número de embolias y trombosis ha ido aumentando progresivamente, pues siendo de un 2 por 100 en los años 1920-25 llegó al 5 por 100 en los últimos años.

Al parecer, los pacientes que tuvieron una dieta pobre en líquidos y bebidas fueron los más castigados por esta complicación—21,6 por 100—mientras que los que recibieron líquidos en abundancia la padecieron menos, 3,1 por 100.

En un 15 por 100 de los ulcerosos se presentaron hipertermias, la llamada fiebre de la úlcera, pero su aparición no estaba relacionada en absoluto con la existencia de trombos o de embolias. (*Norsk Magasin for Laegevidenskaben*, Diciembre de 1931).—F. G. D.

Dr. Bischoff. HORMONA DE LOS CORPÚSCULOS EPITELIALES Y METABOLISMO DEL CALCIO.—Después de exponer la historia de la investigación de la fisiología de los corpúsculos epiteliales y de enunciar las diferentes clases de tetania, estudia su relación con los corpúsculos epiteliales (C. E.), el balance mineral, los datos de química sanguínea, especialmente el contenido de calcio en la tetania paratiroides. Se expone el metabolismo mineral del raquitismo y de la espartofilia. Las antiguas observaciones de Erdheim, de hipertrofia de los corpúsculos epiteliales en la osteomalacia y en las distintas clases de raquitismo, son consideradas por el autor como demostrativas de hiperfunciones compensadoras. La economía del calcio en los animales paratiroides hay que comprenderla preferentemente en el sentido de un empobrecimiento progresivo de la cal. El efecto de los cuerpos epitelioideos debe, por lo tanto, ser entendido como el de favorecer la fijación de la cal. La influencia de la hormona de Collip sobre la economía de la cal parece contradecir este criterio. La administración continuada en el perro determina un efecto rápidamente antitetánico hipercalcémico y un balance negativo de la cal a costa del sistema óseo (Greenwald). El balance en los lactantes después de la inyección de hormonas no es tan evidente; al lado de datos negativos se han encontrado otros positivos (Hosag, Brehme Igörgy), sin que a éstos los autores hayan señalado una significación porque puedan atribuirse a las dosis insuficientes. La sintomatología de la osteitis fibrosa quística, gen. (Reckling-hausen), con su balance negativo de la cal, sus cuerpos epiteliales hipertrofiados y, sobre todo, con su efecto terapéutico favorable observado frecuentemente, pero no en todos los casos después de la resección de estos cuerpos epiteliales, parece hablar igualmente en pro de un efecto de movilización de la cal. El autor refiere los resultados de su experimentación propia, en la cual en dos series de ensayos llevados a cabo en perros que previamente habían sido hechos raquíticos; en los animales tratados por inyecciones repetidas de esta hormona la secreción de cal y de fósforo

eran menores; se encontraba mayor contenido de mineral en los huesos, según resulta del análisis químico (contenido de Ca, 10 a 20 por 100 más) y del roentgenológico. Administrando mayores dosis, elevanse, en los perros raquícticos, los valores hipocalcémicos e hipofosfatémicos del suero. No hay que creer que los corpúsculos epiteliales tienen por misión curar o prevenir el raquitismo; sin embargo, el autor opina que estos corpúsculos desempeñan en el organismo un papel de regulador general de la cal y según el momento ejercen una influencia positiva, negativa o nula sobre el balance de la cal. Esta acción reguladora corresponde a la antigua opinión de Erdheim, y también a la de Collip. La teoría de Valtner insuficientemente fundada en la experimentación, según la cual, la actividad de los corpúsculos epiteliales es siempre de movilización del calcio y la raquitis tiene siempre por causa la hiperfunción de esos corpúsculos, está en contradicción con la mayoría de los hechos de la experimentación de la tetania, no atiende a la significación de la vitamina D y debe ser rechazada. Lo mismo debe decirse de la hipótesis de Gold, quien basándose en el beneficioso resultado de la resección en la ostitis fibrosa, opina que esta enfermedad es debida a una hiperfunción de los cuerpos epiteliales. No son las cosas tan fáciles. La opinión de Reese, que la ergosterina irradiada sólo es eficaz por la vía sinuosa de su acción sobre los cuerpos epiteliales, no ha tenido confirmación. Pero admitiendo la capacidad reguladora del calcio de los corpúsculos epiteliales, son posibles coincidencias funcionales. El autor se refiere a investigaciones aún no acabadas, hechas en los perros que se han hecho hipercalcémicos; por la administración excesiva de Vigantol se ha observado una reacción más rápida, hipersensible a la inyección de esta hormona, que puede conducir a una segunda fase con descenso del calcio del suero hasta un nivel inferior del primitivo. El Dr. Biecke recuerda que se ha comprobado una alteración en el balance del calcio en el sentido de disminución o de retención en una dermatosis que hasta hace poco se consideraba como dermatosis del embarazo: el impétigo herpetiforme. Nuevos estudios han demostrado que se trata de una enfermedad paratireoidea cuyas manifestaciones se esclarecen por una mayor exigencia de los órganos de reacción interna durante el embarazo. Como se ha observado también osteomalacia durante el impétigo herpetiforme, también hay que suponer análoga relación. Dada la gravedad de tal dermatosis y la falta actual de una terapéutica apropiada, tal vez estaría indicado aplicar la hormona de Collip. (Sociedad Médica de Göttinga).—P. M.

S. Zlatogoroff. ETIOLOGÍA, PROFILAXIS Y SUEROTERAPIA DE LA ESCARLATINA.—No obstante lo mucho que se trabaja en ello, no se conoce con exactitud, ni mucho menos, cuál es la etiología de esta enfermedad. Nadie duda de que el estreptococo hemolítico desempeña un papel muy importante, no sólo en las complicaciones, sino también en la génesis de la enfermedad; se le ha encontrado el 100 por 100 de las veces en las secreciones faríngeas de los enfermos, pero, no obstante, dudan muchos, y el autor entre ellos, que sea el único responsable de la infección. Sólo pensando en que además existe un virus filtrable que vive en estrecha simbiosis con el estreptococo, pueden explicarse muchas peculiaridades de la etiología, de la epidemiología y de la clínica de esta enfermedad. Por otra parte, este virus filtrable no tiene nada que ver con la forma filtrable del estreptococo.

Además, el autor ha encontrado muchas veces, en las siembras hechas en medios anaerobios, sólidos o líquidos, de moco faríngeo de escarlatinosos, un germen binucleado

de 0,1 a 0,2 μ de tamaño Gram positivo, que si se sigue cultivando se transforma, al cabo de varias generaciones, en un diplococo de 0,7 μ de grosor, capaz, al inocularlo a ciertos animales, de provocar cuadros análogos al de la escarlatina.

El autor no ha visto nunca que este germen se transforme en estreptococo. Al contrario, lo tiene, por la forma visible del virus filtrable que aceptan tantos autores, como necesario para que la enfermedad se presente. Ni la contagiosidad de los enfermos, ni la difusión de la epidemia se regula por el número de estreptococos hemolíticos que los convalecientes tienen en su faringe; por eso es tan difícil y arriesgado el decidir cuándo un convaleciente deja de ser peligroso para los que le rodean. La reacción de Dick tiene un valor muy relativo y puede ser positiva cuando existe inmunidad y negativa cuando la receptividad es bien manifiesta.

Para la profilaxis es preciso atender no sólo al aislamiento de los casos bien claros, sino al diagnóstico de las formas larvadas en las que sólo existe una angina, al parecer inocente, y los sueros profilácticos parecen tener un valor muy limitado pero real. Respecto a los sueros terapéuticos, cree el autor que son eficaces en las formas ligeras y en las tóxicas de los niños menores de seis años, pero que fracasan en las formas sépticas y en las complicaciones. Para estas formas recomienda el autor un suero que él ha obtenido inoculando caballos con virus filtrable, tomado del moco faríngeo de los escarlatinosos. La combinación de este suero con el ordinario antitoxico sería eficazísima en la casi totalidad de los casos. (*Zeitschrift f. Kinderheilkunde*, tomo 52, fascículos 4/5).—F. G. D.

Sidlick. EL EMPLEO DE LA GLÁNDULA PITUITARIA EN EL TRATAMIENTO DEL ZONA.—El extracto de glándula pituitaria ejerce una acción sedante sobre el dolor. Esta acción ha sido empleada para combatir las algias del zona. Vandel había ya señalado el hecho de que después de las inyecciones de pituitrina cesaban en algunas horas los dolores zosterianos y la erupción curaba en pocos días.

El autor que ha repetido estas experiencias, refiere multitud de observaciones de enfermos de alguna edad, afectos de violentos dolores postzosterianos que fueron calmados rápidamente después de la inyección de un centigramo de pituitrina. En algunos casos fué suficiente una inyección para curar las algias; en otros, fueron necesarias tres o cuatro, practicadas cada dos días.

La única contraindicación de este tratamiento es el estado de gestación; algunos enfermos, después de la inyección acusan una ligera sensación de debilidad. (*Arch. of. Derm. and Syph.*, tomo XXII, núm. 1, 1930).—DR. TOMÉ BONA.

Ernesto Bertarelli. ¿SE PUEDE COMBATIR EL ALCOHOLISMO POR MEDIO DE UNA TERAPIA RACIONAL A BASE DE SUEROS?—Varios principios escolásticos nos hacen creer en la imposibilidad de poder aplicar una terapia capaz de producir en el individuo un estado anafiláctico que cause la repulsión para el alcohol suministrado como bebida. Sappier y Dromand han sido los primeros en mencionar que un suero obtenido de caballos, a los cuales se había suministrado aguardiente en grandes dosis, produce en el individuo afectado de alcoholismo verdaderos fenómenos anafilácticos que le impiden ingerir bebidas alcohólicas.

El Laboratorio de Biología de San Paulo, Brasil, siguiendo el mismo método llegó a obtener una notable mejoría desde las primeras inyecciones de suero, y Oswaldo Eggers señala que al llegar el tratamiento a la novena inyección subcutánea, el 40 por 100 de los enfermos indicaba un re-

sultado completo. (*An. de V. D. S. y N.*, Habana, Junio de 1931.)

J. B. Doyle y L. E. Daniels. RESULTADOS OBTENIDOS EN EL TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA CON EL SULFATO DE EFEDRINA.—Los autores utilizan este tratamiento de la narcolepsia desde Septiembre de 1930, y hasta la fecha han sido sometidos al mismo 50 enfermos.

Por regla general se administraba a los pacientes el sulfato de efedrina en dos dosis de 25 miligramos cada una, antes del desayuno y de la comida del mediodía. En ciertos casos esta dosificación resultó insuficiente. Entonces se les administraba otros 25 miligramos, como tercera dosis, a las cuatro y media de la tarde; se escogía esta hora para evitar los trastornos del sueño nocturno. En un considerable número de enfermos fué preciso aumentar las dosis matinales del mediodía, y aun en unos pocos las de la tarde, hasta 50 miligramos. Un caso hubo también en que se administraron tres veces diarias 75 miligramos. Pero es digno de tener en cuenta que unos cuantos pacientes tuvieron bastante con dosis tan pequeñas como de 20 a 25 miligramos, una o dos veces diarias, para conseguir un alivio casi completo de sus síntomas.

Se hicieron numerosos análisis de la presión sanguínea. Aparte de una ligera elevación de los treinta a los sesenta minutos después de tomar la dosis, no se registró ningún efecto sistólico ni diastólico en la presión sanguínea. Dos pacientes tenían hipertensión esencial; la administración de efedrina no alteró sus presiones.

Un enfermo, aliviado por completo con la efedrina, sufrió una recaída total al tomar petrolato líquido para curarse un estreñimiento. Cuando interrumpió el empleo de la grasa volvió a aliviarse por completo. Esto parece corroborar clínicamente el hecho citado por Chen y Schimdt, de que el sulfato de efedrina no es soluble en petrolato líquido y puede explicar por qué en ciertas ocasiones falló el tratamiento. Este enfermo y otros, bajo la observación del mismo médico, se aliviaron en ocho meses.

Los autores sintetizan sus observaciones en varios cuadros estadísticos, en los que comparan los resultados obtenidos con la efedrina y con las restantes medicaciones. Las conclusiones a que llegan son las que siguen:

Se ha revisado la información obtenida sobre 67 pacientes a quienes se diagnosticó de narcolepsia en la clínica y no tratados con efedrina. Sus trastornos duraron de uno a cuarenta años. Ninguno se restableció por completo. Treinta de ellos escribieron que habían mejorado; no obstante, en catorce casos la mejoría fué muy ligera. Veinticinco enfermos afirmaron que se encontraban lo mismo, y ocho que estaban peor. Cuatro murieron.

A 50 enfermos se les trató con efedrina; en este número van incluidos tanto los tratados por otros como los que lo fueron por nosotros. Por todo lo que sabemos, el tratamiento falló totalmente sólo en dos casos. Otros pacientes mejoraron al principio; pero en seguida pareció que la droga no les hacía efecto. A ocho enfermos se les mejoró moderadamente de sus síntomas. A 17 se les observó una mejoría sintomática pronunciada, y el alivio de los síntomas fué completo en 20. En los dos grupos a que alude el párrafo anterior el alivio de los síntomas sigue su curso de la siguiente manera: en cuatro pacientes después de nueve meses, en dos después de ocho, en otros dos después de cinco, en tres después de cuatro, en seis después de tres y en cuatro después de dos meses de empezado. (*The Journal of the American Medical Association*, 13 de Febrero de 1932).—F. G. D.

Rogelio Arenas y Martorell. LA CISTICERCOSIS BOVINA Y PROFILAXIS DEL PARASITISMO POR LA TENIA SAGINATA EN EL HOMBRE DE CUBA.—Conclusiones: 1.^a Sobre tres mil cabezas de ganado vacuno inspeccionadas en el Matadero de Luyanó, 103 resultaron infectadas por el *cisticercus bovis*, es decir, el 3,43 por 100.

2.^a El parasitismo intestinal por la tenia saginata, en Cuba, va en aumento progresivo.

3.^a Este aumento de la tenia saginata en el hombre, indica una deficiencia en la inspección de carnes en los mataderos.

4.^a Extremar las medidas de profilaxis en los individuos que trafican con ganado vacuno y en las familias que habitan en las fincas destinadas a la crianza y ceba del mismo.

5.^a Necesidad de que cada matadero cuente con los servicios de veterinarios inspeccionadores de carnes en número suficiente para poder realizar una buena inspección.

