

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

FRANQUEO
CONCERTADO

HISTORIAL

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

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

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

PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN

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

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

Si quiere V., Doctor,
usar el yodo sin
peligro de yodis-
mo en los casos de



ARTERIO-ESCLE-
ROSIS = ENFISE-
MA = ESCROFULIS-
MO = OBESIDAD
prescriba

PEPTOYODAL

ROBERT

Yodo orgánico
en gotas e inyectable.

Representante para las provincias de Madrid, Toledo, Avila, Segovia y Guadalajara, **D. RAMON MORA**
Calle de Echegaray, 15, principal, a quien pueden solicitarse muestras, informaciones, etc.

PRODUCTOS FARMACÉUTICOS ESPECIALIZADOS

MAURICIO LEPRINCE

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

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

PARIS, 62, rue de la Tour, PARIS

MEMENTO TERAPÉUTICO

Indicaciones terapéuticas.

Facsimil de los productos.

Dosis y modo de empleo

CASCARINE LEPRINCE

(C¹² H¹⁰ O⁵)

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

Colagogo y copragogo de primer orden.



CASCARINE LEPRINCE

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

GUIPSINE

Principios activos del muérdago.

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



GUIPSINE

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

Píldoras del Dr. Sejournet

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



Píldoras

del

Dr. Sejournet

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

RHOMNOL

(C⁴⁰ H⁵⁴ As¹⁴ P⁴ O⁷³)

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



RHOMNOL

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

EUMICTINE

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

(Tratamiento completo.)



EUMICTINE

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

NEO - RHOMNOL

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



NEO - RHOMNOL

Ampollas: Nucleinato de Estricnina, un miligramo; Cacodilato de sosa, 0,05 gr. Una inyección diaria. Comprimidos: Nucleinato de Estricnina, 0,5 miligramos; Metilarsinato de sosa, 0,025 gramos.

Completamente asimilable.

2 comprimidos al día.

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

Depósito en las principales Farmacias de España y del Extranjero.

lides, etc. El color que persiste tras de la expulsión de la sangre por la compresión se conoce con el nombre de color propio.

Por la vista y, mejor todavía, por el tacto, podremos comprobar con facilidad la superficialidad de las lesiones. Tampoco hay que descuidar nunca la exploración de la superficie de las lesiones para determinar su lisura o su aspereza, y esta exploración es muy interesante porque con frecuencia basta por sí sola para decidir el diagnóstico en un sentido determinado. El exantema de la roseola sífilítica, por ejemplo, tiene siempre una superficie lisa, en tanto que el de la pitiriasis rosada es siempre áspero. El examen de los bordes de las lesiones prominentes nos da una idea de la profundidad a que se encuentra el proceso, porque cuanto más profundo sea, tanto más numerosas serán las capas levantadas, y por tanto, más insensible el tránsito desde las regiones de piel sana a las enfermas.

Las lesiones que asientan en las capas más superficiales de la piel y solamente se encuentran cubiertas por el epidermis o por la capa córnea tienen los bordes cortados a pique. La inspección permitirá determinar también si la lesión en cuestión está unida a algún determinado elemento de la piel, por ejemplo, a una glándula sebácea o a un folículo piloso, pues en las pápulas o póstulas en cuyo centro se descubre un pelo o un orificio glandular, se puede determinar fácilmente que se trata de una afección folicular. El estudio del conjunto de los elementos que componen la lesión nos permite hacer una determinación retrospectiva del curso de la enfermedad, puesto que sabemos el desarrollo que experimentan todas las lesiones desde su origen hasta su momento culminante, y desde éste hasta su desaparición completa.

En las enfermedades agudas encontramos todas las lesiones en el mismo período de desarrollo, pero en las crónicas, no solamente las encontramos en las fases más diversas, sino que muchas veces encontramos al mismo tiempo las lesiones secundarias o consecutivas. El curso agudo de las lesiones fundamentales no significa el curso agudo de la

un exceso de queratinización, sino de una adherencia excesiva entre las células córneas.

Las escamas se deben generalmente a un proceso llamado paraqueratosis. En los puntos en que se desarrollan se encuentra el estrato espinoso generalmente edematoso, no hay estrato queratohialino y el proceso de queratinización se muestra deficiente. Los núcleos del estrato córneo se conservan y son parcialmente coloreables. Existe una segunda forma de desviación del proceso normal de queratinización, que es la llamada hiperqueratosis. En este proceso las células epiteliales se retienen en la superficie formando grandes capas muy apretadas en vez de exfoliarse de la manera normal. Se sabe únicamente del proceso de la hiperqueratosis que la cantidad de células córneas producidas es excesiva, pero nada acerca del mecanismo por el que esta anomalía tiene lugar. Lo único que se sabe es que el mantenimiento de las escamas unidas entre sí se debe a una adherencia excesiva más que al exceso de producción.

Las costras se forman por la desecación de la sangre, del plasma sanguíneo o de la linfa, o del pus que exhalan las lesiones de la piel. Las costras que se deben a la sangre desecada son de color rojo negruzco y bien conocidas por ser las que se forman en todos los casos de erosiones que todos hemos sufrido. Las formadas por el suero sanguíneo o por la linfa son duras, de color amarillento, quebradizas y transparentes cuando están recién formadas, pero pronto se hacen opacas por la mezcla con células descamadas, por la invasión de bacterias y por las resquebrajaduras que permiten la entrada del aire.

Las costras formadas por secreciones purulentas son opacas desde el principio y de color amarillo pardo o verdoso. En cuanto a la forma, dependen las costras de la de las lesiones de donde brotara el líquido que las formó, y en cuanto a su tamaño, de la cantidad de líquido y del tiempo que durara su salida. Cuando la lesión que origina la salida del líquido formados de la costra se va extendiendo por la periferia, va engendrando cada vez nuevas capas costrasas que elevan las primitivas y el conjunto adquiere la forma

de un cono truncado con estratificación horizontal muy visible; esta forma de costras era la que antes se conocía con el nombre de rupia.

Costra laminar son las estratificadas formadas por capas alternativas de costras y de escamas.

Excoriaciones son pérdidas de substancia producidas por traumatismos mecánicos, que afectan desde las capas más superficiales del epidermis hasta la capa papilar. En muchos casos se producen a consecuencia del rascado violento en las afecciones cutáneas acompañadas de picor. Sus aspectos son sumamente variables, según la extensión, la forma y, sobre todo, la profundidad. Cuando solamente afectan al epidermis aparecen en forma de una línea blanca doble, formada por detritus epidérmicos.

Si la lesión penetra en el cuerpo de Malpighio, el fondo de la misma es húmedo por la extravasación de linfa. Cuando llega la lesión hasta los vértices de las papilas se produce una extravasación sanguínea en forma de puntitos finos, como sucede, por ejemplo, en las placas recientes de psoriasis cuando se desprenden las escamas. Si la lesión llega hasta la base de las papilas, la excoriación sangra en abundancia. La sangre y la linfa o el suero extravasados se secan en el sitio formando costras con los caracteres que hemos indicado un poco más arriba.

En muchos casos son las excoriaciones de forma lineal y aparecen entonces paralelas o cruzadas en la dirección en que se han movido las uñas para producirlas, pero otras veces corresponde su forma a la de las lesiones primitivas por cuya fricción o rascamiento se han producido aquellas excoriaciones. El rascado de las vesículas engendra pequeñas excoriaciones discoidales, cubiertas muchas veces por costras amarillas a consecuencia de la desecación de las secreciones, en tanto que el rascado de un habón, que pica siempre de una manera violenta, determina el desprendimiento del epidermis y hasta el desgarro de la capa capilar con la consiguiente hemorragia abundante. Por eso tiene importancia para el diagnóstico retrospectivo el análisis de las lesiones producidas por el rascado, y a veces sirven para

se conservan los surcos corrientes con muy poca variación. Las glándulas y los folículos pilosos experimentan la misma atrofia que el resto de los elementos de la piel, de modo que la región de la atrofia aparece completamente lisa, brillante y seca. Por su forma se pueden parecer las zonas de atrofia a las de cicatriz, y ofrecer importantes dificultades para el diagnóstico diferencial.

Todas las lesiones fundamentales que acabamos de describir, tanto las primitivas como las secundarias, representan tan sólo la patología general de la piel, o sea que ninguna de ellas basta por sí misma para caracterizar una enfermedad de la piel; pero el estudio atento de las mismas y de sus peculiaridades nos dan punto de partida para la comprensión del proceso patológico de que se trata. La forma de la pápula o de la vesícula no es suficiente para hacer el diagnóstico de la enfermedad que el sujeto padece, porque son muchos los procesos morbosos que determinan estas lesiones fundamentales de una manera análoga. Cuando la vista nos manifieste dos lesiones casi iguales, por ejemplo, dos pápulas, la palpación puede darnos otro dato importante indicándonos si son más duras o más blandas que la piel normal, o si tienen la misma consistencia.

La hiperplasia del epidermis, la hipertrofia del tejido conjuntivo y la gran imbibición de los tejidos por un exudado, determinan un aumento de la consistencia, en tanto que el edema de los tejidos o la producción de una infiltración con gran cantidad de células desprendidas hacen disminuir la consistencia. El color de las lesiones es de la mayor importancia. Todas las coloraciones que se producen por hiperemia desaparecen por la vitropresión. Unas veces, la región comprimida quedará totalmente anémica, pero otras se pondrán de manifiesto de este modo coloraciones pigmentarias que no desaparecen por la vitropresión, y que quedarán totalmente ocultas por la hiperemia. En estos casos se manifestarán las regiones de color azul rojizo, amarillito pardo, etc. Este descubrimiento de los dos componentes de la coloración de la lesión tiene gran importancia en algunas de éstas, por ejemplo, en las del lupus, de las sífi-

TERTULIA MÉDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

— AMENIDADES —

8 X-1932

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

EL CRIMEN TRACOMATOSO

Del nuevo y curioso romance donde se da cuenta de las hazañas del forajido «Tracoma», y de la batida organizada por el Gobierno para reducirle.
Primera y segunda parte.

POR

D. PEDRO SOLA MARTÍNEZ
Cursillista.

Composición leída por su autor en el banquete íntimo con que los médicos asistentes al cursillo antitracomatoso obsequiaron al profesor D. Manuel Marín Amat en Almería, el 7 de Septiembre de 1932.

PRIMERA PARTE

EL CRIMINAL

Sagrada Virgen del Mar,
la patrona de Almería,

el crimen más horroroso
que sufre la humanidad.
Es el crimen del *Tracoma*,
que no tiene parecido,
el crimen de un gran bandido
que va sin patria ni hogar
produciendo el exterminio

El complejo fósforo vitamínico

Vitophos

polvo - tabletas - jarabe

CHEMIROSA IBÉRICA, S. A.

por dondequiera que va.

HISTORIA

Su historia es la negra historia
del bandido secular:
roba, martiriza y mata
temerario y sin piedad,
realizando sus antojos
hasta acabar con los ojos
en la ceguera total.
Nació con Adán y Eva.
En Egipto hizo furiosos.
Los medas, persas y griegos

supieron de sus rigores.
No escaparon los etruscos,
ni los árabes ni turcos;
hizo mella en los romanos,
y de uno al otro confín
de aquel mundo conocido
el *Tracoma* fué señor
de los ojos preferidos.
Ni sexo, edades, ni climas,
detienen sus arrogancias;
su valor es la abundancia.

LOS CÓMPlices

Los agentes naturales
son sus fieles servidores;
y la luz con sus colores,
la tierra con sus arenas,
con su *cepillado* el viento,
y el agua con su *humedad*,
preparanle *alojamiento*:
hiriendo la conjuntiva,
sus defensas destruyendo,
acumulando elementos

OMNADINA

ACTIVADOR DE LAS DEFENSAS DEL ORGANISMO

dame voz en este día
para que pueda cantar

Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.

Alcalá, 88. — Madrid.

para nutrir al bandido,
haciendo en ella el *barrido*
con lágrimas *anormales*,

era preciso atravesar por un extenso basurero situado en la parte alta de la montaña, porque el valle estaba intransitable. De aquí al primer pueblo que habrá visto usted antes de llegar a este cantón, el hermoso camino por el que sin duda alguna habrá usted venido, no constituía en aquellos tiempos otra cosa que un formidable cenagal. A este país, inaccesible y apartado por completo del movimiento social, jamás había llegado ni la más radical revolución ni el mayor movimiento político. Únicamente el nombre de Napoleón se había dejado oír, habiendo llegado a ser un ídolo gracias a dos o tres viejos soldados del país que volvieron a sus casas, y que durante las veladas contaban fabulosamente a estas gentes sencillas las aventuras del gran hombre y de sus ejércitos. Por otra parte, el retorno de esas gentes no dejaba de ser un fenómeno inexplicable. Antes de mi llegada, los jóvenes que partían de este burgo para el ejército permanecían en él eternamente. Este hecho es lo suficientemente claro para acusar por él la miseria del país y para dispensarme de tener que contarlos con todo detalle. He aquí, señor, en el estado que yo encontré este cantón, del cual dependen, más allá de las montañas, varios municipios bien cultivados, bastante felices y casi ricos. Nada os digo de las cabañas de la aldea; verdaderas cuadras, donde hombres y bestias hacían vida común. Yo pasé por aquí cuando volvía de la gran Cartuja. Como no encontraba donde albergarme, tuve que dormir en casa del vica-

rio, quien habitaba provisionalmente esta casa, la cual se encontraba en venta. De conversación en conversación, conseguí enterarme, aunque superficialmente, de la deplorable situación por que atravesaban estos sujetos a pesar de la hermosa temperatura, del excelente suelo y de las producciones naturales que maravillaban la atención del más modesto observador. Amigo mío, por aquel entonces procuraba yo los medios de proporcionarme una situación de tranquilidad y trabajo que pudiera compensarme de las tristezas que me embargaban. De pronto me tocó en el corazón uno de esos pensamientos maravillosos que Dios nos envía cuando quiere hacernos soportables las desgracias que nos han ocurrido, y me resolví a transformar y educar a este país como cualquier preceptor pudiese educar a un niño. No me reconozca mérito alguno en los beneficios que yo pueda haber proporcionado a estas gentes, puesto que mi principal interés estaba cifrado en la necesidad de distracción que mi espíritu tenía y que encontré en estas ocupaciones; desde entonces me propuse dedicar el resto de mis días a la ardua empresa que había concebido. Los cambios que eran necesarios introducir en este cantón, rico por naturaleza y pobre por el abandono del hombre que le habitaba, bien podían ocupar la vida de un individuo; la dificultad enorme de la empresa hizo que tentara mi amor propio y me decidiera a darle principio. Desde el momento en que pude adquirir la casa que hoy habito, que pertenecía al

FERTULIA MEDICA

taponando leucocitos,
dificultando excreciones...
Preparan bien los salones
donde el huésped ha de estar
batiéndose noche y día.
¡Su descanso es pelear!

PRIMER PERÍODO

Llevado a la conjuntiva
por un agente cualquiera,

SARNA

Cérase con SULFURETO CABALLERO

almohada, mosca, mano,
juguetes, paños, etcétera,
busca puntos angulares
jugosos e hipersalados,
rodete y saco bañados
de abundantes secreciones,
ve los puntos excretorios
de las glándulas y envía
numerosos compañeros
a beber sus manantiales,
y estos puntos iniciales
se inflaman de tanto honor
y avisan con su dolor
que allí habitan los cabales
y no hace falta más gente...
Es el período incipiente.

SEGUNDO PERÍODO

Desde aquí hace excursiones
sobre barca lacrimosa

ANTIPHLOGISTINE

es una ayuda indispensable en el trata-
miento de la influenza, gripe, afecciones
de los bronquios y pulmonías.

y a su placer vive y posa
donde halla nutriciones.
Deja el sitio si está mal,

y en años de traslaciones
ocupa con sus legiones
el campo conjuntival.
Para vivir hiere y mata
su citócico alimento;
procura su enquistamiento
para no ser alcanzado
de algún agente enviado,
y en lucha tenaz y sorda.
la horda tracomatosa
con leucocitaria horda,
entre lágrimas, dolores,
epíforas, fotofobias
irisados resplandores,
cadáveres de pestañas
y simbiosis bacilares
vive el ojo atormentado...
Es el período de estado.

TERCER PERÍODO

Años después, muchos años
el tejido conjuntivo

Jarabe Bebé. - Tetradinamo. - Sooti- cemol. - Purgantil (Jarabe de Frutas)

Véase anuncio, página X.

—que es la prótesis orgánica —
en papel sustitutivo,
se hipertrofia, se retuerce,
se abarquilla y estrangula
cuantos núcleos vivos hay.
Mata al Tracoma, y lo mata
ocupando su lugar.
A la mucosa es igual,
ha perdido su misión...
Período cicatricial.

CUARTO PERÍODO

Luego, nada. Haces leñosos,
escombreras y taluces,
de arruinadas construcciones.
Un shardíco desierto
con sequedad, polvo, viento,
y huellas de granulaciones...

*Es período de serosis,
que es como decir de muerto.*

FIN DE LA PRIMERA PARTE

SEGUNDA PARTE

LA BATIDA

Bien enterado el Gobierno
de que el bandido Tracoma

JARABE ALMERA

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

después de martirizarlas
deja ciegas las personas,
reunió al Estado Mayor
de la Legión Sanitaria
para organizar la lucha
contra el microbio invasor.
Es mariscal de estas fuerzas
por méritos de campaña
el doctor Marín Amat,
gloria de Almería y de España.
Y haciendo de Covadonga
el hospital de Almería,
preparó día tras día
una legión eficiente
en el arte de captar
a ese pirata valiente
que en las orillas del mar
elige su mejor cliente.
Ya existe en Lorca un cuartel,
fortines en Carboneras,
Adra, Garrucha y Canjáyar,

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

Lucainena de las Torres,
Roquetas, Nijar, Mojácar,

SIGUE A LA PÁGINA XIV

cura, y algunas tierras vanas, pero baratas, me dediqué religiosamente a la cirugía campestre, es decir, a lo que todo hombre piensa siempre dedicarse en último extremo. Quería hacerme el amigo de los pobres, sin esperar de ellos la menor recompensa. ¡Oh!, yo no me abandoné a ninguna ilusión, ni acerca del carácter de los campesinos, ni de los obstáculos que se encuentran al procurar el mejoramiento de las cosas o de los hombres. Jamás pensé hacer idilios sobre mis paisanos: los acepté como son, pobres aldeanos, ni enteramente buenos ni absolutamente malos, a quienes un trabajo contínuo no consiente en modo alguno que se dediquen a satisfacer aspiraciones, que a veces suelen sentir vivamente. En fin, he comprendido, sobre todas las cosas, que no podría influir en ellos más que por cálculos de interés y de bienestar inmediatos. Todos los aldeanos son hijos de Santo Tomás, el apóstol incrédulo, y quieren siempre los hechos acompañando a las palabras.

Seguramente os reiréis de mis comienzos — repitió el médico después de una pausa—. Empecé esta obra difícil por la instalación de una fábrica de cestos; estas pobres gentes compraban en Grenoble sus canastillas para hacer los quesos y la cestería indispensable para su comercio rústico; se me ocurrió la idea de poner frente a ella un hombre joven e inteligente, que la colocó al lado del torrente de las aguas, tomando una gran cantidad de terreno que las lluvias enriquecían anualmente y donde las mimbreras se da-

rían en abundancia. Después de haber contado la cantidad de cestos consumidos por el cantón, fuimos en busca de un obrero joven y sin recursos pecuniarios, hábil en el trabajo, que encontramos en Grenoble. Cuando llegó aquí me fué sumamente fácil decidirle a que se estableciese, prometiendo adelantarle el precio de las mimbreras necesarias para su fabricación hasta que el número de las que habíamos plantado en nuestro terreno pudiese darle rendimiento suficiente. También le persuadí a que vendiese sus cestos a menos precio que en Grenoble y que procurase hacerlos mejores. El me comprendió en seguida, y gracias a ello, tanto la cestería como las mimbreras constituyeron pronto una especulación cuyos resultados no podrían ser apreciados hasta después de cuatro años. Como usted sabrá, el mimbre no debe cortarse hasta que cuente por lo menos con tres años. En su primera campaña, mi cesterero vivió y encontró sus provisiones con beneficios; en seguida se casó con una muchacha de San Lorenzo del Puente que poseía algunos cuartos. Entonces se construyó una casa sana, bien aireada, cuyo emplazamiento fué bien escogido y cuya distribución se hizo atendiendo a mis consejos. ¡Este paso fué un triunfo colosal! Había creado en este pueblo una industria, había traído un productor y a algunos trabajadores. ¿Calificará usted mi alegría de infantilismo?... Durante los primeros días en que se estableció mi cesterero, no pasé ni una sola vez delante de su tienda sin que los latidos de mi corazón no se

CARDIOETIL Y CARDIOETIL ESTRÍCNICO

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

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

TRATAMIENTO CURATIVO DEL ESTREÑIMIENTO PETROSINA

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

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

No es irritante y no produce hábito en tratamiento prolongado.

NEUROTÓNICO

Elixir para vía gástrica. Inyectable para vía subcutánea.

Medicación gliceroarsenial fosforada, con nucleína y estricnina.

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

CIATICARINA

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

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

LABORATORIO GARCÍA SUÁREZ

Calle de Recoletos, 2, triplicado. — MADRID

COLITIQUE

VACUNA CURATIVA ANTICOLIBACILAR

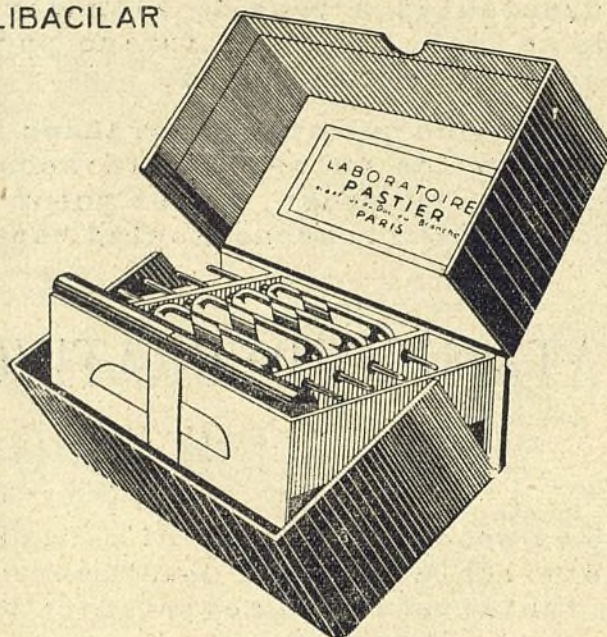
Doble superioridad:

*Acción directa sobre el microbio
No produce reacción febril alguna*

Forma bucal, la más activa

*El COLITIQUE está adoptado
por los Hospitales de París*

Muestras y literatura



Laboratorios del Dr. P. ASTIER, 45-47, Rue du Docteur-Blanche. - PARÍS (16^e) (Francia)

SUCURSALES

BARCELONA · calle del Bruch, 129
MILÁN — LONDRES

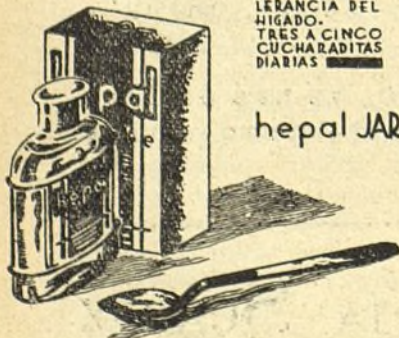
BUENOS AIRES : Potosí, 4058 a 4060
NEW-YORK — VARSOVIA

hepal

PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANÉMIA

REALIZACIÓN CLÍNICA
PERFECTA
DEL
MÉTODO DE MINOT-MURPHY

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



hepal JARABE

principio
aislado
con hierro

antianémico
del hígado
y cobre

PRODUCTO NACIONAL

Laboratorio Juste
APARTADO DE CORREOS 9030



MADRID

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

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

EN AMPOLLAS DE 2cc
CONTENIENDO EL PRIN-
CIPIO ANTIANÉMICO DE
20gr DE HIGADO Y
CORRESPONDIENDO
EN EFICACIA A 300gr
DE HIGADO FRESCO
UNA A TRES AMPO-
LLAS POR VÍA SUB-
CUTÁNEA INTRAMUS-
CULAR O INTRAVE-
NOSA DIARIAMENTE

hepal
INYECTABLE

INYECCIÓN INDOLORA





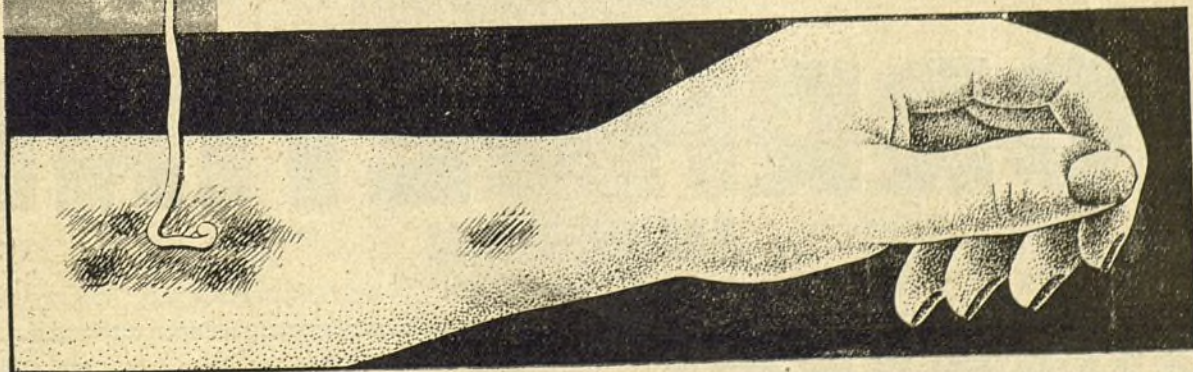
PERCAINAL

"CIBA"

**Pomada analgésica
astringente
antiflogística
antipruriginosa**

Eczemas
Maceraciones
Herpes
Grietas
Intertrigo
Prurito
Fisuras
Quemaduras
Hemorroides

CIBA SOCIEDAD ANONIMA DE PRODUCTOS QUIMICOS
Aragón, 285 BARCELONA Apartado 744



CHIGADO
DE 2cc

nepal
ECTABLE



LOS

254

**LABORATORIO
MIRABENT
BARCELONA**



MORRHUÉTINE

EL TÓNICO DE LA INFANCIA
Y DE LA PUBERTAD.

