

# EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SÁBADOS

HISTORIAL

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

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

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

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

PRIMERA DENTICIÓN

## JARABE DELABARRE

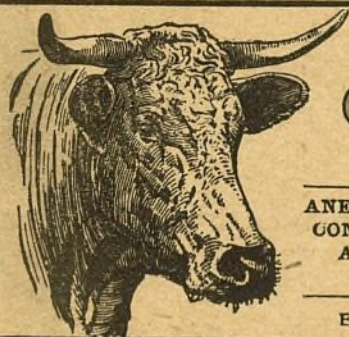
Facilita la Salida de los Dientes

Calma los Gritos del Niño

Evita los Accidentes de Dentición

En suaves Fricciones  
en las Encías

Establecimientos FUMOUE  
78, Faubourg Saint-Denis, Paris



Reconstituyente muy Enérgico

## CARNINE LEFRANCO

Jugo de Carne de Buey Cruda

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

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

1 ó 2 cucharadas de las de sopa por día

ESTABLECIMIENTOS FUMOUE, 78, Fg Saint-Denis, PARIS



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

# Prescriba la Urotropina

en el envase original:  
TUBO DE 20 TABLETAS

Schering

Sólo así tendrá la garantía de que sea suministrado el producto original-Schering. Su elaboración esmerada hace que el desprendimiento de aldehído fórmico sea en absoluto constante y por ello su acción terapéutica segura y libre de efectos secundarios.

Si no es Schering  
no es Urotropina



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



EN LA TUBERCULOSIS

LABORATORIOS  
ABELLO



Vinaroz 5  
MADRID

*Crosamil*  
*Tiosulfato doble de*  
*Oro y Sodio*



Poderoso reconstituyente para  
**niños y adultos.**

Contiene los principios indispensables  
a la función vital.

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

Laboratorios Viñas - Claris, 71 - BARCELONA



manchas aparecen sin pródomos y también sin que las acompañe síntoma subjetivo alguno. Se reducen a verdaderas máculas, o sea que a su nivel el espesor de la piel es absolutamente normal, sin que se encuentre engrosada y sin que se alteren los surcos que presente, según la región a que pertenezca. Más raro es que acuse un ligero espesamiento por infiltración, pero cuando hay muchas máculas en el cuerpo siempre se observan algunas que tienen ese carácter.

El color oscila desde el amarillo a todas las variedades del rojo, desde el más claro hasta el obscuro. El tamaño varía desde el de una lenteja hasta el de la palma de la mano o más; en los casos corrientes, la mayoría de las máculas tienen el tamaño de monedas. No siempre son discoideas, sino que en las extremidades suelen presentarse elípticas o alargadas de forma irregular, pero con el eje mayor paralelo al del miembro. La superficie, aunque suele ser lisa, presenta, en ocasiones, una serie de escamas finísimas, furfuráceas, pocas veces gruesas. A la palpación no hay dureza y por la vitropresión desaparece el enrojecimiento. En este estado pueden permanecer los focos durante varios años sin experimentar variación alguna. En cuanto a la localización, no se presenta nunca en el cuero cabelludo, en la cara y en los genitales, y aparece pocas veces en las palmas de las manos y en las plantas de los pies. También respeta las mucosas. A veces se forman equimosis en las manchas hiperémicas por haber sufrido algún trastorno los vasos dilatados.

De la etiología de esta enfermedad no se sabe nada. A veces es difícil hacer el diagnóstico de la eritrodermia o pitiriasis maculosa crónica porque las alteraciones son poco marcadas. Se diferencia del psoriasis por la poca formación de escamas y porque la terapéutica, especialmente la de la crisarrobina, no tiene ni siquiera efecto mitigante alguno sobre la enfermedad. El diagnóstico diferencial más difícil suele ser con la dermatitis atrófica idiopática, porque también en la pitiriasis macular se pueden producir pliegues en la piel que dan la impresión de la atrofia cutánea. Este

H. s. a. Para aplicaciones locales.

Indicaciones: Lupus eritematoso crónico, herpes tonsurantes, psoriasis.

Niños:

Pirgalol ..... 40 centigramos a 2 gramos.

Progresivamente:

Vaselina (o dia-  
dermina)..... 40 —

Para aplicaciones locales.