6.^a Reorganización del Servicio de Inspección de Carnes, a fin de que esta labor no sea ideal sino efectiva. (*An. de V. D. San y Nu.*, Habana, Mayo de 1931.)

Nacionales

Peron. CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA PATOGENIA DE LA MICROCEFALIA. SUS RELACIONES CON LA INSUFICIENCIA ANTIHIPOFISARIA.—Los autores recuerdan los casos de microcefalia con insuficiencia glandular publicados anteriormente por uno de ellos. Se trataba, en el primer caso, de dos niños—hermano y hermana—atacados de idiotez microcefálica, con acromicria generalizada y síndrome adiposogenital en uno de ellos; en el segundo, de una señorita esquizofrénica con enanismo acromérico y poca microcefalia. En los dos casos, la microcefalia era un síntoma entre los del síndrome acromérico general, en relación con una insuficiencia del lóbulo hipofisario anterior.

Los autores publican dos nuevas observaciones de enanismo acromérico y microcefalia, con síndrome de imbecilidad en la primera enferma (dieciséis años), con debilidad mental, estado delirante y alucinador, trastornos del desarrollo general en la segunda (treinta y dos años).

El estudio de estas observaciones muestra cuán interesante es considerar los casos de microcefalia desde el punto de vista endocrinológico. (*Acta Med. Lat.*, 14 de Octubre de 1930.)

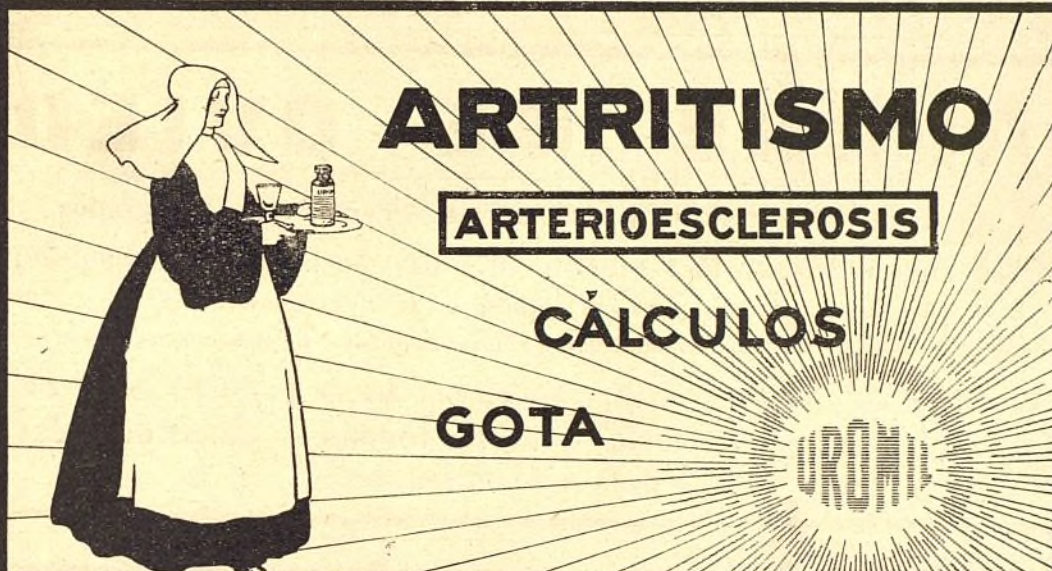
A. Cannsols. VALOR DEL ANÁLISIS BACTERIOLÓGICO EN LA CONJUNTIVA COMO EXAMEN PREVIO EN CIRUGÍA OCULAR.—Deduce el autor, de cuanto expone detenidamente, que el simple examen en frotis, sin más comprobaciones, aun cuando éstas sean numerosas, es un método que conduce a desagradables sorpresas; cuando son negativos tienen valor nulo desde el punto de vista de la profilaxis quirúrgica.

El método de Ehehnig-Ulbrich, según el autor de este trabajo le hace confiar hasta el extremo de desechar la idea de una infección postoperatoria de origen exógeno.

En los casos de conjuntivas impuras, el tratamiento profiláctico de Betti, hoy ya tan extendido y comprobado en Oftalmología, destruye los gérmenes con tal rapidez, que a los cinco o seis días de su empleo podemos intervenir, porque las más delicadas técnicas de examen no consiguen descubrir la existencia de agentes patógenos para el globo ocular. (*Pag. Med.*, 25 de Enero de 1931.)

Uromil

PODEROSO DISOLVENTE DEL ACIDO ÚRICO, PARA COMBATIR LA URICEMIA
Y LAS ENFERMEDADES DEL METABOLISMO



ARTRITISMO

ARTERIOESCLEROSIS

CÁLCULOS

GOTA

REUMA

LABORATORIOS VIÑAS - CLARIS, 71 - BARCELONA

GOTAS NEUROSTÉNICAS FOSFORADAS

del Dr. GENOVÉ

Compuesto de FÓSFORO PURO perfectamente dosificado
Strignos nux vómica, Ignatia amara, Chyrayita, Eritroxillum coca, Quina y Colombo.

Valioso tónico de los nervios.—Poderoso incitante vital.

Alimento del cerebro.—Acción rápida e inofensiva.

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

ZARA GATONA GENOVÉ

ABSOLUTAMENTE LIMPIA

EL MEJOR LAXANTE - EL MAS EFICAZ - EL MAS INOFENSIVO

Insubstituible en el estreñimiento pertinaz.

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

SARNA

— (ROÑA) —

cura rápida y cómoda con el **SULFURETO CABALLERO**
Destructor tan seguro del *Sarcoptes Scabiei*, que una sola fricción, sin baño previo lo hace desaparecer por completo, siendo aplicable en todas circunstancias y edades por su perfecta inocuidad.

J. CABALLERO ROIG

Farmacia-Laboratorio: Calle Rocafort, 135, Barcelona.

CALDAS DE OVIEDO

Aguas oligometálicas, muy radioactivas.—Temperatura, 43 grados.

Enfermedades del aparato respiratorio.—Reumatismos eréticos dolorosos.

Notables resultados de las estufas en la hipertensión arterial.

Agua en bebida.—Baños.—Duchas.—Inhalaciones.—Pulverizaciones.—Hay médico en el Establecimiento.

GRAN HOTEL DEL BALNEARIO

Todo confort.—Cocina selecta.—Varias fondas.—Casas de huéspedes.

15 de Junio a 30 de Septiembre.

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.

Venta: Principales farmacias del mundo.

BIONERGO BLEFEL
ELIXIR E INYECTABLE
PODEROSO RECONSTITUYENTE EFICAZ ANTITUBERCULOSO

CALCIL LEFEL
TABLETAS CALCICAS

CARIES, OSEA Y DENTARIA, TUBERCULOSIS - RAQUITISMO.

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

ANALISIS

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

Laboratorio del Dr. E. Ortega, sucesor del Dr. Calderón.

Carretas, 14, Madrid.

FUNDADO EN 1866.

TINTURA COCHEUX

Exito en los Hospitales desde 1848.

En todas las farmacias.—Al por mayor TAVERNIER & AGUETTANT.—LYON (Francia).

FOSFOTIOCOL

TOSSES Y CATARROS

Asociación de los Sanatorios populares de la Cruz Roja, y más tarde, en 1907, la Unión patriótica femenina de Lübeck, siguieron tan eficaz ejemplo. En 1930 las mencionadas organizaciones tenían en Charlottenburg 3.678 jardines, 4.026 de la Asociación de Sanatorios y 2.000 en Lübeck, o sea un total de 9.704 jardines de hortelanos. Se alquilan éstos en la proporción de 57 por 100 a los obreros, 11 por 100 a los

vas» imitando lo hecho por la Cruz Roja norteamericana, aunque en más reducida escala. La Cruz Roja podría suministrar los recipientes, la mano de obra y coordinar el trabajo.

En fin, los *Comités urbanos y provinciales* de la Cruz Roja pueden organizar distribuciones de jardines obreros cooperando con los Municipios, las corporaciones, las Cámaras de Comercio y las agencias de terrenos no edificadas.

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

ION-CALCINA

PALLARES

A base de Cloruro de Calcio.

FRASCO E INYECTABLES

empleados, 14 por 100 a los funcionarios, 9 por 100 a los artesanos y 9 por 100 a los pequeños rentistas.

Tan diversa clientela, unida por el trabajo y la vida al aire libre, halló en semejantes jardines la salud, el alimento de la familia, un remedio a su angustia y muy a menudo un beneficio material. Por propia iniciativa y siguiendo los consejos de un apóstol clarividente, el Dr. Schreiber, los inquilinos de la Cruz Roja han creado terrenos de juego para los niños, sacándolos del conventillo o de la habitación insalubre de la ciudad para llevarlos al aire libre. Se han creado cursos de gimnasia y se han instalado piscinas o lugares de patinaje gracias a la cooperación de los inquilinos de la Cruz Roja.

Los «*routiers*» organizaron excursiones para los grupos infantiles; se fundaron bibliotecas ambulantes. Gracias a la cotización de Rm. 1,20 por mes y por inquilino, se han podido llevar a cabo obras poco costosas y tan preñadas de beneficios para todos. Puede decirse que la vida social se ha organizado por sí sola.

Con idéntico fin la Cruz Roja francesa ha adquirido asimismo terrenos para establecer jardines obreros en Vichy, Avesne sur Helpe, Roubaix y París.

Nos parece que tan interesantes iniciativas podrían servir de modelo a otras Sociedades de la Cruz Roja que las adaptarían a las necesidades y a las condiciones geográficas y económicas de sus respectivos países.

Si se trata de una *sección local rural* que no dispone de la mano de obra experta y voluntaria de que hablamos más arriba al ocuparnos de Spillsill Court (Kent) o de la obra organizada por la Cruz Roja norteamericana, por lo menos ella puede centralizar lo sobrante

Jarabe Bebé. - Tetradinamo. - Senti-comiol. - Purgantil (Jarabe de Frutas)
Véase anuncio, página IV.

de frutas y legumbres, suministrando alimentos al más próximo hospital o al vecino asilo de ancianos, a la cantina escolar y, si cabe, a la cantina misma de los sin trabajo.

En colaboración con el personal docente de las escuelas caseras y el apoyo del Ministerio de Agricultura, una *división regional* puede organizar una campaña de «economía casera y de conser-

Imhotep y la cirugía del antiguo Egipto

POR EL

Geh.-Rat Prof. Dr. Eugenio Holländer (Berlín).

Hasta ahora, la cirugía del antiguo Egipto era muy poco conocida. Considerábase cosa evidente que este civilizado pueblo, que tan notable técnica poseía para embalsamar sus muertos, también en lo que a cirugía se refiere, debía necesariamente haber dado más de sí de lo que podía deducirse de los raros casos de momias en las cuales se comprobaba haberse practicado una trepanación, o en las que se veía una fractura en tratamiento o un absceso curado del maxilar. Pero lo cierto es que los someros datos que nos proporciona el papiro de Ebers, en el cual se recomienda el empleo de la cuchilla y del hierro candente como medios para tratar toda clase de enfermedades, no nos permitían tampoco formarnos un claro concepto del estado en que se encontraba el arte de la cirugía. Las cosas cambiaron repentinamente cuando el egiptólogo americano James Henry Breasted, tradujo cuidadosamente y publicó el llamado papiro de Edwin Smith. Este papiro fué adquirido, en 1862, por el egiptólogo aficionado y coleccionista Edwin Smith y regalado por la hija de éste a la New York Society, la cual lo entregó al director del Instituto Orientalista de la Universidad de Chicago, al objeto de que se encargara de su publicación y traducción. Entonces pudo Breasted demostrar, de un modo seguro, que el papiro había sido escrito en la primera mitad del siglo XVII antes de nuestra era, sin ser un trabajo original de aquella época, sino simplemente la copia de un papiro que databa de mil años antes. Algunos siglos después, un médico que vivió unos 2.500 años antes de Jesucristo, le añadió 69 comentarios, al objeto de explicar el sentido de las frases que ya en aquel tiempo se habían hecho incomprensibles. Desgraciadamente, está estropeada la primera parte de la obra, en la cual quizá se encontraba el nombre de su autor, y el copista interrumpió el trabajo al llegar a la mitad del mismo, habiendo quedado en blanco el resto del papiro. Ahora bien: desde la publicación del papiro de Smith, ha surgido entre los historiadores de la Medicina una discusión sobre si esta publicación egipcia antigua debe o no ser considerada como el principio de una evolución científica. Por mi par-

te, no puedo comprender cómo hasta ahora haya podido negársele tal carácter, ya que en ella se encuentran descritos 48 casos de traumatismos de la cabeza y del tronco, los cuales son estudiados sistemáticamente en lo que se refiere a su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, en relación con las circuns-

Intestínol
"Hemming"
Dispepsia, Meteorismo etc.

tancias de los tiempos arcaicos en que fueron descritos. Sólo en uno de estos casos—considerado como una intercalación ulterior, incluso por Meyerhoff, que, en la *Zeitschrift für Chirurgie* (1931), ha descrito cuidadosa y objetivamente el papiro—el autor se dirige a los dioses. En efecto, el tratamiento por la magia—que en una época posterior fué el que dominó en Egipto—empleado en un caso de herida de la frente, abierta y que había destrozado el cráneo, aparte del uso de los fomentos con huevo de avestruz y con grasa, destinados a reblandecer el tejido, y aparte de las compresas refrescantes se limitaba a la invocación de la diosa de la salud, Isis, y de Osiris. ¿Es que, tres mil años después, alguien ha criticado al célebre cirujano Nussbaum, o puesto en duda su ciencia, fundándose en que ante las graves operaciones, para lograr el éxito, orara o invocara el auxilio de Dios? Como es natural, no podemos dar aquí una detallada descripción de cada uno de los 48 casos, y con el solo objeto de poner de manifiesto las condiciones de este libro documental de traumatismos quirúrgicos, nos limitaremos a citar algunos ejemplos sacados del mismo.

Caso 4. — Instrucciones relativas a una herida abierta en su cabeza, que penetra hasta el hueso y que hiende su cráneo. Ante todo, se palpa la herida. «Si con tus dedos encuentras en ella alguna rugosidad, y si el paciente tiembla intensamente, en tanto que se extiende la tumefacción que se encuentra en la herida, que mana sangre de las aberturas nasales y de la nariz, y que el paciente presenta rigidez de la nuca que le imposibilita el mirar hacia sus

Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.