JUNGKEN

MEDICACIÓN YODADA
POR EXCELENCIA

SE USA TODO EL AÑO = SABOR GRATÍSIMO = TOLERANCIA PERFECTA

NURRISOL

RECONSTITUYENTE GENERAL PARA LAS MUJERES QUE CRIAN
FACILITA LA LACTANCIA MATERNA

PAHIRVOL

TÓNICO ESTOMACAL
INSUFICIENCIAS Y ATONÍAS GÁSTRICAS

Panflavina

Antiséptico quimioterápico a base de Tripaflavina.

Sustituye ventajosamente las gárgaras con soluciones antisépticas de dudosa eficacia.

Indicaciones

Desinfección de la cavidad buco-faríngea, procesos inflamatorios y ulcerosos de la boca y garganta, estomatitis, gingivitis, piorrea alveolar, anginas, etc.

PROFILAXIA DE LA GRIPE, difteria y otras infecciones respiratorias.

Prescribase:

PASTILLAS DE PANFLAVINA

Envase original

Bayer-Meister-Lucius



LA QUÍMICA COMERCIAL Y FARMACÉUTICA, S. A.

Bayer-Meister-Lucius

APARTADO, 280 BARCELONA

ANTALGOL DALLOZ

Granulado

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

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

EN
INYECCIONES
SUB-CUTÁNEAS
VERDADERAMENTE
INDOLORAS

EL ACETYLARSAN

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

TRATAMIENTO DE ASALTO
TRATAMIENTO DE PRUEBA
TRATAMIENTO DE SOSTÉN

HEREDO-SÍFILIS

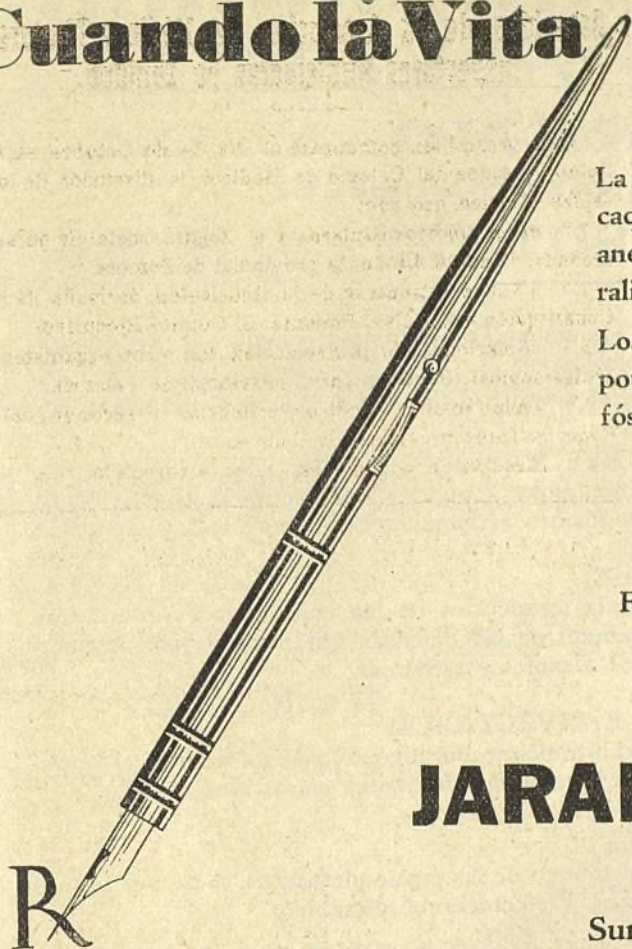
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
—Specia—
MARQUES POULENC FRÈRES à "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3^e

DAEVILL

Agentes para España:

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

Cuando la Vitalidad se Agota



La desmineralización causa muchos estados de caquexia, debilidad, mala-nutrición, neurastenia, anemia y otros estados de agotamiento. La remineralización es el único remedio.

Los ingredientes del Jarabe de Fellows son sodio, potasio, calcio, hierro y manganeso, junto con fósforo, quinina y estricnina.

Dosis: 1 cucharadita tres veces al día.

Muestras a petición

Fellows Medical Manufacturing Company, Inc.

26 Christopher Street, Nueva York, N. Y.

JARABE DE FELLOWS

DE HIPOFOSFITOS

Suministra los minerales esenciales



De venta en todas las farmacias.

Única Medicación de las ENFERMEDADES del HIGADO



reuniendo las
OPOTERAPIAS HEPÁTICA Y BILIAR
con los COLÁGOS más activos.

2 a 12 PILDORAS al día ó 1 a 6 cucharaditas de postre de 10 Gr. de SOLUCIÓN

ESTREÑIMIENTO Y AUTOINTOXICACIÓN INTESTINALES



Tratamiento Racional según los últimos trabajos científicos.

EXTRACTO de BILIS glicerinado y PANBILINE
SUPOSITORIOS Y ENEMA

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

Muestra y Literatura: LABORATOIRE de la PANBILINE, ANNONAY (Ardèche) FRANCE. Representantes en ESPAÑA: Giménez Salinas y C.ª, Sagüés, 2 y 4, BARCELONA (S. G.)

LABORATORIOS CORBIÈRE - PARIS

SUERO ANTI-ASMÁTICO DE HECKEL

MUESTRAS
GRATIS

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

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

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

LABORATORIO FARMACÉUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

DIRECTOR: D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA
ESPAÑA

Jarabe Bebé

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

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

Tetradínamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

Mutasán

(INYECTABLE)

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

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación de ferrocarril

Asociación
digitalina-Uabalina



reemplaza con ventaja
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

— 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)

QUADRO-NOX

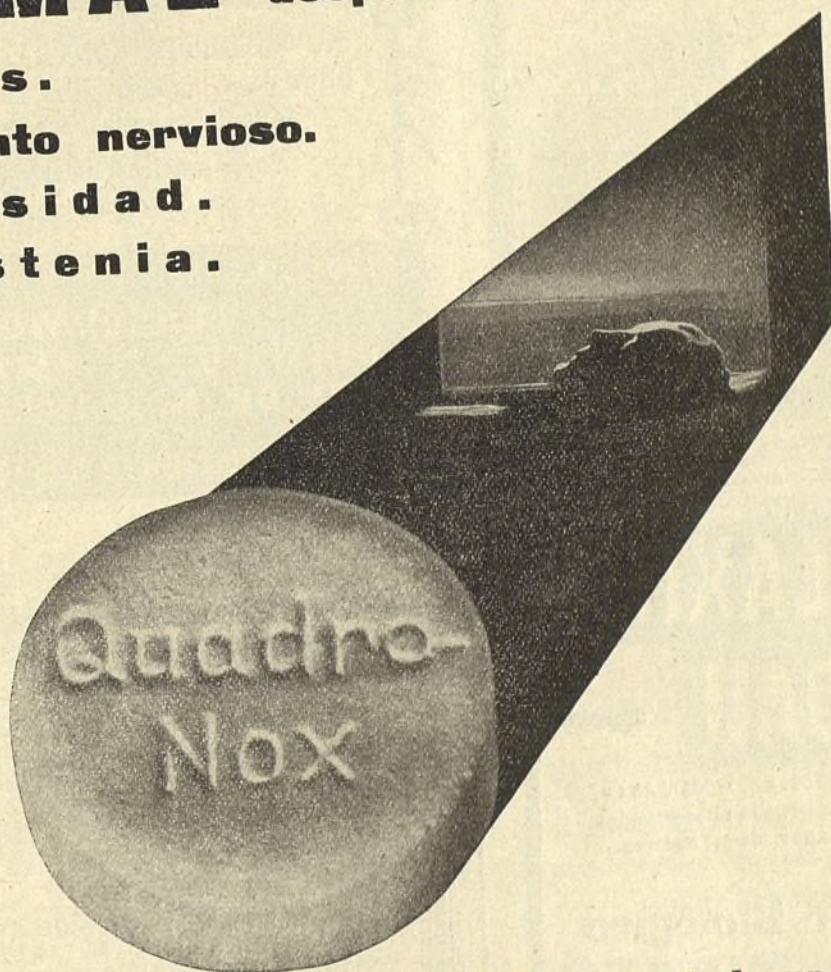
SUEÑO REPARADOR NORMAL después de

Dolores.

Agotamiento nervioso.

Nerviosidad.

Neurastenia.



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

Sustituye con ventaja a la morfina.

Tabletas 0,6 en cajitas de 1 y tubos de 10 y 20 tabletas.

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

Sección científica: Enrique Wernick. — Calle de Córcega, 382, 3.º — BARCELONA

Representante y depositario en España:

J. ALEJANDRO RIERA, Ingeniero.— Nápoles, 166.—BARCELONA

Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

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

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

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

FORMAS FARMACÉUTICAS :

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

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

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

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

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

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

**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

LACTOLAXINE FYDAU

COMPRIMIDOS de FERMENTOS LÁCTICOS LAXANTES
son base de Fermentos Lácticos seleccionados,
Sales biliares, Agar-Agar, Nattol Maleina.

**Tratamiento Biológico
del ESTREÑIMIENTO
del ENTERITIS
PADECIMIENTOS del HÍGADO
ANTISEPSIA GASTRO-INTESTINAL**

DOSIS : 1 a 3 Comprimidos por la noche al acostarse.
Se vende en estuche de 8 Tubos de 8 comprimidos.

LABORATORIOS BIOLÓGICOS de ANDRÉ PARIS

*Farmacéuticos de 1^{ra} Clase,
En-interno y Jefe de Laboratorios de los Hospitales de París,
4, Rue de La Motte-Picquet, PARIS (Francia).*

SE ENCUENTRA EN TODAS LAS DROGUERÍAS Y FARMACIAS

DEPOSITARIOS en ESPAÑA

R. y J. A. RIERA, Nápoles, 186, BARCELONA.

Bactilose

**OLIVER
RODES**

**PRODUCTO
DEL PAIS**

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

INDICACIONES

**Forunculosis. Septicemias
Anthrax. Escarlatina. Gripe.**

NO PRESENTA CONTRAINDICACIONES

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

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

DEPÓSITO GENERAL

**VENTA EN
FARMACIAS**

**LABORATORIO
QUÍMICO - FARMACÉUTICO
DEL DR. B. OLIVER Y RODES**

CONSEJO CIENTO 308 - BARCELONA

**METODO CITOFILÁCTICO
DEL PROFESOR P. DELBET**

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

DELBIASE

Comprimidos de Sales halógenas de
MAGNESIO

**ESTIMULANTE BIOLÓGICO GENERAL
POR HYPERMINERALIZACION
MAGNESIANA DEL ORGANISMO**

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

PRINCIPALES INDICACIONES :

TRASTORNOS DIGESTIVOS

INFECCIONES DE LAS VIAS BILIARIAS

PRURITOS Y DERMATOSIS

TRASTORNOS NEURO-MUSCULARES

ASTENIA NERVIOSA

TRASTORNOS CARDIACOS POR HYPERVAGOTONIA

DESORDENES URINARIOS DEBIDOS A LA HYPERTROFIA DE LA

PROSTATA

LESIONES DEL TIPO PRECANCEROSO

PROFILAXIA DEL CÁNCER

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

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

Muestra medical sobre pedido.

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

PARA LAS ENFERMEDADES NERVIOSAS
ELIXIR POLIBROMURADO AMARGÓS

BROMURANTINA

(Nombre registrado.)

Calma, regulariza y fortifica los nervios.

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

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.

Véase Principales farmacias del mundo.

CARIE
ÓSEA Y
DENTARIA
TUBERCU
LOSIS - RA
QUITISMO.

**ONERGO
LEFEL**

ELIXIR E INTELIGENTE

PODEROSO
RECONSTITUYENTE
EFICAZ
ANTI-TUBERCU
LOSO

**CALCIL
LEFEL**

Vías respiratorias

JARABE FAMEL
a base de Lactococcus soluble

**ACCION
RAPIDA
Y
SEGURA**

calma la tos
facilita la expectoración
reanima el estado general

Depósito general para España
Curiel y Morán-Aragón 226 - Barcelona

LABORATORIOS CAMPOS FILLOL
VALENCIA

LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal.

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

Frasco de 250 gramos, 3,85 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



SANATORIO NEUROPÁTICO

Calle de Pablo Iglesias, 52.—CARABANHEL BAJO (Madrid).— Teléfono 116 C.

Director: DR. GONZALO R. LAFORA

Plaza de la Independencia, 8.— MADRID.— Teléfono 11680

Sanatorio con tres edificios y jardines independientes; uno abierto para enfermos nerviosos y otros dos cerrados para mentales, con separación de ambos sexos.—Tratamientos modernos.—Cuatro médicos; dos internos.

Pídanse reglamentos a la Administración.

INSTITUTO MEDICO-PEDAGOGICO

CARABANHEL BAJO.—Calle de Pablo Iglesias, núm. 12.— Teléfono 71 C.

Escuela, talleres, gimnasio y granja para niños retrasados de inteligencia o con anomalías de carácter y psicopatías.—Tres profesores especializados.

Dirección médica: Dr. Gonzalo R. Lafora.

VACANTES

Por concurso de méritos pueden solicitarse hasta el 28 de Octubre las siguientes de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad:

Por defunción, la de Villafra de Burgos (Burgos) y sus anejos Cotar, Rubena, Cardemuela, Villalbal, Orbaneja y Quintanilla; dotación, 2.760 pesetas por 51 familias de la Beneficencia. Población, 1.424; categoría 2.^a

Datos.—L. a 7 km. de la c., que es la c. de p. Ferr.

—Por renuncia, la de Estellenchs (Baleares), p. judicial de Palma; dotación, 2.200 pesetas por 15 familias de la Beneficencia. Población, 596; categoría 3.^a

Datos.—V. a 32 km. de la c., que es la est. más próx.

—Por renuncia, la de Almendros (Cuenca), p. judicial de Tarancón; dotación, 1.650 pesetas por 35 familias de la Beneficencia. Población, 1.247; categoría 4.^a

Datos.—V. a 23 km. de la c. y a 14 de la c. de p., que es la est. más próx.

—Por excedencia, la de Pobra de Ciérvoles (Lérida), p. judicial de Borjas Blancas; dotación, 1.650 pesetas por 10 familias de la Beneficencia. Población, 728; categoría 4.^a

Datos.—L. a 50 km. de la c. y a 25 de la c. de p. La est. más próx., Vinaixa, a 12 km. Río.

—Por renuncia, la de Masalcoreig (Lérida); dotación, 1.650 pesetas por 20 familias de la Beneficencia; Población, 916; categoría 4.^a

Datos.—L. a 27 km. de la c., que es la c. de p. y la est. más próx. Río.

OBESIDAD

Se combate y sin peligro para el organismo con la

DELGADOSE PESQUI

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

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

—Por renuncia, la de Grañón (Logroño) y sus anejos Villarta, Quintana, Corporales y Morales, p. judicial de Santo Domingo de la Calzada; dotación, 2.200 pesetas por 56 familias de la Beneficencia. Población, 1.810; categoría 3.^a

Datos.—V. a 50 km. de la c. y a 6 de la c. de p., cuya est. es la más próx. Río.

—Por renuncia, la de Alpedrete (Madrid), p. judicial de El Escorial; dotación, 1.650 pesetas por 15 familias de la Beneficencia. Población, 777; categoría 4.^a

Observaciones.—Igualas de 6.000 a 6.500 pesetas.

Datos.—V. a 40 km. de la c. y a 11 de la c. de p. Ferr.

(Continúa en la página siguiente.)



SANTAL MONAL AL AZUL DE METILENO

Antigonocócico - Analgésico
Antiséptico - Diurético

Blenorragias - Cistitis - Piurias

ENFERMEDADES DE LAS VIAS
URINARIAS

DOSIS : 6 a 10 capsulas al dia

EL MAS ACTIVO

EL MEJOR TOLERADO

LABORATORIOS MONAL & C^{IE}, PARIS

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

Vera, y dos en Almería, donde es llegado el día que funcione un hospital que sea «espejo sanitario» como es «espejo del mar». Mas los tesoros de Creso ni el talento militar de un nuevo Napoleón,

Contra las neuralgias aconsejamos CEREBRINO MANDRI

no habrían de bastar sin soldados que en los dedos lleven a Marín Amat; sin «pipiolos» que en la aldea los ojos sepan abrir y al *Tracoma* de un «catarro» pronto puedan distinguir; sin un cuerpo de enfermeros subalterno, practicante, avanzada vigilante, prontos al *choque* primero; sin maestros nacionales que se impongan el deber de explicar la profilaxis que los niños han de hacer; sin la Prensa que a diario publique divulgaciones sobre el modo de evitar

STROPHANTUM — PALLARÉS —

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

padecer *granulaciones*; sin llevar propaganditas a oficinas y talleres, a cárceles y refugios,

a los campos y cuarteles, asilos, cafés, mercados... Allí donde dos se junten y puedan ser contagiados, allí debe haber un *guardia* que evite los «atentados». Y con ser esto gran parte, sobre todo es necesario un inspector como el nuestro, querido cual respetado; señor de todos nosotros por mutuo voluntariado; nuestro libro de consulta; nuestro apunte extraviado... Y nos hace falta más: un gobernador que quiera dejar perenne recuerdo en esta bendita tierra donde el sol hace el milagro de que los ciegos la vean. Un gobernador... Liarte

EL CHOCOLATE ZORRAQUINO

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

—que por muchos años sea—. ¡Pero si hace falta más de Liarte, el inspector, y el señor Marín Amat el *trípode director*!

Para ganar la campaña yo veo con luz meridiana, necesario, que en España la forma republicana sea eterna con Azaña.

Y con todo, temo tanto al *Tracoma granular*, que espero poder ser santo antes de poder curar.

FIN DE LA PRIMERA Y SEGUNDA PARTE

Las grandes figuras de la Cruz Roja.

GUSTAVO MOYNIER

Gustavo Moynier nació en 1826. Estudió Derecho. Fué elegido presidente

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

de la «Sociedad Ginebrina de Utilidad Pública» por sus brillantes cualidades y por la confianza que inspiraba su destacada personalidad.

En Noviembre de 1867 recibió un ejemplar del «Recuerdo de Solferino», escrito por Henri Dunant, que fué testigo de los horrores del campo de batalla en 1859. La lectura de esta obra fué un paso decisivo en la carrera de Moynier. Su espíritu lógico reconoció en seguida las deducciones prácticas que podrían sacarse de este libro y decidió secundar el esfuerzo de Dunant poniendo a su servicio la «Sociedad Ginebrina de Utilidad Pública». El apóstol Dunant podía apoyarse en adelante sobre el organizador metódico que era Moynier.

Desde 1862 hasta su muerte en 1910, Moynier estuvo asociado a todos los

RINO GOL

Para antisepsia nasal.

J. DOMINGO CHURTÓ
C. Libertad, 14, BARCELONA

grandes acontecimientos de la Cruz Roja. En calidad de presidente del Comité Internacional de la Cruz Roja, durante cuarenta años, se consagró al

acelerasen grandemente por el entusiasmo. Cuando en esta casa nueva, de ventanas pintadas de verde y a la puerta de la cual colocaron un banco, una parra y algunos cestos de mimbre, pude ver una mujer limpia, bien vestida, dando de mamar a un hermoso niño rubio y sonrosado, en medio de obreros aceitunados, completamente alegres, cantando siempre, confeccionando con admirable actividad sus canastillos, y dirigidos por un hombre que hacía muy poco tiempo era pobre, aunque despierto, respiré con satisfacción el aire de felicidad que nacía en esta comarca. Os lo confieso con toda el alma, amigo Genestas: apenas podía resistir a la tentación de hacerme cesterero, aunque fuera por un momento; y entraba en la tienda para informarme del negocio llevado de una satisfacción que no puedo pintaros. Me encontraba alegre, haciendo mía la alegría que derrochaban aquellas gentes. La casa de este hombre, el primero que creyó en mí voluntariamente, se convirtió en una esperanza. ¿No se cifraba en ella el porvenir de este pobre país, que ya llevaba yo en mi corazón como la mujer del cesterero llevaba en el suyo a su hermoso niño?... Yo tendría que afrontar infinitas dificultades, y me asaltaban multitud de ideas. En primer lugar encontré una oposición violenta fomentada por el alcalde ignorante, a quien había quitado el puesto y cuya influencia se desvanecía rápidamente ante la mía; entonces pensé hacerle mi teniente alcalde y el cómplice de mis beneficios. Si, señor, fué en aquella cabe-

za, la más dura de todas, donde me propuse que prendieran las primeras luces. Tuve que coger al buen hombre por su amor propio y por su interés. Durante seis meses cenábamos juntos todas las noches y le comprometí a compartir conmigo la responsabilidad que del mejoramiento del pueblo me había trazado. Muchas gentes verán en esta alianza necesaria las más crueles trabas a mi tarea; pero este hombre, ¿no había de convertirse en el mejor instrumento que yo pudiera desear? ¡Desgraciado de aquel que desprecia su cuña o la abandona despreocupado! Por otra parte, ¿no hubiera procedido inconsecuentemente si, queriendo mejorar el país, hubiese retrocedido ante la idea de mejorar a un hombre? El medio más urgente para lograr fortuna estaba en camino. Pronto obtuvimos del Concejo municipal la autorización para construir un buen camino de aquí a Grenoble, cuyo provecho había de ser sentido, en primer lugar, por mi teniente alcalde, ya que en vez de arrastrar costosamente sus árboles a través de funestos senderos podría, valiéndose de un hermoso camino vecinal, trasladarlos fácilmente y emprender un gran comercio de toda clase de maderas, ganando, no ya seiscientos desgraciados francos por año, sino grandes cantidades que podrían conducirse con el tiempo a una modesta, pero holgada fortuna. Convencido al fin, este hombre se hizo mi prosélito. Durante todo un invierno, el antiguo alcalde no dejó de predicar la conveniencia de estos planes a todos sus amigos de taberna, y consiguió demos-

desarrollo y a la aplicación de sus principios. Presidió la Conferencia Internacional de la Cruz Roja celebrada en Ginebra en 1863. Participó, en calidad de plenipotenciario, a la Conferencia diplomática de 1864 que dió un estatuto legal a la asistencia a los heridos militares. (El Convenio de Ginebra fué firmado el 22 de Agosto de 1864).

Desde 1863, Moynier comprendió la necesidad de crear Sociedades de la

En el ocaso de su vida, la obra de la Cruz Roja en tiempo de paz fué una de sus preocupaciones. No se cansaba de

CARABANA: el mejor purgante.

repetir que el porvenir de la Cruz Roja dependía de esta obra. Publicó varias obras y artículos relacionados con la Cruz Roja. Todos llevan la marca de su espíritu claro y metódico.

Su fallecimiento, acaecido en 1910, constituyó una pérdida dolorosísima para la Cruz Roja. El Comité Central de la Cruz Roja Francesa expresó en estos términos el sentimiento general:

«Nunca olvidaremos que fué Moynier quien sacó del acto esencialmente diplomático y oficial del Convenio de Ginebra, la gran obra humanitaria que ha extendido sobre el mundo entero su acción bienhechora.»

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

Más de once mil médicos recetan y
recomiendan a sus familias el
ELIXIR CALLOL

El elogio de un maestro.

Madame María Kiéné Bigot, célebre pianista francesa, fué, al decir de sus contemporáneos, la más grande artista de su tiempo.

A propósito de su singular maestría de ejecutante, cuenta uno de sus biógrafos—Fétis—la siguiente anécdota:

Era ya viejo Haydn cuando oyó tocar una composición suya a madame Bigot.

Y fué tan viva la emoción que ésta hizo experimentar al glorioso maestro, que éste no pudo contener su impulso y se precipitó en sus brazos, con lágrimas en los ojos, mientras le decía:

—¡No soy yo quien ha hecho esa música! Sois vos quien acabáis de componerla.

Y acto seguido escribió de su propio puño sobre el ejemplar que aún estaba sobre el piano: «El 20 de Febrero de 1805 José Haydn ha sido feliz».

“MALTOPOL”

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

El banquete de la vida.

El filósofo estoico Epicteto decía a sus discípulos:

—Acordaos siempre de gobernaros y comportaros en la vida como lo haríais en un banquete. Si las viandas llegan a vosotros, extended la mano y tomadlas. Si el criado pasa sin servirlos, no le de tengáis para pedirle nada. Si tardan en servirlos, no os impacientéis y aguardad con calma que llegue vuestro turno.

Si esto mismo lo hacéis en las cosas de la vida, alcanzaréis la felicidad y se réis dignos de un celestial banquete.

CATARROS. TOS
JARABE MADARIAGA.
benzocinámico.

NO TE CONTENTES con reprender a los que hayan cometido faltas; detén a los que vayan a cometerlas.

PERIANDRO.

TREPONEMOL SIFILIS

Cruz Roja en todos los países civilizados. Consideró que estas Sociedades debían servir de complemento y auxiliares de los servicios de sanidad del ejército en los países en que funcionaran.

Se negó siempre a ver en el Convenio de Ginebra un simple contrato que implica mutuos sacrificios en favor del bien general. Para él, el Convenio significaba: «el reconocimiento de ciertas leyes de orden superior, a las cuales toda nación se honra sometiendo espontáneamente y cuyo carácter imperativo es absoluto».