Indicación: Eczema psoriasis.

(N. B. Para una aplicación de 10 a 20 centigramos por año cumplido.)

### Piscidia erythrina.

*Farmacología.*—Leguminosa del Sur de América, de la cual se usa la corteza de las raíces.

*Acción fisiológica y terapéutica.*—Sus preparaciones tienen una acción sedante y antiespasmódica que se ejerce principalmente respecto a los dolores útero-ováricos (dismenorrea, etc.), las neuralgias crónicas y la tos convulsiva.

*Toxicidad.*—Una dosis masiva de 5 gramos de extracto líquido ha sido suficiente para causar una parálisis diafragmática prolongada y alarmante.

*Modos de administración y dosis.*—Extracto alcohólico: de 10 a 30 centigramos al día, en sellos o píldoras.

Extracto líquido a peso igual (60°; 1 gramo = LIV gotas): de 1 a 4 gramos al día (lo más de una vez, 1 gramo); en un jarabe (con alcohol y glicerina) o en mixturas alcohólicas.

Tintura: de 2 a 8 gramos al día; en pociones o mixturas.

*Mixtura:*

Tintura de hamamelis virgí-	
nica.....	aa 25 gramos.
Titura de viburnum pruni-	
lium.....	15 —
Tintura de piscidia erythrina.	5 —
Tintura (de extracto) de opio,	
Extracto líquido (Dausse) de	
valeriana fresca, C. s. p...	100 c. c.

Tomo IX



H. s. a.—Una cucharada de las de café en una infusión de naranja 4 ó 6 veces al día.

Indicaciones: Inminencia de aborto, dismenorrea.

Alcoholaturo de anémone pul- sátili.....	2 gramos.
Extracto fluido de piscidia ery- thrina.....	10 —
Extracto de viburnum prunifo- lum.....	aa 10 —
Energéteno de valeriana.....	
Acetato amónico líquido C. s. p.	80 c. c.

M. s. a.—De 2 a 5 cucharadas de las de café al día, cada una en una taza de infusión de melisa caliente durante los cinco días que preceden a las reglas.

Indicación: Dismenorrea de las adolescentes y de las mu-  
jeres pletóricas o artríticas.

### Pitiriasis.

Con este nombre se designan enfermedades diferentes, entre las que vamos a ver que existen a veces diferencias importantísimas de etiología que obligan al médico a una conducta completamente diferente en cada caso. Algunos procesos conocidos con los nombres de pitiriasis no son sino formas mejor o peor diferenciadas de otros procesos, por lo que no trataremos de ellos.

*Pitiriasis rubra*.—Descrita por Hebra, es una enferme-  
dad que se encuentra raras veces, no es corriente que haya ocasión de observar el principio porque no va acompañado de síntomas subjetivos importantes y, como consecuencia, los enfermos no acuden al médico hasta que la enfermedad se encuentra completamente desarrollada. Aparecen en al-  
gunos puntos de la piel manchas rojas sobre las cuales se desarrolla una descamación fina farinácea. En el territorio hiperemiado se encuentra aumentada la temperatura de la piel. Hebra creyó que en algunos casos podía presentarse la enfermedad generalizada desde un principio, pero, en rea-  
lidad, esta generalización se hace por crecimiento y con-

sa. No es raro que los enfermos de pitiriasis liquenoides estén durante algún tiempo sometidos al tratamiento anti-  
sifilítico, pero la manera lenta de originarse las lesiones, el  
mucho tiempo que permanecen estacionadas, la formación  
especial de escamas sobre las pápulas y las máculas, el  
punteado hemorrágico que se suele observar después de la  
separación de las escamas y la variabilidad de color de las  
lesiones previenen contra esta confusión.

Las reacciones biológicas contribuirán por su parte a  
hacer el diagnóstico diferencial. No obstante, nunca se in-  
sistirá bastante en que hace falta el mayor cuidado para  
diferenciar un exantema de otro. El diagnóstico con liquen-  
ruber plano es verdaderamente difícil. La forma más angu-  
losa en el último, la mayor frecuencia y la mayor intensidad  
del prurito y la existencia frecuente de eflorescencias en  
las mucosas son datos a favor del liquen.