Alcalá, 88. — Madrid.

dos hombros y hacia su pecho; en tal caso, diré que este paciente tiene una afección con la cual puedo luchar. Por consiguiente, se hará un pronóstico dudoso, pero no del todo desfavorable; y para el tratamiento se recomendará la cura abierta de las heridas, y se pondrá al paciente sentado, de modo que descansase sobre un apoyo formado por ladrillos. Para combatir la rigidez de la

nuca, se practican fricciones con grasa. Este es el procedimiento que debes usar en todo individuo en el cual compruebas que tiene hendido el cráneo. Es evidente que la posición sentada del paciente tenía preferentemente por objeto el evitar que la sangre afluyera a la cabeza.

En el caso 2 se trata de una herida

"MALTOPOL"

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

abierta de la cabeza, que llega hasta el hueso. Al contrario de lo que sucedía en el caso 4, en éste se recomienda cerrar la herida mediante tiras de esparadrapo.

En el caso 12 se trata de una fractura del hueso nasal; y hay que consignar que nosotros, los cirujanos modernos, nada nuevo hemos aprendido respecto de tales fracturas. «Si examinas a un individuo que tenga fracturada su cámara nasal, y en el que se ve deformada la nariz, al mismo tiempo que sus facciones están desfiguradas, en tal caso deberás proceder con fuerza a la reposición de los huesos a su sitio, limpiando con dos taponcitos de tela el interior de las ventanas nasales, hasta que la nariz quede completamente libre de coágulos sanguíneos. Entonces introducirás en sus aberturas nasales dos torundas empapadas en grasa, y hecho esto, fijarás la nariz mediante tiras de esparadrapo.»

En el caso 28 se trata de una herida abierta en la garganta. «Si examinas a un individuo que tiene en su garganta una herida abierta, que penetre hasta la faringe, al beber el paciente, el agua le saldrá por la herida. Esta estará muy inflamada, a consecuencia de lo cual el paciente tendrá fiebre. En tal caso debes cerrar la herida mediante puntos de sutura. El pronóstico es dudoso. Pero si durante el tiempo de su tratamiento no cede la fiebre, deberás meter gasa seca en la herida, dejándole a él en posición de descanso.» En otras palabras: Si con la sutura no se obtiene resultado, vuélvase al tratamiento abierto de la herida, drenando ésta. Debe notarse que en el papiro de Smith se cita, por vez primera en la historia del mundo, la sutura de las heridas, relatándose seis casos de la misma.

Llama la atención el hecho de que en un libro de casuística de los traumatismos de guerra—pues en la mayoría se trata de tales casos—, ni una

IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico.
BALDACCI - PISA

sola vez se haga mención de haberse sacado la bala, la flecha o la punta de cuchillo. Meyerhoff trató de explicar tal hecho diciendo que, evidentemente, este procedimiento era empleado en el frente de batalla por los médicos que iban tras los combatientes, y que el médico de etapa recibía los heridos después de haberles ya quitado las flechas. En los cuerpos de los cadáveres halla-

dos en una fosa común, en las proximidades de Tebas, se vió que en las heridas de los soldados caídos en la lucha se encontraban aún clavadas flechas.

En posesión de estas muestras de la antigua cirugía egipcia y del estudio sistemático de las mismas por un médico respecto de cuya figura científica no podemos tener la menor duda—como es natural, su ciencia no puede, por lo demás, ser comparada con la de la cirugía de la escuela hipocrática, basada en la filosofía naturalista helénica, pero quince siglos más moderna que aquella—, debemos emitir nuestra opinión acerca de lo que Breasted admite en hipótesis, o sea que el autor del libro es el mismo Imhotep.

Basándose en consideraciones sobre el idioma, y de conformidad con todos los egiptólogos, Breasted dice que la obra de cirugía data del tiempo de los faraones que mandaron construir las pirámides, o sea de 3.000 a 2.600 años antes de Jesucristo.

Y precisamente ésta es la época en que Imhotep vivió y trabajó, siendo médico muy célebre, arquitecto y ministro del rey Zoser, y pasando más adelante a ser dios del Egipto. Esta conversión de Imhotep en dios ocurrió después de la conquista del Egipto por Cambises, o sea unos 525 años antes de Jesucristo. Se le dió a Ptah como padre divino. En honor de Imhotep se erigieron tres templos, siendo entre ellos el más notable el de Menfis, que se hallaba unido a un hospital y a una Escuela de Medicina que los griegos mencionan con el nombre de gran Asklepieion. En File hubo otro templo, que fué erigido en tiempo de los ptolomeos; y un tercer templo, más pequeño, estaba en Tebas. Después de la conquista del Egipto por los griegos, éstos identificaron al dios Imhotep con Esculapio, su dios de la Medicina. Nuevas excavaciones pusieron de manifiesto que, hacia el Oeste y Sur de la pirámide de Cheops, existía una serie de tumbas y de lápidas con nombres de médicos de la corte, correspondientes a la IV hasta la VI dinastía, y entre ellas la de un médico mayor de la corte, considerado como un médico jefe y, al mismo tiempo, como especialista en las enfermedades de los ojos. En las lápidas funerarias se encontró también el nombre de un médico dentista. Además, en la pirámide de Gizeh se desenterró la muy bonita estatua, de piedra caliza, de un médico mayor, así como la tumba de otro médico, construida junto a la del rey. De tales hallazgos se deduce con toda seguridad que ya en estos remotos tiempos del Egipto se practicaban las especialidades, de que Herodoto habla en su historia, si bien es verdad que un mismo médico ejercía a la vez varias de ellas.

Otra prueba más de que el autor de la obra fué Imhotep, prueba en la cual hasta ahora no se había fijado la atención, es el gran número de estatuas, más o menos grandes, del mismo. En ellas se le representa de un modo típico, ya sea sentado en su trono y leyendo un rollo de papiro, o bien en pie, con el papiro en la mano. Ello constituye indudablemente la demostración de su actividad literaria. Y si bien entre los hallazgos arqueológicos, hasta ahora no se encuentra ninguna tumba correspon-

diente a un cirujano de aquella lejana época, con todo, el papiro de Edwin Smith nos demuestra de un modo indudable que en tiempo de los faraones la Cirugía había alcanzado un alto grado de desarrollo, del cual hasta ahora no se tenía noción.

(Informaciones Médicas «Knoll».)

TREPONEMOL SIFILIS

DE LA VOLUNTAD

La voluntad es idéntica a sí misma en el mismo individuo, y esta identidad es la que exclusivamente de ella nos afirma la conciencia. La sensibilidad varía según el estado y las circunstancias del individuo; la inteligencia varía también, desarrollándose y declinando según la edad; pero la facultad de querer no varía nunca. Lo que sucede es que la voluntad, según las edades y el estado de los órganos, se muestra más o menos eficaz, pero en el fondo es siempre idéntica a sí misma. Yo escribo ahora con soltura, y algunos años atrás me costaba mucho el escribir corriente; pero entonces, como ahora, mi voluntad era idéntica. Cuando disfruto salud, quiero levantar un peso, y lo levanto; cuando estoy enfermo o débil, quiero levantar el mismo peso, y no consigo levantarlo. En ambos casos la voluntad es idéntica, sin más diferencia (y esta diferencia en nada afecta la energía de mi resolución) que en el primer caso quiero y puedo, y en el segundo quiero, pero no puedo. El paralítico que quiere mover su brazo herido por la inercia, y el cautivo que quiere romper los grillos que le sujetan, sin que ni el uno ni el otro consigan su intento, ¿tienen por eso menos voluntad? En una palabra, la facultad de querer no se mide por la acción; y la resolución más vana, estéril o impotente, puede ser tanto más enérgica que la más eficaz. Activa o inactiva, y bien o mal servida, la voluntad o la fuerza personal es siempre idéntica; no se aumenta ni se disminuye; no tiene progresos ni decadencia, porque no tiene grados. O se quiere plena y absolutamente, o no se quiere de ningún modo: no hay medio. El hombre es más o menos sensible, más o menos inteligente, pero no es más o menos

CARABANA: el mejor purgante.

volente. Puede desplegar más o menos actividad en su querer, puede querer con perseverancia y energía, o sin constancia y débilmente, pero esto es un efecto de su libertad moral. La facultad de querer siempre es en sí idéntica; ora obremos, ora nos abstengamos de obrar; bien obremos enérgicamente, bien con languidez, una misma e idéntica es nuestra voluntad.

helioterapia artificial por medio de las lámparas de rayos ultravioleta solamente está indicada en los casos en que sea irrealizable la helioterapia natural. Pocas veces ocurrirá esto en España durante una temporada larga, y así se han vulgarizado mucho menos los aparatos correspondientes que en los países en los que el número de días de sol es muy reducido. La técnica es la misma que para la helioterapia natural.

En cuanto a las intervenciones quirúrgicas, ya se sabe que la laparotomía simple puede curar algunas veces la peritonitis tuberculosa, por lo menos algunas formas de la misma.

A pesar de sus éxitos indiscutibles no se debe proceder a ella en todos los casos: conviene especialmente en las formas difusas, con ascitis o sin ellas, pero sin complicaciones pulmonares. En cambio, en las formas con formaciones de adherencias y de plastrones está contraindicada porque entonces son de temer las complicaciones operatorias y postoperatorias. En resumen, que a pesar de sus indicaciones evidentes es conveniente, en primer término, la helioterapia y el tratamiento general hechos en las mejores condiciones posibles, y cuando estos procedimientos no han dado el resultado apetecido es cuando se encuentra indicada la laparotomía.

En cuanto a la técnica, solamente nos pueden interesar aquí los detalles principales, que son los siguientes: abertura del abdomen, evacuación del líquido y desecación por inhibición del peritoneo, y por último, sutura esmerada de la herida sin dejar desagüe. Al hacer la desecación conviene exponiendo a la acción de los rayos ultravioleta las distintas vísceras que sea posible llevar a la herida operatoria. Es uno de los casos en los que el empleo de esta helioterapia artificial está indicado, puesto que de lo contrario, como quiera que pocas veces se dispondrá de un quirófano que tenga en sus ventanillas cristales de cuarzo para que dejen pasar los rayos ultravioleta de la luz del sol, y como quiera que tampoco se van a hacer las operaciones con la ventana abierta, el efecto de la helioterapia sería ilusorio. Termina-

haya lesiones pulmonares en evolución. La alimentación ha de ser abundante, pero cuidando de regularla de modo que el enfermo haga una perfecta digestión de la misma, puesto que no se pueden ocultar los inconvenientes que las alteraciones funcionales del intestino tienen que tener sobre la marcha de la enfermedad.

En cuanto al tratamiento específico, es esta forma de la tuberculosis, junto con la pleural y con las ganglionares de las que mejor se presentan al empleo del mismo. No precisamente la tuberculoterapia, de resultados siempre menos que dudosos y mucho menos los innumerables sueros y vacunas que se han propuesto para este fin, sino la quimioterapia por las sales de oro. Es una de las formas de tuberculosis en la que estos medicamentos rinden todo el beneficio de que son capaces.

En cuanto a lo que no se debe hacer con estos enfermos en materia de tratamiento general, recuérdese la importancia del buen estado de las funciones digestivas; por lo tanto, se evitarán los desórdenes en la alimentación, el exceso en determinados alimentos como las grasas, que se digieren mal, y de medicamentos como la creosota, que se emplea mucho en esta enfermedad y que, sin embargo, es fuertemente irritante para el estómago.

Las indicaciones particulares de cada caso dependen de la localización del proceso y además de las reacciones que existen por parte de la serosa. En cuanto a estas últimas, para las manifestaciones agudas y dolorosas, que son brotes ligeros de peritonitis, se aplican cataplasmas muy calientes o duchas de aire caliente; otras veces se encuentra mejor el enfermo cuando lo que se aplica es una vejiga de hielo. Contra las reacciones más violentas se recomienda la tintura de yodo y el colodión, que se aplican embadurnando primero mucho la piel con la tintura de yodo y dando luego varias capas gruesas de colodión para que hagan una fijación de la pared del abdomen y al mismo tiempo una compresión moderada.

Los cuatro procedimientos de intervención más activa y que tienen indicaciones diferentes, según la forma de tuber-



culosis peritoneal de que se trate, son: la punción, la radioterapia, la helioterapia y la intervención quirúrgica. La punción solamente se puede aplicar a las formas ascíticas y no todas las ascitis son susceptibles de ella, sino que, por el contrario, se debe esperar el mayor tiempo posible, lo mismo que se hace en las pleuresías, y esto porque el líquido se reabsorbe tras de cada punción y ésta, aunque ligera, crea una reacción traumática en el peritoneo, y porque este líquido puede contener gran cantidad de anticuerpos de los que se priva al enfermo al eliminar aquél. Por tanto, solamente se le debe punccionar cuando sea muy considerable en cantidad y llegue a producir por eso mismo trastornos importantes digestivos o respiratorios, o si se muestra rebelde a todo tratamiento. Todavía se debe ensayar previamente la helioterapia o la radioterapia, especialmente la primera. La punción se hará siempre en las condiciones de asepsia más rigurosa. No se deben inyectar substancias de las pretendidas modificadoras porque en el mejor caso resultan ineficaces; es preferible no inyectar nada o inyectar aire, procedimiento que se funda en los buenos resultados conseguidos simplemente con la exposición del peritoneo al aire en las laparotomías simples.

El procedimiento no ha dado a todos los autores los buenos resultados de que se habló en un principio; pero esto no es obstáculo para que resulte verdaderamente recomendable. Con la radioterapia se ha pretendido curar peritonitis tuberculosas, ascíticas o fibrosas, siempre que no hubiera caquexia ni generalización pulmonar. La curación se consiguió corrientemente al cabo de cinco a seis meses de tratamiento y tras de una serie de ellos de unos cuatro al mes, cada vez en uno de los cuadrantes del abdomen. Cada vez que se repetía la irradiación de una región dada de la piel, se reducía un poco la dosis para evitar los inconvenientes que resultarían de la sensibilización de la piel como consecuencia de una irradiación anterior. Este tratamiento es muy delicado porque provoca reacciones febriles que, si bien son generalmente transitorias, no dejan de ser graves. En cuanto a su valor, solamente se podrá deter-

minar por el estudio de un número de casos muy superior al de los que se han estudiado hasta la fecha.