Moynier fué el primero que propuso

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

que todas las Sociedades de la Cruz Roja estuvieran unidas por medio de un pacto federativo.

trar a todos ellos que un buen camino por el que pudiesen transitar carruajes sería una fuente de riqueza para el país, permitiendo a cada uno establecer relaciones fáciles con el comercio de Grenoble. Cuando el Concejo municipal votó la aprobación del camino, obtuve del prefecto algún dinero sobre los fondos del Departamento, con el fin de pagar los transportes que el Concejo no podía pagar por falta de recursos. En fin, para terminar esta gran obra y hacer apreciar inmediatamente los resultados de ella a los ignorantes que murmuraban contra mí diciendo que yo quería establecer nuevas cargas y las antiguas prestaciones para aumentar sus fatigas, arrastré a ella durante todos los domingos de mi primer año de administración, de grado o por fuerza, la población entera del burgo, comprendiendo las mujeres, los niños y aun los viejos, a lo alto de la montaña, donde había trazado sobre un excelente fondo el gran camino que lleva desde nuestro pueblo a Grenoble. Los materiales, felizmente, eran muy abundantes y se encontraban a muy corta distancia del camino donde habían de ser empleados. La empresa era grande y, por consecuencia, exigía una paciencia sin límites. Tan pronto unos, ignorantes de toda ley, rehusaban su apoyo para la obra, como otros, que no tenían qué comer realmente no podían dedicar a ella ninguna jornada; así pues, fué necesario repartir trigo a estos últimos y convencer con palabras amigas a los primeros. Sin embargo, cuando hubimos concluido los dos tercios

de este camino, que tiene aproximadamente dos leguas, los habitantes del país comenzaron a reconocer las grandes ventajas que se les proporcionaban y el último tercio fué acabado con un entusiasmo y una rapidez sorprendente. Pude enriquecer el porvenir del municipio plantando una doble fila de álamos al lado de cada cuneta lateral; hoy estos árboles representan casi una fortuna, a la vez que dan un aspecto de verdadera realce a nuestro camino, seco por naturaleza y tan bien confeccionado por otra parte, que apenas cuesta su mantenimiento doscientos francos por año; ya tendré el gusto de enseñárselo a usted porque seguramente no le habrá visto; para venir aquí, sin duda habrá usted tomando el hermoso camino de la parte baja, y que es debido a los mismos habitantes, que, por su gusto y a sus expensas, le han construido hace ya tres años, con el fin de abrir comunicaciones a los establecimientos que se han ido instalando con el tiempo. De este modo, mi querido capitán, hace ya tres años, el buen sentido público de este burgo, poco antes carente de inteligencia, ha adquirido ideas que cinco años antes cualquier viajero seguramente se hubiera desesperado pretendiendo inculcárselas. Pero... prosigamos. El establecimiento de mi cestero fué también un ejemplo implantado con fruto en esta pobre región. Si el camino venía a ser la causa más directa de la prosperidad futura del burgo, se hacía preciso a su vez excitar todas las industrias primitivas con el fin de fecundar estos dos

misma estructura del dermis la cicatriz que suple un defecto de la piel y del tejido subcutáneo; sobre todo, falta el estrato papilar. El epidermis que recubre la cicatriz se regenera en la forma normal, pero no envía a la profundidad ni glándulas ni folículos pilosos, por lo que en las zonas cicatriciales la piel difiere de la normal por no presentar el aspecto que le dan los grupos de papilas y los conductos excretorios de las glándulas.

Ahora bien; si la pérdida de substancia ha sido muy superficial, se pueden conservar estos pelos y estos conductos glandulares que atraviesan la cicatriz, y entonces el aspecto de la piel es perfectamente normal. El tamaño, la forma y el asiento de las cicatrices dependen de los de la pérdida de substancia a que deben su origen. El tejido cicatricial experimenta al cabo del tiempo algunas alteraciones; la más corriente es la atrofia, que hace a las cicatrices aparecer delgadas; otras veces es la hipertrofia

Hasta las cicatrices hipertrofiadas pueden experimentar más tarde una atrofia, pero lo esencial de las cicatrices es que su falta de elasticidad no les permite seguir convenientemente los movimientos de las regiones inmediatas de la piel, y que por ello es la piel la que queda dislocada de su sitio constantemente, pero más en los movimientos. Y como quiera que la cicatriz misma no resiste por mucho tiempo la tracción que sufre y experimenta una gran distensión. Estas deficiencias del tejido cicatricial son las que han hecho que los cirujanos se esfuercen por conseguir cicatrices lineales y en la dirección de las fibras musculares de las regiones en que se encuentran, de modo que tengan que sufrir las menores distensiones posibles y que desarrollen hasta donde puedan las operaciones de autoplastia para evitar cicatrices extensas.

Por su aspecto exterior se parece a las cicatrices la atrofia de la piel, en la que hay un gran adelgazamiento de todos los elementos de la misma. No se trata de una neoformación de tejido conjuntivo, como sucede en las cicatrices, ni va precedida de una pérdida de substancia, sino que encontramos una superficie casi normal y, a veces, hasta

hacer a posteriori el diagnóstico de lesiones que han desaparecido ya.

Las excoriaciones representan una irritación mecánica de la piel que repercute sobre las zonas inmediatas, provocando en ellas hiperemia y otros síntomas de inflamación, especialmente cuando además de la lesión mecánica se han inoculado o han colonizado secundariamente gérmenes de la supuración. Cuando las excoriaciones son profundas se encuentran alrededor de ellas un halo hiperémico con puntos hemorrágicos y, con frecuencia, en la excoriación misma, pus. El sitio que ocupó la excoriación queda luego marcado por una mancha de pigmento que le hace variar de color, desde el amarillo pálido hasta el pardo obscuro.

Cuando la excoriación ha destruido el estrato papilar deja en pos de sí una cicatriz blanca rodeada de un halo pardo. Cuando se repiten frecuentemente las excoriaciones en un mismo punto de la piel se producen hiperemia e inflamación crónicas, que dan lugar, de una parte, a la hiperplasia de las regiones superficiales del dermis, y de otra, a la atrofia de las glándulas y de los folículos pilosos. La parte correspondiente de la piel aparece engrosada; es difícil hacerla plegar y su superficie es áspera y obscura. Las lesiones muy tenaces que determinan rascamiento, y tras de él excoriaciones, conducen con frecuencia a una forma de alteración de la piel, que se llama liquenificación. Consiste en una hiperplasia de las partes más superficiales del dermis y del epidermis, a consecuencia de la cual se engruesan y se hacen más compactas.

El aspecto de la superficie es normal, pero el estudio histológico demuestra que se ha exagerado el desarrollo de los diferentes estratos de la piel. Toda clase de dermatosis inflamatorias crónicas pueden conducir al desarrollo del liquen. Los dermatólogos franceses han solido llamar eczematización a fenómenos que se producen como consecuencia de las fricciones y del rascado muy repetidos y que consisten en unas lesiones muy parecidas al eczema. Se deben a la invasión de la piel por gérmenes de la supuración.

Las pérdidas de epitelio que se producen como conse-



cuencia del desprendimiento del epidermis, especialmente por efecto de maceraciones, se denominan erosiones. Se producen corrientemente porque se afloja la unión entre los elementos epiteliales en los procesos exudativos, y por este motivo hay que incluírlas entre las erosiones superficiales. Pocas veces queda pigmentación como consecuencia de ellas y nunca cicatriz. Son úlceras las pérdidas de substancia del corion y a veces más profundas como consecuencia de la destrucción de un tejido que ha sufrido una alteración patológica.

La alteración patológica fundamental puede ser de naturaleza inflamatoria simple o estar constituida por procesos específicos de infiltración o por tumores. Según la forma y la extensión de la lesión fundamental, la forma, el tamaño y la profundidad de la úlcera pueden variar muchísimo. La destrucción de una pápula sífilítica superficial determina una pérdida de substancia también superficial; la destrucción de un goma o de un nódulo canceroso que desde los tejidos profundos ha salido a la superficie determina una úlcera profunda. El fondo y las paredes de la úlcera se encuentran siempre formados por tejidos patológicos en destrucción, de modo que la secreción de la úlcera nunca es purulenta pura, sino que está formada también por detritus de mal aspecto y masas patológicas.

La parte de los tejidos que rodea inmediatamente la úlcera, o sea su borde, suele ofrecer residuos de la alteración patológica primitiva y en determinadas circunstancias presenta aún señales características. Cuando la lesión que se destruyó engendrando las úlceras era tímica, por lo menos en una región de la piel, la úlcera es rodeada y sus bordes más o menos verticales. Si se trata de úlceras debidas a la destrucción de focos múltiples de infiltración que se hallaban más o menos confluentes entre sí, las úlceras aparecen bastante irregulares, tal y como sucede en las distintas formas de tuberculosis. Las úlceras en forma de hendiduras o de grietas, las de forma de fístula y las que forman colgajos suelen tener los bordes excavados. Toda úlcera se cura inevitablemente por la producción de una cicatriz, puesto

que hay una destrucción de tejido subcutáneo que solamente por la neoformación cicatricial se puede reparar.

Las fisuras o grietas son pérdidas de substancia de la piel que se deben a que alguna parte de ella o algunas partes han perdido su elasticidad o, por lo menos, dicha elasticidad ha disminuido mucho, y en un movimiento de plegadura o de distensión normal dicha región de la piel se ha desgarrado. Por eso se suelen encontrar las fisuras en los sitios de transición de la mucosa a la piel, por ejemplo, en el borde de los labios, de la nariz, etc., o en las articulaciones. Las fisuras son alargadas y su longitud es las más veces perpendicular a la dirección de la distensión. La profundidad de las grietas se puede limitar al epidermis, y entonces son simplemente secretantes, o puede invadir la capa papilar, y en ese caso ya son sangrantes. Se presentan con mucha frecuencia en las enfermedades que disminuyen la elasticidad de la piel, como el eczema y el psoriasis, y son, con frecuencia, la puerta de entrada de infecciones y en especial de la erisipela.

La pigmentación es un proceso secundario que ocurre tras de numerosos procesos. Aparecen dichas pigmentaciones tras de procesos inflamatorios con extravasación sanguínea, granulomas, etc. El pigmento que da lugar a las manchas aludidas se suele formar ya durante las lesiones primitivas y va cambiando su color al amarillo, al pardo, etc. Terminado el proceso primitivo, queda solamente el pigmento formado. Las manchas pigmentarias sirven, como las excoraciones, para hacer el diagnóstico retrospectivo durante mucho tiempo después de extinguidas las lesiones primitivas, pues conservan la misma forma y la misma distribución durante varios meses. Las pigmentaciones se pueden presentar en varios grados de pigmentación, pueden estar bien limitadas o ser difusas, correspondiendo en esto a las particularidades propias de las lesiones primitivas.

Las cicatrices están formadas por tejido conjuntivo muy denso con fibras elásticas dispuestas en redes muy apretadas. La vascularización es muy escasa. En las cicatrices recientes falta la armazón elástica. Nunca puede ofrecer la

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

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

PROGRAMA CIENTÍFICO:

Lema: Progressi sumus, progredimur, progrediemur.

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

SUMARIO: Sección científica: Tratamiento del flemón orbitario por etmoidectomía externa con drenaje nasal, por el Dr. José María Barajas y de Vilches. — Información científica del II Congreso Internacional de Otorrinolaringología. Escleroma: I. Dos palabras sobre la organización de la encuesta internacional a propósito del rinoscleroma, por el Dr. Bélioff. — II. Historia del escleroma, por el Prof. M. Hajek. — III. Etiología del escleroma, por el Prof. Dr. Herrmann Streit. — IV. Bacteriología del escleroma, por el Dr. Francesco Lasagna. — V. Localización de la bacteria de Frisch y diversa inmunidad de los tejidos, por el Dr. Renato Segre. — VI. Epidemiología del escleroma, por el Prof. Bélioff. — VII. La guerra y el escleroma, por el Prof. Putichowski. — VIII. Sobre la legislación internacional del escleroma, por el Prof. Barraud. — IX. Presentación de un enfermo de escleroma, por el Dr. Guillermo Núñez Pérez. — Divulgación científica extranjera: Estudio fisiopatológico del calcio, por el Dr. Francisco de Jamatobo y Arranz. — Bibliografía. — Periódicos médicos.

Tratamiento del flemón orbitario por etmoidectomía externa con drenaje nasal ⁽¹⁾

POR EL

DR. JOSÉ MARÍA BARAJAS Y DE VILCHES

Corresponsal en Madrid de la Academia Nacional de Medicina
y de la Société Française d'O. R. L.

Tienen extraordinario interés para el rinólogo las supuraciones orbitarias producidas por afecciones piógenas de los senos de la cara y de las células neumáticas del etmoides, que distribuidas en el espesor de los huesos que constituyen las paredes de la órbita, al sufrir procesos inflamatorios, fácilmente propagan la infección por cualquiera de los diferentes mecanismos patogénicos al interior de la órbita, para dar lugar a las complicaciones, que si bien algunas corresponden al terreno de la oftalmología, otras, en cambio, somos los rinólogos los encargados de resolverlas.

Los interesantes trabajos de Jacques Steiner, Kilian, Mouret, Tilley y Escat se han ocupado de los procesos inflamatorios del laberinto etmoidal, detallando sus caracteres anatómicos y destacando recientemente los estudios de Tanturri en Italia y de Vilar y Fiol en Valencia.

Respecto a la etiología de las supuraciones etmoidales con propagación orbitaria, afirma Hajek que son más frecuentes en las edades juveniles, tal vez a causa de la fragilidad de las paredes óseas, hasta el punto de que en ocasiones, con motivo de un retardo de la osificación del etmoides se favorecerá el paso de los gérmenes a la cavidad orbitaria.

Theixen señala la frecuencia de las etmoiditis entre los adenoideos, siendo frecuente en el niño que pasen inadvertidos los primeros síntomas, hasta que de un modo fluxionario violento aparece el edema palpebral como manifestación del flemón.

Desde el punto de vista bacteriológico, Hajek con-

cede la mayor importancia al estreptococo, sobre todo en la escarlatina, aunque, sin embargo, los demás gérmenes pueden ser responsables del proceso como, por ejemplo, el gonococo en un caso visto por Prada; y en un caso observado por mi padre, el germen responsable era el bacilo piocianico. Brandt refiere un absceso etmoidal producido por el bacilo fusiforme, y Laurens e Israel han publicado casos en los cuales en el interior de las células etmoidales encontraron miriápodos vivos (*Geophilus carpophagus* y *Chrysomya marcellaria*). En las tres observaciones personales que motivan esta comunicación, el examen bacteriológico del pus demostró la presencia del estreptococo como único germen.

Las alteraciones anatomopatológicas de la mucosa han sido estudiadas por Harke, encontrando en la inflamación aguda de la bulla etmoidalis y del proceso uncinatus una infiltración edematosa de la mucosa análoga a la observada después de las operaciones y cauterizaciones con fines terapéuticos.

El producto típico de las inflamaciones del territorio etmoidal lo constituyen los pólipos nasales, que fueron interpretados por Zuckerkandl como el resultado de una inflamación crónica-hiperplástica de la mucosa, y describiendo Bosworth una myxomatosis intra y extracelular. El estudio detallado de estas neoformaciones, como igualmente de los mucocelos, hecho por Evetzki, Berger, Tyrmann y numerosos más, nos llevaría muy lejos de los reducidos límites de una comunicación. Jansen y Grünwal hablan de granulaciones que rellenan el laberinto etmoidal, y también han observado ulceraciones de la mucosa en los casos de necrosis fistulizadas, estableciéndose estas lesiones a consecuencia de trombosis venosas que favorecen la propagación del proceso de los órganos vecinos.

Las alteraciones anatomopatológicas del hueso han sido estudiadas por Woakes en su trabajo *Necrosing etmoiditis*, demostrando que estas alteraciones pueden manifestarse unas veces bajo forma de hiperplasia, otras bajo una forma atrófica (osteitis rareficiente) y también bajo la forma ulceronecrotica, que

(1) Comunicación presentada al II Congreso Internacional de Otorrinolaringología. Primacía de publicación para EL SIGLO MÉDICO.

puede recaer en la lámina papirácea o en la lámina cribosa. Magdeleine concede una importancia capital para la producción de los accidentes orbitarios al sitio en que tiene lugar la perforación de la lámina papirácea, y en el caso de ser ésta muy posterior, en sitio donde el periostio intraorbitario es fácilmente despegable, se producirá la colección purulenta intraorbitaria, pero subperióstica; mas si, por el contrario, el sitio de la perforación ósea es muy anterior, allí donde el periostio está muy adherido al hueso, entonces la colección purulenta puede hacerse subconjuntival o subpalpebral.

La invasión posible de la órbita por vía venosa ha sido puesta de manifiesto, entre otros, por Denker, Kaler y Coffin, que han encontrado en autopsias y en actos quirúrgicos los canales venosos trombosados y llenos de pus y señalando la vía anastomótica entre la oftálmica inferior y la orbitaria interna. También el tronco venoso oftalmofacial que reúne las venas de la pituitaria contra las intraorbitarias constituye otra vía de propagación de la infección al interior de la órbita. Gaillard, por fin, describe una vena que reúne las del antro maxilar con la oftálmica superior, vía oftalmomaxilar estudiada por Curwitsch.

Los vasos linfáticos pueden ser una vía de acceso de la supuración a la cavidad orbitaria, pero en mi concepto el papel más importante en la patogenia del absceso orbitario le está encomendado a la vía directa o transósea, que franqueando la pared orbitaria a través de la porción necrosada con denudación del periostio al principio, y más tarde con la pérdida del mismo, habiendo o no formación de secuestro, dará lugar al arribo de la infección a los órganos contenidos en la órbita; mas esto no sucede siempre, pues como afirma Jean Rateau en su tesis de Lyon, cuando las paredes de los senos son tan espesas que la colección purulenta no puede atravesarlas, sobrevienen los accidentes reflejos oculares por haber hecho la infección acto de presencia en el fondo de la órbita, sufriendo los espacios linfáticos que constituyen el tejido celular retroorbitario las manifestaciones inflamatorias correspondientes, para dar lugar al desarrollo del completo cuadro clínico del flemón orbitario a pesar de no haberse producido la perforación ósea primitiva.

El diagnóstico del empiema del laberinto etmoidal con exteriorización en la órbita puede tropezar con algunas dificultades; de dos formas distintas suele manifestarse en la cavidad orbitaria: o bien con un infiltrado a manera de absceso en el ángulo interno, o bien el típico flemón de la órbita, que cuando se trata de un absceso abierto podrá apreciarse por sondaje en algunos casos la solución de continuidad de la lámina papirácea que ha servido de puerta de entrada a los gérmenes en la cavidad orbitaria. Cuando esta irrupción se ha verificado de un modo agudo, suele haber esclerofríos, fiebre alta y dolor de cabeza, con una importante inflamación de los párpados, exoftalmos y desviación hacia afuera y abajo, con inmovilidad del globo ocular y a veces amaurosis; pero si la

colección purulenta se vacía espontáneamente al exterior o artificialmente se le hace evacuar, todos los síntomas pueden ir regresando, llegando hasta la total curación, cerrándose espontáneamente las fistulas formadas; ahora bien, si el absceso se propaga a través del techo orbitario o del foramen opticum a la cavidad craneal, lo más fácil es que el enfermo sucumba de meningitis o de cualquier otra complicación endocraneal.

La evolución de la forma crónica suele presentarse de forma bien distinta: en el ángulo interno del ojo aparece un infiltrado endurecido, con dolores sin localización especial y sin grandes síntomas inflamatorios; la dislocación del globo ocular va siendo progresiva, aunque, sin embargo, hay casos en los que a pesar de una marcha crónica, de repente puede presentarse la sintomatología de una invasión aguda orbitaria.

Sobre los detalles de la presentación del absceso orbitario a consecuencia de la abertura de un empiema etmoidal a pesar de no haber una orientación completa por faltar en las observaciones de algunos autores la investigación rinoscópica, ha podido demostrarse su origen nasal, según describe Hajek, por pulverización de los secreciones nasales en la cavidad orbitaria a través de la lámina papirácea perforada, encontrando en los enfermos pólipos e hipertrofias nasales y llegando, como indicábamos anteriormente, por el sondaje externo del absceso a la cavidad nasal a través de la lámina papirácea.

La fulminante presentación de un absceso orbitario con escalofríos y fiebre, sin otros trastornos, ha sido interpretado por algunos como idiopático; pero seguramente si se practica una investigación rinoscópica detallada y, sobre todo, una apropiada exploración radioscópica, no será difícil el encontrarnos con un empiema latente del laberinto etmoidal. El hallazgo de hipertrofias y supuraciones en el meato medio sin llegar a la formación poliposa ya pueden orientarnos sobre la existencia del empiema, que no solamente puede ser de las células etmoidales, sino de cualquier otra cavidad, a cuyo diagnóstico completo llegaremos por todos los medios que hoy día tenemos a nuestro alcance.

Veamos someramente tres observaciones recogidas en mi práctica, y que por ser muy recientes, y seguidas las tres de rápida curación por la terapéutica operatoria, me han determinado a someterlas a la consideración de este Congreso.

Observación primera.—Se trata de un hombre de cincuenta y dos años que a consecuencia de un catarro empezó a sentir dolores de cabeza continuados con supuración de la fosa nasal izquierda. Estos dolores, de repente se hacen más violentos, propagándose a la órbita, apareciendo un día con gran inflamación en los párpados y el globo ocular propulsado hacia afuera y abajo. En esta situación acudió a un oculista, que diagnosticó un absceso orbitario; incindiéndolo a nivel del párpado inferior, la supuración continuó durante dos meses, fistulizándose la incisión

por donde supuraba abundantemente, en vista de lo cual me fué dirigido por el oftalmólogo para hacer una exploración de fosas nasales y senos.

Al examen rinoscópico apreciamos una degeneración mixomatosa del cornete medio, apareciendo el meato medio en su parte anterior correspondiente al ager-nassi invadido por el pus. Los frotis demostraron la presencia del estreptococo.

La diafanoscopia demostraba opacidad completa de la región de los senos frontales, contrastando con la diafanidad y gran volumen de los maxilares.

La radiografía confirmó los datos anteriores, demostrando la ausencia total de los senos frontales con la integridad anatómica de los maxilares, y señalando, en cambio, una opacidad de toda la zona correspondiente al etmoides.

Sentado el diagnóstico de un empiema etmoidal determinante del absceso orbitario y decidido el tratamiento quirúrgico, practicamos la incisión de Kuhnt a nivel del ángulo nasoorbitario, apareciendo el hueso desnudo y permitiéndonos separar fácilmente las partes blandas de la pared interna orbitaria, aunque con las consiguientes precauciones para respetar la polea del oblicuo, encontrándonos en la porción anterior de la lámina papirácea una perforación ósea que hacía comunicar la órbita con una célula etmoidal anterior, representación única del seno frontal.

Ampliamos este orificio de perforación espontánea hacia adelante con una trepanación a nivel del procesus frontalis del maxilar que nos permitió hacer una perfecta toilette de todas las células etmoidales. Antes de cerrar la herida cutánea suprimimos todo el trayecto de la fístula, haciendo un concienzudo curetage de todo el campo operatorio, estableciendo un amplio drenaje endonasal, y rellenando la cavidad con gasa empapada en antiviruses estreptocócico, suturando totalmente la herida externa, que cicatrizó por primera intención, permitiéndonos dar de alta al enfermo a los doce días de operado.

Observación segunda.—Enfermo de cuarenta y cinco años, que hacía once meses sufría dolores de cabeza continuos, más intensos a nivel del ángulo nasofrontal izquierdo, cuando observó un día que la visión del ojo izquierdo disminuía rápidamente al mismo tiempo que por la fosa nasal izquierda eliminaba una gran cantidad de secreción mucopurulenta. Como los dolores se hicieron más violentos y se inflamaron los párpados con propulsión del globo ocular, acudió a un médico, que le aconsejó antiflogísticos

locales, consiguiendo que espontáneamente se abriese un absceso a nivel del ángulo interno del ojo, quedándole una fístula supurante, por lo que decidió consultar con un oftalmólogo, el cual a su vez me le envió por considerar que el origen de aquel proceso patológico radicaba en las cavidades periorbitarias.

Por rinoscopia anterior apreciamos abundante supuración que abocaba por el conducto nasofrontal, haciendo frotis que demostraron la presencia del estreptococo, no pudiendo concretar juicio alguno por diafanoscopia, debido al estado fluxionario de las partes blandas, acudiendo, como siempre hacemos, sistemáticamente a la radiografía, que nos demostró la existencia de una sinusitis frontoetmoidal izquierda, que juzgamos como responsable de un absceso subperióstico intraorbitario, y que por haberse perforado la lámina papirácea muy posteriormente, había dado lugar a los síntomas oculares.

Quince días más tarde le practicamos la operación de Ogston Lus, encontrando un seno frontal grande lleno de pus y fungosidades, con una perforación en

la porción inferointerna de la cara orbitaria. Practicamos la resección de la lámina tratando de respetar la fosa troclear y resecando todas las células etmoidales a través de la trepanación de la rama ascendente del maxilar, según Killian, estableciendo un amplio drenaje nasal de la órbita y de las cavidades frontoetmoidales. La fístula del ángulo interno del ojo, después de un detenido curetage, fué sutu-

rada, como igualmente toda la herida externa que cicatrizó por primera intención, dejando el drenaje nasal, que se renovaba diariamente, y suprimiéndolo a los quince días, en que el enfermo fué dado de alta definitivamente curado.

Observación tercera.—Se trata de una niña de once años que, según los padres, hacía ocho días sintió un dolor intenso en la región nasolagrima izquierda con fiebre elevada e inflamación de las partes blandas, que fué interpretada por los familiares como una dacriocistitis aguda, tratándola con antiflogísticos locales; pero no sólo no cedió la inflamación, sino que fué en aumento, como igualmente los intensos dolores del ojo, que se propulsó hacia adelante y afuera con absoluta inmovilidad. El edema inflamatorio de los párpados impedía separárselos, causándola al intentar hacerlo exacerbación de los dolores. En estas condiciones me fué dirigida desde el Instituto Oftálmico por el Dr. Castresana, por considerar que se trataba de un flemón orbitario producido por una supuración de los senos próximos.

SUMARIO CIENTÍFICO DEL NUMERO PRÓXIMO

PROF. ARNALDO MALAN.—Importancia de las reacciones serológicas para diagnóstico del escleroma.

PROF. NEUBER.—Reacciones serológicas y alérgicas del escleroma.

PROF. BURACK.—Clínica del escleroma.

PROF. S. BURACK.—La terapéutica del escleroma.

PROFS. OTTO MAYER, J. S. FRASER Y J. GORDON WILSON.—OTOESCLEROSIS.

Bibliografía.

Prensa extractada.

Como en las condiciones en que se encontraba la enferma la diafanoscopia no podía ser practicada, además de que esta exploración siempre tiene un valor muy relativo, se le practicó la exploración radioscóptica oportuna, que demostró la ausencia total de los senos frontales, apareciendo el seno maxilar del lado correspondiente totalmente opaco, como también toda zona del etmoides, diagnosticando por todos los datos anteriores un flemón orbitario por empiema del etmoides con sinusitis maxilar consecutiva.

Ante la gravedad de los síntomas oculares y con ausencia total de los nasales, decidimos la intervención por la vía externa según la técnica de Killian para etmoidectomía, practicando una pequeña incisión curva en el ángulo nasociliar desde la cabeza de la ceja hasta la región lagrimal, sin herir el saco, que fué cuidadosamente despegado parcialmente, como también las partes blandas, trepanando el proceso frontalis del maxilar superior y apareciendo una célula etmoidal anterior, sumamente dilatada y llena de pus y fungosidades. Extirpamos cuidadosamente la masa lateral del etmoides, cuyas células aparecían purpúreas y fungosas, sin hallar perforación alguna en la pared orbitaria, que presentaba gran fragilidad, reseccándola hasta la fosita troclear con especial atención, y al introducir la sonda acanalada entre el globo ocular y la pared orbitaria inundó el campo operatorio un pus fétido procedente del flemón retroorbitario que nos decidió nuevamente a seguir reseccando cuanto pudimos dicha lámina papirácea sin tocar la polea del oblicuo, consiguiendo establecer un amplio drenaje nasal para garantizarnos la cicatrización de la herida cutánea, que fué suturada totalmente.