El pronóstico de la enfermedad es bueno en cuanto a la  
vida, pero menos bueno en cuanto a la desaparición de las  
lesiones, si bien no se debe ocultar que de cuando en cuando se producen curaciones espontáneas. El tratamiento es  
exclusivamente paliativo, y consiste en los baños templados,  
a los que se añaden algunos medicamentos como coque de  
to de corteza de quina, 50 a 70 gramos de tanino, 5 a 10  
gramos de hipoclorito cálcico u otras sustancias análogas.  
Por medio de la vaselina bórica o salicílica al 3 por 100 o  
por la pomada de azufre al 10 por 100 se cuidará de mante-  
ner la descamación de la piel. Para provocar una descama-  
ción más enérgica se recurrirá al ácido pirogálico y a la  
cristarrobina. Otros medicamentos más modernos no han  
mostrado mayor eficacia, y, generalmente, los enfermos,  
dadas las escasas molestias subjetivas, abandonan todos los  
tratamientos ante sus escasos resultados.

*Pitiriasis maculosa crónica*.—En esta enfermedad apare-  
cen en el tronco y en las extremidades una serie de manchas  
rojas, persisten con el mismo aspecto que tienen al iniciarse  
y tampoco se modifican por la acción de la terapéutica. His-  
tológicamente, lo único que se encuentran son procesos in-  
flamatorios que no tienen nada de característicos. Estas



# TERTULIA MÉDICA

## HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

— AMENIDADES —

26-XI-1932

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

### El mundo de los negocios.

(Fragmento de Honorato Balzac.)

Existe un círculo social, especie de vientre parisino, en el que se digieren los intereses de la ciudad, y en el que se condensan bajo la forma llamada *negocios*, moviéndose y agitándose en un acre y bilioso movimiento intestinal la multitud de procuradores, médicos, abogados, notarios, negociantes, banqueros, grandes comerciantes, especuladores y magistrados. En ese círculo se encuentran muchas más causas para la destrucción física y moral de las personas que fuera de él. Las gentes que forman este conjunto viven casi todas en estrechos despachos, en salas de audiencia mal ventiladas, en pequeños

levantándose al amanecer para ser capaces de no dejarse desvalijar, para ganar siempre y no perder nada, para apoderarse de un hombre o de su dinero, para enredar o desenredar un negocio, para sacar partido de una circunstancia pasajera y para aprisionar

marlas y a encauzarlas por buen camino? Estas gentes depositan su corazón: ¿dónde?, yo no lo sé; pero es indudable que lo dejan en alguna parte, puesto que demuestran tenerlo al bajar todas

El complejo fósforo vitamínico

*Vitophos*

polvo - tabletas - jarabe

CHENI ROSA IBÉRICA, S. A.

o libertar a un hombre. Agotan a sus caballos, los revientan, los fatigan y envejecen también sus propias piernas antes de tiempo.

El tiempo es su tirano, les falta siempre y se les escapa; no pueden ni detenerlo ni dominarlo. ¿Qué alma puede permanecer grande, pura, moral, generosa y, consecuentemente, qué rostro se mantiene bello depravándose con el ejercicio de una ocupación que obliga a soportar el peso de las miserias públicas, a analizarlas, a valorarlas, a esti-

### OPOSICIONES

a las vacantes de médicos titulares

y

### OPOSICIONES

a inspectores municipales de Sanidad.

La obra

### OPOSICIONES

que edita El Siglo Médico

contesta al Programa oficial.

### OPOSICIONES

Medicina, Cirugía, Higiene, Legislación

GRATIS

para los suscriptores de El Siglo Médico que tengan abonada la suscripción antes del 15 de Enero de 1932.