El tratamiento preferible es la helioterapia. Sus efectos son locales y generales, porque si el tratamiento ha de ser eficaz, no se debe irradiar solamente la región enferma, sino la mayor parte posible del cuerpo, a excepción de la cabeza. Las sesiones comenzarán por los miembros inferiores; cada dos días se aumentará la zona de superficie que se expone, y el tiempo de exposición se aumentará también en cinco minutos, llegando, por fin, a unificar las exposiciones de todas las partes irradiadas y a elevar el tiempo de helioterapia total hasta cuatro a seis horas, según la temperatura. Los casos ideales para la helioterapia son las formas ascíticas puras sin tendencia a la generalización ni a las reacciones generales y locales; las formas fibrocáseas avanzadas, pero sin grandes elevaciones de la temperatura, y las formas subagudas con temperatura elevada y hasta con tendencia al tabicamiento. En todas estas formas es hoy la helioterapia el mejor tratamiento con que contamos. Por el contrario, es perjudicial la helioterapia en las formas grandílicas y febriles, en las peritonitis agudas y en las agudizaciones de las formas crónicas. No está indicada en las peritonitis fibrocáseas.

Cuando el enfermo dispone de recursos económicos se puede hacer la helioterapia al borde del mar o en un clima de altura, pero cuando no dispone de ellos no se debe prescindir de ella, sea cual fuere el sitio en que se encuentre. La elección del sitio adecuado para hacer el tratamiento dependerá de las condiciones del enfermo. Por ejemplo, a los que, aparte su lesión peritoneal, tengan, por lo menos, tendencia a las lesiones pulmonares por haber tenido en estos órganos algún foco que quedó latente, les convendrán más los climas de altura, en tanto que los que tengan tendencia a las lesiones óseas o articulares les suelen convenir mejor los climas marinos. Pero además son preferibles estos últimos, sobre todo en la costa del Mediterráneo, cuando las lesiones son agudas y es poco probable que el enfermo soporte bien la brusquedad del clima de las montañas. La

AGUAS MINERALES NATURALES DE CARABAÑA

"LA FAVORITA"

PURGANTES - DEPURATIVAS - ANTIBILIOSAS - ANTIHERPETICAS

PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI

MADRID



SANATORIO NEUROPÁTICO

CARABANCHEL 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.

Pídanse reglamentos á la Administración.

INSTITUTO MEDICO-PEDAGOGICO

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

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

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

Balneario de Carlos III

TRILLO

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

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

Nervios. - Reuma. - Escrófula. - Piel.

Deliciosa estación de verano. — Gran parque y monte.

Clima de montaña, 780 metros.

Servicio directo desde Madrid en tres horas.

Informes y folletos:

HOTEL LEONES DE ORO, Carmen, 30, Madrid.

SEÑORES MEDICOS: INVENTO NUEVO TRASCENDENTAL EN ELECTROLOGIA

Aparato Electro-Médico Universal
de insuperables adelantos.

15 M DALIDADES EN UN EQUIPO

Pida oferta, sin compromiso.

MIGUEL ANGEL TORRALVA. — Apartado de Correos núm. 331

SEVILLA

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

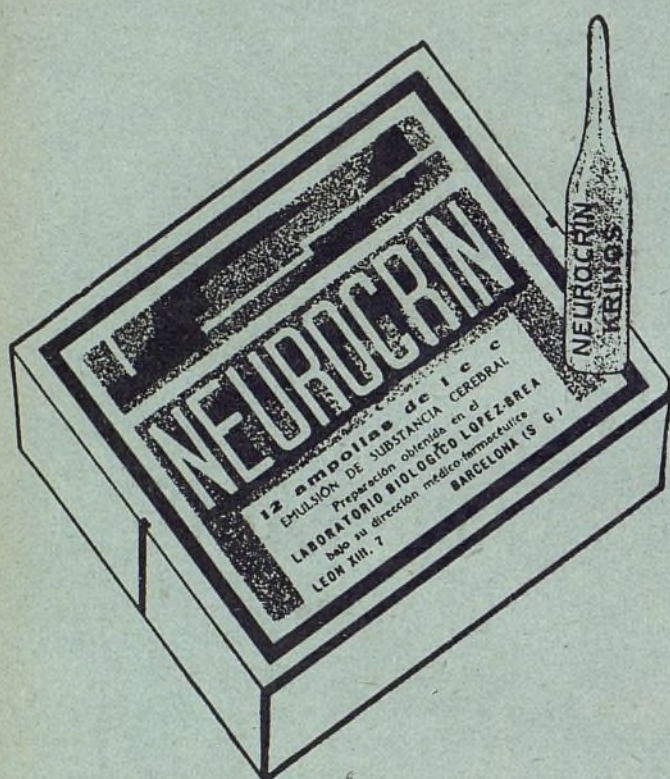
PRECIO: 6,50 pesetas frasco.

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 hi-
pocast; novocaina, anestésina, etc. Cura Hemorroides in-
ternas, externas, sangrantes y padecimientos del recto. Tubo
con cánula, 3,50 pesetas; correo, 4. De venta en farmacias.



Terapéutica Biológica de las Jaquecas

Neurocrin Krynol

(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, Surmenaje,
Desnutrición y Raquitismo

ADMINISTRACION Y DOSIS

El NEUROCRIN KRYNOL, 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 CLINICA
 LEON XIII, 7
 Laboratorio Biológico LÓPEZ-BREA

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

De 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; Hidrastis canad. ext., 0.02.



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

De dos a ocho grageas al día (dos cada vez)

SECCION PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL



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

SUMARIO · Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlan. — Impresiones: Despedida, por R. Lobo Regidor. — La gran Asamblea Española de Clases Sanitarias, por L. R. — Letras de polka, por El Licenciado T. B. O. — Universidad Central: La limitación de alumnos en las Facultades universitarias. — Asamblea del Cuerpo médico forense. — Asamblea de Colegios Médicos. — Asociación del Cuerpo de Médicos Titulares Inspectores Municipales de Sanidad. — El Dr. Albiñana y «El Debate». — Reunión cordial. — Colegio Oficial de Médicos. — Unión Internacional contra la Tuberculosis. — La funesta herencia. — Asamblea de médicos sin trabajo. — Sección oficial. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Vacantes. — Por las Clínicas de Europa. — Tertulia médica. — Anuncios.

Boletín de la semana.

Referéndum inverso y tiempo perdido.

Aunque no del modo que pudiéramos tener de recho a esperar por nuestra historia y nuestros antecedentes y aun de la cortesía de sus organizadores, hemos tenido suficiente información acerca de la gran Asamblea Nacional de Clases Sanitarias celebrada en Madrid en los últimos días. De ella tendrán el sentimiento de enterarse nuestros lectores por el concienzudo relato que nuestro redactor especial se ha procurado acudiendo a los actos a que hemos sido invitados.

Debemos anticipar que habíamos recibido con simpatía la noticia de la referida reunión, porque anunciada en La Coruña otra de las Juntas directivas de Colegios Médicos y dado el desamparo en que hemos visto frustrarse nuestras esperanzas de siempre en las representaciones médicas parlamentarias, hasta ahora en otras Cortes mermaidamente obtenidas; visto también el desconcierto y desorientación de aspiraciones, propósitos, quejas y esperanzas que desordenadamente formulan todos los que se creen, improvisando, capacitados para abarcar el enorme problema sanitario y obtener confundiendo las cuestiones los remedios de cada caso, nos parecía, y hasta ahora no se nos había ocurrido, que sería novedad probablemente ventajosa la de la celebración de este colectivo y comprensivo Congreso, en que pudiera convenirse por una especie de *referéndum anticipado* lo que estiman las clases más o menos interesadas como digno de ser convenido por los Colegios representativos de las entidades médicas para acudir en son de razonada demanda a las Cortes y al Gobierno.

Aunque tal simpatía sintiéramos, no nos creíamos autorizados a acariciar grandes esperanzas y menos a lamentar que de nuestra colaboración se hiciera tan desdeñoso y estudiado alarde.

¡Cómo cambian los tiempos! No hace muchos años que, reuniéndose en Madrid análoga Asamblea, sus gestores, entonces divididos y batalladores, los Sres. Almarza, Moliner (padre), Albiñana, Bullón y otros, se propusieron un acuerdo o un con-

greso para fines análogos a estos que la Asamblea actual se propone. Aunque EL SIGLO MEDICO y aún menos su ya entonces director el Sr. Cortezo no habían tomado parte en la realización del generoso propósito, los señores mencionados visitaron al hoy ya casi olvidado «Decio Carlan», proponiéndole la presidencia de aquella Asamblea íntima en que *nosaltres sols los metges* (como quizá se dijera ahora), queríamos mostrarnos unidos para decir lo que anhelábamos, lo que sentíamos y lo que teníamos derecho a esperar.

Creyendo, ante todo, imprescindible la unión, dijeron los visitantes del Sr. Cortezo que él era el único que podía representarla y que su ausencia, o siquiera su colaboración poco calurosa, sería ya motivo del fracaso de aquello mismo por que él había propugnado toda su vida, siendo el único capaz de envanecerse de haber obtenido algunas ventajas con predicación constante, razonada, estudiada y activa que los médicos no podían desconocer. Era, pues, necesaria la aceptación de la presidencia que, a nombre de las diferentes tendencias y de las personas, muchas de ellas entonces para él desconocidas, venían a ofrecerle.

Tras viva discusión, y después de reiterada negativa en aceptarla, el Sr. Cortezo aceptó la amable oferta, y pocos días después se cumplía la condición por él impuesta, que fué: «Que si de los 400 votos que aproximadamente componían la Asamblea, había *uno solo* que disintiera de su nombre, se entendiese que el cargo no era aceptado.

La votación fué unánime; organizóse La Unión Médica Nacional, y los disentimientos por cuestiones de conducta surgieron muy pronto, y solamente quedó como resultado práctico la obtención del Real decreto de 15 de Mayo de 1917, creando el hasta hoy glorioso Colegio de Huérfanos y los Colegios Médicos obligatorios.

Los años han pasado; no tratamos de historiarlos por confusos y por tristes; en lo que de nosotros ha dependido, creemos poder alabarnos de dos cosas: de saber lo que pedíamos, pidiendo siempre lo mismo, y de realizar lo que nos ha sido dado realizar.

Entretanto, la *Unión* se llevó a cabo desmenuzando por aspiraciones mal definidas las fuerzas profesionales médicas en Sindicatos, Federaciones, Agrupaciones, no ya nacionales, ni siquiera regionales o provinciales (como había creado el referido decreto de Burell para estas últimas); era necesario agruparse aunque los grupos fueran de cuatro, con tal de que constituyera cada uno de ellos un presidente, un secretario y un tesorero que procurara allegar recursos para el sostenimiento de necesidades más o menos claras y de prestigios más o menos justificados.

En estas confusiones resonaba, sin embargo, alguna aspiración que, como campana oída sin saber de dónde, sonaba en casi todos los programas o listines, fuesen en Instituciones, y por tanto, de grandes regiones, fuesen de modestos Comités del Arroyo de Abroñigal, o de afueras de Triana: era necesario, ante todo, tener un *Ministerio de Sanidad*. Esto lo pedían todos, todos menos EL SIGLO MÉDICO, quien repetidas veces procuró convencer a sus equivocados compañeros del error en que incurrían ante la inútil y, aun más que inútil, dañosa pretensión.

Por esto, la simpatía con que decíamos al comenzar que hemos visto la reunión previa o referéndum dirigido a la Asamblea de La Coruña, se ha enfriado, y sin trocarse en antipatía nos ha herido de desaliento porque no acabamos de convencernos de las ventajas que podríamos reportar del hecho de fundir más de lleno de lo que por desgracia está la Sanidad Nacional, rural y mundial en el tráfigo de una política en la que cambia el inspirador de un Departamento cada dos años por lo menos, teniendo que ocuparse en la organización del servicio más generalizado, incommovible y científico de los que constituyen la Administración pública y particular de un país, siendo, además, el servicio que necesita para su desempeño un personal más respetado, mejor retribuido y más inamovible de cuantos constituyen los organismos burocráticos.

Esto hemos creído siempre; esto seguimos creyendo y esto es lo que proponemos a la consideración de los que campaneán y vociferan pidiendo una cosa que en la realidad ha estado y está realizada y que es seguro que ninguna ventaja, antes muchos inconvenientes, traería consigo.

Y conforme hemos subvertido el procedimiento del referéndum, vamos a hacer una tentativa desde la primer petición de la fenecida Asamblea. Vamos a suponer que el Ministerio de Sanidad se crea. Primer problema: ¿Qué va a comprender este Ministerio, que no comprenda hoy la Dirección de Sanidad que desde su creación en 1899 no ha deja-

do de actuar sino como un verdadero Ministerio, salvo las épocas en que por sus dos renunciaciones la suprimió el Sr. Cortezo? Pues no solamente no habría un servicio que agregar, sino que en buena lógica habría algunos que suprimir.

Sin pasión ni obcecaciones seniles acudimos al testimonio de los directores que se han sucedido en el cargo. ¿Cuál de ellos no ha actuado como ministro si no se atiende más que a la diferencia del epíteto y a la cesantía, que no creemos que sea a lo que se aspira ni nos importaría mucho que a todos se les concedieran? Lo cierto es que los señores Pulido, Martín Salazar, Murillo, Cortezo, Horcada, Palanca, y no digamos el Sr. Pascua, han actuado con la desenvoltura (y no discutamos el acierto) de verdaderos ministros.

Vamos al segundo punto: ¿Quién sería hoy el ministro que satisficiera primeramente a las aspiraciones y luego a los contentos de la clase? ¿Quiéren nuestros amigos y compañeros que hagamos un ensayo plebiscitario y propongamos a las Cortes, a esas Cortes que tanto se preocupan por la salud pública del nombramiento de... ¿De quién?

De quien ustedes quieran. Pues en lo pasado no descubrimos ninguno y en lo futuro tampoco.

No confundamos las cosas: lo que hace falta no es el ministro de Sanidad, sino una ley de Sanidad. Si el Sr. Maura (padre) hubiera tenido menos escrúpulos de los que su alto talento y su conciencia le inspiraban, la instrucción por él refrendada resolvería (*mutatis mutandis*) lo que forma el corazón del asunto. Ley de Sanidad, y si queréis principios en que inspirarla, acudid a la página de nuestra «Sección profesional», en donde desde hace veinte años os la servimos en cada número en la corta extensión de tres renglones.