Como complemento de la intervención y en vista de la opacidad en la radiografía del seno maxilar correspondiente, trepanamos éste según Denker, encontrando la mucosa en un estado inflamatorio agudo, pero sin supuración. La enferma fué dada de alta a los quince días completamente curada.

Vemos por las historias clínicas anteriores que la existencia de procesos nasales antiguos y en ocasiones ignorados, dieron motivo de que al sobrevenir un estado agudo, los gérmenes piógenos de las células etmoidales hicieran su propagación a la cavidad orbitaria, en unos casos a través de la perforación de su pared interna mediante perforaciones que descubrimos en el acto operatorio, y en otros por vía linfática o venosa, puesto que no encontramos perforación alguna, dando lugar al absceso orbitario que motivó nuestra actuación, y de esta manera nos vimos obligados a intervenir por vía externa con las técnicas de Kuhnts y de Killian, por considerar que en todos los casos de empiema del laberinto etmoidal que han hecho ya su exteriorización en la órbita, con fístula o sin ella, deberá ser utilizada la vía externa y no otra para el acceso a las células etmoidales enfermas y, sobre todo, a la pared de la órbita, para de esta forma tratar de preservarnos de una propagación al endocráneo, por haber dejado lesiones ignoradas y gérmenes, que tal vez exacerbaran su virulencia por

un traumatismo endonasal insuficiente, y así los citados métodos de Kuhnts, Killian, Jansen y Winkler, entre otros más, llenarán cumplidamente nuestra indicación operatoria, eligiendo el cirujano el más adecuado en cada caso en particular y que además de actuar profilácticamente sobre una propagación endocraneal, no solamente irá encaminada a curar la complicación orbitaria, sino que actuará sobre la sinusitis productora de ella (?). Por eso, aunque hemos leído la opinión de algún especialista acerca de que las intervenciones en procesos agudos de esta índole deben ser lo más limitadas posibles, alegando el temor de una exaltación de la virulencia de los gérmenes, hemos podido convencernos en nuestra modesta práctica de que las intervenciones en cada caso deben ser lo amplias que sea preciso, pero con la condición esencial de garantizar un drenaje nasal tan suficiente que no solamente favorezca la fácil eliminación de exudados, sino que además nos permita el acceso en la cura diaria a las cavidades infectadas que en la intervención no hayan podido ser totalmente RESECADAS (?), llevando los antisépticos y los antiviruses a toda la zona intervenida, completándose con los tratamientos generales de uropina, vacunoterapia, etc.

Por todo lo expuesto podremos sacar las siguientes conclusiones:

- 1.^a Los abscesos orbitarios constituyen una de las complicaciones más frecuentes de los empiemas del etmoides y de las sinusitis próximas.
- 2.^a La propagación de la infección desde las células etmoidales a la cavidad orbitaria puede hacerse por vía linfática, por vía venosa o por vía transósea.
- 3.^a Los abscesos orbitarios causados por supuraciones de las cavidades periorbitarias pueden manifestarse ante el rinólogo en forma cerrada, si son recientes o fistulizados, bien espontáneamente o por haber sido incindidos.
- 4.^a Cuando la supuración determinante procede del etmoides, el orificio de la fístula suele presentarse en el ángulo nasofrontal; pero cuando la supuración procede del seno frontal, el orificio de la fístula suele presentarse encima del párpado superior y, por último, cuando el seno maxilar es el determinante de la supuración, la fistulización se produce en el tercio interno del párpado inferior.
- 5.^a El tratamiento quirúrgico y especialmente la operación de Killian, es el único capaz de curar de un modo seguro y definitivo los abscesos orbitarios causados por empiemas etmoidales, permitiendo la operación por vía externa hacer la exploración y limpieza más completa de todas las células etmoidales, consiguiendo establecer los drenajes suficientemente amplios que faciliten la eliminación de las secreciones de toda la región enferma y que debido a esto es posible la cicatrización cutánea de las incisiones dentro de la más rigurosa estética.
- 6.^a No obstante registrar la literatura casos de curaciones espontáneas de abscesos orbitarios fistulizados y algunos otros tratados quirúrgicamente con

éxito por vía endonasal, ante la gravedad del proceso deberá ser elegida la intervención operatoria por vía externa con drenaje nasal, único como tratamiento de elección, permitiéndonos esta técnica operatoria la más amplia inspección de la región enferma que nos garantice de una complicación endocraneal.

INFORMACIÓN CIENTÍFICA DEL II CONGRESO INTERNACIONAL DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

ESCLEROMA

El II Congreso Internacional de Otorrinolaringología, en la sesión científica celebrada el miércoles 28 de Septiembre de 1932, en Madrid, acordó, a propuesta del doctor Streit, la adopción del nombre **ESCLEROMA** como comprensivo único de la nomenclatura usada hasta el día: rinoscleroma, faringoescleroma, etc., etc.

En la sesión del jueves 29 de Septiembre se acordó:

1.º Designar un *Comité internacional permanente para el estudio del escleroma*, con miembros de las naciones siguientes: Rusia, Polonia, Checoslovaquia, Yugoslavia, Rumania, Bulgaria, Alemania, Suiza, Austria y Colombia.

2.º Este Comité, C. I. L. R., distribuirá los trabajos entre los escleromatólogos de los respectivos países y organizará, para dentro de cuatro años, un Congreso internacional consagrado especialmente al **ESCLEROMA**, que se celebre en Berlín al mismo tiempo que el III Congreso internacional de Otorrinolaringología anunciado para 1936.

3.º El Comité publicará un Boletín como órgano especial de sus trabajos.

4.º Se fundará un Instituto de estudios y propaganda y al sostenimiento de cuyos laboratorios, biblioteca, museo, etc., etc., contribuirán los Gobiernos respectivos de las naciones que constituyen el Comité.

I

Dos palabras sobre la organización de la encuesta internacional a propósito del rinoscleroma

POR EL

DR. BELINOFF

Presidente de la Comisión internacional para su estudio.
Refundido y adaptado al castellano para EL SIGLO MÉDICO
por el Dr. F. García Delito.

Aunque desde tiempos de Hebra los investigadores de muchos países habían dedicado su atención preferente a esta enfermedad, fué Herm. Schroetter el primero que propuso la creación de un Comité permanente para el estudio del escleroma. Fracasada su iniciativa, volvió a reiterarla el Congreso de Copenhague (1828), y se acordó encargar al profesor Bélinoff (Sofía) de la creación de un Comité internacional, que quedó constituido bajo su pre-

sidencia con la colaboración de los siguientes señores, encargados, cada uno, del tema correspondiente:

1. Burak (Rusia): Clínica y terapéutica del rinoscleroma.
2. Sercer (Yugoeslavia): Patología experimental del escleroma.
3. Lasagna (Italia): Bacteriología del escleroma.
4. Szmurlo (Polonia): Anatomía patológica del escleroma.
5. Neuber (Hungria): Reacciones serológicas y alérgicas del escleroma.
6. Hajek (Austria): Historia del escleroma.
7. Zalewski (Polonia): Profilaxia del escleroma.
8. Barraud (Suiza): Legislación internacional.
9. Hinsberg (Alemania): La etiología del escleroma. Substituido por el profesor Streit.
10. Putschowski (Ukrania): La guerra y el escleroma.
11. Bélinoff (Bulgaria): Epidemiología del escleroma.
12. Wiskowsky (Checoslovaquia): La lucha contra el escleroma.

Se han organizado, además, comisiones para el escleroma en los sitios en que es endémico y subcomisiones donde es esporádico, y al mismo tiempo hemos procurado ponernos en relación con la Sociedad de Naciones, que también hace estudios interesantes sobre este punto, a fin de aunar todos los esfuerzos y conseguir los mejores resultados posibles.

II

HISTORIA DEL ESCLEROMA

POR EL

PROF. M. HAJEK

(Viena.)

Hebra fué quien el año 1870 describió por primera vez el rinoscleroma como enfermedad independiente, señalando su localización y curso especiales. En unión de Kaposi describió las induraciones, flácidas o tuberosas, de la piel de los alrededores de la nariz y mucosa nasal, bien delimitadas, de color rojo claro o parduzco, surcadas de grietas y recubiertas de costras. Pronto se vió que en casos de enfermedad las lesiones se encontraban igualmente en el velo del paladar, faringe y laringe. La enfermedad recibió el nombre de rinoscleroma por su localización primitiva. Ganghofner demostró que la corditis inferior hipertrófica crónica descrita por Gerhardt en 1873 no era más que el rinoscleroma laríngeo primitivo, y que la blenorrea crónica de las vías respiratorias de Stoerk era, asimismo, otra variedad del rinoscleroma, del traqueal. Paltauf corroboró la unidad nosológica de las diversas localizaciones de esta enfermedad.

Mikulicz, Billroth, Cornil y Alvarez demostraron que la lesión del rinoscleroma era una infiltración inicial de células pequeñas, que más tarde se transformaba en tejido conjuntivo retráctil. Mikulicz descubrió las células que llevan su nombre (1876), con protoplasma y bordes poco visibles y núcleo apenas perceptible o desaparecido por completo, y las consideró como la lesión característica de la enfermedad.

En 1882 encontró Frisch unos microorganismos capsulados, análogos al neumobacilo de Friedländer, que asentaban en el tejido escleromatoso y que proliferaban abundantemente cuando se les observaba en un portaobjetos

hueco, a una temperatura de 35 a 40°. Bien pronto se suscitaron animadas discusiones acerca de la especificidad y del poder patógeno de estas bacterias. Apenas podían encontrarse diferencias morfológicas ni de cultivo con el neumobacilo y, por otra parte, las inoculaciones en animales lo daban resultados positivos bien palpables, con lo que se ponía muy en duda su valor como agente etiológico. Incluso los trabajos de Krausz, que llegó a engendrar por la inyección intracutánea infiltraciones inflamatorias con células de Mikulicz, fueron muy discutidos. Los ulteriores de Sercey parecen ser más demostrativos y menos sujetos a reservas. La demostración de reagentes específicos en el suero de los escleromatosos, hecha por Goldzieher y Neuber en 1909, reagentes que provocaban reacción de complemento utilizando como antígeno el bacilo de Frisch, y no la ocasionaban con el de Friedländer, pareció confirmar el valor específico de este germen como agente causal de la enfermedad y al mismo tiempo lo consagraba como especie independiente. Las reacciones alérgicas desencadenadas en los escleromatosos por la inyección intracutánea del germen según el método de Mantoux Roux, que no aparecían utilizando como antígenos bacterias heterólogas, deben interpretarse en igual sentido.

Las tentativas hechas para obtener vacunas curativas no han dado resultado. Como tratamiento farmacológico recomendó Kabelik, en 1920, las inyecciones intravenosas de tártaro estibiado al 10 por 100 repetidas dos a cuatro veces con intervalos de dos, tres y cuatro meses. Ulteriormente, Heindl dice haber curado enfermos con la malaria. En cuanto a su extensión y distribución geográfica, son conocidos desde el comienzo del estudio de esta dolencia los focos de Galitzia, los de la antigua Polonia rusa y los más limitados del oeste de Polonia y de la Prusia oriental. Ulteriormente se han registrado focos en el sur de Rusia, en la frontera rusorrumana y en Bulgaria. La guerra ha contribuido, al parecer, a la difusión de la enfermedad. Es de esperar que las modernas organizaciones y trabajos para combatir esta dolencia den el fruto apetecido.

III

ETIOLOGIA DEL ESCLEROMA

POR EL

PROF. DR. HERRMANN STREIT

(Koenigsberg.)

Cuando Hebra describió por vez primera el escleroma nasal lo comparó con el chancro primitivo de la sífilis. Kaposi fué el primero que estudió su autonomía patológica; pero mientras Virchow y Billroth lo creían análogo al sarcoma de células pequeñas, Geber lo describió como una inflamación crónica producida por un estímulo persistente y duradero, con infiltraciones difusas de la mucosa y de la submucosa. Mikulicz descubrió las células que llevan su nombre; mas no dió a este hecho la importancia debida y volvió a sostener la antigua teoría de que el escleroma tenía bastantes relaciones con la sífilis. Ganghofer defendió la teoría inflamatoria y reconoció la identidad del rinoscleroma con el escleroma de laringe y tráquea; pero el que dió un paso de gigante en el estudio de la etiología de esta enfermedad fué Frisch al descubrir la bacteria que lleva su nombre en el tejido enfermo. Pellizari la encontró igualmente, algo más tarde, pero

con independencia de Frisch. Desde entonces hasta nuestros días no han cesado las discusiones acerca de la especificidad de este germen y de su importancia en la etiología de la enfermedad. El ponente ha dicho ya anteriormente que los tres bacilos capsulados que se citan: el de Friedländer, el de Frisch y el de Abel Löwenberg, presentan diferencias mínimas en los medios de cultivo, diferencias que no autorizan para estimarlos como especies independientes, sino como simples variedades de la misma especie. Tampoco pueden sacarse deducciones firmes respecto a su distinto comportamiento frente a las diversas variedades de azúcar, ni de los cultivos sobre suero tornasolado. Pensando que tal vez en la superficie de los tejidos enfermos pudieran encontrarse diversas especies no patógenas, se pensó en hacer cultivos del líquido extraído por la punción de los ganglios; mas dada la rareza de los gérmenes en el interior de los ganglios linfáticos, hubo que prescindir de este método. Otros investigadores buscaron sus características en sus propiedades quimicobiológicas, y así, Kabelik afirmó que lo peculiar del bacilo del escleroma era: la fermentación de la glucosa sin desprendimiento de gases y el no reducir el tornasol; para Gasiorowski los bacilos del escleroma se caracterizaban porque no acidificaban el agua peptonada, no reducían el tornasol, fermentaban la glucosa sin formación de gases y no alteraban la lactosa, y Pica insiste en que estos bacilos no alteran la concentración del pH en el suero tornasolado. Otras características que se le han asignado son la de no descomponer la amigdalina y el que se desarrolla mal o nada en la bilis de buey.

Poco o nada se sacó en limpio de la inoculación a los animales; en cambio, los métodos serológicos parecen afirmar la especificidad del germen; y los primitivos trabajos de Neuber y Goldzieher (1909), que creyeron encontrar una reacción de complemento, específica, entre el germen y el suero de los enfermos de escleroma parecen confirmarse al fin, aunque la especificidad de la reacción quede algo discutida, pues se han obtenido resultados positivos en enfermos de ocena y con otros bacilos capsulados. La aglutinación es método muy infiel con los gérmenes provistos de cápsula, aunque recientemente Laskiewicz y otros lo estiman como muy aprovechable y útil para confirmar la especificidad del germen. La inoculación intracutánea de estos bacilos en focos escleromatosos provocaría, según algunos, reacciones focales y generales específicas, pero tampoco es método aprovechable ni seguro.

Gasiorowski y Mikulaszek han visto que los cobayos sensibilizados pasivamente con inmundos de conejillos reaccionan con choque anafiláctico y de un modo netamente específico ante los antígenos del escleroma, del ocena y ante el bacilo de Friedländer, y comparando esta reacción con las de complemento y precipitación, vieron que se relacionaban íntimamente, y que cuanto mayor era el título a que se obtenía la precipitación, menor era la cantidad de antígeno precisa para desarrollar un choque anafiláctico mortal.

De todos estos estudios, deduce el ponente que existen bastantes motivos para poder afirmar la especificidad del bacilo de Frisch como germen independiente y productor del escleroma; explica los resultados negativos por la facilidad con que pueden encontrarse otros gérmenes saprofitos en la superficie de los tejidos enfermos, y por lo incierto de nuestros conocimientos sobre estas materias, citando en su apoyo aparentes anomalías que ocurren con estas reacciones cuando se las estudia en dolencias cuyos gérmenes son bien conocidos (lepra y tuberculosis); cree

útil la asociación de las reacciones de complemento y precipitación, para diagnósticos, y espera que en un porvenir no lejano baste tal vez con la de precipitación, lo que facilitaría mucho la tarea de los médicos y del laboratorio.

El germen parece llegar a los tejidos por pequeñas partículas de saliva o de moco, proyectadas por otro en fermo al estornudar, toser, hablar, etc. Penetraría por los intersticios celulares de la mucosa influyendo mucho las defensas orgánicas en su difusión. Sabido es que en esta enfermedad se observan curaciones espontáneas de focos locales con formación de tejido cicatricial. Una vez constituido el foco, la propagación se haría por contigüidad, por intermedio de los linfáticos o por nuevas infecciones en porciones de mucosa situadas más al interior.

El proceso se inicia por la nariz, siendo excepcionales los focos laríngeos primitivos. Las células sufren una degeneración hidrópica tan pronto como se ponen en contacto con los gérmenes. La incubación es muy lenta. Ya, durante el período atrofico-catarral, se encuentran células de Mikulicz. Esta forma atrofico-catarral, que tardó en ser reconocida como propia del escleroma, se ha observado con frecuencia en los miembros de la familia de los enfermos con la forma hipertrófica clásica. Las modernas investigaciones parecen demostrar que el carácter atrofico es sólo macroscópico, pero que el examen microscópico de los tejidos comprueba la existencia de proliferaciones celulares análogas a las de la forma hipertrófica. Queda por demostrar si puede considerarse esta forma como un período previo de la hipertrófica o como forma especial leve, determinada por las resistencias y demás peculiaridades biológicas del que la padece. También queda por averiguar si las células de Mikulicz provienen de una célula plasmática o de una de tejido conjuntivo.

Hasta la fecha se ha conseguido poco o nada con la inoculación experimental a los animales; no ha sido posible provocar la formación de granulaciones con la degeneración característica de las células. Pero si esto no es prueba en pro, tampoco puede considerarse como prueba en contra de la especificidad del germen, pues tal vez estemos frente a una enfermedad difícil o imposible de transmitir a estos animales.

Antes, por el contrario, la gran mayoría de las pruebas, experimentos y observaciones pueden y deben interpretarse en el sentido de que el escleroma es una enfermedad infecciosa específica originada por el bacilo de Frisch.

Si bien Hebra fué el primero que conoció la enfermedad, es lo cierto que antes se describieron casos que fueron mal interpretados. Sin embargo, las primeras descripciones en Europa arrancan del año 1863, y como la forma nasal es bastante llamativa para que pase inadvertida, siquiera pudiera considerársela como síntoma de otra enfermedad, hay que aceptar que el escleroma—al contrario que la lepra—es una enfermedad reciente que comienza a extenderse por Europa y que todavía no alcanzó su máximo desarrollo.

La enfermedad no parece tener predilección por climas, y lo mismo se da en las llanuras de Rusia y Polonia como en los valles de los Alpes y en las regiones tropicales de la América central. Su difusión dentro de una familia parece ser más intensa de lo que se creyera. Sin embargo, no tiene las características de una infección de gran poder expansivo. Se han buscado predisposiciones individuales que favorecieran su aparición, y se han encontrado por algunos desequilibrio iónico entre calcio y

potasio, neutrofilia escasa, desviación de la fórmula leucocitaria hacia la izquierda, alteraciones degenerativas de los leucocitos y aumento en la velocidad de sedimentación de los hematíes.

La contagiosidad debe ser pequeña y exigir un largo contacto directo con el enfermo. Si el tratarse de un germen capsulado modifica en algo la contagiosidad; si el bacilo de Frisch sólo es parásito obligado, pero no el germen directamente responsable del escleroma; si es un sa-
profito corriente con poder patógeno circunstancial, provocado por concausas desconocidas, o si es la fase visible de un germen polimorfo que tuviera otra fase de virus invisible y filtrable, son problemas que se han planteado varios autores, sin que hasta la fecha pueda darse respuesta concreta ni siquiera aproximada a ninguno de ellos.

IV

BACTERIOLOGÍA DEL ESCLEROMA

POR EL

DR. FRANCESCO LASAGNA

Director de la Clínica Otológica de Parma.

CONCLUSIONES

El bacilo de Frisch pertenece a los capsulados lo mismo que el bacilo de Friedländer, del *ocena*.

El bacilo de Frisch tiene los caracteres de forma corta y redondeada con pestañas visibles sólo en determinados momentos de su vida y cápsula bien evidente en algunos bacilos.

Se colorea bien con orceína, fucsina, hematosilina, carmín, ácido ósmico, y se pone de manifiesto fácilmente con los métodos de Alvarez, de Rossi, etc. Es Gran negativo.

En los tejidos se muestra coloreado en las células de Mikulicz, en los espacio linfáticos y también en el tejido epitelial intracelular; es causa de degeneraciones celulares.

En los cultivos sobre agar, gelatina, patata, toma el color, la disposición y aspectos típicos que lo diferencian de otros capsulados.

Provoca licuación del medio, formación de ácidos y raramente de gases.

Tiene poca resistencia a la acción de la bilis mezclada en los terrenos de cultivo.

Es diferenciable de los demás capsulados por aglutinación, y también de los demás organismos microbicos, especialmente capsulados (*ocena*), y del bacilo de Koch.

Tiene máxima virulencia para las ratas y caviar. Provoca la muerte rápida por septicemia, y a la larga, por peritonitis, neumonía, nefritis, etc.

En inyecciones intratraqueal, subdural, corneal, provoca lesiones inflamatorias, con degeneraciones celulares, sobre todo cuando las razas empleadas han crecido en terrenos adecuados y fueron de fecha reciente.

La virulencia del bacilo de Frisch y sus reacciones inflamatorias de algunos animales en ciertos casos no se pueden diferenciar de los demás capsulados.

En los animales no existen microorganismos capsulados que puedan confundirse ni asimilarse al bacilo del rinoscleroma.

V

Localización de la bacteria de Frisch y diversa inmunidad de los tejidos

POR EL

DR. RENATO SEGRE, de Turín.

Resumen y traducción del italiano por R. J. Cortezo.

El Dr. Segre se ha preguntado el porqué las bacterias de Frisch se localizan exclusivamente en la mucosa de las vías aéreas, y luego de haber desechado la hipótesis de una virulenciación de los cultivos de bacilo Friedländer, saprofitos comunes de la rinofaringe, y de haber realizado interesantes estudios histológicos de los órganos respiratorios después de la inoculación intradérmica de bacterias de Frisch, expone al Congreso nuevas experiencias bacteriológicas en el escleroma.

Injectando en la vena marginal del conejo cultivos de bacilo Frisch en suspensión diluida, ha investigado en los diversos órganos y en la sangre de estos animales la localización del germen y las varias reacciones inmunitantes.

En tanto las bacterias desaparecen de la sangre desde la sexta hora de la inoculación, y del bazo, riñón e hígado en los primeros días, permanecen hasta el dozavo día en los órganos respiratorios, en los que al principio aparecen escasos, pero de donde más tarde se eliminan de modo muy lento e incompleto.

El poder bactericida tiene para la sangre y los órganos no respiratorios una fase inicial negativa, para luego evolucionar más o menos rápidamente hacia un comportamiento normal y aun fuertemente positivo. En los órganos respiratorios se mantiene durante todo el tiempo del estudio experimental en valor negativo.

El poder aglutinante se mantiene, para todos los cultivos capsulados usados, negativo en todos los órganos y por todo el tiempo de la experiencia.

El poder opsónico y fagocitario, que en la primera hora después de la inoculación se eleva grandemente para la sangre, los órganos hematopoyéticos y emunctorios, queda al principio indiferente para los órganos respiratorios, y en los días sucesivos desciende por debajo de la normal y aun se hace claramente negativo para ciertos cultivos virulentos de esta bacteria.

Estos datos experimentales tienden a demostrar que las bacterias de Frisch injectadas en la vena marginal del conejo tienden a localizarse en las vías aéreas, donde se muestra negativa la defensa inmunitaria.

Por tanto, el germen tiene la posibilidad de permanecer más tiempo en dichos tejidos y atacarlos eventualmente.

VI

EPIDEMIOLOGIA DEL ESCLEROMA

POR EL

PROF. BELINOFF, de Sofía (Bulgaria).

Refundido y adaptado al castellano para EL SIGLO MEDICO por el Dr. Saturnino García Vicente, Jefe del Servicio de Otorrinolaringología del Instituto Municipal de Madrid.

El profesor Belinoff se muestra eclético, sin afirmar ni negar la posibilidad de contagio en la propagación del rinoescleroma y publica estadísticas detalladas de los ca-

sos de esta afección que han existido y sido registrados en los países del mundo. En el desarrollo de esta enfermedad pueden considerarse tres periodos según Putschkivski: El primero empieza en 1870 con la primera descripción de esta enfermedad hecha por Hebra; durante este periodo la enfermedad no tiene importancia social alguna por ser extremadamente rara. El segundo periodo es desde 1900 hasta 1914 en que estalla la guerra mundial, y en el que los casos de esta afección aumentan sensiblemente. El tercer periodo comienza al terminar aquel acontecimiento bélico y ya entonces se la reconoce como una enfermedad social contagiosa.

Ukrania es el país donde el escleroma está más extendido actualmente con un total de 656 casos.

Sigue la Rusia blanca, con 614 casos.

Unión de las Repúblicas Soviéticas, 190 casos.

Checoslovaquia: Es el primer país de Europa donde se ha constituido una Comisión especial para la lucha contra el escleroma; tiene una estadística de 262 casos. Polonia, 498 casos; Yugoslavia, 136 casos; Alemania, 57 casos; Rumania, 26 casos; Italia, 61 casos; Hungría, 23 casos; Holanda (Colonia), 26 casos; Francia y Colonias, 8 casos; Suiza, 8 casos; Estonia, Lituania y Letonia, 6 casos; Bulgaria, 5 casos; Turquía, 1 caso; Dinamarca, 1 caso; Estados Unidos y Canadá, 51 casos; América Central, 3 casos.

El autor ilustra con mapas y gráficos la difusión y situación de estos datos, considerando que los focos principales del escleroma en el mundo son: el primero y más importante en la Galitzia, luego le sigue en importancia otro en la isla de Sumatra. Otro tercer foco existe en la isla Martinica, y otro en Togo (África Central).