### OPOSICIONES

las mañanas al fondo de los trabajos que oprimen a las familias. Para ellos no existen misterios: conocen el reverso de la sociedad, de quien son confesores, y la desprecian. Por otra parte, hagan lo que quieran, a fuerza de compararse

OMNADINA

ACTIVADOR DE LAS DEFENSAS DEL ORGANISMO

gabinets enrejados, pasando el día encorvados bajo el peso de los negocios,

este pobre cantón y buscando el medio de enriquecerse. En ocho años ha conseguido una gran fortuna, en comparación con las de estos territorios. Seguramente poseerá unos cuarenta mil francos. Pero os costaría un trabajo sobrehumano poder adivinar el medio por el cual ha logrado alcanzar la suma de que dispone. Es un usurero tan profundo, un usurero tan perfectamente combinado con los intereses de todos los habitantes del cantón, que estoy seguro que estrellaría toda mi reputación y mi mejor voluntad el día que pretendiese desenmascararle ante sus víctimas. Cuando este endiablado hombre vió que todo el mundo se dedicaba a trabajar las tierras con amor, se marchó por los alrededores y acaparó el trigo y demás cereales, para suministrar los necesarios a los pobres que no disponían de ellos. Aquí, como en muchas partes, los aldeanos, y aun muchos granjeros, no tienen el dinero suficiente para pagar las semillas que emplean; pues a todos estos necesitados les hacía su correspondiente préstamo el buen Taboureaux, que le habían de triplicar cuando hiciesen la recolección. Empezó por poco, cuando sus fuerzas eran casi nulas, pero hoy tiene extendido su funesto comercio por todo el Departamento. Si nada le detiene su marcha triunfal, pronto contará con un millón. Pues bien, cuanto más rico se encuentra, más le arrastra el vicio del dinero. Cuando el aldeano pesa de la vida puramente laboriosa a la vida cómoda y a la posesión territorial, más insoportable se manifiesta.

ta. Existe una clase semivirtuosa y semiviciosa, semisabía y semiignorante, que será siempre la desesperación de los Gobiernos. Un poco de esta clase lo encontraréis en Taboureaux: hombre sencillo en apariencia, ignorante si se quiere, pero hábil en extremo cuando se trata de intereses.

En aquel momento el ruido de unos pasos anunció la llegada al comedor del prestamista de granos.

—¡Adelante!, Taboureaux—dijo Benassis.

Prevenido por el médico, el comandante examinó al aldeano, y vió en Taboureaux un hombre delgado, con algo joroba, la frente abombada y llena de arrugas. Su cara lánguida parecía hallarse perforada por dos ojillos azules con manchas negras. El usurero llevaba la boca cerrada y su barbilla, puntiaguda, tendía a juntarse con la nariz, irónicamente encorvada. Sus mejillas salientes ofrecían un conjunto de rayas estrelladas, que denunciaban a lo lejos una vida afanosa y cargada de maquinaciones. Llevaba un traje azul bastante limpio, cuyos bolsillos cuadrados rebosaban sobre sus caderas, y cuya levita abierta dejaba al descubierto un chaleco blanco y floreado. Permaneció de pie en el salón, apoyado respetuosamente sobre un grueso bastón que siempre llevaba consigo. A pesar de los esfuerzos de Jacoba, un perrito lanudo siguió al mercader y se acostó a su lado.

—¿Qué le trae por esta casa al amigo Taboureaux?—dijo Benassis al recién llegado.



con la corrupción se horrorizan y se entristecen; ya por laxitud, o bien por transacción secreta, se alían a ella; por último, necesariamente se hastían de todo, ellos a quienes las leyes, los hombres y las instituciones hacen volar como los cuervos sobre los cadáveres aún calientes. El hombre adinerado, a

Fábrica especializada en Productos Dietéticos y de Régimen Vegetariano.  
CASA SANTIVERI, S. A.—Call, 22.—Barcelona.

cada momento pesa a los vivos; el hombre de contratos pesa a los muertos, y el hombre de leyes pesa la conciencia. Obligados a hablar continuamente, reemplazan la idea por la palabra, el sentimiento por la frase, y su alma viene a convertirse en una laringe. Se gastan y se desmoralizan por sí mismos.