DECIO CARLAN

IMPRESIONES

DESPEDIDA

En este mes de Junio han terminado su carrera de Maestras Nacionales con toda brillantez las señoritas Carmen Colino Antillo, Carmen Pastrana Magariños y Gloria Sáenz Fernández, y nuestro alumno de Salamanca D. Francisco Sánchez García Mata ha obtenido la Licenciatura en Medicina y Cirugía, también con excelentes notas.

Es muy disculpable un movimiento de orgullo al saludar como compañero al que fué nuestro pupilo y colegial, y ver ya con una honrosa carrera concluida a las pobres niñas que al quedarse huérfanas pasaron a nuestro cargo y custodia. Si hicimos lo que nos correspondía, ellas han dado la réplica dignamente a nuestra actitud cumpliendo como buenas en sus estudios. Ahora a volar por el mundo, a esmerarse inculcando la bondad, instruyendo y doctrinando, siempre comprensivas y tolerantes. Aquí nos dejan; cuando lo necesiten encontrarán nuestro consejo, apoyo y protección, no



Opoterapia Hemática

Total

JARABE y VINO de
DESCHIENS

à base de Hemoglobina

contienen intactas las Substancias
Mínimas de la Sangre total

MEDICACIONES RACIONALES DE LOS

Síndromes Anémicos

y de las

Decadencias Orgánicas

DESCHIENS, Doctor en Farmacia, 9, Rue Paul-Baudry, Paris (8^a) — Agente para España : J. G. SALINAS, 2, Calle Sagüés, Barcelona

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

Compuestos compuestos de Hipófitis
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^{ia}, 5, Rue Bourg-l'Abbé
POR MENOR: PRINCIPALES FARMACIAS.

Neptal
es poderoso,
seguro y
probado
DIURÉTICO

INDICACIONES de los **CARDÍACOS**
ASCITIS
DERRAMES de todo **ESPECIE**
CONTRAINDICACIONES
HIPERTERMIA
GRANDES CAQUEXIAS
INSUFICIENCIAS HEPATICAS

en inyecciones intramusculares

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
—Specia—
MARQUES POULENC Frères & USINES du RHONE
86 rue Vieille du Temple, PARIS, 3°

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

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^o,
67, Rue de la Victoire
Paris.

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

**LIPIODOL
LAFAY**

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

¡CONTRA EL DOLOR!
nervioso, reumático, cefálea, neurálgico, regla dolorosa, dolor tabético, dentario nervioso, dolor canceroso, raquialgia meningítica y post-anestésica, dolor post-partum 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.

Preparado en colaboración farmacéutica por el Dr. J. Mandri, Farmacéutico, Madrid.

Ayuntamiento de Madrid

como dádiva, sí como respuesta adecuada a su conducta ejemplar y corolario inseparable de nuestras obligaciones para con ellas, libremente contraídas.

Ellos, a su vez, adquieren un compromiso moral del que jamás deben considerarse libres. Atender con carifio, asistir con benevolencia, ayudar con eficacia a los hijos huérfanos de médico que la vida coloque en su camino, y al seguir esta conducta digna que en sí lleva el más preciado galardón, recuerden los beneficios recibidos, aunque olviden a las personas que los otorgaron, porque el bien por sí únicamente alienta y triunfa, sobre todo; es la suprema entelequia de esta vida, que sólo merece vivirse en beneficio y utilidad del prójimo desvalido. Y no deben arredrarse por sentirse ligados al compromiso perenne de una deuda sin cancelación posible, porque el estar obligado por ley, respeto, gratitud... se llama DEBER, que es el único tirano tolerable. Y aprendan y enseñen constantemente las sentencias 106 y 108 de nuestro inmortal QUEVEDO:

*Por la manera que fueres obligado, por esa cumple.
Si deseas ser amado, ama*

R. LOBO REGIDOR

La gran Asamblea Española de Clases Sanitarias.

PRÓLOGO CON PLUMA AJENA

«Las clases sanitarias celebran estos días Asamblea, y a la sesión inaugural asistieron cerca de dos mil sanitarios.

Muchos sanitarios están informados de que la Asamblea ha corrido grave riesgo de no poderse celebrar. El licenciado Pascua—que por cierto no pudo asistir a la sesión inaugural—veía en ella un acto antirrepublicano e hizo todo lo posible por impedirla. Si quisiera Gordón Ordás daría amplios detalles de la lucha que tuvo que librar para que no prosperasen los propósitos del Sr. Pascua, y a fin de que la Asamblea llegase a buen término.

—Esto no puede continuar—parece que ha dicho una significada persona de la situación—. Todos los días llegan al Ministerio de la Gobernación y a la Secretaría de la Presidencia de 60 a 80 mensajes pidiendo la destitución de Pascua.

Pero antes que él, «dimisionarán» hasta los mancebos de las boticas.

El socialismo por encima de todo. Y a la profesión que la pata un rayo.»

(Del diario *El Debate*.)

LA SESIÓN INAUGURAL

El viernes 17, a las once y media de la mañana, se celebró en el Paraninfo de la Facultad de Medicina, la sesión inaugural de la Asamblea de las clases sanitarias españolas.

Concurrieron representantes de médicos, farmacéuticos, odontólogos, matronas, tocólogos, practicantes y de las demás clases interesadas en la Sanidad española.

No asistió el Sr. Pascua, director general de Sanidad y presidió el acto el director general de Administración local, D. Emilio González López, a quien acompañaba en la mesa presidencial el Dr. Cirajas, presidente de la Asamblea, y el director general de Minas, Sr. Gordón Ordás, con el doctor Jesús Centeno, presidente del Comité de Honor de la Asamblea.

El secretario de la Asamblea, Sr. Llopis, leyó unas cuartillas, haciendo referencia a los trabajos preparatorios, hasta llegar al momento actual, y resaltó la labor del Dr. Centeno. Terminó excitando a los asambleístas para trabajar con ahínco y fe en pro de las clases sanitarias.

Habló luego el Dr. Cirajas para poner de relieve la trascendencia y representación que tiene la Asamblea, y manifestó su alegría al ver que las clases sanitarias sienten, por vez primera, este ansia de organización profesional que será fecunda. Terminó su discurso haciendo resaltar la figura del Dr. Centeno, de Sevilla, que al fin ha logrado ver reali-



El Dr. Nicolás Martín Cirajas, presidente del Comité de la Asamblea Española de Clases Sanitarias.

zando su ideal de toda la vida, de unir a las diferentes clases sanitarias españolas.

A continuación se levantó a hablar el Dr. Centeno, a quien los asambleístas, que llenaban por completo el Paraninfo, puestos de pie, tributaron una gran ovación. El doctor Centeno, después de señalar que era éste el mayor acto de carácter profesional que se había celebrado después de la proclamación de la República, recaba para sí cuantas responsabilidades hayan podido surgir hasta el día, a consecuencia de la organización de este frente único sanitario. Señala a continuación, los dogmas que informan la unión de las clases sanitarias y dice que el apoliticismo de las mismas es condición esencial si han de cumplir con eficacia su misión y sus fines.

Exalta el altruismo de las clases sanitarias que al proponer a los Poderes públicos medidas higiénicas y profilácticas, se causan con ello grandes pérdidas en sus ingresos profesionales. Alude a la precaria situación por que atraviesan los médicos titulares, a quienes los Ayuntamientos no pagan sus sueldos, y a la de los farmacéuticos, mucho más grave, ya que esta clase requiere mayores posibilidades económicas para el ejercicio de su profesión. Al final de su discurso el Dr. Centeno fué muy aplaudido.

El Sr. Bardaji, inspector provincial de Sanidad, pronunció un breve discurso, en el que dice que los médicos necesitan la ayuda económica y el apoyo moral de todo el país. Ruega a los sanitarios que no se cieguen por la pasión al tratar de resolver los problemas que tan directamente les afectan y manifiesta que los derechos indispensables para la vida deben demandarlos cara a cara, sin renunciar a sus aspiraciones; no sólo basta «crear intereses», es también necesario el culto al compañerismo.

El Sr. González López, director de Administración local,

habla en representación del Gobierno y manifiesta que es preocupación de éste el perfeccionamiento político de la Sanidad. La confianza depositada en el régimen de autonomía municipal, al advenimiento de la República, ha constituido desgraciadamente un rotundo fracaso. El Gobierno al recti-



El Dr. Centeno, presidente de honor de la Asamblea Española de Clases Sanitarias.

ficar este criterio dotará al médico en condiciones de que pueda desarrollar fácilmente la altísima misión que desempeña.

Por la tarde se reunieron los médicos titulares. Decidieron suspender el estudio de la ponencia sobre la forma de nombramiento y separación, en vista del acuerdo tomado en el Consejo de ministros. Habló el Sr. Company, diputado por Almería, y el Sr. Centeno, que expuso lo que ha de ser la Confederación sanitaria.

También se reunieron los farmacéuticos para tratar de la ponencia sobre «Delimitación de funciones entre los sectores sanitarios». Hablarón los Sres. Ruesta, de Alicante; Muela, de Ciudad Real, y Gil Sastre, de Zaragoza. Solicitaron que se garantice a los farmacéuticos la inspección de alimentos y la práctica de análisis.

El Dr. Izaguirre, de Barcelona, dió una conferencia acerca de «Cooperativismo farmacéutico».



La Mesa de la sesión inaugural de la Asamblea Española de Clases Sanitarias, presidida por el Director general de Administración (1).

LAS SESIONES DEL DÍA 18 DE JUNIO

A las nueve de la mañana se reunieron las diferentes secciones en que está dividida la Asamblea.

En dichas reuniones se procedió a la discusión de las ponencias presentadas a la Asamblea en pro del mejoramiento de las clases sanitarias.

Después se dió cuenta de un detallado manifiesto en el que las clases sanitarias exponen la intervención del estudiante en la vida social y la trascendencia de esta intervención, manifiesto que figura como uno de los documentos de la Asamblea; dichas clases dicen: «Por todo lo expuesto, los estudiantes sanitarios españoles se agrupan y se constituyen en Federaciones escolares sanitarias, alejados de toda política y de todo sectarismo, por considerar la función sanitaria función suprema del Estado, para contribuir con los profesionales sanitarios a resolver los problemas nacionales de esta clase y luchar por una reivindicación social que tanto nos la merecemos.»

REUNIÓN DEL PLENO

A las once de la mañana, en el anfiteatro grande de la Facultad de Medicina, se reunió el Pleno de la Asamblea, bajo la presidencia del Comité de Organización, doctores Cirujas, Barrio de Medina y Llopis.

Fué elegida la siguiente Mesa de discusión:

Presidente, S. Iranzo, diputado; vicepresidentes, señores López Pérez, farmacéutico, y Ríaza, veterinario; secretarios, Zamorano, médico; Brotous, practicante; señorita Pilar Montes, matrona; Avila, odontólogo.

El Sr. Iranzo da gracias a la Asamblea por el nombramiento de la Mesa.

El Sr. Bardají habla sobre la creación del Ministerio de Sanidad.

Refiriéndose al problema de los seguros sociales de enfermedad, dice que es necesario que se implante.

El seguro médico está ya en cierto modo establecido en España, puesto que la iguala es en realidad un seguro. El hecho de que en Madrid haya 600.000 habitantes adheridos a un régimen de Seguros de Cooperativas mercantiles, 300.000 a un régimen de Beneficencia municipal y sólo 200.000 a un régimen casero demuestra la existencia del seguro médico.

El régimen de seguros que más convendrá a los médicos y a la Sanidad es aquel que esté debidamente garantizado por el Estado.

Aconseja a los médicos que no se opongan tercamente a la implantación del seguro.

Respecto a si la Sanidad es o no delegable en los poderes regionales, dice que sería hasta ridículo el pretender revisar prematuramente el precepto constitucional que permite la delegación. Distingue entre Sanidad regional e interregional.

Habla luego el Sr. García del Real, que explica su voto particular a la ponencia. Se van a crear dos visitadoras domiciliarias, sin tener en cuenta que existe un gran número de matronas y de practicantes femeninas que se hallan desocupadas. Pide que esas funciones se concedan también a esta clase.

El Sr. Bardají lee las nuevas conclusiones de la ponencia.

El Sr. Van Baunberghem estima que debe haber una compensación en los cargos supremos de la Sanidad y entiende que si el ministro es un político, el subsecretario sea un técnico.

El Sr. López Pérez habla en pro de la ponencia. Se queja de que los farmacéuticos no son admitidos a la especialización sanitaria que se da en la Escuela de Sanidad.

El Sr. Domínguez (D. Humberto) manifiesta que debe organizarse la Beneficencia, en el sentido de facultar a los Ayuntamientos para ampliar el número de los asignados a

cada titular, pero aumentando en la misma proporción la remuneración del médico titular de cada localidad. Se muestra partidario del Seguro médico.

El Sr. Panero, practicante, pide que la clase de auxiliares de Medicina sea una sola. Solicita que esta función auxiliar pertenezca solamente a los practicantes, y se lamenta de las nuevas enfermeras que están deshaciendo la profesión.

El Sr. Vinajas se manifiesta opuesto a la creación de un Ministerio de Sanidad. No tiene, dice, ninguna razón de ser. Mucho más importante es la alimentación, y cree que por la misma razón debiera establecerse un Ministerio de Alimentación.

La señora Lledó formula una pregunta relativa a las enfermeras.

El Sr. Bardají contesta a todos, y dice que el Cuerpo de Visitadoras domiciliarias no rozará para nada la actividad de las demás profesiones. Cree que el Ministerio de Sanidad no será un nido de enchufismo.

Por unanimidad se aprueban luego las conclusiones de la ponencia.

Se pone después a discusión la ponencia relativa a la Confederación de Clases Sanitarias.

Don Jesús Centeno define la Confederación como la entidad que represente a las clases sanitarias y a todos sus intereses.

Se extiende en detalles sobre la organización interna de la Confederación.

El Dr. Hinojar manifiesta que la creación del Ministerio de Sanidad no aportaría ninguna ventaja si antes no se funda sólidamente la Confederación.

El Sr. Sánchez Márquez emite un voto particular en el sentido de que todos los organismos que integran la Confederación estarán formados por un solo representante de cada una de las diferentes agrupaciones profesionales.

El Sr. López Pérez se adhiere en nombre de los farmacéuticos.

A continuación se aprueba por unanimidad la creación de la Confederación Sanitaria.

Se pasa después a discutir la ponencia relativa a la limitación del número de profesionales, que lee el Sr. Paz Maroto.