El autor afirma que el escleroma es una afección que se desarrolla en los países de vida miserable, y afirma literalmente lo que sigue:

Nuestros estudios estadísticos y geográficos han demostrado tres hechos notorios:

1.º El rinoescleroma tiene además de su foco histórico en la Galitzia (Burak) otros focos autóctonos, de los cuales los más conocidos son los de Sumatra y América Central.

2.º El rinoescleroma ha aumentado extraordinariamente su difusión en la Rusia Soviética.

3.º Ha disminuido en Suiza (Betrand), en Alemania (Hinsberg) y en Austria (Wessely, Heinde).

Las principales causas de la difusión del escleroma en Rusia después de la guerra son las siguientes:

1.ª Las condiciones climáticas geográficas y sanitarias en las cuales vive la población de Rusia blanca y Ucrania, las cuales son las mismas que en el Valle de Pripian (Galitzia y Wolynia), la patria del escleroma.

2.ª La guerra mundial y civil han creado en Rusia una miseria muy grave y el escleroma es por excelencia la enfermedad de la miseria.

3.ª El tratamiento insuficiente y que no se aplica a tiempo debido al estado económico y social de la Federación de las Repúblicas Soviéticas, ha jugado un papel muy importante en la expansión del escleroma en Rusia.

El papel del Comité futuro para combatir esta enfermedad deberá orientarse principalmente en llegar a descubrir las características de su contagiosidad y propagación, particularidades que hasta la fecha pueden considerarse que son muy insuficientemente conocidas.

VII

LA GUERRA Y EL ESCLEROMA

POR EL

PROF. PUTICKOWSKI (Kiew).

Adaptación al castellano para EL SIGLO MÉDICO
por la doctora Arija Navarro (Logroño).

Durante la guerra todas las enfermedades tienen un mayor campo de acción, tanto por las penalidades de la misma, como por las movilizaciones de grupos de personas de un país a otro.

Si bien son algunas las enfermedades que durante la guerra tienen un mayor predominio, incluso algunas no aparecen sino en estas circunstancias, también las enfermedades crónicas tienen un considerable aumento en esta época.

La influencia que la guerra ha tenido y tiene en el escleroma no ha sido aún tratada con la extensión que merece.

Sin embargo, la influencia que a nuestro juicio tiene la guerra en la propagación del rinoescleroma es decisiva. Observemos que desde el año 1870, en que Helza y Kaposi señalaron como unidad patógena el rinoescleroma, hasta nuestros días, esta enfermedad ha adquirido un enorme predominio en la Europa central, especialmente parte del sur de Rusia, Austria Hungría, norte de Italia y Polonia; y repasando la historia de estos pueblos podemos observar han sido azotados por continuas guerras, y en la del 1914 al 17 el predominio adquirido es tan enorme que durante estos años unas dos terceras partes de los habitantes de estas regiones estaban afectos de rinoescleroma.

Belinow observa en tres años 160 casos de rinoescleroma; Brim Pick y otros señalan infinidad de casos en estas partes que tan a menudo eran testigos de pequeñas maniobras guerreras; pero, sin embargo, ninguna guerra de un valor tan decisivo en el aumento y propagación del rinoescleroma como la gran guerra europea del 1914 al 17, en la que debido en parte a la movilización de los ejércitos y de otra a una movilización de habitantes que huyen de las naciones beligerantes se refugiaban en el mundo entero, lo que hizo comenzaran a observarse casos en donde hasta entonces se desconocían, como en Argelia, Brasil, Asia, Cristiania, India.

Infinidad de pequeñas guerras han influido, a nuestro juicio, en la propagación del rinoescleroma, como hemos dejado dicho; señalaremos entre éstas la sostenida por Napoleón contra Rusia, la que sostuvo Alejandro I al frente de la escuadra rusa, la batalla de Austelitz y, sobre todo, creemos que la guerra sostenida en el siglo pasado entre Rusia y Polonia, en la que un 25 por 100 de los soldados rusos pertenecían a lugares endémicos para el rinoescleroma, tuvo un valor extraordinario en esta propagación, ya que testigos de esta guerra los lugares donde hoy con más frecuencia observamos casos de rinoescleroma, ya que estos ejércitos atravesaron Hungría, llevando una trayectoria a través del margen izquierdo del Donav hasta Ulm.

¿Qué causas pueden influir durante la guerra para la propagación de rinoescleroma?

A nuestro juicio, son cuatro:

1.^a El servicio militar por sí mismo.

2.^a Maniobras de las tropas durante las operaciones guerreras.

3.^a Agrupación de seres.

4.^a Prisioneros.

El servicio militar por sí mismo tiene hasta cierto punto una importancia bastante grande, ya que al alistarse al servicio los reclutas no suelen prestar el mismo en la localidad de donde son, lo cual hace que en un cuartel se agrupen infinidad de reclutas de múltiples lugares, poniéndose en contacto personas de lugares en donde existe rinoescleroma con otras que luego pueden ser, al llegar de nuevo a sus pueblos, propagadores de esta enfermedad. Sin embargo, ya a instancias del profesor N. Ssimanowski se consideró el rinoescleroma como enfermedad contagiosa que libraba a los que la padecían del servicio militar, criterio que ha adoptado también la U. S. S. R.; en otras naciones europeas y en Rusia misma no existía este criterio con anterioridad a la guerra del 1914 al 17.

Una no menor importancia tiene para la propagación del rinoescleroma la agrupación de seres, como sucede durante la guerra, en que el amontonamiento de soldados por insuficientes locales, y sobre todo durante la guerra europea, tuvo importancia extraordinaria el amontonamiento de estos ejércitos en lugares endémicos para el rinoescleroma, como el sur de Rusia y Polonia; casos contaminados en estas condiciones hemos tenido ocasión de observar nosotros, así como los profesores Kompanegete, Dr. Sariteki y Jodko.

Entre nuestros 184 casos observados, contaminados en estas circunstancias eran más de 160; todos ellos con una edad que oscilaba de los treinta y seis a cuarenta y cinco años.

Al mismo tiempo que los ejércitos, también los habitantes de los países beligerantes se agrupaban, bien por economía, por dejar locales libres para las tropas, o por otras causas, con lo cual facilitaban el contagio, sobre todo en lugares en donde la enfermedad era ya endémica. Algo semejante a lo que sucede con el servicio militar por sí mismo, sucede también con la movilización de tropas de un lugar a otro, tan corriente en tiempo de guerra, siendo los ejércitos verdaderas propagaciones de enfermedad.

Los prisioneros de guerra también juegan un importante papel en la transmisión de esta enfermedad; así, a mi juicio, el que en Rusia sean observados casos de rinoescleroma es debido indudablemente a los prisioneros rusos que afectos de este mal son propagadores de esta enfermedad en un terreno en el que hasta aquel momento era desconocido.

Sin embargo, más importancia aún tiene el que estos pertenecientes a un país donde el rinoescleroma es casi desconocido, sean llevados como prisioneros a lugares donde esta enfermedad existe habitualmente. Este es el caso de los miles de alemanes prisioneros por los rusos, que al ser puestos en libertad después del tratado de Versalles, habían adquirido muchos el rinoescleroma y que al volver de nuevo a su patria eran propagadores de esta enfermedad.

Vemos, pues, la enorme influencia de la guerra como factor importantísimo en la propagación del rinoescleroma.

VIII

Sobre la legislación internacional del escleroma

POR EL

PROFESOR BARRAUD

De la Universidad de Lausanne.

El escleroma tiene tendencia a propagarse por contagio directo o indirecto.

La posibilidad de un contagio indirecto por intermedio de las pulgas, piojos y ácaros, merece ser estudiada.

Es preciso, sin embargo, señalar que el escleroma se produce, sobre todo, en ciertas condiciones de suciedad personal y de ambiente, déficit de aireación y falta de higiene, y especialmente en los países en que existe contacto inmediato entre los escleromatosos y los sanos.

El escleroma no tiene origen alimenticio. Parece igualmente indudable que no es hereditario, ya que la multiplicidad de casos en una misma familia o en una misma casa debe ser achacada, indudablemente, al contagio.

El peligro de contagio parece existir únicamente en el período en que los enfermos segregan mucosidades. Parece comprobado que puede transcurrir un período de muchos años entre el momento de la infección y la aparición de los primeros síntomas.

Es una enfermedad de evolución esencialmente lenta, y ciertos síntomas pueden dormir durante un tiempo considerable para reaparecer de nuevo.

Una inquisición seria y general sería el único medio que conseguiría coordinar todos los esfuerzos efectuados y fijar de una manera definitiva todos los puntos mencionados más arriba.

Los Estados no cumplirán perfectamente sus deberes si no consagran sus esfuerzos a disminuir el número de enfermos, ayudar a su curación y hacer desaparecer para siempre del mundo esta terrible enfermedad que tantas víctimas efectúa actualmente.

Es urgentemente necesario fijar por una legislación internacional las disposiciones preventivas que deben ser obligatorias en todos los países.

La base indispensable para alcanzar este resultado es el establecimiento obligatorio de una estadística lo más perfecta posible, ya que gracias a ella es como se podrá lograr darse cuenta de la extensión de esta enfermedad en cada país, del número de casos, de su distribución geográfica, de sus condiciones particulares, de su verdadero origen, así como de las causas que la favorecen. Por último, esta estadística permitirá fijar de una manera definitiva las medidas propias que habrá que adoptar para remediarla.

Las estadísticas aisladas pueden dejar escapar algún hecho importante, siendo, por lo tanto, preciso que la estadística propuesta sea internacional.

Para que esta estadística sea posible, todo médico en ejercicio deberá ser obligado a comunicar a las autoridades sanitarias de su país todos los enfermos afectados de rinoescleroma o sospechosos por lo menos de ello. El secreto profesional está dispensado en esta ocasión, debiendo exigirse la remisión de un boletín con los siguientes datos:

1, Nombre y apellido; 2, Sexo; 3, Edad; 4, Localidad donde habita; 5, Localidades donde ha vivido; 6, Profesión u ocupación que tenía antes de padecer el escleroma;

7, Estado civil; 8, Si tiene hijos; 9, Si existen individuos en la familia afectados de la misma enfermedad, sin olvidar los ascendientes, los colaterales y los descendientes; 10, Cuándo se ha manifestado la enfermedad por vez primera; 11, Edad del enfermo en aquel momento; 12, Causas a que es atribuida la enfermedad; 13, Síntomas característicos y dignos de mención que presenta la enfermedad; 14, Condiciones actuales de alojamiento y alimentación; 15, Las mismas condiciones desde el comienzo de la enfermedad.

Como un cierto número de enfermos no se someten a los cuidados de un médico, será necesario legislar la declaración obligatoria de esta enfermedad también para las comadronas, practicantes, los enfermos por sí mismos o por toda persona que crea que uno de sus conciudadanos está afecto de esta enfermedad. Esta obligación será extendida igualmente a los propietarios o administradores de los inmuebles habitados por sospechosos.

Cuando una persona cualquiera sea sospechosa de rinoescleroma, el juez o magistrado podrá ordenar que sea sometida a un examen por uno o varios médicos debidamente calificados y designados por él.

Cada cambio de domicilio de un rinoescleromatoso o su muerte, deberán igualmente ser anunciadas oficialmente.

Como el rinoescleroma debe ser considerado actualmente como una enfermedad eminentemente curable, todo rinoescleromatoso será obligado a pasar el tiempo que sea necesario en un hospital designado al efecto, donde permanecerá, por lo menos, hasta que el moco nasal no contenga bacilo de Frisch, es decir, mientras sus lesiones están abiertas.

Todo rinoescleromatoso estará igualmente obligado a presentarse en el mismo hospital cuantas veces se le ordene para sufrir investigaciones de control.

Para que la legislación internacional propuesta ofrezca las garantías precisas para tener fuerza de ley, proponemos que este anteproyecto sea sometido a la Oficina Internacional de Higiene de la Sociedad de Naciones, que le hará estudiar por una Comisión de peritos calificados que fijará las modalidades y las bases jurídicas de su aplicación.

IX

Presentación de un enfermo de escleroma

POR EL

DR. GUILLERMO NÚÑEZ PÉREZ

Jefe del Servicio de Otorrinolaringología en la Consulta de la Cruz Roja y Ciempozuelos.
Profesor del Instituto Rubio, de Madrid.

El Dr. X. Núñez, de Madrid, sometió a estudio del Congreso un caso que ofrece características de escleroma, presentando al enfermo y proyectando numerosas fotografías y preparaciones del curso de la enfermedad.

El enfermo se encuentra en esta fecha en el séptimo año de su padecimiento.

Comenzó con dificultades respiratorias nasales. Masas nodulares múltiples y duras. Infiltración intensa del tabique y bóveda. Las masas nodulares invaden hasta el borde inferior de los huesos propios. En el tireau del hueso propio izquierdo se ve un nódulo del tamaño de un gui-

sante. La casi total inolencia e

Más tarde posterior en los dos demnes, s

El enf (Madrid), nes de W negativo.

esta época Las in negativas evidencias caracteris

Despu el Dr. Sá yodo, a in a la palu ron prepa de radiot

El enf de 1930, senta abe

(Vé

DIV

Estuc

DR.

De t las que refiere fósforo. existen tencia estados ca de l año 192 logró a glándul experim mona»

Big mes de roidea

1.º quirúr mente, siado e descon alguna adulto

(1) V

sante. La cavidad nasal, de los dos lados, se encuentra casi totalmente obstruida por una masa nodular sangüinolenta e indolora.

Más tarde la invasión gana la nasofaringe, la cara posterior del velo, la amígdala izquierda y el paladar óseo en los dos tercios posteriores. Los ganglios aparecen indolores, salvo el submaxilar izquierdo.

El enfermo fué hospitalizado en San Juan de Dios (Madrid), en el servicio del Dr. Sáinz de Aja. Las reacciones de Wassermann, Meinicke y Kahn dieron resultado negativo. El Dr. Núñez proyecta varias fotografías de esta época del enfermo.

Las investigaciones bacteriológicas fueron igualmente negativas. Se practicaron tres biopsias: las dos primeras evidenciaron un tejido inflamatorio y la tercera ofrece las características del escleroma.

Después de un tratamiento antisifilítico sin resultado, el Dr. Sáinz de Aja sometió al enfermo a una cura de yodo, a inyecciones endocrinas de Fastre *estitrié*; luego a la paludización, más tarde a los caldovacunas, que fueron preparados por el Dr. Falcó. Ultimamente, a sesiones de radioterapia profunda.

El enfermo abandona el hospital en 30 de Septiembre de 1930, aparentemente curado, en el estado que se presenta ahora al Congreso.

(Véase el sumario para el número próximo.)

DIVULGACIÓN CIENTÍFICA EXTRANJERA

Estudio fisiopatológico del calcio ⁽¹⁾

POR EL

DR. FRANCISCO DE JAMATOBO Y ARRANZ

Y III

CALCIO Y ENDOCRINOPATÍAS

De todas las glándulas endocrinas son las paratiroides las que representan un más importante papel en lo que se refiere a la fisiopatología de los compuestos de calcio y fósforo. Mac Collum, hace ya muchos años, describió la existencia de una hipocalcemia paratireopriva y la coexistencia de este déficit del calcio hemático con algunos estados tetánicos. Sin embargo, la verdadera era científica de los conocimientos en este sentido se inició en el año 1925 con los trabajos de Collip, gracias a los cuales se logró aislar en estado de pureza el principio activo de la glándula paratiroides y se pudo lograr un conocimiento experimental de la acción de esta denominada «parathormona» en el metabolismo de las sales de cal.

Bigwood esquematiza en su trabajo publicado en el mes de Abril del corriente año la fisiopatología paratiroidea en los dos grupos siguientes:

1.º El «hipoparatiroidismo» es debido a la ablación quirúrgica de las glándulas paratiroides, ya sea directamente, ya como consecuencia de una tiroidectomía demasiado extensa, o a un mecanismo idiopático y como tal desconocido en su esencia, como el que se observa con alguna frecuencia en los niños y más raramente en los adultos, en los casos de tetania. Este síndrome está carac-

terizado por una hipocalcemia que afecta las porciones B o B y C del calcio, una hiperfosfatemia, tendencia a la conservación del calcio y del fósforo en el equilibrio y, por último, un estado de tetania general, localizada en las extremidades, produciendo lo que ha recibido el nombre de «carpoespasmo», o produciendo también un estado de tetania latente caracterizada únicamente por ciertos reflejos anormales y una contracción exagerada de los músculos por la acción de la corriente eléctrica.

2.º El «hiperparatiroidismo» se caracteriza por una hipercalcemia que, como la hipocalcemia del grupo anterior, afecta exclusivamente la porción B o cuando más las porciones B y C del calcio orgánico, una hipofosfatemia y un equilibrio indicando una pérdida exagerada de calcio y fósforo, producida a expensas de la reserva cálcica y fosfórica de los huesos, de donde se deduce la aparición de fenómenos patológicos del sistema óseo, y, por último, por una marcada hipotonía muscular.

Estados espasmofílicos (tetanias).—Como ya iremos viendo en el curso de toda esta exposición elemental, el estudio de la acción fisiopatológica del calcio coincide constantemente con el de las tetanias, ya que la gran mayoría de las manifestaciones tetánicas se encuentran en íntima y directa relación con esta función. Sin embargo, no hay que olvidar a este propósito, como muy bien subraya el repetidamente citado Bigwood, que los mismos estados espasmofílicos, idénticos desde el punto de vista sintomático, pueden presentarse en otros estados patológicos en los que para nada interviene la función paratiroidea. Este mismo autor clasifica la totalidad de los estados espasmofílicos en los nueve grupos siguientes, de los cuales los cinco primeros son rigurosamente tributarios de la disfunción en déficit de las glándulas paratiroides y los cuatro restantes son por completo independientes de ella. La clasificación es como sigue:

- 1.º Tetania postoperatoria paratireopriva.
- 2.º Tetania espontánea idiopática del niño.
- 3.º Tetania espontánea idiopática del adulto.
- 4.º Tetania raquítica.
- 5.º Tetania osteomalálica.
- 6.º Tetania por ingestión de fosfatos alcalinos.
- 7.º Tetania por ingestión o inyección de bicarbonato de sosa.
- 8.º Tetania por superventilación pulmonar.
- 9.º Tetania gástrica.

Las cinco primeras formas, como decimos, son debidas a un trastorno de la función paratiroidea, tratándose, por lo tanto, de un hipocalcemia hipoparatiroidea que afecta a la porción B de la calcemia. En las cuatro últimas formas la hipocalcemia suele ser normal y hasta en algunos casos se encuentra notablemente elevada.

En las tres últimas formas señaladas contrariamente a la hipocalcemia, se observa un estado de alcalosis que puede considerarse como el carácter determinante de la tetania. Se trata de alcalosis no gaseosa, por ejemplo, en los casos 7.º y 8.º, siendo en este último debida a una eliminación excesiva de ácido clorhídrico como consecuencia de vómitos incoercibles (Bigwood). La forma siete se ha observado en los niños diabéticos tratados de una manera excesiva con alcalinos para combatir la acidosis (Howland). Cuando la calcemia permanece normal en estos casos de alcalosis, el equilibrio de esta cifra se mantiene gracias a una elevación de la porción A, proporcional a la disminución que se comprueba de la porción C.

De igual modo que, como acabamos de ver, la función paratiroidea no puede ser acusada constantemente como

(1) Véase el número anterior.

factor etiológico de las tetanias, la alcalosis tampoco puede sistemáticamente considerarse como origen de todos estos estados. El equilibrio acidobásico es normal o desviado hacia la alcalosis en el caso 1.º; generalmente normal en los casos 2.º, 3.º, 4.º y 5.º; normal o desviado hacia la acidosis en el caso 6.º, cuando la sal administrada en el bifosfato alcalino y hacia la alcalosis, por el contrario, cuando se administra el fosfato alcalino ordinario o fosfato bimetálico. No existe, por lo que puede deducirse de los hechos expuestos, ningún concepto general a todos los estados de tetania, en lo que se refiere especialmente a la reacción del medio; sin embargo, puede afirmarse que la totalidad de los estados espasmofílicos se benefician favorablemente con un tratamiento acidificante.

Como muy bien afirma el hartas veces citado Bigwood en la magistral monografía que tanta utilidad nos está proporcionando para la redacción de esta información científica, «la solución de los problemas que se desprenden del estudio de la patogenia de los estados espasmofílicos es aún, pues, muy oscura. Las porciones de responsabilidad que incumben al trastorno paratiroideo o al desequilibrio acidobásico no están aún bien delimitadas en todos los casos de tetania, y las relaciones que pueden existir entre estos dos factores patogénicos no están perfectamente establecidas. Puede, sin embargo, deducirse de todo esto las conclusiones siguientes:

«a) Existe espasmofilia, cuando la calcemia total cae por debajo de 7 miligramos por 100 c. c. de suero sanguíneo, a menos que no exista simultáneamente una disminución de la concentración de las proteínas hemáticas o un estado concomitante de acidosis.

«b) Existe espasmofilia en casos de alcalosis lo suficientemente pronunciada, sin que exista necesariamente una modificación de la calcemia total.

«c) El tratamiento de la tetania debe consistir, según los casos, en un tratamiento exclusivamente acidificante, o bien en un tratamiento paratiroideo asociado a una terapéutica acidificante y a un régimen lácteo.»

Tal es en muy breves palabras el estado actual de la fisiopatología del medio en los estados de tetania, estado que, como se ve, está aún pleno de lagunas y abierto, por lo tanto, a las luces de nuevas investigaciones y descubrimientos. Por el momento, el concepto general que de los hechos adquiridos pudiera deducirse es bastante confuso y no permite en manera alguna enfocar en todos sus planos de un modo rigurosamente científico la cuestión. Esperemos que en un porvenir próximo estos hechos entrarán en su pleno estadio científico.

EL SÍNDROME TÓXICO, HIPERCALCÉMICO Y EXPERIMENTAL DE COLLIP

Al comienzo de este capítulo hicimos rápida mención a las investigaciones experimentales de Collip, referentes a la acción de la hormona paratiroidea sobre el calcio sanguíneo. En el año 1925, este autor logró por medio de la administración de la parathormona una modificación en hiper de la calcemia en un animal normal. Este efecto fuertemente hipercalcemiante del principio activo de las glándulas paratiroides, le ha permitido comprobar que una hipercalcemia intensa mantenida, durante largo tiempo por la administración de dosis tóxicas repetidas de la hormona, da lugar a un síndrome tóxico en el curso del cual puede sucumbir el animal. Este síndrome de Collip está perfectamente caracterizado por una concentración general de los elementos constituyentes de la sangre, una elevación de la viscosidad relativa de la misma, una hi-

percalcemia pronunciada afectando a la porción B del calcio sanguíneo, una hiperfosfatemia, y en la fase de este estado que precede a la muerte, se presenta azotemia, hipocloremia, descenso de la reserva alcalina, y desde el punto de vista clínico, anorexia, vómitos, apatía, coma, y por último, trastornos circulatorios que preceden inmediatamente a la muerte. Todos estos síntomas, incluida la hipercalcemia, pueden ser combatidos eficazmente con la administración de bicarbonato de sosa en cantidad elevada.

La hormona paratiroidea tiende, por lo tanto, a aumentar el gasto de calcio y fósforo del organismo y a movilizar las reservas cálcicas del sistema óseo hacia los emunctorios naturales de este elemento. Albright, con objeto de comprender el mecanismo íntimo de la acción de la hormona paratiroidea, ha estudiado la acción de las dosis fisiológicas de este principio activo, o sea la acción de las dosis débiles en comparación con las dosis tóxicas que determinan el síndrome experimental de Collip. Esta parathormona a dosis fisiológicas, produce sucesivamente hiperfosfatemia inmediatamente seguida de hipofosfatemia, o sea el proceso contrario al que producen las dosis tóxicas repetidas. Consecuencia de esta hipofosfatemia, prodúcese una hipercalcemia, que a su vez da lugar a una hipercalcemia con equilibrio negativo del calcio. Las cantidades respectivas de calcio y de fósforo que se pierden en estas condiciones son las que corresponden a las proporciones en que estos elementos se encuentran en el fosfato tricálcico. La supresión de la acción de la hormona paratiroidea sobre un organismo normal produce un retorno al estado fisiológico caracterizado por un orden inverso en los fenómenos que acabamos de describir. Según la escuela de Albright, el efecto más importante de la acción de la parathormona afecta al metabolismo del fósforo de un modo indirecto, por intermedio de estas modificaciones es como surte su efecto sobre el del calcio. Según han podido comprobar gran número de autores, la vitamina D asociada a la acción de los rayos solares, no produce efecto apreciable sobre los trastornos paratiroides del metabolismo cálcico. La decalcificación de los huesos es consecuencia de la movilización de las reservas cálcicas hacia los emunctorios, bajo la acción de la hormona paratiroidea, siendo frecuentemente limitada.

Señalemos en último término con Bigwood, que la ingestión de leche ejerce una acción terapéutica particularmente efectiva en la cura de la tetania paratiroidea, gracias a la riqueza en calcio y fósforo que contiene este alimento. La terapéutica acidificante de la tetania, lo mismo que por la acidosis gaseosa que por la no gaseosa, es siempre claramente satisfactoria, si bien sus efectos son puramente paliativos, no produciendo nunca una elevación de la calcemia total.

Por último, es un hecho repetidas veces comprobado, que cuando un animal sobrevive a la tetania producida quirúrgicamente por la extirpación de las glándulas paratiroides, gracias a la intervención de los elementos terapéuticos antes citados, su organismo se adapta a este nuevo estado y acaba por poder prescindir de toda terapéutica hipercalcemiante y antiespasmofílica.

Con estos hechos ha quedado, siquiera sea de un modo esquemático, trazado el cuadro de la fisiopatología del calcio, en cuanto se refiere a la intervención patógena que en él puede tener la hormona paratiroidea, y en los apartados ulteriores, según dijimos al comienzo, han quedado de igual modo bosquejadas las más importantes cuestiones que desde el punto de vista práctico pueden

desprenderse del conocimiento de lo que pudiéramos llamar patología del calcio. No se nos oculta que esta exposición pudiera continuarse aún durante largas columnas si nuestro propósito fuera agotar el tema. Bastantes cosas podríamos decir aún referentes a la intervención del calcio en la producción de los edemas nefríticos y caquéticos en los estados de desequilibrio acidobásico, en las enfermedades del tiroides, la gota, arterioesclerosis, etc., pero ello nos llevaría a dar a esta información científica, de índole puramente práctica y divulgadora, una extensión completamente inadecuada que, por lo demás, no había de reportar beneficios de consideración a los lectores. Baste, pues, con lo expuesto.