Ni el gran negociante, ni el juez, ni el abogado, pueden conservar por mucho tiempo el sentido de rectitud que les caracteriza, porque no se sienten en sí mismos y aplican las reglas que falsean las especies. Arrastrados por su existencia torrencial, no son ni esposos, ni padres,

trasmochan y sus caras se redondean, se aplanan y se enrojecen. A tan terribles gastos de fuerzas intelectuales, a

## CARABANA: el mejor purgante.

contracciones morales tan multiplicadas, oponen, no el placer, por ser demasiado pálido y no producir ningún contraste, sino la crápula, crápula secreta y terrible, porque disponen de todo y hacen la moral de la sociedad. Su estu-

### TODO SUSCRITOR de EL SIGLO MÉDICO

TIENE DERECHO  
abonando el año 1933 antes del 15 de Enero  
A RECIBIR GRATIS  
a partir del 7 de Enero de 1933

LAS CONTESTACIONES  
que se están editando

AL PROGRAMA  
para las vacantes  
DE MÉDICOS TITULARES

pidez real se oculta bajo una ciencia especial. Conocen su oficio, pero ignoran todo lo que no es su oficio. Cuando se les presenta una cuestión para salvar su amor propio, dudan de todo, critican a tontas y a locas, parecen dudosos y en realidad son papamoscas, hundiendo su

Más de once mil médicos recetan y toman este Elixir en sus familias.  
**ELIXIR CALLOL**

espíritu en sus interminables discusiones. Casi todos ellos adoptan cómoda

mente los prejuicios sociales, literarios o políticos para ahorrarse el trabajo de formar una opinión, de la misma manera que ponen su conciencia a cubierto del Código o del tribunal de comercio.

M. P. B.

(De la Historia de los Trece.)

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

## MENSAJE

del presidente del Consejo de Gobernadores  
a los Miembros de la Cruz Roja de la Juventud,  
con motivo del año nuevo.

A LOS NIÑOS DEL MUNDO ENTERO

Al terminar este año, en que tan muchos esfuerzos ha tenido que hacer la Cruz Roja para mitigar el sufrimiento, que es lo esencial de su misión, el presidente de la Liga se siente feliz y orgulloso al felicitaros por la parte que habéis tomado en la obra común. Por vosotros sabe el mundo que la Cruz Roja tiene millones de niños, de jóvenes, que saben servir con inteligencia y co-

## JARABE ALMERA

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

razón, que saben obrar con prontitud y eficacia.

Y ahora, en el umbral de un nuevo año, dejadme que os diga, queridos niños, que, si a pesar de estos tiempos difíciles que atravesamos tenemos confianza en el porvenir es merced a la esperanza que hemos puesto en vosotros.

SIGUE A LA PÁGINA XX

Este, mirando de reojo al personaje desconocido que encontró acompañando a la mesa al médico, le dijo:

—No se trata de enfermedad, señor alcalde; pero como usted sabe curar lo mismo los dolores del cuerpo que los del alma, vengo a consultarle acerca de una pequeña dificultad que tengo con un individuo de San Lorenzo.

—¿Por qué no va usted a casa de nuestro notario o a la de su secretario mismo?

—¡Ah!, tengo el convencimiento de que usted es bastante más hábil en estos asuntos, y estimo en mucho más la aprobación de usted en el que ahora me interesa.

—Mi querido Taboureau, yo ofrezco con mucho gusto gratuitamente mis servicios médicos a todos los pobres, pero no podría hacer lo mismo con un hombre tan rico como usted. La ciencia cuesta cara cuando se quiere poseer.

Taboureau permanecía pensativo, mientras daba vueltas manipulando al sombrero que tenía en las manos.

—Si deseas mi consejo, como te ahorrarás con él de una buena cantidad que tendrías que dar en Grenoble a los abogados, te exijo que mandes gratuitamente un saco de trigo a la viuda de Martín, la que mantiene y cría los niños de la inclusa.

—Lo haré con el mayor gusto, siempre que a usted le parezca necesario—dijo Taboureau satisfecho.

Después añadió mirando hacia Genestas:

—¿Podré exponer mi asunto sin enojar a nadie?

50

Atendiendo a un signo afirmativo, comenzó asegurando que hacía aproximadamente dos meses, un hombre de San Lorenzo había salido a su encuentro para proponerle un negocio. «Taboureau — me dijo —, ¿podrá usted venderme ciento treinta y siete setarios (medida de capacidad equivalente a un cuarto de litro) de cebada?» «¿Por qué no — le dije yo —, siendo ese mi oficio? ¿La necesita en seguida?» «No — dijo él —; al principio de primavera, allá para el mes de Marzo.» Después discutimos el precio y, mientras bebíamos una copa, convinimos en que me pagaría la cebada al precio cotizado en el último mercado de Grenoble, y que yo se la entregaría en Marzo, entrando en cuenta aparte los gastos de almacenaje. Pero la cebada comenzó a subir, y he aquí la mía que se esponjaba como una sopa de leche. Necesitado de dinero, la llevé al mercado y la vendí toda, ¿no es esto muy natural?