Sobre ella hablaron los Sres. Haro, Montero, Calderón, Lacasa, Biedma, Muela y Paz Maroto.

Se aprueba, por último, la ponencia, y se levanta la sesión a las dos menos cuarto.

Por la tarde se reunieron las diferentes agrupaciones profesionales en los Colegios respectivos. En el de farmacéuticos, D. José Fabregat, de Barcelona, leyó una ponencia sobre «Farmacias de las Cooperativas Obreras». También hablaron acerca de ella los Sres. Gil Sastre, de Epiá; Cuenda, de Sevilla; Midón, de Zaragoza; Nebreda, de Palencia.

A las seis de la tarde se celebró en el Ayuntamiento una recepción en honor de los asambleístas. El concejal señor Araúz, les dió la bienvenida en nombre del alcalde. Hubo un concierto y al final se sirvió un «lunch».

En el Círculo de la Unión Mercantil, a las ocho, dió una conferencia el Dr. Pérez Mateos. Presidió el Dr. Rueterl inspector general de Sanidad interior. El Dr. Piga hizo e, elogio del conferenciante.

El Dr. Pérez Mateos analiza el cambio que se ha operado en el sentir corporativo de la clase médica, que ha favorecido el establecimiento de la Previsión Médica. Afirma que el seguro mercantil no era factible a los médicos por no permitírsele su modesta posición. En la Previsión pueden

satisfacer las mismas exigencias con menores sacrificios. Estudia mediante gráficos la importancia de la mutualidad.

Analiza los coeficientes de mortalidad y después de estudiar el régimen interno de la Previsión Médica, demuestra que es la entidad que asegura de un modo más perfecto los derechos de sus socios.

LA SESIÓN DE CLAUSURA

El domingo 19 a las nueve y media de la mañana comenzó la última reunión de la Asamblea bajo la presidencia del Dr. Iranzo.

Se da lectura de la ponencia sobre «Enseñanza», que defiende el Dr. Piga.

El Sr. López Pérez exalta la labor de los catedráticos.

El Sr. Sánchez Márquez hace las siguientes observaciones a la ponencia: Primera. Que se decreta la libertad de la cátedra. Segunda. Que se dé un tinte práctico a los actuales exámenes. Tercera. Que tengan los catedráticos un sueldo inicial de 6.000 pesetas y que puedan llegar a 30.000.

En representación de los escolares habla el Sr. del Río. Pide como sueldo inicial de los catedráticos el de 15.000 pesetas con ascenso por escalafones hasta 30.000. Aconseja que se revise el profesorado y se aumente en la proporción suficiente para atender al número de alumnos.

Pide también que se abran las puertas de la Universidad a los que no tengan medios económicos, y, por último, que se sustituya el Doctorado español por un Doctorado de especialidad.

El Dr. Centeno recoge las observaciones hechas por los Sres. Sánchez Márquez y del Río, y se aprueba por unanimidad la ponencia.

El Sr. Cebada lee una ponencia sobre la conveniencia de ampliar la previsión médica a todas las clases sanitarias.

El Sr. Vinajas se opone a ello, ya que no les es posible hacerlo a las clases más modestas de la Sanidad.

El Sr. Díaz manifiesta que la Previsión médica debe ser la previsión de la Confederación.

El Sr. Ontillas también se pronuncia en pro de que entren en la Previsión todas las clases sanitarias.

El Sr. Soto pide el ingreso en masa de la Confederación.

El Sr. Ruano se opone a ello, y dice que debe organizarse la Previsión a base de Instituto Nacional de Previsión.

El ponente Sr. Cebada contesta a todos y propone para evitar distinguos el nombre de Previsión Sanitaria, y es aprobada la ponencia.

El Sr. Montero, de los estudiantes de Medicina, expone una proposición incidental. Dice, en medio del unánime asentimiento, que la enseñanza facultativa se dé en castellano en Cataluña y en todas las demás Universidades españolas. La Asamblea aplaude con entusiasmo y se dan vivas entusiastas a España.

El Sr. Sánchez Márquez presenta una enmienda en el sentido de que en el organismo supremo de la Confederación haya igual número de representantes de todas las clases sanitarias.

El Sr. Centeno explica su criterio sobre la organización de la Confederación, y demuestra que existe esa igualdad de representantes.

El Sr. Jiménez se opone a esta igualdad en el número de representantes, por entender que debe corresponder a la proporción de funciones que se ejerzan.

El Sr. Ventura Sanz manifiesta que los practicantes sólo irán a la Confederación en un plano de igualdad.

El Sr. Izquierdo pide que se aclare lo relativo a la revocabilidad del mandato de los representantes.

El Sr. Pedroso se inclina por que el número de repre-

sentantes esté en relación con la importancia numérica de las diferentes profesiones agrupadas.

Puesta a votación, es aceptada por gran mayoría la fórmula del Sr. Centeno, es decir, la igualdad de representaciones.

Se pasa a celebrar la sesión de clausura, que preside el Sr. Centeno, por ausencia, que es muy comentada, de representación del Gobierno.

El Sr. Cirajas pone de relieve el éxito de esta Asamblea, muchas de cuyas conclusiones, dice, serán leyes pronto.

También expone el carácter estrictamente sanitario de esta Asamblea. El sufrimiento de los sanitarios, añade, tiene un límite. Espera que el Gobierno no se limitará a prometer fantásticos decretos.

El Sr. Centeno dice que el primer poder del Estado debe ser el poder sanitario. Pide que se gaste menos en otros ramos presupuestarios para emplearse en el fomento de la Sanidad.

La función de la Sanidad, termina, es función de especie que está más allá del Estado.

Por el secretario general de la Asamblea, Dr. Barrios de Medina, son leídas las siguientes conclusiones de las ponencias, que son aprobadas por unanimidad, y que han de ser elevadas al Gobierno:

1.^a Constitución de la Confederación Española de Clases Sanitarias.

2.^a Creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia pública.

3.^a Limitación del número de profesionales.

4.^a Reforma de la enseñanza de las profesiones sanitarias.

5.^a Incorporación de todas las clases sanitarias a la actual Previsión Médica Nacional.

6.^a Necesidad de la orientación sindical de las clases sanitarias en el momento actual.

7.^a Confirmación de las características que en la actualidad asumen el título de odontólogo dentro de las futuras leyes de Instrucción pública y Sanidad.

8.^a Definición de la carrera de practicante de Medicina con determinación clara y precisa, de cuáles han de ser en lo futuro las funciones de éste, declarándole auxiliar facultativo único e inmediato del médico en Medicina, Cirugía y Sanidad.

9.^a Organización del servicio médico-escolar en toda España.

10. Control escolar en la vida profesional sanitaria.

11. Delimitación de funciones entre los sectores sanitarios en su aspecto oficial y profesional.

12. Que se dicte una ley con carácter urgente para que los Ayuntamientos morosos abonen las cantidades adeudadas a los sanitarios, siendo responsable personal de las deudas el alcalde, y en caso de insolvencia, mancomunadamente los concejales solventes y los fondos y bienes municipales.

13. Que constituye un compromiso de honor para todas las clases sanitarias el que sea incorporada al nuevo Código penal la figura de «delito sanitario», única arma eficaz contra el procaz intrusismo, tan atentatorio a los sagrados intereses de la salud pública.

Independientemente de éstas, se aprobaron otras conclusiones, que afectan a las ponencias de secciones, y que corresponden a los Colegios de Farmacéuticos, Veterinarios y Matronas; Asociaciones de Ingenieros y Arquitectos sanitarios, de Escritores Médicos, subdelegados de Sanidad de España, Asociación Nacional de Médicos Forenses, Federación Sanitaria Provincial, médicos tocólogos, hidrólogos y, por fin, a la lucha antituberculosa.

Seguidamente se procedió al nombramiento del Comité ejecutivo de la Confederación, acordándose por unanimidad continúe interinamente el Comité de organización, en funciones de ejecutivo, compuesto por los Dres. Martín Cirajas, Barrios de Medina y Llopis Recio, hasta que se nombre el definitivo.

El Dr. Cirajas da las gracias en nombre del Comité, y después de lamentar que, pese a las gestiones para ello realizadas, no haya venido ningún representante del Gobierno a clausurar la Asamblea, se dan por terminados los trabajos, entre grandes muestras de entusiasmo hacia la Confederación Española de Clases Sanitarias.

Por la noche se celebró un animado banquete, seguido de baile, en un conocido restaurante de las afueras de Madrid. No hubo discursos.

L. R.



Solemne sesión de clausura de la Asamblea de Clases Sanitarias, presidida por el Dr. Jesús Centeno, fundador de Federaciones Sanitarias e iniciador de esta Asamblea, a cuya clausura se ha negado a asistir ninguna representación del Gobierno de la República.

LETRAS DE POLKA

(Música de «La Verbena de la Paloma».)

Si he de decirte la verdad, lector,
no sé qué hacer ni qué escribir,
porque a cualquiera atonta este calor...
con que se niega Pascua a dimitir.

Nadie comprende ese tesón,
¡Tesón!

De alguna forma lo hemos de llamar,
con que se niega a dar su dimisión
cuando le invitan todos a marchar.

Yo caso semejante nunca vi
y estoy pensando, sin saber por qué,
que quien se empeña en una cosa así
su porvenir nos dice y lo que fué.

La explicación del por qué no se va
así el lector comprenderá,
le han permitido un cesto construir
y hasta hacer ciento no se quiere ir.

EL LICENCIADO T. B. O.

UNIVERSIDAD CENTRAL

La limitación de alumnos en las Facultades universitarias.

En el Rectorado se nos facilitó la siguiente nota:

«Los delegados de las distintas Facultades universitarias hacen constar que lo esencial es elevar el nivel cultural, intensificar las tareas docentes, procurar que los certificados académicos respondan internamente al grado debido de formación intelectual y cultural, no debiendo abordarse el problema universitario referido a detalles de aspectos profesionales, sino a los de cultura e investigaciones científicas, función primordial de las Universidades.

Se pronuncian en contra de toda limitación *a priori* del número de estudiantes, de fijación de cupo de títulos y de cuanto signifique tener sólo en cuenta el aspecto profesional.

Debe existir una sola clase de matrícula, siendo voluntaria la asistencia de los inscritos a las cátedras oficiales, determinando las respectivas Facultades al régimen académico de los que muestren su deseo de concurrir a las aulas universitarias la naturaleza y mínimo de trabajos prácticos a realizar por los alumnos de cada clase.

La Universidad establecerá pruebas comunes a todas las Facultades que versen exclusivamente acerca de la aptitud y madurez intelectual de los que aspiren a comenzar estudios universitarios.

Las distintas Facultades organizarán cursos preliminares de enseñanzas formativas e instrumentales de las respectivas carreras, que han de preceder a las pruebas selectivas de conjunto que ellas establezcan para el comienzo de los estudios.

Deberá señalarse normalmente en cada Facultad un mínimo de escolaridad como condición precisa e independiente de las demás pruebas a exigir para poder efectuar la final de conjunto que se considere necesaria.

Que en tanto en cuanto al número mínimo y carácter de las pruebas de aptitud, así como el nivel o medida de suficiencia precisa para obtener la aprobación, existe la necesidad de homogeneidad entre las Facultades, manteniéndose a tal fin la debida relación entre ellas.

Ningún alumno podrá repetir prueba de aptitud antes de haber transcurrido seis meses de haber verificado la en que no fué declarado apto.

Debe ser suprimida la concesión de exámenes extraordinarios.

Convendría elevar prudencialmente el importe de las matrículas, aumentando el número de becas y matrículas gratuitas para alumnos carentes de recursos y que estuvieran debidamente capacitados a juicio de la Facultad para proseguir sus estudios, previo sometimiento a las pruebas que se estimaren convenientes.

Debe aplicarse el criterio restrictivo y pedagógico a los traslados de matrícula y de expedientes académicos para sufrir exámenes en diversas Universidades.

El Estado debe suplir rápidamente las necesidades de Laboratorios, Seminarios, Clínicas, Bibliotecas, etc., para que la enseñanza sea eficaz y adecuada a su finalidad esencial.

Se considera necesaria una reorganización estable de la segunda enseñanza, dotando los Establecimientos oficiales de los medios adecuados para el debido cumplimiento de su misión, no meramente instructiva, sino esencialmente de educación.

Las Universidades organizarán enseñanzas de carácter general destinadas a mantener la unidad de la Universidad como centro de la cultura nacional que en consecuencia serán profesadas por docentes de todas las Facultades para alumnos también de todas las Facultades y del público en general.

Se ruega que sean urgentemente derogadas las disposiciones que permiten a los alumnos oficiales matricularse como libres en la convocatoria de Agosto, y a los bachilleres para examinarse en la Universidad en el mismo curso académico en que terminaron el Bachillerato.

Asamblea del Cuerpo médicoforense.

En el Colegio de Médicos de Madrid se ha celebrado la Asamblea convocada por el Cuerpo médicoforense, a la que han asistido representantes de todas las provincias de España.

Fué renovada la Junta que debe constituir la Asociación, siendo elegidos:

Presidente: Dr. D. Antonio Villanova, de Valencia; vicepresidente: Dr. D. Francisco Sánchez Gerona, de Granada; tesorero: Dr. Moltó Aura, de Valencia; secretario: Dr. Pérez de Petintó, de Madrid; vocales: Dr. D. Fernando Pérez Rodríguez, de León; Dr. D. Benigno Velázquez Amézaga, de Santander; Dr. D. Manuel Ros Mateo, de Zaragoza, y doctor D. Manuel Madrigal, de Cáceres.

Entre otros acuerdos figuró el de realizar una visita al excelentísimo señor ministro de Justicia para darle las gracias por la buena acogida que ha dispensado a las aspiraciones del Cuerpo. Dicha visita tuvo lugar en el día 20 del actual, saliendo todos favorablemente impresionados y esperando que la reforma sea un hecho en plazo breve.

Refiriéndose a esta entrevista, dijo el Sr. Albornoz:

«Me interesa hacer constar que tengo el propósito de reorganizar el servicio de médicos forenses en toda España. Se hace preciso crear un gran Cuerpo de médicos forenses,

que preste con eficacia sus servicios a la justicia civil y criminal. Este Cuerpo ha de estar constituido por personas de

lañón y estableciendo para los ascensos, además de la antigüedad, la oposición.



Representantes del Cuerpo de Médicos forenses de toda España en la presidencia de la Asamblea celebrada en Madrid.

gran competencia y prestigio, cosas que se hacen necesarias para que el Cuerpo esté a la altura de su misión.