BIBLIOGRAFIA ⁽¹⁾

EPREUVES BIOLOGIQUES DANS LES ICTERES. François Thiebaut. Masson et Cie, éditeurs, 1932.

Este libro tiene como misión principal la de dar a conocer al público una nueva prueba experimental del funcionamiento hepático, destinada a evidenciar pequeñas alteraciones que no llegan a dar lugar a la aparición de ictericia. El autor administra 40 gramos de galactosa en ayunas, y recoge en cuatro fracciones la orina de las siguientes veinticuatro horas, durante las que sólo da al paciente 1.500 gramos de agua. Todo aumento manifiesto de la concentración galactosúrica global por encima de 1 por 1.000, indica, según las repetidas investigaciones del autor, un trastorno hepático, cuya captura no siempre es posible con los otros procedimientos propuestos anteriormente. Uniendo en una gráfica los valores de las cuatro concentraciones de galactosa eliminada por la orina, tendremos un resultado que, además de manifestar la existencia de una hepatitis, podrá presentar características que indiquen si el estado inflamatorio se desenvuelve sobre un terreno anteriormente afecto de esclerosis, éstasis biliar o sanguíneo. También se asigna a esta prueba un valor pronóstico y patogénico.

El autor publica una casuística prolija y vasta como demostración de su tesis, que será muy de celebrar sea ratificada por otros clínicos para llegar a su consagración como prueba práctica, ya que por su simplicidad, economía y falta de molestia para el paciente lo sería más que muchas otras que están a la orden del día.

DR. SANTIAGO LARREGLA

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

F. Negro. SOBRE LOS SÍNDROMES PARKINSONIANOS POST TRAUMATICOS.—Los traumatismos, en el problema etiológico de algunos síndromes parkinsonianos, constituyen un elemento a discusión.

En la bibliografía existen casos en los que el traumatismo ha provocado a distancia, más o menos alejada, hipertonia muscular y temblor; el cuadro de la enfermedad de Parkinson.

Souques, en 1921 y recientemente, sostiene que tales casos no convencen y probablemente se trata de coincidencia fortuita. En más de mil casos de heridas y contusiones

de los nervios periféricos no ha observado ningún caso de temblor parkinsoniano.

En varias de nuestras publicaciones anteriores hemos llamado la atención, consecutivamente a heridas de un miembro con lesiones nerviosas, de la aparición de temblor con los caracteres del propio de la enfermedad de Parkinson, persistiendo varios años; de esto ya transcurrieron diez o doce años. Temblor asociado a hipertonia muscular de miembro, siempre circunscrito sin tendencia a generalizarse.

No podemos admitir, dados los conocimientos patogénicos de la enfermedad de Parkinson ni de los síndromes parkinsonianos, que un trauma periférico pueda provocar tal síndrome circunscrito; es cuestión fisiopatológica.

Ante tales hechos creemos que la hipertonia muscular del miembro y el temblor deben ser atribuidos a lesiones irritativas periféricas de las terminaciones simpátosensitivas con influencia por vía refleja de los centros simpático-medulares y de las fibras nerviosas eferentes destinadas a la innervación del sarcoplasma.

¿Podemos pensar que un trauma cefálico pueda provocar una hemorragia de las ramas de la arteria estriada interna, rama de la arteria lenticuloestriada, es decir, en la localización de las lesiones parkinsonianas y producir el síndrome? A contestar afirmativamente aportamos en este trabajo cuatro casos demostrativos. En los cuatro enfermos después de un traumatismo más o menos intenso de la cabeza y después de un período intercalar más o menos prolongado, aparece un síndrome parkinsoniano típico. En uno, el síndrome circunscrito al lado derecho del cuerpo; en los tres restantes es generalizado. En todos ellos el cuadro clínico se identifica más con la enfermedad de Parkinson clásica que con el parkinsonismo encefalítico.

Es posible admitir que un trauma produzca lesiones, probablemente de naturaleza hemorrágica, y constituya el substratum anatómico de la enfermedad de Parkinson y de los síndromes parkinsonianos. Etiología que, si bien excepcional, debe ser considerada en clínica. (*Minerva Médica*, Torino, 17 de Febrero de 1931, año XXII, vol. I núm. 7, página 279).—M. A. U.

M. Negro. LA EPIDIDIMITIS COLIBACILAR.—La enorme frecuencia de las epididimitis gonocócicas y tuberculosas, aun después de un examen detenido del enfermo, nos inclina casi siempre a este diagnóstico etiológico, olvidando otras etiologías como la epididimitis por colibacilos.

El ciclo evolutivo igual o casi paralelo al de las formas gonocócicas, la ausencia de fenómenos graves, la terapéutica idéntica, la curación rápida en general, son factores que favorecen el error diagnóstico.

El estudio de dos casos recientes de epididimitis colibacilar, por colibacilo puro, nos mueve a llamar la atención sobre su clínica. El diagnóstico pudo realizarse mediante el examen bacteriológico del material tomado por uretros-copia.

La mayor parte de las epididimitis colibacilares muestran en sus antecedentes la blenorragia; en ellas el colibacilo, y no el gonococo, la mayor parte de las veces es el agente principal de la infección.

Hipótesis de trabajo que encuentra apoyo en la comprobación de epididimitis concomitantes o consecutivas a afecciones gonocócicas de la uretra cuya infección es mixta; es decir, en los casos que al lado del gonococo se halla el colibacilo, el estafilococo y otros gérmenes llamados banales; fenómeno que induce a creer que el epidídimo es el reactivo del colibacilo y no del gonococo. Este tendría, según

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

varios autores, la acción de preparar el terreno a la invasión y desarrollo del colibacilo.

Mucho más raras son las epididimitis, la infección del epidídimo por el coli no consecutivas a blenorragias uretrales. En general, no se consideran como primitivas, sino secundarias a otras localizaciones del colibacilo, tanto en riñón como en pelvis.

Nuestro primer caso entra en la primera categoría; epididimitis colibacilar consecutiva a una pielonefritis crónica bilateral por colibacilo puro.

En el segundo caso no hemos podido demostrar la existencia del foco pielocorrenal colibacilar; es por lo que pensamos en la posibilidad de tratarse de una epididimitis colibacilar primitiva.

El pronóstico de la epididimitis colibacilar es benigno; rápidamente, en quince o veinte días, termina por curación, en especial cuando se emplean con cautela los medios antiflogísticos y especialmente si se asocian las vacunas colibacilares y el bacteriófago. En caso de absceso hay que llegar al desagüe, esperándose la curación sin fístula. En los casos de recidiva se recurrirá al medio radical: la ligadura y sección del conducto deferente. Raramente es necesaria la epididectomía. (*Minerva Médica*, Torino, 3 de Marzo de 1931, año XII, vol. I, núm. 9, pág. 353).—M. A. C.

E. Apert. ¿EN QUÉ MOMENTO CONVIENE ABRIR UNA PERITONITIS DE NEUMOCOCOS?—En el diagnóstico de esta forma de peritonitis tiene especial importancia la diarrea biliosa profusa y la ausencia de contractura de la pared abdominal.

Aportamos una observación de peritonitis neumocócica de consecuencias desagradables por haber realizado la intervención quirúrgica precoz; se establecieron consecutivamente verdaderos focos de peritonitis, cada uno de los que evolucionó separadamente en el transcurso de un año y medio; finalmente, derrame pleural, también por neumococos, tratado por toracotomía.

Los cirujanos ven en las operaciones la abundancia y espesor de los depósitos fibrinosos en los derrames por neumococos. Se comprende fácilmente que las paredes de las serosas evacuadas precozmente se pegan unas a otras, encerrando en diversos compartimientos depósitos fibrinosos de neumococos todavía virulentos; origen de colecciones multibaciladas. Si se deja la gran colección primitiva enquistarse por falsas membranas periféricamente situadas, para vaciarla ulteriormente, llega un momento que el neumococo ha perdido su virulencia. Es el momento de evacuar. En el examen microscópico del exudado peritoneal, retirado por punción exploradora, tenemos el medio de fijar dicho momento. Punción exploradora practicada a algunos centímetros por encima del pubis, previa evacuación de la vejiga; es manera fácil y sin peligros, a condición de hacer el vacío cuando la aguja está en plena pared abdominal, empujarla lentamente y detenerse en cuanto se inicie la entrada de líquido en la jeringa.

Trátase de peritonitis o de pleuresía, al principio el líquido es seropurulento, más seropurulento que purulento, con polinucleares poco alterados, y la mayoría de los neumococos fuera de las células. Más tarde, cuando está indicado operar, el pus es más espeso, bien ligado, verdoso, las células se tiñen de manera difusa, el núcleo está como difuso y los neumococos son la mayoría intracelulares. Es el momento, el único, de proceder a la intervención. (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 29 de Diciembre de 1930, 3.^a serie, 46 año, núm. 36, pág. 1.577.) M. A. C.

A. Carotenuto. UN CASO DE MENINGITIS GONOCÓCICA.—Aunque el gonococo se cita entre gérmenes capaces de provocar meningitis, es lo cierto que son muy raras las observaciones de meningitis gonocócicas bien comprobadas. En las historias publicadas se trataba de antiguos blenorragicos que bruscamente presentaron Kernig, rigidez de la nuca, temblores o convulsiones y fiebre moderadamente intensa (alrededor de los 39°) y gran polinucleosis en el líquido cefalorraquídeo. El pronóstico era muy variable, habiéndose publicado casos mortales, y de todos modos, siempre podía comprobarse la existencia de numerosos focos blenorragicos intra y extragenitales. El tratamiento consistió en inyectar sueros antimeningocócico y antigonocócico por vía endolumbar y en hacer repetidas punciones lumbares.

Relata el autor una historia clínica de una niña nacida de padres con blenorragia antigua (la del padre anterior al matrimonio), que había acusado ardores y tumefacción de los genitales externos que la madre trataba con baños y remedios caseros. Posteriormente tuvo una artritis, que dijeron reumática, pero que respondía mal o nada al salicilato y, por último, vómitos, cefalea intensa y convulsiones. Había Kernig positivo, hiperestesia, exaltación de reflejos y fiebre de 38°,4. La tumefacción de la rodilla izquierda más bien se intensificó, y lo mismo la tumefacción de los genitales, en los que apareció secreción purulenta. Una punción lumbar de 20 c. c. con tratamiento sintomático de hielo en la cabeza, sanguijuelas en las mastoides, baños calientes, etcétera, sólo produjo una mejoría transitoria seguida de nueva hipertermia de 40° de delirio, agitación intensa, cefalea violenta y vómitos. Una nueva punción, seguida de inyección endolumbar de suero antimeningocócico y 10 c. c. de suero antigonocócico, fué seguida de una ligera mejoría que se acentuó con otras cuatro inyecciones intravertebrales de suero antigonocócico. Al cabo de un mes la niña estaba curada por completo. Los análisis bacteriológicos confirmaron el diagnóstico de meningitis gonocócica. Con la meningitis desapareció también la artritis de la rodilla izquierda. (*La Pediatria di Naples*, 1932, fascículo 13).—F. G. D.

L. Cartagenova y A. Garibbo. ESTUDIO DEL SISTEMA VEGETATIVO DEL NIÑO DURANTE LA FIEBRE TIFOIDEA POR MEDIO DE LOS MÉTODOS DE DAGNINI-ASCHENER Y DE PREVEL.—En los últimos tiempos va ganando importancia el estudio del sistema nervioso vegetativo en las diversas enfermedades. Las pruebas farmacodinámicas tan correctamente empleadas para ello en el adulto, son poco recomendables para los niños, en los que son más aprovechables las fisiológicas—reflejo oculocardíaco o prueba de Dagnini-Aschner para la vagotonía y reflejo del cambio de posición o de Prevel para la simpaticotonía—, pruebas que cualquier médico puede comprobar repetidas veces sin causar molestias ni perjuicios a los niños. Las experiencias hechas en sanos han demostrado que en el recién nacido comienza a iniciarse una reacción vagotónica desde las primeras semanas que llega a su máximo a los dos años aproximadamente, y luego comienza a decrecer para dar paso a la simpaticotonía propia del período prepuberal.

Muchos autores han estudiado cómo se comportan las distintas enfermedades, siendo muy importantes los estudios llevados a cabo sobre el reflejo oculocardíaco en la difteria, que se exalta notoriamente cuando van a iniciarse las parálisis postdiftéricas y vuelve a la normalidad cuando aquéllas tienden a curar. En la escarlatina parece que existe simpaticotonía en el acné de la enfermedad y vagotonía en la convalecencia. En la tuberculosis el reflejo oculocar-

díaco estaría exaltado en las formas benignas y en la esclerosis y disminuido o abolido en las formas progresivas.

Los autores han estudiado el estado de dicho sistema en los niños afectados de tifoidea, observando que durante el período febril había simpacotonía exagerada, tanto más cuanto más grave era la infección, habiéndose visto el reflejo abolido o invertido constantemente en los casos mortales; en cambio, la convalecencia se marca por una vuelta a la vagotonía fisiológica. Parece que en el adulto ocurren las cosas precisamente al contrario.

Alguna vez se vieron fenómenos de arritmia durante la exploración del reflejo. (*La Pediatría*, 15 de Enero de 1931). F. G. D.

Eable I. Greene y J. Mayor Greene. CRISIS TIROIDEA MORTAL A CONSECUENCIA DE UNA INYECCIÓN EN VENAS VARICOSAS.—La crisis tiroidea es una de las complicaciones más temibles del bocio exoftálmico o hipertiroidismo primitivo. Se la ve aparecer a consecuencia de fatigas físicas o mentales extremas, de enfermedades infecciosas o de traumatismos psíquicos. Un accidente de automovilismo, una gripe, una tonsilitis, la intervención quirúrgica por absceso peritonsilar o por apendicitis, son motivos suficientes para que se presenten crisis de esta naturaleza. Por esta razón, antes de comenzar una operación, debe tratarse el hipertiroidismo, caso de que exista; de lo contrario, podrían presentarse desagradables sorpresas. Los autores dan cuenta del siguiente caso observado por ellos:

Se trataba de un hombre de cuarenta años, afecto de hipertiroidismo marcado con neurosismo, taquicardia, apetito exagerado, no obstante su delgadez, temblor y sudores. Aquejaba, además, una úlcera varicosa del tobillo izquierdo, que le ocasionaba dolores violentos, úlcera que había sido tratada hacía tiempo con éxito aparente, y que desde hacía dos meses había vuelto a abrirse y molestarle. Hecho un examen detenido del enfermo se vió que sus pulmones y corazón se encontraban sanos, que había una taquicardia de 142 pulsaciones por minuto, presiones sistólica y diastólica de 160 y 80, respectivamente, 4.800.000 hematíes y 9.000 leucocitos, metabolismo basal de + 66 y orinas normales. No había sífilis. La úlcera del tobillo era pequeña con gran número de venas varicosas a su alrededor. En vista de la tireotoxicosis se invitó al enfermo a ingresar en el hospital para tratarle con iodina antes de inyectarle las venas varicosas con la solución de Unna. No lo hizo así, por desgracia suya, sino que a poco recurrió a un médico particular, quien inyectó, desde luego, las venas. Al poco tiempo el enfermo sintió dolores intensos en la úlcera y pierna, más tarde se presentaron vómitos, dolores de vientre, diarrea, delirio, fiebre alta de 40°, exoftalmismo marcadísimo y mal estado general. Se vió que parte de la inyección se había hecho fuera de las venas, de donde el dolor vivísimo, que tal vez fué el que desencadenó la crisis tiroidea aguda. Como ni por la boca ni por el recto podía darse iodina al paciente, se recurrió a suministrarla con sonda esofágica. Al mismo tiempo se inyectaron 500 c. c. de una disolución fisiológica de cloruro de sodio adicionada de dextrosa al 1 por 100. También se inyectaron subcutáneamente 15 miligramos de morfina. Todo fué inútil, el estado del enfermo fué cada vez peor, la temperatura llegó a 41°,5, en la axila se presentó el coma y a poco murió. (*The Journal of the American Medical Association*, tomo 96, núm. 8, 21 de Febrero de 1931).—F. G. D.

Hess y Schlecht. TRATAMIENTO DEL BASEDOW POR LOS RAYOS ROENTGEN.—Los autores eliminaron cuidadosamen-

te todos los casos de neurosis vegetativa con síntomas de tireosis, mediante el estudio sistemático del metabolismo fundamental. Todos los que tenían una elevación inferior al 20 por 100 fueron eliminados, y sólo cuando los síntomas clásicos del Basedow coincidían con un aumento tan manifiesto del metabolismo, se aceptaban como buenos para el tratamiento. Cada cura se compone de tres series de radiaciones, con intervalos de cuatro a seis semanas entre cada serie. Cada serie consta de tres sesiones, que se dan en tres días consecutivos. En cada sesión se radian el lado derecho y el izquierdo del tórax con 1/3 de dosis de eritema, o sea 250 r. Se hace un cruce de radiaciones en ambos campos, protegiendo la parte anterior de la laringe, con lo que en cada sesión recibe cada mitad 1/2 de dosis de eritema, o sea 375 r. Esta dosis debe estimarse sólo como guía y modificarse según la marcha de los síntomas clínicos y del metabolismo fundamental. Si éste vuelve a límites normales se suspende la radiación. Si no se obtiene resultado puede repetirse el tratamiento al cabo de cierto tiempo, haciendo dos nuevas series.

Si se toman todas las precauciones necesarias y se vigila bien la técnica, no hay por qué temer accidentes desagradables.

El tanto por ciento de éxitos no es inferior que el obtenido con el tratamiento quirúrgico. Este tiene a su favor su gran rapidez, mientras que el tratamiento por las radiaciones exige mucho tiempo. En cambio, según el autor, existe la compensación de la falta de mortalidad. (*Munch. med. Woch.*, 1931, núm. 2).—F. G. D.

Baboneix. PAPEL DE LA HEREDOSÍFILIS EN EL DETERMINISMO DE LAS ENCEFALOPATÍAS INFANTILES.—Bajo el término de encefalopatías infantiles se engloban las diversas manifestaciones nerviosas que producen las lesiones cerebrales graves, desorganizadoras y extensas, aparecidas en el curso de la vida intrauterina o en los dos primeros años de la vida. Las manifestaciones clínicas pueden ser motoras, psíquicas o mixtas.

Piensa el autor que en el origen de la mayoría de estas encefalopatías se encuentra la sífilis congénita. Funda esta opinión, contraria a la de autores del relieve de Pierre Marie, etc., sobre los antecedentes de los padres, existencia en éstos o en los abuelos de signos manifiestos de sífilis o de heredosífilis, la existencia de aborto o malos partos, hijos muertos, etc. En algunos casos la etiología heredosifílica ha sido comprobada por el examen histológico postmortem y en otros por argumentos de índole clínica, tales como estigmas en el propio niño o en sus hermanos, serología positiva en el niño o en los padres y buenos resultados de la terapéutica de prueba.

Tras de rechazar argumentalmente las críticas efectuadas con motivo de su teoría, Baboneix cree poder deducir la conclusión de que ya que no es en todos los casos, sí en un número mucho mayor del que creían los clásicos, la heredosífilis puede ser el factor determinante de las encefalopatías infantiles. (*Arch. Der. Siph. de L'Hôpital Saint Louis*, número 1, 1932).—Tomé.

Meyer. EL LUPUS TUBERCULOSO DESDE EL PUNTO DE VISTA SOCIAL.—Considera el autor que la hospitalización de los lúpicos debe quedar reservada a los enfermos graves y aquellos otros que han de sufrir una intervención quirúrgica; en este último caso la estancia en él sería de pocas semanas. En efecto, es desmoralizante ésta cuando se prolonga a lo largo de los meses. Sin embargo, los enfermos no hospitalizados ganan su vida difícilmente y acuden al tra-

bajo en malas condiciones, ya sea porque el tiempo consagrado a su trabajo les impide recibir los cuidados necesarios, ya porque las reacciones de su enfermedad o las producidas por la terapéutica les impidan desarrollar un trabajo continuado y remunerador.

En vista de esto considera el autor que la asistencia domiciliaria llenaría estas dificultades en todos sentidos. (*Bull. de la Soc. de Der. et de Syph.*, 9 de Junio de 1932).—TOMÉ.

Touraine, Solente y Hesse. SIETE CASOS DE PITIRIASIS RUBRA PILAR EN UNA MISMA FAMILIA.—Han estudiado los autores una familia de 17 miembros entre los que se encontraban siete casos de pitiriasis rubra pilar y nueve de tuberculosis, de los cuales tres habían terminado por la muerte. En seis de estos individuos se presentaban asociadas la tuberculosis y la pitiriasis. Estas observaciones pueden servir de lazo de unión entre las dos teorías patogénicas actualmente de boga para esta dermatosis, cual son la de Beurmann de la disposición hereditaria probablemente de origen endocrino y la de Milian del papel de la tuberculosis. (*Bull. de la Soc. de Der. et de Syph.*, 9 de Junio de 1932). TOMÉ.

Hatzlengau y Jacobovici. DOS CASOS DE PSEUDOTUMOR INTESTINAL DE ORIGEN SIFILÍTICO.—Dan cuenta los autores de dos casos de tumores ileocecales de comienzo brusco con dolores violentos, vómitos, hipertermia y signos de suboclusión. Poco después el cuadro se calma, no quedando más que una molestia permanente a nivel de la región con exacerbación dolorosa periódica. En uno de estos casos el tratamiento específico tuvo una influencia extraordinaria. En los otros dos casos se intervino quirúrgicamente y el examen histológico de la pieza puso de manifiesto lesiones histológicas en favor de la sífilis. (*Bull. de la Soc. de Gas.-Ent. de Paris*, 11 de Julio de 1932).—TOMÉ BONA.

Milian. MICOSIS FUNGOIDE Y ENFERMEDAD DE HODGKIN.—El autor había presentado un enfermo, en 1925, con lesiones de eczema vesiculoso en los miembros inferiores, muy pruriginosas, que desaparecían con el tratamiento local, pero recidivaban fácilmente; durante el curso de su enfermedad apareció un ganglio en el cuello que examinado histológicamente mostró una esclerosis difusa análoga a la de la enfermedad de Hodgkin, con numerosos acúmulos linfocíticos como en el linfadenoma. Las lesiones cutáneas mostraban vesículas y pozos eczemáticos, con intensa reacción de las células conjuntivas del dermis, multiplicadas, hipertrofiadas, cuyos núcleos eran aumentados de tamaño. Las células endoteliales de los capilares sufrían alteraciones análogas. El diagnóstico fué orientado hacia una eritrodermia premicósica.

El enfermo muere en 1930 después de la aparición de tumores ganglionares ulcerados. El borde de las ulceraciones estaba repleto de células de Sternberg.

Un nuevo caso con eritrodermia generalizada y adenopatía inguinal y axilar, al que se practica una biopsia en el antebrazo, muestra igualmente la lesión de las células conjuntivas, reacción gigantohiperplásica, en ciertos puntos células de Sternberg; acúmulos dérmicos de plasmocitos y nódulos de linfocitos. Las lesiones conjuntivas permiten pensar en la naturaleza micósica de la afección.

De los dos casos expuestos, deduce que clínicamente la enfermedad de Hodgkin y la micosis fungoide no son dos enfermedades diferentes y hace notar la importancia de la reacción de la célula conjuntiva del dermis en el diagnóstico

de la eritrodermia premicósica. (*Bull. Société Franc. de Dermat. et Syph.*, Febrero de 1932).—T. B.

Touraine, Solente y Golé. QUERATODERMIA PALMO-PLANTAR FAMILIAR.—Han encontrado los autores tres casos de esta enfermedad en una misma familia (hija, padre y tío). Existía consanguinidad en los padres de la niña; el comienzo fué en todos estos casos relativamente tardío y existía en el padre una ligera colesterinemia. La biopsia mostró esclerosis conjuntiva, hiperplasia de las glándulas sudoríparas, espesamiento de las diversas capas del epidermis y en particular del estrato granuloso. (*Bull. de la Soc. de Der. et de Syph.*, 9 de Junio de 1932).—T. B.

J. R. Goyena. SOBRE ALGUNOS CASOS DE SÍFILIS DEL PULMÓN.—El autor comienza comentando los estudios de Mariac, Patiño y Mayer, acerca del tema, recordando que, según el primero, la localización pulmonar de la sífilis era la menos frecuente de las manifestaciones viscerales. Presenta la historia y sus radiografías, en las que se observa una opacidad en la base derecha que está separada del diafragma y del mediastino; simula un absceso del pulmón. El tratamiento específico curó la enferma clínicamente, y en la radiografía sólo resta una pequeña banda de opacidad.

Comenta luego otro caso de su clientela privada, en la que se trata de una niña con antecedentes luéticos, que presenta expectoración y una sombra radioscópica que simula un quiste; el examen de esputo descubre la espiroqueta de Schaudin. Cura con tratamiento específico. Presenta luego un tercer caso, que opina se trata de un cáncer del pulmón, y que el tratamiento específico, si bien mejoró aparentemente, la lesión radioscópica se agranda, y el enfermo baja de peso. (*Conf. De Med. Del Hosp. Rawson*, 30 de Julio de 1932).—T. B.

Hatzlengau y Jacobovici. TRES CASOS DE TUMOR SIFILÍTICO DE HAUSMANN.—Dan cuenta los autores en este trabajo de tres casos de esta rara e interesante enfermedad. Se trata de tumores abdominales interesando los ganglios, el mesenterio y el epiplón, que tienen un origen sifilítico. En la mayoría de los casos el diagnóstico hay que hacerlo con los tumores cancerosos. La evolución es lenta. En los tres casos estudiados por los autores la serología era positiva y la mejoría fué obtenida rápidamente con el tratamiento específico. (*Bull. de la Soc. de Gastro-Enterologie de Paris*, 11 de Junio de 1932).—TOMÉ.

Nacionales

R. L. y Yagüe. CONVENIENCIA DE ESTABLECER SÍNDROMES RADIOLÓGICOS COMUNES, COMO ORIENTADORES PARA LAS LECTURAS E INTERPRETACIONES DIAGNÓSTICAS. Conclusiones: 1.ª Convendría establecer síndromes radiológicos comunes en las gastroenteropatías más frecuentes.

2.ª Los hechos radiológicos ya obtenidos permiten el ensayo de su constitución.

3.ª A ellos podrían añadirse los nuevos que se fueran logrando.

4.ª Estos procurarían elementos de orientación diagnóstica de positiva utilidad.