—En modo alguno — dijo Benassis—. Tu cebada ya no te pertenecía, puesto que no eras otra cosa que el depositario de ella. Si la cebada hubiese bajado de precio, ¿no hubieras obligado a tu comprador a pagarla al convenido?

—Pero hay que tener presente que, a lo mejor, no me la hubiese pagado nunca. En la guerra, como en la guerra; y el comerciante debe aprovecharse de las ganancias cuando se le presenta la ocasión. Después de todo, una mercancía no nos pertenece hasta que la hemos pagado; ¿no es verdad señor oficial?



# SIL-AL

Metahidrosilicato de aluminio  
fisiológicamente puro.

Sustituye al bismuto en  
terapéutica gástrica.

Existe el SIL-AL belladonado.

Muestras  
y literatura:  
A. GÁMIR  
Valencia.

# BARDANOL

— — Elixir de bardana y estaño eléctrico. — —

## INDICACIONES:

Estafilococias en todas  
sus manifestaciones.

Muestras  
y literatura:  
A. GÁMIR  
Valencia.

# BENZOFORMINA

— — Comprimidos de 0,25 gramos. — —

Exametilenoamina.

Gramos.

0,20

Acido benzoico. . .

0,05

Muestras  
y literatura:  
A. GÁMIR

Frascos de 50 comprimidos.

Valencia.



## SANATORIO NEUROPÁTICO

Calle de Pablo Iglesias, 52. — CARABANCHEL 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.

Vídanse reglamentos a la Administración.

## INSTITUTO MEDICO-PEDAGOGICO

CARABANCHEL 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.

Terapéutica Cacodilica Intensiva é Indolora

## CYTO-SERUM

A BASE DE CACODILATOS ALCALINOS

Una Inyección intra-muscular cada dos días

*Poderoso Estimulante  
de la Hematopoyese y de la Fagocitosis*

GRIPE  
TUBERCULOSIS  
PALUDISMO  
NEOPLASMA  
NEURASTENIA  
CONVALESCENCIAS

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

Solicítense Muestras Gratis

Agente Gen. para España: FERNAND BEJAR, 20, RUIZ PERELLO, MADRID (91)

## JARABE

Cloofosfato  
cálcico gelatinoso

## ALMERA

es el preparado de fosfato de cal de más fácil **ABSORCIÓN** y el más **ASIMILABLE**

Superior a todos sus similares, siendo el  
más activo de todos los reconstituyentes.



Más de 37 años de éxito creciente.

De venta en: Xuclá, 21, Barcelona, en la Farmacia Almera y Laboratorio, Plaza de Guzmán, 14, Vilassar de Mar y en las principales Farmacias y Droguerías.



# QUADRONAL

Analgésico excelente comprobado desde hace años y especialmente en los casos de

## GRIPE

y en todas las variaciones. La ventaja del efecto terapéutico consiste en

### la reducción gradual de la fiebre,

**Quadronal:**

20 × 0,5  
10 × 0,5  
2 × 0,5

**Quadro Noxi:**

20 × 0,6  
10 × 0,6  
1 × 0,6

así que se evitan complicaciones provocadas por disminución rápida de la temperatura. Una vez curada la gripe, en la convalecencia un sueño confortante —sin efectos secundarios— se consigue con el Hipnótico

## QUADRO - NOX

**A S T A , Aktiengesellschaft, Fábrica Química,  
Brackwede, 128. — (Alemania)**

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

**Representante y depositario en España:**

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



**“El aceite de hígado de bacalao es un agente terapéutico específico contra el raquitismo.”—HESS (1930)**

Las más elevadas eminencias médicas después de largas controversias y numerosos ensayos con todos los remedios basados en las más recientes teorías, se han pronunciado una vez más por el aceite de hígado de bacalao como el remedio “*por excelencia*” contra el Raquitismo.