Hasta ahora los médicos forenses no constituyen Cuerpo más que en Madrid y Barcelona: yo quiero que sea un Cuerpo general para toda España, con su correspondiente esca

Claro está que la constitución de este Cuerpo de médicos forenses nacionales implica, a mi juicio, el pago de sus haberes por parte del Estado, sin que ello sea obstáculo para que el Estado sea reintegrado de este gasto por los Municipios, que son los que ahora lo efectúan.

ASAMBLEA DE COLEGIOS MÉDICOS

Con extraordinaria animación han comenzado los trabajos de la Asamblea de Colegios Médicos de La Coruña, habiendo llegado procedentes de todas las provincias españolas gran número de médicos, ostentando la representación oficial de sus respectivos Colegios.

SESIÓN DEL CONSEJO DE COLEGIOS

Bajo la presidencia del Dr. Pérez Mateos se ha celebrado la primera sesión del Consejo de Colegios, concurriendo a la misma los consejeros Dres. Iñigo, Juaristi, García Tornel, Cortés Pastor, La Rosa, Cimas Leal, Pardo, Piga y Egea, como secretario. Se invitó a asistir a la reunión al Dr. Rodríguez Rouco, presidente del Colegio Médico de La Coruña.

En primer lugar se procedió a dar posesión de su cargo de consejero nato al Dr. Piga, presidente del Colegio Médico de Madrid, pronunciando con este motivo el Dr. Pérez Mateos un interesante y elocuente discurso de elogio de la personalidad científica y social del nuevo consejero, de cuya labor se esperan los más brillantes resultados.

El Dr. Piga contestó agradeciendo el honor que se le confiere, aun cuando sea por razón protocolaria, al designarle vocal del Consejo de Colegios Médicos, entidad que viene realizando una titánica labor muy valiosa en la defensa de los intereses científicos, morales y materiales de los médicos españoles.

Seguidamente, el Dr. Pérez Mateos dió cuenta al Consejo y se procedió a su discusión, de un notable proyecto de creación del Ministerio de la Sanidad que fué objeto de calurosos elogios por parte de todos los consejeros y que habrá de ser presentado a la Asamblea en una de sus primeras sesiones. Es un proyecto perfectamente articulado para España, en el que se da el caso de que se proponga por los mismos médicos que le han confeccionado de que se prohíba que desempeñe su cartera en los diez primeros años ningún médico, debiendo ser regentada, por tanto, esta cartera por un político.

Se presentaron además varios interesantes trabajos, en-

tre los que destaca el del representante del Colegio de Valencia, Dr. Cortés Pastor, en el que se protesta de las frases pronunciadas con motivo de la incautación de la leprosería de Fontilles, pidiendo se abra expediente de depuración de las responsabilidades médicas, si las hubiese. También protestó del régimen de favor que se piensa conceder a las regiones pendientes de Estatuto para la provisión de plazas sanitarias. El Consejo aceptó esta proposición, prometiendo tramitarla reglamentariamente.

Durante la mañana del miércoles se celebró el acto de presentación de credenciales, y a las doce, en el Salón de Actos del Palacio Municipal, se celebró la sesión inaugural, ocupando la presidencia el gobernador civil, D. César López Otero; el alcalde, Sr. González Rodríguez; el decano de la Facultad de Medicina de Santiago, Dr. Novo Campelo; el presidente del Consejo general de Colegios Médicos, doctor Pérez Mateos; el consejero de Barcelona, Dr. García Tornel, y el secretario del Consejo, Dr. Egea.

Hizo uso de la palabra el Sr. Rodríguez Rouco, presidente del Colegio Médico de La Coruña, para dar la bienvenida a los congresistas. Habló luego el alcalde, que pronunció breves palabras de salutación.

El representante de Cataluña pronunció un elocuente discurso ensalzando las grandes figuras del feminismo gallego, Rosalía de Castro, Concepción Arenal y Emilia Pardo Bazán.

Al levantarse a hablar el Sr. Pérez Mateos se le premió con una extraordinaria ovación, puesta de pie la numerosa concurrencia. El discurso del Dr. Pérez Mateos, de gran elocuencia y sinceridad, arrancó varias veces grandes aplausos. Puso de relieve la importancia extraordinaria de la Asamblea, la que en el aspecto social tiene la obra de la Previsión Médica Nacional, primera labor del Consejo, del que dijo, así como de todos los Colegios Médicos de España, que llevarán a cabo una labor puramente apolítica, sin partidismo alguno y laborando, no por la defensa de los intereses materiales de los médicos, sino los más sagrados aún de la Sanidad Nacional, con lo que dejaremos de ser el país que tiene mayor mortalidad.

Las palabras del Dr. Pérez Mateos tuvieron el colofón

de una entusiasta manifestación de simpatía y cariño para este hombre bueno que dedica todos sus entusiasmos y toda su actividad a consolidar la más grande obra médicosocial contemporánea.

Finalmente, el gobernador civil declaró abierta la Asamblea en nombre del Gobierno de la República.

El Ayuntamiento obsequió con un «lunch» a los asambleístas.

Asociación del Cuerpo de Médicos Titulares Inspectores Municipales de Sanidad.

El Comité Ejecutivo de la Asociación del Cuerpo de Médicos Titulares Inspectores Municipales de Sanidad ha examinado las declaraciones del señor director general de Sanidad publicadas en el diario *Luz*, y no considera oportuno rebatirlas detalladamente para evitar polémicas de escaso interés general, mucho menos habiendo sido informada la clase en recientes Asambleas provinciales. Pasamos, pues, por alto los errores que aparecen en dichas declaraciones, acaso no imputables al señor director, cuyas declaraciones tal vez no fueran recogidas con rigurosa fidelidad, limitándonos a hacer constar con toda firmeza:

1.º Que la Asociación y sus elementos directivos como tales son absolutamente apolíticos, y su protesta contra la actuación del director general de Sanidad obedeció exclusivamente a la creencia de que dicho señor no ponía en la defensa de los derechos del Cuerpo de Médicos titulares todo el interés y la energía que los titulares esperaban.

2.º Que del mismo modo que nos hemos visto dolorosamente obligados a solicitar del Gobierno una rectificación de la política sanitaria rural, censurando la actuación de su director, estamos dispuestos a aplaudirle y felicitarle en cuanto veamos pruebas de una mayor consideración a la clase médico-titular, cuya representación inmerecidamente ostentamos.

3.º Que teniendo noticias de haber sido entregado al ministro de la Gobernación por el Consejo de Ministros para presentarlo a la aprobación de las Cortes un proyecto de ley relativo a nombramientos, separaciones y pago de los médicos titulares, esperamos su aprobación para rendir al director general de Sanidad y al Gobierno el tributo de gratitud y de justicia a que se harán acreedores.

El Dr. Albiñana y «El Debate».

Dice este diario en su número del martes 21 de los corrientes:

«El Dr. Albiñana se va a proclamar emperador de las Hurdes. Desde que se encuentra confinado en Martilandrán viene realizando una labor sanitaria bastante más eficaz e intensa que la del Sr. Pascua al frente de la Dirección general de Sanidad.

Los habitantes de las Hurdes han sido conquistados por la elocuencia, la generosidad y la ciencia del doctor. A unos les socorre, a otros los cura y a los demás les convence. Además, le admiran porque desde que se encuentra desterrado no pasa día que no llegue hasta aquel rincón, hasta ahora olvidado y desconocido, alguna caravana de amigos que acuden a saludar al doctor.

El correo le lleva a diario al confinado una correspondencia copiosa de toda España.

Albiñana ha recibido adhesiones de todas clases: desde la caravana pintoresca de hurdanos que acuden a saludarle, hasta el avión, que traza graciosos giros sobre Martilandrán y acaba dejando caer una bandera que Albiñana recoge y besa emocionado.»

No tenemos aun noticia de gestión alguna por parte del Colegio de Médicos de Madrid. ¿No podría intentarse algo, aunque sólo fuese un testimonio de afectuoso compañerismo?



El Presidente del Colegio de Médicos de Logroño, D. Ignacio Granado Camino, con los asistentes al banquete dado en su honor para celebrar su reelección en el alto cargo directivo.

REUNION CORDIAL

Como teníamos anunciado, el lunes 20, a las dos de la tarde, se celebró el almuerzo íntimo de los redactores de EL SIGLO MÉDICO para festejar el triunfo de su compañero el Dr. José M.^a Huarte Mendicoa, al conquistar, en brillantísimos ejercicios de oposición, el puesto de jefe de servicios de Otorrinolaringología en los Sanatorios Antituberculosos de Valdelatas, Húmera y San Rafael, puesto de que fué separado por una disposición de las que han hecho tan popular al Sr. Pascua.

El almuerzo, ajeno a toda significación bambollera, se celebró en el Círculo de Bellas Artes en un ambiente de cordialidad fraterna, que es, a nuestro juicio, lo que valora estos actos, tan desprestigiados por las más o menos interesadas gestiones de quienes organizan banquetes y homenajes de mayor acuerdo con los empresarios que con los asistentes.

En torno al Dr. Huarte Mendicoa y a nuestro director el Dr. Cortezo, ocuparon la mesa los Dres. Pulido Martín, González Deleito, Vallejo Nágera, García Vicente, Renedo, García Tapia (D. Rafael), Nouvilas, San Antonio, Aceña (M. y J.), Isasa (D. Juan), Bermejo, García Sicilia (D. José) y el redactor jefe Dr. Cortezo (D. F. Javier). Asistió también al almuerzo el Sr. Ballesteros, alumno que ha sido del Colegio de Huérfanos de Médicos y que ha terminado su carrera de practicante en estos días, entrando a formar parte de la Redacción de EL SIGLO, en la que se ocupará activamente de los intereses morales y materiales de estos auxiliares sanitarios. Enviaron su adhesión los Sres. Luengo (D. Emilio), Tomé Bona y Cortezo (D. Alfonso).

Al terminar el almuerzo, el Dr. Huarte obsequió con cigarros a sus compañeros y se firmó una minuta como recordatorio del acto.

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS

Bajo la presidencia del profesor Piga ha celebrado esta Corporación Junta general ordinaria, asistiendo toda la nueva Directiva del Colegio.

Por el secretario, Dr. Fernán Pérez, se dió lectura a las conclusiones de las ponencias que se llevan a la próxima Asamblea de La Coruña sobre los siguientes temas: Seguro de enfermedad. Asistencia médica en el medio rural. Reglamentación de la ignala. Plétora profesional. Intrusismo y Código de Deontología.

Aportaron interesantes orientaciones los Dres. Espinosa, Sánchez, Sanz Barrio, Carmona, Haro, Cerveró, Bermejillo, García Sierra y el presidente, que hizo el resumen de los puntos tratados.

Al entrar en ruegos y preguntas, el Sr. García Caballero hizo a la presidencia una pregunta de carácter político que fué contestada por el Dr. Piga con gran sinceridad afirmando el apoliticismo absoluto de la Junta y del Colegio, respuesta que fué subrayada con una clamorosa ovación.

Se dió cuenta de la designación de delegados de este Colegio para la próxima Asamblea del Consejo general de Colegios Médicos de España que ha de celebrarse en La Coruña, recaída en los Dres. Piga, como presidente; Fernán Pérez, como secretario; Guerrero, como contador y Carrasco, vocal, titular de Vallecas.

Se informó a la Junta de la dimisión de su cargo de vocal corporativo presentada por el Dr. Sánchez Covisa (don Isidro) y de la carta que se le había dirigido por la presi-

dencia rogándole desistiese de su renuncia y esperando que colaborase con su gran valía en la resolución de los problemas colegiales.

Hicieron diversos ruegos los Dres. Ruiz López, Tárraga y Barrio de Medina, que fueron satisfactoriamente contestados por la presidencia, levantándose la sesión después de las diez de la noche, en medio del mayor entusiasmo y cordialidad por parte de todos.

Unión Internacional contra la Tuberculosis.

La VIII Conferencia de la Unión Internacional contra la Tuberculosis se reunirá en La Haya del 6 al 9 de Septiembre de 1932, bajo el patronato de S. M. la Reina Madre de los Países Bajos y la presidencia del profesor Nolen, futuro presidente de la Unión Internacional contra la Tuberculosis. La sesión de clausura tendrá lugar en Amsterdam. La discusión se limitará a tres puntos principales: Cuestión biológica: «Relaciones entre la alergia y la inmunidad». *Rapporteur*, profesor Julio Bordet (Bruselas). Cuestión clínica: «La Crisoterapia». *Rapporteur*, profesor Luis Sayé (Barcelona). Cuestión social: «La asistencia postsanatorial». *Rapporteur*, Dr. B. H. Vos (Holanda). Diez *corapporteurs*, designados conforme a una lista presentada por los 40 países miembros de la Unión, se han sumado a los *rapporteurs* principales para abrir la discusión sobre cada una de las cuestiones inscritas en el orden del día.

LA FUNESTA HERENCIA

Nos remiten, rogándonos su inserción, los datos siguientes relativos a los exámenes de segunda enseñanza y Magisterio, en el Colegio de Huérfanos de Médicos:

Matriculas de Honor (propuestas).....	9
Sobresalientes obtenidos	69
Notables obtenidos.....	79
Aprobados obtenidos.....	128
Suspensos obtenidos	21

Por lo visto, en la que alguien llama *fatal herencia*, sigue el glorioso *vis a tergo* de la inercia de los años anteriores.

Quizá no falte quien diga como Cherubini, el personaje del «Dúo de la Africana»: *¡Come mi morde la gelossia!*

Que siga la *fatal herencia*, aunque en ella para nada hayamos ya de contribuir.

ASAMBLEA DE MÉDICOS SIN TRABAJO

La estadística realizada recientemente en la sufrida clase médica hace presumir sin ocupación alguna sobre 10.000 profesionales. Cada año vomitan nuestras prolíficas Facultades un contingente global de más de 1.000 médicos para 200 bajas por mortalidad e invalidez en este mismo período de tiempo.

Este ingente proletariado galénico, abúlico e indiferente a sus intereses materiales, ha permitido se creen profesiones subalternas: practicantes, matronas, dentistas, enfermeras, pedicuros y masajistas, etc., que invaden el terreno personalísimo y propio de nuestra carrera.