5.ª Tendrían asimismo gran valor para la lectura e interpretación de las radiografías. (Comunicación al primer Congreso Español de Patología diagnóstica. *Arch. Esp. de En. del Ap. Dig. y de la Nut.*, Junio de 1931.)

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.—Asamblea de la Asociación de Médicos Titulares Inspectores Municipales de Sanidad.—La estatua del Dr. Ayala, en Jijona, por Angel Pulido Martín.—Dos brindis con mucha miga dentro, por F. Javier Cortes.—Sesiones operatorias del Congreso Internacional de Otorrinolaringología.—Camino de América, por L. R.—Colaboración independiente: I. El paro médico, por el Dr. Ramón Giner.—II. Un llamamiento a las juventudes médicas, por Leandro Valdecañas.—Tribuna de los practicantes: En defensa de la clase, por Jesús Ballesteros.—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.

Era una noche en Bagdá.

¿SERÁ POSIBLE?... ¿Será posible?, nos preguntamos también nosotros, que todavía haya gente por el mundo que se deje colocar ese desafortunado cuento de las mil noches y una noche, escrito por quienes no podrían sostener sus afirmaciones más que diciéndolo... ¡Era una noche en Bagdá!

La *Voz Médica* no es un periódico que se escriba para leerlo sólo el director y cuatro primos... suyos. La *Voz Médica* es un periódico serio, dirigido por hombres de capacidad considerable y de finalidades honestas. La *Voz Médica* es un periódico que siempre ha sentido la responsabilidad de sus campañas, y es un periódico que circula ampliamente por toda España, y es un periódico para el que siempre hemos tenido esta casa y nuestra voluntad de par en par abiertas.

Por todo ello nos asombra que haya prestado sus columnas a la divulgación de ese absurdo cómputo de costos hechos y pendientes de hacer en la edificación del Colegio de Huérfanos de Médicos.

Hay que tener en cuenta que el daño que se hace amparando esos desatinos puede ser grande, formidable daño a la Institución y A NADIE NI A NADA MÁS.

Que esas cosas las diga y las escriba gente sin responsabilidad ni arraigo en la clase, es lamentable, pero no pasa de ahí. ¡Pero que se contribuya a divulgar esos desatinos por gentes como los directores de *Voz Médica*!... Eso no tiene explicación, y queremos creer que obedece solamente a que les han infiltrado en su periódico la noticia.

¡3.500.000 PESETAS! ¡TRES MILLONES Y MEDIO DE PESETAS! dice ese Sr. Iñigo que se llevan gastadas en las obras de la Moncloa y que el Colegio terminado costará ¡SEIS MILLONES DE PESETAS! Y lo estupendo es que dice *Voz Médica* que el Dr. Iñigo es vocal del Consejo de Colegios, y que ha escrito esa indigna falsedad en el Boletín del Colegio de Zaragoza.

¡Como un solo hombre deberíamos alzarnos todos los médicos de España para que se sancionase

una actitud que puede ser de grandes consecuencias para la institución, y como un solo hombre pedir cuenta de esas campañas al presidente del Consejo de Colegios, a ese misterioso personaje que pudiendo y viniendo obligado a decir la verdad, toda la verdad y nada más que la verdad, permite que un compañero del Consejo que él preside siente tamañas afirmaciones cuando le sería tan fácil documentarle puntualmente.

A nosotros estas actitudes comienzan a levantarnos más el estómago que la indignación del espíritu, y como no comprendemos la finalidad de tanto desafuero y tanta simplista malicia, hemos llegado a pensar mal, muy mal, de lo que se oculte debajo de toda esa capa de mantillo.

Sin gran esfuerzo ha podido *Voz Médica* decir lo que nosotros vamos a decir aquí para tranquilidad de todos los médicos españoles que han colaborado en la institución del Colegio de Huérfanos, y para aliento de los que desean colaborar en ella. Claro que los demás, los que sin haber hecho nada nunca pretenden sacar punta a estas cuestiones, ni nos interesan ni deben interesar a nadie más que para guardarse de sus buenas intenciones.

He aquí la verdadera, sencilla y clara cuenta de los gastos del «edificio inacabado de la Moncloa, de lo que llevan costadas esas obras de la Moncloa, sin fechar por lo visto»:

	Pesetas.
Por adquisición de los magníficos terrenos en que se ha levantado el edificio.....	000.000
Por vaciado para la edificación.....	46.929
Pagado a los constructores por la obra realizada:	
25 Septiembre 1929.....	200.000
7 Noviembre 1929.....	310.819
3 Diciembre 1929.....	331.792
20 Enero 1930.....	280.037
21 Febrero 1930.....	247.363
27 Marzo 1930.....	192.720
5 Febrero 1931.....	60.000
Total pagado por los terrenos y lo construido.	1.669.660

¡Un millón seiscientos sesenta y nueve mil seiscientos sesenta pesetas!

Añadamos a esto:

	Pesetas.
1.º Pendiente de pago.....	215 000
2.º Los honorarios que ha puesto la familia del fallecido arquitecto Sr. Rojí.....	75.000 (?)
TOTAL.....	290 000

Las que sumadas a lo anterior hacen: UN MILLÓN NOVECIENTAS CINCUENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTAS SESENTA Y SEIS PESETAS.

¿Dónde están esos tres millones y medio del Sr. Iñigo?

Porque, según vemos, faltan más de millón y medio de pesetas (1.540.334) para que le salgan las cuentas a ese buen señor, y lo que debíamos esperar es que el Sr. Iñigo y demás compañeros *mártires* nos dieran de su *bolsillo* ese millón y medio de pesetas que ellos *dicen* que se ha gastado, sabiendo o pudiendo saber que no es verdad, y con ese millón y medio de pesetas que nos proporcionara a los médicos el Sr. Iñigo CONCLUIRÍAN LAS OBRAS TOTALMENTE, sobrando dinero para ello y entonces sí que valdría el Colegio de la Moncloa en pleno funcionamiento y espléndidamente construido y dotado los TRES MILLONES Y MEDIO de pesetas que ha soñado una noche en Bagdá el Dr. Iñigo que se han gastado sin acabarle.

De los SEIS MILLONES que dice la *Voz Médica* que se necesitan para ver el Colegio terminado no hay ni que hablar, porque es tan absurda la cuenta que ni con el más desdichado arquitecto y la más desdichada administración sería necesario gastar nada menos que CUATRO MILLONES CUARENTA Y UN MIL y pico de pesetas en terminar las obras hechas, y esos cuatro millones son los que habría que sumar a lo ya gastado para que el Colegio costase 6.000.000 de pesetas.

¿Está claro? Pues aún está más claro lo que se pretende con cambiar el Colegio de la Moncloa por otro ya construido que estuviera en sitio más *cómodo* y *útil* para los directores y familia, y aún más claro, el buen deseo de que los médicos de toda España se desilusionen del Colegio de Huérfanos y deriven hacia otras actividades. Quien no lo vea es que es ciego de nacimiento.

Nosotros no creemos ciegos a los directores de *Voz Médica* y esperamos que por el bien de esa institución, que debería ser sagrada y fundamental para todos, rectifiquen ampliamente las afirmaciones que han recogido en su periódico, creemos con sinceridad que *infiltradas* sin su conocimiento.

DECIO CARLAN

Asamblea de la Asociación de Médicos Titulares Inspectores Municipales de Sanidad.

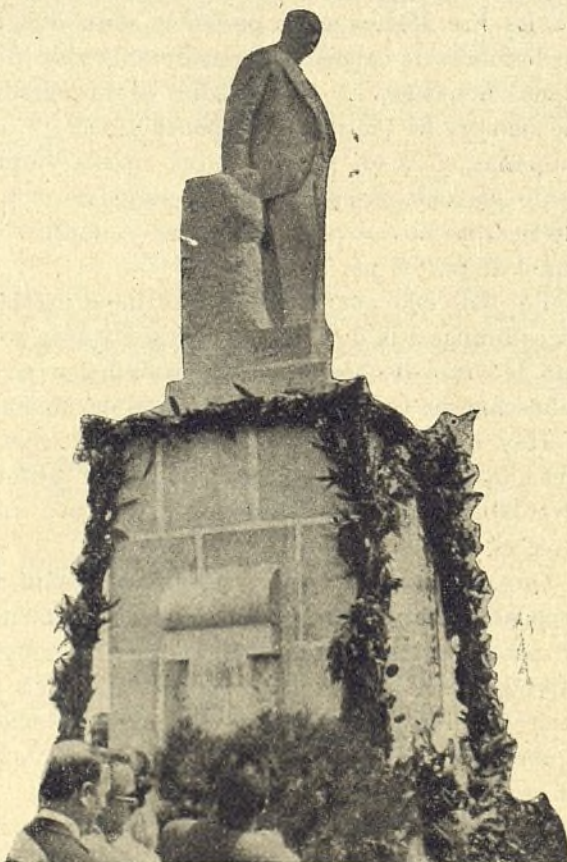
Esta Asamblea comenzará el día 14 de Octubre en el Salón de Actos del Colegio de Médicos la discusión de los temas oficiales, que son:

- 1.º «Los médicos titulares y el Seguro social de enfermedad». Ponente: La Junta provincial de Zamora.
- 2.º «Nueva estructura de la Asociación, derivada de la Constitución española». Ponente: El Comité Ejecutivo.
- 3.º «Relaciones de la Asociación con otros organismos profesionales». Ponente: Junta provincial de Valencia.
- 4.º «Aspiraciones. Centros primarios y secundarios». Ponente: Junta provincial de Cáceres.
- 5.º Elección de cargos vacantes en la Directiva.

La estatua del Dr. Ayela, en Jijona.

Al mismo tiempo que se descubría el monumento al doctor Madrazo, en Santander, con la diferencia sólo de una o de dos fechas, se celebraba el descubrimiento de la estatua del Dr. Ayela, en Jijona.

¿El Dr. Ayela? ¿Quién es el Dr. Ayela? ¿Qué ha hecho el Dr. Ayela? El Dr. Ayela, D. Ladislao Ayela, de Alicante, es



Bellísimo monumento erigido al Dr. Ladislao Ayela por el pueblo de Jijona.

un médico joven, que ha pasado apenas la cincuentena, y lleno de salud y de sano optimismo, contempla el desarrollo de la generación que le sigue procurando educarla en su moral médica, en la moral que aprendió en la Facultad de Medicina de Madrid, donde hizo sus estudios con Olóriz,

con Cajal, con D. Benito Hernando, con Guedea y con Redondo, para no citar más que algunos entre sus buenos maestros... Allí se impregnó de la doctrina del sacerdocio médico, y allí supo que el médico es el hombre que renuncia a su vida para fortalecer la de sus prójimos. Entre sus maestros no vió cómo se hace el dinero, porque eso vino después: vió cómo se lleva una existencia de austeridad y cómo se invierte el día en buenas obras, para al llegar la noche poder dormir con la conciencia tranquila preparando con unas horas de reposo un día siguiente de trabajo...; vió a los maestros comunicar el celo científico a sus discípulos, rodeados de éstos como de compañeros en fraternal camaradería llena de cariño y de respetuoso afecto... Y marchó a su pueblo donde fué el médico. El médico que hemos leído en los románticos, el que hemos creído siempre que podía existir, el que a pesar de cuanto se diga en contra, hemos aconsejado a nuestros jóvenes colegas que fueran...; el hombre que siembra el bien siempre, que cura, que alivia, que consuela y que reparte la caridad de todas las maneras posibles... El que se mantiene alejado de partidismos y de banderías, de luchas y de rencores y en lugar de descansar estudia..., y en lugar de jugar... estudia, y en lugar de cazar... estudia...; y claro, ese hombre, ese santo, imprime su personalidad con tanta fuerza, que el pueblo que tiene la dicha de recibir sus beneficios queda conquistado de modo tal, que le levanta una estatua, y nuestro deber como espafíoles, como médicos y como periodistas profesionales es vulgarizar este acontecimiento que honra por igual a Jijona, a la clase médica y al Dr. Ayela, cuya vida es un ejemplo vivo de las virtudes que deben adornar al médico práctico, espejo donde se deben mirar todos sus colegas; pues si es cierto que no todos se encuentran en situación de hacer ciencia, todos se hallan obligados a hacer bondad, lo que, sin embargo, debe ser mucho más difícil a juzgar por el mundo...

ANGEL PULIDO MARTÍN

..

El *Diario de Alicante* dedica en su primera plana íntegramente a la información de este acto, celebrado en Jijona con la máxima solemnidad.

A las once de la mañana del día 11 de Septiembre, la Comisión del homenaje fué en automóvil a la finca Bon-Aire, propiedad del Dr. Ayela, para recoger al célebre médico.

El pueblo de Jijona en masa con todas las autoridades al frente y las Comisiones llegadas de Alicante recibieron al Dr. Ayela con aclamación y música triunfales.

Frente al monumento, situado en la Avenida de la República, pronunció un elocuente discurso el alcalde de Jijona, D. Joaquín Cremades, y leyó unas cuartillas sentidísimas el Dr. Ayela.

Descubierto el monumento que reproducimos, se celebró un gran banquete en el Teatro Academia de la banda musical La Independencia.

Al final del almuerzo el Dr. Ayela pronunció un discurso lleno de cordialidad, ingenio, modestia y emoción, que fué recibido con grandes aplausos, y terminó anunciando que no podía robar más tiempo al cumplimiento de sus deberes médicos, y marchó entre aplausos a ponerse al frente del servicio de urgencia de la enfermería de la Plaza de Toros, en donde comenzaba en aquellos momentos la corrida.

Como detalle curioso de la minuta del almuerzo, diremos que en los postres se sirvió Turrón de América ¡¡EN JIJONA!!

Nuestra más firme adhesión al justo homenaje rendido

al Dr. Ayela... y nuestra sincera enhorabuena al gran pueblo de Jijona por el médico que disfrutó y por vender, aun en estos agitados tiempos, toda la dulce producción de su industria hasta extremo de verse obligado a importar el turrón que consume en sus fiestas mayores.

Dos brindis con mucha miga dentro.

La premura con que nos vimos obligados a escribir la reseña de las fiestas del Congreso de Otorrinolaringología nos impidió publicar, como era nuestro pensamiento, los brindis del ilustre profesor inglés Saint-Clair Thomson y del gran laringólogo francés Dr. Hautant.

Las dos interesantes oraciones fueron pronunciadas en el banquete celebrado en el Círculo de Bellas Artes y tienen, como apreciará el lector, conceptos expresos y latentes que imprimen a los dos brindis un alcance dilatadísimo y que hace llena de interés su lectura.

Por eso los he traducido con especial cuidado, dándoles hoy publicidad con todo el sosiego que su delicada intención merece.

F. JAVIER CORTEZO.

..

DISCURSO DEL REPRESENTANTE DE LOS DELEGADOS DE INGLATERRA, PROFESOR SAINT-CLAIR THOMSON

Para responder a las elocuentes y afectuosas palabras de nuestro querido presidente, quisiera poder expresarme en la lengua castellana, tan bella y sonora, y lamento no saber hacerlo. Pero ya que mis amigos del lado de acá del Canal de la Mancha me han hecho a menudo el cumplimiento de decirme que yo hablo el francés como una vaca española, me expresaré en esta lengua...

Estamos aquí reunidos de todos los países del mundo para discutir el progreso de las ideas y no la idea de progreso, como esas buenas almas que se reúnen periódicamente en Ginebra, Lausana, Stressa y otros lugares de placer. Somos nosotros los verdaderos embajadores de la paz y sabemos muy bien que si la política divide, la ciencia une. Nada tenemos nosotros que ver con los armamentos y tampoco con el desarme ni con los progresos de la crisis..., pero yo creo que estaremos todos de acuerdo en celebrar la cordialidad y la hospitalidad magnífica de nuestros amigos españoles, así como la belleza y gracia de las mujeres de España. He dicho que nada teníamos nosotros que hacer en el aspecto de la crisis; pero no debemos, sin embargo, olvidarnos de ella en este encantador país. Nosotros, los ingleses, los que llegamos de nuestras brumosas islas, nos encontramos con que en esta España, llena de sol, nuestra libra esterlina vale todavía 42 pesetas. Imaginad si nos podremos divertir en Madrid con 42 pesetas.

Me interesa expresar nuestro reconocimiento al Gobierno español por la calurosa acogida que nos ha dispensado. Además nosotros todos tenemos muchos motivos de orden histórico y de otros órdenes para estar siempre generalmente agradecidos a España. Sin aquel hombre que se llamó Cristóbal Colón, no habría América; sin el español Manuel García, no habría laringólogos...; sin este otro español que se llama Antonio García Tapia, no hubiera habido este Congreso.

Levanto, pues, mi copa para expresar mi más sincero y caluroso agradecimiento a nuestro querido presidente y a su gentil familia.

..

DISCURSO DEL DR. HAUTANT, EN NOMBRE
DE LOS DELEGADOS FRANCESES

Querido presidente: Ha deseado usted reunir aquí esta noche todos sus amigos; permítame usted decir: todos los que os aman y todos los que os admiran.

Ha deseado usted guardar para esta reunión un carácter íntimo, familiar, y yo quiero respetar ese deseo de usted. Permítame, no obstante, que le manifieste simplemente lo que todos sentimos.

En primer lugar, nuestra gran admiración por la admirable organización de este Congreso. Se desarrolla, a imagen del espíritu de usted, en la calma, el método y la claridad. Recorriendo la exposición de las piezas anatómicas por usted presentadas, su número, su variedad, nos manifiestan la extensión y lo profundo del trabajo de usted y de su ciencia.

Usted es el honor de España y de la laringología mundial. En usted, querido Tapia, el cerebro no ha dominado jamás al corazón, y esto en la actualidad, cuando las actividades del médico parecen absorbidas por los aparatos y las investigaciones de laboratorio, cuando el médico parece a menudo olvidarse de la sensibilidad, del alma, desdendiéndose más de la cuenta al ser que sufre.

Usted ha permanecido antes que nada como un padre de familia y padre de una numerosa y lucida familia española. Toda vuestra vida ha estado dominada por el sentimiento familiar, es decir, por la paciencia, la indulgencia y la bondad. Usted es, querido Sr. Tapia, un hombre de gran corazón. Pero no es usted sólo un gran sabio y un hombre de corazón, sino que es usted profundamente humano.

Hace unos momentos me presentaba usted a nuestro eminente compañero el Dr. Von Eicken, y me decía usted con sencillez emocionada: «el profesor Killian y el profesor Lermoyez eran en Alemania y en Francia los maestros indiscutidos y venerados de la laringología. Sus gloriosas sombras se proyectan siempre sobre nuestros Congresos. Y el profesor Lermoyez y el profesor Killian eran buenos amigos. Tenían el uno para el otro la más profunda estima y la más cordial simpatía».

Yo he leído en los ojos de usted, querido Tapia, tan claros y tan buenos, un llamamiento a la ciencia que planea por encima de nuestro universo.

Profesor Tapia, la generosidad de usted y su grandeza de alma están bien comprendidas. En nombre de todos mis colegas franceses levanto mi copa en honor de vuestra espasa, en vuestro honor y por la gloria de la otorrinolaringología mundial.

Sesiones operatorias del Congreso Internacional de Otorrinolaringología.

ACTUACIÓN DEL DR. GARCÍA VICENTE

En el servicio de laringología del Instituto Municipal Antituberculoso se reunieron numerosos congresistas de todas nacionalidades, que llenaron las dependencias de aquel Centro científico para ver actuar a nuestro querido compañero de Redacción Dr. García Vicente en la demostración de las técnicas endobronquiales de que es autor.

En un fantoma construido ex profeso y en enfermos preparados al efecto, realizó las tres orientaciones de sus métodos, a saber: *aplicación endobronquial medicamentosa*; *exploración broncoyáfrica* y *lavado pulmonar*, cuyas maniobras después de realizadas y explicadas minuciosamente por el autor fueron repetidas por la mayoría de los asistentes al

acto, entre los que figuraban catedráticos de las Facultades de Italia, Alemania, Turquía, etc.

El Dr. García Vicente dió luego una conferencia en francés haciendo un resumen de las orientaciones terapéuticas endobronquiales.

CAMINO DE AMERICA

Con motivo del Congreso de cirujanos que va a celebrarse en San Luis de Missouri, han marchado a Norteamérica nuestros queridos amigos el Dr. D. José Goyanes y don Carlos González Bueno, acompañados por el joven cirujano Dr. Goyanes, hijo del ilustre *ex director* del Instituto del Cáncer.

Nos felicitamos como españoles por la acertada representación que ha de tener la patria en esta notable Asamblea de cirujanos, y ofrecemos a nuestros lectores noticia detallada, en su día, de cuanto en ese interesante Congreso se actúe.

El Dr. González-Bueno lleva, además, el propósito de permanecer una temporada en la célebre Clínica de los hermanos Mayo, meca de la Cirugía moderna, con el fin de estudiar las últimas conquistas científicas en la terapéutica quirúrgica de las enfermedades del aparato digestivo.

Deseamos feliz y provechoso viaje a nuestros admirados y muy queridos amigos.

L. R

COLABORACIÓN INDEPENDIENTE

I

EL PARO MEDICO

¿Cuántos profesionales de la Medicina sin ocupación hay en el país? Si los Colegios médicos, Asociaciones de titulares, etc., fuesen algo más que simples oficinas expendedoras de certificados u organizadoras de conferencias bizantinas, hace tiempo que el asunto del epígrafe hubiera sido su cometido principal.

Porque si el farragoso papeleo y el inútil palabreo—¡tan españoles!—no monopolizaran nuestras organizaciones, podríamos ver cómo esa clase obrera, por ejemplo, a fuerza de evolucionar en forma práctica y machacona, ha llegado a saturar de sus reivindicaciones a la opinión pública y sobre todo a los Gobiernos.

Y así, a la hora presente, para dicha opinión y para dichos Gobiernos, no hay más problemas de clase que el de los obreros (incluyendo los del campo) y el de los empleados: aquéllos por lo expuesto; los empleados, por ser sus inmediatos allegados.

Pero... ¿es que si los obreros y empleados, como clase, merecen protección, y los hasta ha poco privilegiados, disminución de sus privilegios, las clases medias proletarias—individuales o no—merecen indiferencia?

Y ninguna entre estas últimas, en la necesidad y en el olvido, creemos sea tan digna de mención como nuestra clase médica. Clase siempre vinculada al sentir liberal del pueblo: la única—o de las pocas—que no cuenta en sus tradiciones padrinazgos de reacción. El médico es acaso el solo intelectual que el pueblo escucha y atiende sin reservas, que con él cotidianamente convive. Los maestros podrán influir en las generaciones futuras; el médico influye inmediatamente en las del momento. Ya que no sea por la justicia que sus demandas entrañan, por alta conveniencia

político-social todo Gobierno en plan republicano debe-
rá tener muy en cuenta lo expuesto.

Un censo de parados de nuestra carrera—que nosotros
fijáramos en los tableros de anuncios de las Facultades—
sería bien instructivo. Y, sobre todo, podría abocar a prác-
ticas resoluciones. Una de ellas, por ejemplo: preceptuar
que, a igualdad de méritos, en todo concurso fuesen prefe-
ridos los médicos sin colocación; otra, delimitar categorías
para lo meritable en la provisión de plazas, en forma de que
para destinos modestos no fueran admitidos individuos con
títulos de superior y desproporcionada categoría—se so-
breentiende que con el ejercicio de los mismos—, para evi-
tar que caciques de la profesión mermen el campo de los
más necesitados. Pero este último es asunto que entra de
lleno en otro más trascendental; el de las incompatibilidades.

Nosotros no tocamos, como se ve, el tópico de la restric-
ción a la entrada en las Facultades de Medicina. No porque
lo juzguemos innecesario, sino porque entendemos que
existe antes ese otro problema más reparador, hacedero e
inmediato: el de la justicia distributiva.

Sigue habiendo afortunados que coleccionan empleos,
como un maniático de la filatelia los sellos. Y lo más inmo-
ral de esto es que, tanto el beneficiario como el beneficiador,
cuentan de antemano con el perjuicio de la función. Mas
«la unión de prebendas hace la fuerza social de un hombre,
y la unión de hombres hace la fuerza social de una insti-
tución».

No tocamos tampoco las causas alarmantemente progre-
sivas de merma en el campo privado del ejercicio profesio-
nal, porque tales causas nacen precisamente de las corrien-
tes de socialización; y cuando en un país se inician éstas,
es cuando el ciudadano, no funcionario del Estado, empieza
a encontrarse tan indefenso como ante un naufragio el des-
prevenido pasajero al advertir con angustia que no tiene
salvavidas...

DR. RAMÓN GINER.

II

Un llamamiento a las juventudes médicas.

¿Por qué no se colocan los médicos sobrantes? Dirán al-
gunos: ¡Porque sobran!

Esto es debido a muchas causas, la primera y más im-
portante quizá es la desorganización de los partidos.

El intrusismo y la falta de compañerismo de médicos
despreocupados y sin ningún escrúpulo muchas veces, han
desorganizado los partidos médicos y vivimos en un estado
anárquico, y muchos sin colocación, por las trapisondas y
falta de dignidad de algunos que corren toda la provincia
aunque sólo tengan un igualado en cada pueblo, por afán
de fastidiar a otro compañero.

A esos se les debía castigar con grandes sanciones.

Hay muchos pueblos mal atendidos por un practicante
que no hizo carrera alguna, ganan grandes sueldos y se de-
dicán a desacreditar a la clase médica diciendo que los mé-
dicos no saben, que ellos saben porque tienen práctica y la
practican, mientras que el señor médico no hace más que
certificar. Así está la profesión y muchos pueblos sin asis-
tencia facultativa, y los pobrecillos facultativos comiéndose
los codos.

Contra esas cosas hemos de ir nosotros, que somos jóve-
nes y tenemos fuerza para luchar, ya que los organismos
oficiales hacen bien poco para aplicar el remedio y no tie-
nen autoridad ni fuerza suficiente (pues otra cosa no de-
muestran).

¡Compañeros! Hicimos una carrera para ganar de comer

y trabajar; no la hicimos por lujo o para ostentar un título,
pues el que hace una carrera como la nuestra es que la ne-
cesita para vivir.

Nosotros tenemos la esperanza puesta en la República,
ya que la Monarquía hizo poco; esperamos que la República
nos socorra, los que tanto hicimos y luchamos para traerla,
ella sabrá corresponder y nos atenderá en nuestras peti-
ciones.