A más, el estado de penuria y de hambre se ve agravado por el número escandaloso del intrusismo farmacéu-

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 estrigina, ni arsénico*
- C/** *No es una emulsión, ni uno de los llamados extractos del aceite de hig. de bacalao. Es un licor no alcohólico, ni azucarado, de sabor gratísimo 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

— 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)

Asociación
Digitalina-Ubaina



reemplaza con ventaja
a Digital y Digitalina.

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

LABORATOIRES DEGLAUDE 6, Rue d'Assas
PARIS VI.

Muestras y
literaturas:

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

SIL-AL

Metahidrosilicato 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.

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 G^{al} para España: FERNAND BEJAR, 20, RUIZ PERELLO, MADRID (9)

EN
AMPOLLAS
5
CENTI-
CUBOS

EN
AMPOLLAS
5
CENTI-
CUBOS

tico, realizado indirectamente por la fabricación y venta inusitada de específicos más o menos infalibles que se expenden descaradamente sin receta ni control alguno por sus oficinas.

A este fin un grupo de médicos sin trabajo acuerda d rigirse a todos los compañeros que se encuentren en esta dolorosa situación para que envíen su adhesión al proyecto de celebrar una Asamblea magna en busca de soluciones concretas para remediar tan pavoroso conflicto social que inunda de miseria a millares de hogares.

Los promovedores de esta reunión resolvieron en principio celebrarla en la capital de España en época que se señale, pudiendo los compañeros que no puedan concurrir a la misma mandar las ponencias y trabajos para poder acoplarlas a las que constituyen labor práctica del Congreso.

Barcelona, 16 de Junio de 1932 — El secretario del Comité organizador, *Pio Brezosa Tablares*.

Las adhesiones, a la calle de Salmerón, 100, Barcelona.

SECCION OFICIAL

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD

Aclarando la Norma 16 del Reglamento de 11 de Noviembre de 1930.

Habiendo surgido dudas acerca de la interpretación de los preceptos de la Norma 16 del Reglamento de 11 de Noviembre de 1930, respecto al nombramiento de los vocales que han de constituir los Tribunales especiales que han de juzgar las oposiciones directas para proveer en propiedad las plazas de médicos titulares,

Esta Dirección general ha tenido a bien aclarar los citados preceptos, en el sentido de que los vocales propietarios y suplentes de los citados Tribunales, constituidos por un médico del Instituto provincial de Higiene, un subdelegado de Medicina con ejercicio en propiedad en la provincia respectiva y dos médicos titulares en propiedad en la misma, serán nombrados por las Corporaciones correspondientes, Ayuntamiento o Junta de Mancomunidad, durante el plazo de la convocatoria, y cuyo Tribunal será presidido por el inspector provincial de Sanidad o el funcionario en quien delegue, actuando de secretario el del Ayuntamiento respectivo, y tratándose de Mancomunidad, el del Ayuntamiento capitalidad de la plaza.

En su virtud, quedan anulados los Tribunales que figuran en los anuncios para provisión en propiedad de las plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad del Ayuntamiento de Nogueira de Raumín (Orense), publicado en la *Gaceta de Madrid* de fecha 12 del actual, y el de la agrupación constituida por el Ayuntamiento de Albarracín y sus agregados Tramacastilla, Monterde de Albarracín, Calomarde, Torres de Albarracín, Royuela y Noguera (Teruel), publicado en la *Gaceta de Madrid* de fecha 13 del presente mes, cuyos nombramientos se harán con sujeción a lo expuesto anteriormente, quedando subsistentes, en cuanto a los demás extremos, los anuncios de referencia.

Lo que se hace público para conocimiento de los Ayuntamientos y demás interesados a los efectos oportunos. Madrid, 30 de Mayo de 1932.—El director general, P. D., *S. Ruesta*. (*Gaceta* del 31 de Mayo de 1932.)

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 706,1; ídem mínima, 701,1; temperatura máxima, 26°, 2; ídem mínima, 11°, 4, vientos dominantes, NE. y OSO.

Durante la semana transcurrida se han registrado pocas variaciones en el estado general de la salud. Disminuyen los procesos agudos de las vías respiratorias y mejoran los crónicos; mejoran asimismo los procesos intestinales; persisten, en cambio, los anginosos.

Hace algunos números dimos cuenta de varios casos de triquinosis que se hallaban en estudio. La naturaleza de la enfermedad se ha confirmado en dos de los enfermos por el hallazgo anatomopatológico de los parásitos. No se han registrado más casos y los enfermos van mejorando.

En los niños se va extendiendo la parotiditis, especialmente en la zona noroeste de Madrid, distrito de la Universidad, y se ha recrudecido un poco el sarampión.

CRONICAS

Vacantes.—Hasta el 13 de Julio pueden solicitarse, por concurso de antigüedad, las siguientes plazas de titulares:

Perarúa y anejos (Huesca). 1.650 pesetas.
Ribatejada (Madrid). 1.375 pesetas.
Cabañas de Esgueva y anejos (Burgos). 1.650 pesetas.
Zarza (Valencia). 1.650 pesetas.

—Y por concurso de méritos:

Traiguera (Castellón). 2.200 pesetas.
Cortes de Arenoso (Castellón). 2.200 pesetas.
Navaluenga (Ávila). 2.750 pesetas.
Coomonte y anejo (Zamora). 2.200 pesetas.
Cubel y anejos (Zaragoza). 1.650 pesetas.
Badalatos y anejos (Sevilla). 1.300 pesetas.
San Lorenzo de Calatrava y anejo (Ciudad Real). 2.200 pesetas.

Fuente el Sol (Valladolid). 1.375 pesetas.

—Por oposición:

García (Tarragona). Tribunal especial. 1.650 pesetas.
Rueda (Valladolid). Tribunal ordinario. 2.750 pesetas.

—Por méritos hasta el 19 de Julio:

Omells de Nagaya (Lérida). 1.650 pesetas.
Ponferrada (León). 3.300 pesetas.
Cati (Castellón). 2.200 pesetas.
Cutanda (Teruel). 2.750 pesetas.
Meaño (Pontevedra). 2.750 pesetas.
Fuenmayor (Logroño). 2.200 pesetas.
Alameda de Gardón (Salamanca). 1.650 pesetas.
Altura (Castellón). 2.200 pesetas.

—Por antigüedad hasta el 19 de Julio:

Palenciana (Córdoba). 2.500 pesetas.
Liria (Valencia). 2.750 pesetas.
Casatejada (Cáceres). 2.200 pesetas.
La Granada de Riotinto (Huelva). 2.475 pesetas.
Frailes (Jaén). 2.200 pesetas.

—La de tocólogo de Albox (Almería). Antigüedad. 2.200 pesetas.

En el próximo número publicaremos con todos los detalles dichas vacantes.

Noticias.—*Segunda Conferencia Internacional del Servicio Social.*—En los días 11 al 14 de Julio del presente año 1932 tendrá lugar en Frankfurt (en el M.) una Conferencia Internacional del Servicio Social. En 1928, representantes del Servicio Social público y privado de 42 naciones se reunieron por primera vez en París. Este primer encuentro determinó resultados tan útiles para el Servicio Social de todos los países, que se tomó la resolución de repetir la Conferencia cada cuatro años. Se fijó

ésta en Frankfort en el año 1932, porque Frankfort ha tenido siempre la reputación de ser un centro muy social. En París se discutieron varios problemas; en Frankfort todos los temas se referirán al general: «La Familia y el Servicio Social». En una época en la cual se puede observar en todo el mundo las alteraciones, el resquebrajamiento de la vida de familia, provocado todo por razones económicas y psicológicas, este tema es extraordinariamente interesante, no sólo para los políticos que se ocupan de cuestiones sociales, sino para los políticos que tratan de las cuestiones económicas, dado que uno de los asuntos más importantes que se discutirá es la «Influencia de la falta de trabajo en la Familia». Como consecuencia de este tema podría surgir la iniciativa del seguro contra la falta de trabajo (Arbeitslosenunterstützung).

Hasta el presente hay ya 1.000 inscripciones para la Conferencia, 400 de América. La presidenta de la Conferencia es la señora doctora Masary Kova, de Praga; vicepresidente es el señor secretario de Estado Dr. Geib, de Berlín. La Secretaría general está dirigida por el profesor Dr. Pollig Keit, de Frankfort, y el Dr. Rene Sand, París.

Los debates serán públicos. Todos los informes son suministrados por la Secretaría general, Stiftstrasse, 20, Frankfort a. M., Alemania.

Noticias.—Ha sido nombrado D. Gonzalo Pulido García médico auxiliar residente del Hospital de Incurables, de Toledo.

—Se ha concedido la Gran Cruz de la Orden Militar de San Hermenegildo al inspector médico D. José Argus-tin y Martínez Gamboa.

—Ha sido nombrado D. José Casas y Sánchez catedrático numerario de Patología general de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid.

De la «Gaceta».—5 de Junio.—Gobernación.—Por realizar un servicio público y gratuito los Centros oficiales sanitarios que dependen de la Dirección general de Sanidad, se dispone que en lo sucesivo el Instituto Nacional del Higiene facilite gratuitamente a dichos Centros los sueros preventivos, curativos, aglutinantes y hemolíticos, las vacunas, antígenos y, en general, cuantos productos biológicos sean necesarios para la actividad sanitaria oficial.

8 de Junio.—Decreto disponiendo se adquieran mediante concurso quince instalaciones de Rayos X, destinados a otros tantos Dispensarios antituberculosos de la Dirección general de Sanidad.

—Orden concediendo la excedencia voluntaria a don Jesús Basterra Santa Cruz, médico oftalmólogo auxiliar del Instituto Oftálmico Nacional.

11 de Junio.—Gobernación.—Decreto confirmando a D. Gustavo Pittaluga y Factorini en el cargo de director de la Escuela Nacional de Sanidad.

Nombramientos.—Han sido nombrados por concurso, de acuerdo con lo informado por las Juntas administrativas de los Institutos provinciales de Higiene correspondientes, D. Manuel Paradas Farinós, médico bacteriólogo del Instituto provincial de Higiene de Las Palmas; don Francisco Jiménez Martín, para igual cargo en el de Pontevedra; D. Juan Antonio Martínez Linones, médico epidemiólogo del Instituto provincial de Higiene de Almería; D. Higinio Paris Eguilaz, para igual cargo en el de Lérida; D. Pedro Lozano Padrós, para igual cargo en el de Málaga; D. Salvador Almansa de Cara, químico del Instituto provincial de Higiene de Almería; D. Antonio Casas Fernández, para igual cargo en el de Castellón, y D. Ernesto Rivera Grau, para igual cargo en el de Málaga.

—Del concurso oposición libre convocado en 13 de Abril último para proveer las plazas que a continuación se determinan, han sido nombrados: D. Alvaro López Fernández y D. Antonio Sierra Fuente, para las plazas de médicos encargados de los servicios de Cirugía infantil, y D. Manuel Pérez Álvarez, para la plaza de médico de guardia, encargado del laboratorio, del Sanatorio de Oza; D. Hermán Blanco Ramos, para la plaza de médico cirujano, y D. Hermes Alfonso Fernández Busto, para la de médico residente, del Sanatorio de Pedrosa; D. Salvador

Marina Bocanegra, para la de médico cirujano, encargado del servicio de Rayos X, y D. Cecilio González Sánchez y D. Gaspar Zaragoza Fernández, para las de médicos residentes del Sanatorio de Malvarrosa; don Alfonso Queipo de Llano y Buitrón, para la de médico residente del Sanatorio de Torremolinos, y D. Antonio Oliver Copons Medina, para la de médico residente del Preventorio Infantil de Guadarrama.

Médicos del Cuerpo de Sanidad Nacional.—El Ministerio de la Gobernación, de conformidad con lo informado por el Consejo Nacional de Sanidad, ha tenido a bien resolver el concurso oposición declarando médicos del Cuerpo de Sanidad Nacional, pertenecientes al grupo inspector, a don Antonio del Campo Cardona, D. José Sierra Inestal, don Primitivo de la Quintana López, D. José Viñes Ibarrola, D. José María Gómez Ullate, D. Domingo Martín Yumar, D. Eliseo de Buen Lozano, D. Luis Nájera Angulo, don Enrique Angoloti Cárdenas, D. Enrique Álvarez Romero, D. José Eleicegui Sieyro, D. Jesús Sabagún Torres, don Francisco Oquién Echalecu, D. Francisco Fornieles Ulibarri, D. Julio Pérez Álvarez, D. Miguel Benedicto Fernández, D. Ildefonso Cortés Rivas, D. Antonio Pintor González, D. David Molina Herrero y D. Antonio Martínez Cepa.

Inauguración del Hospital Provincial en Burgos.—El día 19 se inauguró el Hospital Provincial, dotado de cuantos adelantos existen. Al frente de él se halla el eminente cirujano D. Rafael Vera. También figura entre el Cuerpo de médicos D. José Luis Inclán. El edificio lleva el nombre Valles, médico burgalés a quien en su tiempo llamaron «el Divino».

Al acto asistieron las autoridades y representaciones de los Centros de todas clases, muchos médicos de la ciudad y de la provincia, así como muchas señoras.

Se pronunciaron discursos por el D. Marañón y el diputado a Cortes Sr. García Lozano. El director de Sanidad se adhirió al acto telegráficamente.

Documentación fotográfica, cinematográfica y radiográfica en las ciencias médicas.—El Dr. Claoué y el Sr. Painlevé darán una serie de conferencias con demostraciones prácticas, del 10 al 15 de Octubre próximo, en las que fijarán los puntos indispensables para obtener una buena documentación fotográfica en las ciencias, en general y en particular, sobre otorrinolaringología y cirugía plástica y estética.

Para detalles, dirigirse al Dr. Claoué, 1 rue Singer, París, 16.

Cursos Internacionales de Perfeccionamiento médico en Berlín.—La Sociedad de Docentes de cursos médicos de vacaciones y la Kaiserin Friedrich Heus, en colaboración con la Facultad de Medicina de la Universidad, darán cursos de perfeccionamiento en otoño de 1932 y la primavera de 1933.

La oficina se halla en Kaiserin Friedrich Haus, Berlín, NW, 7, Robert Koch-Platz, 2 4, e informa sobre todas las cuestiones competentes.

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

Unico preparador en España: DOCTOR GIRAL

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

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

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

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

BARDANOL

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

IMPRENTA DEL SUCESOR DE ENRIQUE TEODORO

Glorieta de Santa María de la Cabeza, 1.—Madrid. Teléfono 70.438.