Los remedios más urgentes son: Reorganización de los
partidos, creación de nuevos partidos, castigo a los intrusos
que alardean de sabios y no respetan nada ni a nadie, y que
los partidos desempeñados por practicantes sean desempe-
ñados por un médico. Crear nuevas plazas de auxiliares y
ayudantes en las Facultades de Medicina, en los sanatorios,
dispensarios, preventorios, etc.; en la lucha contra el cán-
cer, antituberculosa, antivenérea y antipalúdica. Limitar el
número de alumnos al ingresar en las Facultades o proveer
las plazas por oposición haciendo un cálculo de los médicos
que mueren al año.

Esto es lo más urgente y lo que necesitamos para colo-
carnos en vez de esperar meses y años.

LEANDRO VALDECAÑAS

Villaverde Mojina.

TRIBUNA DE LOS PRACTICANTES

EN DEFENSA DE LA CLASE

El ilustre dermatólogo D. Felipe Sicilia, según nos co-
munica el *Boletín Oficial de Practicantes*, de esta provincia,
en su número del mes de Septiembre, tiene el propósito de
iniciar en su sala del Hospital de San Juan de Dios un cur-
sillo de especialización de prácticas auxiliares dermosiflio-
gráficas para practicantes.

Las lecciones tendrán lugar los martes, jueves y sába-
dos de cada semana, sin que los cursillistas inscritos, cuyo
número no se limita, tengan que abonar un solo céntimo.

Dice, asimismo, el citado señor, que pondrá a nuestra
disposición todo el material que en su sala posee, con objeto
de facilitar la enseñanza y de que ésta sea tan práctica como
concienzuda.

Este cursillo comenzará el 10 de Noviembre, y las ins-
cripciones pueden hacerse en la Secretaría del Colegio de
practicantes.

Dos cosas son las que nos mueven a hacer esta breve
reseña; trátase en la primera de propagar tan beneficiosa
noticia para la clase, seguros de que al conocerla, todos
aquellos practicantes a quienes sus ocupaciones se lo per-
mitan no titubearán en asistir a tan provechosas lecciones,
y menos conociendo el vasto caudal de conocimientos de
que más de una vez nos ha dado pruebas nuestro digno y
futuro maestro; la segunda es el hacer público nuestro agra-
decimiento al Sr. Sicilia por tan noble y desinteresada pro-
posición, comparando esta manera de portarse con la de
algunos que no solamente no favorecen a aquellos de quie-
nes forzosamente se tienen que servir, sino que, muy al
contrario, se entretienen en dirigirnos calificativos des-
pectivos.

La Comisión gestora de la Excma. Diputación Provin-
cial de Madrid, en su constante anhelo de aumentar su
erario, ha acordado un nuevo tipo de contribución; consiste
éste en autorizar a los alumnos de practicantes para que
previo el abono de diez pesetas, por derechos, pueden hacer
prácticas de tocología en la maternidad.

Así da gusto, cada día la enseñanza se pone económicamente al alcance de todos. Ya conocemos una nueva clase de aplicar *ventosas*, y *ventosas escarificadas*. No sé a dónde vamos a parar con tantos *derechos*.

JESÚS BALLESTEROS

Practicante, ex alumno
del Colegio de Huérfanos de Médicos.

SECCION OFICIAL

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Escuela Nacional de Puericultura.

DECRETO

Para que la Escuela Nacional de Puericultura pueda cumplir acertadamente su misión, es necesario modificar sus preceptos estatutarios, de acuerdo con las modernas orientaciones de la Higiene infantil.

En el momento actual, se considera suficiente limitar su actuación a los estudios y prácticas necesarios para adiestrar en las disciplinas que le competen a médicos, matronas, enfermeras y guardadoras de niños, a la educación y propaganda del público en general y a la organización de cursillos especiales para la preparación que con sus fines se relaciona, de profesionales, cuyas actividades se desarrollan, en todo o en parte, en el ambiente infantil, como por ejemplo, los médicos escolares, los odontólogos y los maestros.

Como quiera que estas enseñanzas no podrán nunca efectuarse con verdadera eficacia sin llevar a cabo trabajos prácticos, la Escuela viene obligada a practicar una labor de asistencia benéfica que le permita obtener el material necesario para aquellos fines.

Con ser importantes estas funciones, todavía no serían suficientes a justificar el sacrificio económico que la existencia de un Centro de esta índole significa para el Erario nacional, si además la Escuela Nacional de Puericultura no viniera obligada a realizar las investigaciones científicas que han de servir de base y de asesoramiento técnico a las Autoridades sanitarias en la pauta directriz de la Puericultura Nacional.

En virtud de las consideraciones que anteceden, a propuesta del ministro de la Gobernación y de acuerdo con el Consejo de Ministros,

Vengo en decretar lo siguiente:

1.º La Escuela Nacional de Puericultura desenvolverá su actuación bajo el triple aspecto de Escuela técnica y de orientación profesional, Instituto de Higiene Infantil y Centro de investigación científica, cumpliendo a este objeto los siguientes fines:

a) Preparará al personal técnico con destino a las Instituciones de Puericultura y de Higiene Infantil, creadas ya o que hayan de crearse en nuestro país, dependientes del Estado.

Los títulos profesionales expedidos por la Escuela serán requisitos indispensable para optar al desempeño de cargos en las mencionadas Instituciones, cuando no tengan carácter docente. En este último caso, sólo se considerarán como mérito preferente.

b) Preparará guardadoras de niños mediante enseñanzas teóricas elementales, educación práctica intensiva y pruebas de orientación profesional, en quienes puedan encontrar también aquellas instituciones, así como los particulares, el personal subalterno adecuadamente preparado para los cuidados y atenciones que requiere la edad infantil.

c) Instruirá sobre estas disciplinas, por medio de cursi-

llos especiales, a personas cuya actuación profesional se desenvuelve en medios infantiles, especialmente médicos escolares y maestras encargadas de clases maternas.

d) Divulgará entre las clases populares, sobre todo del sexo femenino, las nociones fundamentales de Higiene de la infancia.

e) Prestará asistencia social, desde el punto de vista higiénico y médico, a mujeres embarazadas y a niños que se hallen dentro de los períodos denominados primera y segunda infancia, con las restricciones que marque el Reglamento.

f) Promoverá y desarrollará, dentro de sus posibilidades técnicas y económicas, cuantas investigaciones se estimen convenientes con miras a disminuir la morbilidad en las citadas edades.

g) Fomentará igualmente la investigación científica nacional a estos fines encaminada, mediante la prestación de sus medios de trabajo y de sus consejos técnicos a cuantos estudiosos lo soliciten, con garantía de solvencia profesional y de preparación adecuada, con arreglo a las prescripciones que marque su Reglamento de régimen interior.

2.º En tanto que las necesidades del país no demanden mayor amplitud en el cuadro de sus enseñanzas, la Escuela Nacional de Puericultura expedirá los siguientes títulos: médicos puericultores, visitadoras puericultoras, matronas puericultoras y guardadoras de niños.

3.º Para la expedición de estos títulos, la Escuela dividirá sus enseñanzas en la siguientes disciplinas:

a) Eugenésia y Puericultura intranuterina.

b) Fisiología e Higiene infantil.

c) Puericultura de la primera y segunda infancia.

d) Legislación y obras internacionales pro infancia.

e) Laboratorio aplicado a la Puericultura.

Estas distintas materias se enseñarán dentro del curso académico, con arreglo a programas teóricos y prácticos de diferente extensión y profundidad, según las clases profesionales a que se destinen, previo acuerdo anual tomado en Junta de profesores, aprobado por la Dirección general de Sanidad.

4.º El número de alumnos no traspasará los límites de la capacidad pedagógica de la Escuela, siendo la Dirección, de acuerdo con la Superioridad, quien fije el cupo de matrícula anual.

Igual limitación alcanzará a las clases beneficiarias en el aspecto de asistencia social.

5.º El personal de la Escuela se dividirá en tres grupos: técnico, administrativo y subalterno.

El primero, lo integrarán el director, los profesores de todas clases, los practicantes y las visitadoras.

El personal administrativo lo formará el secretario-administrador y los empleados de secretaría.

El personal subalterno lo compondrá el conserje, los ordenanzas, las guardadoras de niños y cuantas personas sean encargadas de servicios ajenos a la enseñanza y asistencia social.

6.º Cuando vaque la plaza de director, éste será nombrado previo concurso oposición libre, juzgado por un Tribunal compuesto: por el director general de Sanidad, el jefe de la Sección de Higiene infantil, el director del Hospital Nacional de enfermedades infecciosas, el director de la Institución Municipal de Puericultura de Madrid y un pediatra de reconocido prestigio, propuesto por la Dirección general de Sanidad.

Este Tribunal fijará, con arreglo a las disposiciones vigentes, la clase y número de ejercicios que crea oportuno.

El cargo de director tendrá un mandato de diez años,

prorrogable a juicio de la Superioridad, por períodos de la misma duración, y será incompatible con cualquier otro cargo oficial remunerado, que no tenga carácter consultivo o representativo.

7.º Los profesores se dividirán en dos clases: titulares y auxiliares.

Los primeros serán nombrados previo concurso oposición libre, reconociéndose como mérito preferente el estar en posesión del título de médico puericultor o de oficial sanitario.

Dicho concurso oposición será fallado por un Tribunal compuesto por el jefe de la Sección de Higiene infantil, el director de la Escuela, dos especialistas de reconocido prestigio en la materia, correspondiente a la plaza vacante, y el director de una Institución oficial de Puericultura, elegido por la Dirección general de Sanidad.

Los profesores titulares tendrán un mandato de diez años, pudiendo ser reelegidos por períodos de igual duración, siempre que su labor dentro de la Institución constituya mérito suficiente a juicio de la Superioridad, previamente informada por la Dirección de la Escuela.

El número de profesores titulares será fijado por la Dirección general de Sanidad, a propuesta del director de la Escuela.

8.º Los auxiliares y ayudantes serán elegidos, previo concurso oposición, con arreglo a las mismas condiciones fijadas para los titulares, con la sola diferencia que el Tribunal que haya de juzgarles estará integrado únicamente por el director de la Escuela y dos profesores titulares de la misma, de los cuales uno será el de la disciplina correspondiente al cargo vacante.

Los profesores auxiliares desempeñarán su cargo durante un período de cinco años, prorrogables por otros cinco, si la Dirección de Sanidad lo estima oportuno, previa propuesta de la Dirección de la Escuela, pudiendo en todo caso presentarse de nuevo al concurso oposición que se convoque, una vez terminado su mandato.

El número de profesores ayudantes será fijado por la Dirección general de Sanidad, a propuesta del director de la Escuela.

9.º Las vacantes que ocurran en la plantilla de visitadoras, matronas y guardadoras de niños, serán provistas entre diplomadas de la Escuela, mediante concurso oposición, fallado por el director de la misma y dos profesores titulares nombrados por él, y con arreglo a las bases que fije este Tribunal.

10. La Escuela podrá contratar servicios especiales fuera de plantilla.

11. El secretario administrador será nombrado con arreglo a las disposiciones vigentes en el Reglamento de personal de Sanidad.

Los cargos administrativos subalternos serán otorgados por el director de la Escuela, previo acuerdo con la Dirección general de Sanidad.

12. El director de la Escuela Nacional de Puericultura estará facultado, previa autorización de la Superioridad, para solicitar el concurso gratuito o remunerado de otros Centros sanitarios que tengan carácter oficial o estén subvencionados por el Estado, al objeto de ampliar sus enseñanzas.

13. La Escuela viene obligada a prestar su colaboración técnica, siempre que de ello no sea incompatible con sus disposiciones reglamentarias o no perturbe los fines para que ha sido creada, a cuantas Instituciones oficiales la demanden.

14. En el plazo de tres meses se presentará por el direc-

tor de la Escuela al director general de Sanidad, el Reglamento correspondiente para el nuevo régimen interior de aquélla.

15. Las Escuelas provinciales de Puericultura, mientras no se modifiquen las bases de su actual funcionamiento, continuarán con su régimen actual, pero sin poder expedir ninguna clase de títulos. Podrán únicamente extender certificados de asistencia de personal subalterno, que permita a las personas interesadas solicitar exámenes de reválida en la Escuela Nacional, sin más restricciones que la limitación numérica fijada por la Dirección general de Sanidad.

Madrid, 16 de Julio de 1932.—*Niceto Alealá-Zamora y Torres*.—El ministro de la Gobernación, *Santiago Casares Quiroga*.

Médicos titulares. Provisión de las plazas.

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA ESPAÑOLA,
A todos los que la presente vieren y entendieren, sabed:
Que las CORTES han decretado y sancionado la siguiente

LEY

Artículo 1.º Todas las plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad, vacantes o que vacaren a partir de la fecha de la promulgación de esta Ley y cuya existencia se halle reconocida por la clasificación o disposiciones legales vigentes, serán provistas, previo anuncio publicado en la *Gaceta de Madrid*, con personal perteneciente al Cuerpo respectivo (art. 43 del Reglamento de Sanidad Municipal) por oposición directa o por concurso de méritos o antigüedad, según acuerdo de la Corporación correspondiente y con sujeción a las normas reglamentarias que oportunamente dictará el ministro de la Gobernación, a propuesta de la Dirección general de Sanidad.

Art. 2.º Las instancias solicitando las plazas sacadas a concurso se presentarán en el término improrrogable de un mes, a partir del anuncio en la *Gaceta*, en la Inspección provincial de Sanidad correspondiente. El Ayuntamiento acordará si delega la selección de los concursantes en el inspector provincial de Sanidad o en un Tribunal, compuesto de dos médicos, inspectores municipales, designados por Asociaciones profesionales; dos representantes del Municipio y el inspector provincial de Sanidad, que ejercerá las funciones de presidente.

Si los Ayuntamientos o los interesados no se hallan conformes con la resolución, se podrá elevar lo actuado al Ministerio de la Gobernación, que resolverá, previo informe de las Direcciones generales de Sanidad y Administración.

Este fallo será ejecutivo, sin perjuicio del recurso contencioso administrativo que podrán entablar las partes.

Art. 3.º Contra los fallos que se dicten por los Ayuntamientos al resolver los expedientes contra los inspectores municipales de Sanidad, instruidos con sujeción a los preceptos del Estatuto municipal y sus Reglamentos, podrán los interesados recurrir ante el Ministerio de la Gobernación, el cual, previo informe favorable de las Direcciones de Administración y Sanidad, podrá suspender el acuerdo municipal en tanto se dicta fallo definitivo por el Tribunal Contencioso administrativo, si hubiere sido interpuesto recurso por esta vía.

Art. 4.º En caso de demora en el pago de las dotaciones asignadas en las presupuestos locales a los inspectores municipales de Sanidad, médicos y farmacéuticos, podrán recurrir éstos en queja ante los gobernadores civiles, quienes exigirán de los Ayuntamientos correspondientes certificación de los gastos que con cargo al presupuesto municipal hayan sido satisfechos; y si de su examen se dedujere in-

cumplimiento del art. 116 del Reglamento de empleados municipales, se dará cuenta por la citada autoridad a la judicial de la infracción de los preceptos citados, a los efectos que proceda.

Art. 5.º Se faculta al ministro de la Gobernación para dictar, a propuesta de las Direcciones generales de Administración y de Sanidad, las reglas necesarias para la más perfecta aplicación y desarrollo de la presente Ley.

Por tanto,

Mando a todos los ciudadanos que coadyuven al cumplimiento de esta Ley, así como a todos los Tribunales y autoridades que la hagan cumplir.

San Sebastián, 15 de Septiembre de 1932.—*Niceto Alcalá-Zamora y Torres*.—El ministro de la Gobernación, *Santiago Casares Quiroga*. (Gaceta del 17 de Septiembre.)

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 708,9; ídem mínima, 701,4; temperatura máxima, 23°,3. ídem mínima, 5°,8; vientos dominantes, SE. y N.

En la semana actual se han presentado varios casos de fiebre tifoidea perfectamente contrastados; especialmente al norte de Madrid, en las barriadas de la Guindalera y Prosperidad.

En los niños, además de los catarros y bronquitis, ha habido frecuentes casos de corea. Va disminuyendo la tos ferina.

CRONICAS

Giro a nuestros suscriptores.—Como hemos anunciado en números anteriores y por carta, tenemos ya puestas en circulación, con vencimiento al 20 de Octubre, las letras que abonarán la suscripción a nuestra Revista hasta la fecha que en tal circular se indicaba.

Rogamos encarecidamente a nuestros suscriptores abonen tales giros, y tengan presente aquellos que en el transcurso de los días 1 al 20 de Octubre remitieran el importe, que existirá un cruce entre nuestra letra y el envío de la cantidad que pudieran remitirnos por giro postal, cheque u otro medio. Nosotros reconoceremos este doble abono, bien para dejarlo a cuenta del próximo pago o para devolverlo, según así lo manifiesten los interesados.

Toda duda o error que pudiera existir será debidamente atendido y corregido por la Administración, que suplica y agradece la colaboración de los suscriptores para evitar en lo posible las faltas.

Forensias.—En el Juzgado de primera instancia e instrucción de Pamplona se halla vacante, por excedencia de D. Ricardo Cobo, y haber resultado desierto el concurso de traslación, la plaza de médico forense y de la Prisión preventiva, de categoría de término, que debe proveerse por el turno de méritos entre forenses de categoría de ascenso, conforme a lo prevenido en el art. 8.º del Real decreto de 12 de Abril de 1915.

Los solicitantes dirigirán sus instancias al presidente de la Audiencia territorial de Pamplona, por conducto del juez del partido en que presten sus servicios, hasta el 25 de Octubre.

De la «Gaceta».—22 de Septiembre.—Ministerio de la Gobernación.—Orden nombrando con carácter temporal a los médicos puericultores D. Gabriel Pedraza Valle y D. Justo Mora Comas para los cargos de jefes de los Dispensarios móviles de Higiene infantil, y a doña María Cuéllar Risueño y doña Casilda Hidalgo Lucio enfermeras de referidos Dispensarios.

—23 de Septiembre.—Decreto nombrando director general de Beneficencia a D. Emilio González López, que desempeña el cargo de director general de Administración.

—Orden disponiendo que los médicos del Cuerpo de Sanidad Nacional, directores de Sanidad exterior, que se mencionan, pasen a desempeñar las comisiones del servicio que se indican,

—25 de Septiembre.—Orden anulando el permiso de importación y tráfico de estupefacientes concedido a la Sociedad anónima «Lemmel», y disponiendo que por el Gobierno civil de Barcelona se intervengan las existencias de estupefacientes de la Casa referida.

—27 de Septiembre.—Orden disponiendo la separación definitiva de D. Guillermo Vilches Romero, subdelegado de Medicina del distrito de la capital de Sevilla.

—29 de Septiembre.—Ministerio de Trabajo y Previsión.—Orden nombrando a los señores vocales patronos, efectivos y suplentes, del Jurado mixto de personal al servicio de Sanatorios, Hospitales y Casas de Salud, de carácter particular, de Santander.

—Otra disponiendo quede constituida en la forma que se determina la representación obrera del Jurado mixto de Personal al servicio de Sanatorios, Hospitales y Casas de Salud, de carácter particular, de Santander.

—1 de Octubre.—Orden declarando la extinción de la Sociedad «Asociación Médico Quirúrgica Española», de Madrid.

Giros recibidos durante los meses de Agosto y Septiembre sin poder aplicar por falta de datos: García, Salamanca; R. Bardo, Albocácer; Marcelino C., Zamora; P. Pena, Valladolid; N. Yañez, Valladolid; Rodríguez, Ponferrada; A. Rodríguez, Zalamea.

Academia Española de Dermatología y Sifiliografía. Esta Academia celebrará la primera sesión del presente curso el lunes 10 de Octubre, a las siete de la tarde, en el Dispensario Olavide, Sandoval, 5, con el siguiente orden del día:

Dr. Caro Patón, Argiria generalizada; Dr. Sáinz de Aja, Ciática bismútica; Dres. Bejarano y Enterría, Un caso de remisión completa de parálisis general progresiva; Dres. Sáinz de Aja y Forns, Solusalvarsán; Dr. Fernández de la Portilla, Un caso tipo de tratamiento abortivo de sífilis.

Después de la sesión se celebrará Junta general reglamentaria.

Sociedad Española de Higiene.—Esta Sociedad inaugurará su cursillo de otoño el próximo martes 11 del actual, a las seis y media de la tarde, en su domicilio social, Esparteros, 9 (Colegio de Médicos), con el siguiente orden del día:

Don José A. Palanca: «Problemas higiénicos del obrero del campo andaluz».

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

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.

SIL - AL Silicato de aluminio, fisiológicamente puro.
Laboratorio Gámir, Valencia. — J. Gayoso, Madrid.

Medicación por la quinina. — Fiebres palúdicas, gripales, etc.

NIÑOS { Quininfantina
Delgado Ronco.

En papeles, de acción eficaz y agradable de tomar.

IMPRESA DEL SUCESOR DE ENRIQUE TEODORO
Glorieta de Santa María de la Cabeza, 1.—Madrid. Teléfono 70488.



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, Disnea y los Catarras 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.^a. Esculus hipocast, novocaína, anestésina, etc. Cura **Hemorroides** internas, externas, sangrantes y padecimientos del recto. **Tubo con cánula, 3,60 pesetas; correo, 4,10.**

De venta en farmacias.

ANALISIS

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

Laboratorio del DR. E. ORTEGA
sucesor del Dr. Calderón.

Carretas, 14, Madrid.

FUNDADO EN 1866

—Por renuncia, la de San Roque de Riomiera (Santander), p. judicial de Villacarriedo; dotación, 2.425 pesetas por 12 familias de la Beneficencia. Población, 852; categoría 4.^a

Datos.—V. a 44 km. de la c. y a 10 de la c. de p. La est. más próx., Liérganes, a 16 km.

—Por nueva creación, la de Mora (Toledo), p. judicial de Orgaz, dotación, 3.300 pesetas por 210 familias de la Beneficencia. Población, 11.010; categoría 1.^a

Observaciones.—Tomará posesión en 1.º de Enero de 1933.

Datos.—V. a 30 km. de la c. y a 10 de la c. de p. Ferr.

—Por renuncia, la de Castrillo (Valladolid) y su anejo Terjiego, p. judicial de Valoria la Buena; dotación, 1.375 pesetas por 13 familias de la Beneficencia. Población, 675; categoría 5.^a

Datos.—V. a 30 km. de la c. y a 25 de la c. de p. La est. más próx., Quintanilla de Abajo, a 10 km.

Y por concurso de antigüedad, hasta la misma fecha 28 de Octubre, las siguientes:

—Por nueva creación, la de Santa Cruz de la Zarza (Toledo); p. judicial de Ocaña; dotación, 2.200 pesetas por 150 familias de la Beneficencia. Población, 5.350; categoría 3.^a

Observaciones.—Hay otros dos titulares.

Datos.—V. a 68 km. de la c. y a 32 de la c. de p. Ferr.

—Por renuncia, la de Almonte (Huelva), p. judicial de La Palma; dotación, 2.750 pesetas por 300 familias de la Beneficencia. Población, 8.314; categoría 2.^a

Observaciones.—Distrito Aldea Roca.

Datos.—V. a 48 km. de la c. y a 15 de la c. de p. La est. más próx., Bollullos, a 8,5 kms.

—Por defunción, la de Torre Vieja (Alicante), p. judicial de Orihuela; dotación 2.200 pesetas por 150 familias de la Beneficencia. Población, 8.885; categoría 3.^a

Datos.—V. a 40 km. de la c. y a 22 de la c. de p. Ferr. Puerto de mar.

—Por renuncia, la de Pinoso (Alicante), p. judicial de Monóvar; dotación, 2.200 pesetas por 300 familias de la Beneficencia. Población, 7.856; categoría 3.^a

Observaciones.—Hay otros dos titulares.

Datos.—V. a 55 km. de la c. y a 20 de la c. de p., que es la est. más próx.

Por concurso de méritos, hasta el 29 de Octubre:

—Por renuncia, la de Leiro (Orense), p. judicial de Ribadavia; dotación, 2.200 pesetas por 300 familias de la Beneficencia. Población, 4.633; categoría 2.^a

Observaciones.—Consignación de 2.^a categoría en el próximo presupuesto.

Datos.—Ay. a 40 km. de la c. y a 10 de la c. de p., que es la est. más próx.

—Por defunción, la de Tortosa (Tarragona); dotación, 3.300 pesetas por 300 familias de la Beneficencia. Población, 33.044; categoría 1.^a

Observaciones.—Ha de hablar y escribir catalán.

Datos.—C., c. de p., a 84 km. de la c. Ferr.

Y por concurso de antigüedad, hasta el 29 de Octubre:

—Por nueva creación, la de Alcantud (Cuenca) y sus anejos Pozuelo y Vindel, p. judicial de Priego; dotación, 2.750 pesetas por 25 familias de la Beneficencia. Población, 1.209; categoría 2.^a

Datos.—V. a 65 km. de la c. y a 12 de la c. de p. La est. más próx., Chillarona, a 55 km. Río Guadilla.

—Por nueva creación, la de Fenruela (Zamora), y sus anejos Locacio de Alba, Lesnández y San Martín de Távara, p. judicial de Alcañices; dotación, 2.200 pesetas por 25 familias de la Beneficencia. Población, 2.010; categoría 3.^a

Datos.—L. a 39 km. de la c. y a 24 de la c. de p. La est. más próx., Piedrahita, a 33 km.

Practicantes.

Pollos (Valladolid). 600 pesetas. 21 de Octubre.

Matronas

La Puebla de Híjar (Teruel). 600 pesetas. 15 de Octubre.
La Mudarra (Valladolid). 375 pesetas. 17 de Octubre.
Pozuelo de la Orden (Valladolid). 450 pesetas. 17 de Octubre.

Valdemorillo (Madrid). 825 pesetas. 26 de Octubre.

Olivares de Duro (Valladolid). 450 pesetas. 24 de Octubre.

Remontar Mm...
Pre de la Tera 3

MEDICACIÓN ANTIANAFILÁCTICA POLIVALENTE

GRAGEAS

GRANULADOS



MIGRANIAS

URTICARIAS

TRASTORNOS DIGESTIVOS por ASSIMILACIÓN DEFECTUOSA
PRURITOS - ECZEMAS - ESTROFULO

COLAGOGO

GRAGEAS

GRANULADOS



COLECISTITIS CRÓNICAS

INSUFICIENCIA HEPÁTICA

PERTURBACIONES DIGESTIVAS

DE ORIGEN HEPÁTICO

Laboratoire des Produits Scientia

Docteur E. PERRAUDIN*, Pharmacien de 1^{re} Classe, 21, rue Chaptal, Paris-9^e