Prescribese pues bajo la forma de Emulsión Scott que es la más fácil de administrar y que además de contener el aceite más selecto de hígado de bacalao de Noruega—tan rico en vitaminas—aporta en calcio, fósforo y sodio, las sales minerales indispensables.



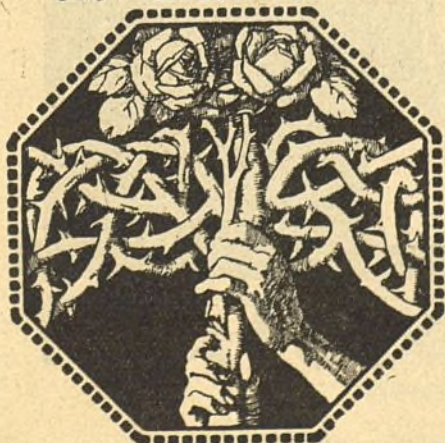
## EMULSIÓN SCOTT

(Indicaciones: Avitaminosis, Anemia, Tos, Bronquitis, Convalecencias, Debilidad, Marasmo, Tisis, Escrófula, Afecciones tuberculosas, Raquitismo, Dentición.)

# INSTITUTO TERAPÉUTICO ROMANO

(Nuevo tratamiento antituberculoso con una combinación yodo-tuberculinica.)

**SIEROSINA**  
IODO-TUBERCOLINA-CVPRICA



**Tuberculosis en todas las formas curables.**

Caja con 12 ampollas.

La tuberculinoterapia clásica, a causa de las dificultades de la técnica del tratamiento no sale del dominio del especialista;

la «**SIEROSINA**», por la circunstancia de que la dosis fija de tuberculina no modifica en nada su valor y eficacia en la función del antígeno;

por la atenuación de la tuberculina por el yodo, que anula totalmente sus efectos tóxicos;

por la elevada plasticidad que la asociación con el cobre confiere a la tuberculina,

permite a todo médico el uso de ese tratamiento en todos los casos de tuberculosis (interna y externa), donde puede preverse que la reacción del organismo sea favorable.

Representante general para España y Colonias:

**E. PISTOLESI.**—Apartado de Correos 9026, Madrid.

Literatura científica a disposición de los señores médicos.



# EUPACO MERCK

Tabletas y supositorios  
para inyecciones:

## EUPAVERINA - ATROPINA MERCK en Ampollas.

Nuevo espasmolítico contra  
los **espasmos** de la  
**musculatura lisa.**

## EUCODAL MERCK

Tabletas. — Ampollas.

En vez de la morfina.  
Acción rápida y buena tolerancia.

## DIONINA MERCK

Tabletas. — Ampollas.

## GRIPE - TOS - ESTADOS CATARRALES

**No está sujeta a la  
ley de tóxicos.**

Marcas registradas.



---

# E·MERCK DARMSTADT

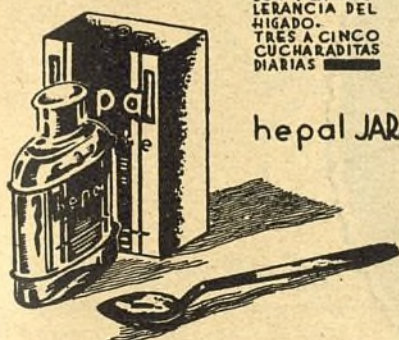


PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANÉMIA

# hepal

REALIZACIÓN CLÍNICA  
PERFECTA  
DEL  
METODO DE MINOT-MURPHY

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



hepal JARABE

principio  
aislado  
con hierro

antianémico  
del hígado  
y cobre

PRODUCTO NACIONAL

Laboratorio Juste  
APARTADO DE CORREOS 9030



MADRID

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

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

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

hepal  
INJECTABLE

INYECCIÓN INDOLORA



Granulos de CATILLON

0,001 Extracto Normal de

## STROPHANTUS

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

ASISTOLIA, DISPNEA, OPRESION, EDEMA, Lesiones MITRALES

Granulos de CATILLON

0.0001

## STROPHANTINE

CRISTAL.

TÓNICO DEL CORAZON POR EXCELENCIA

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

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

Laboratoire CATILLON, 3, Boulevard St-Martin, PARIS



# ESTREÑIMIENTO

**Lactolaxine  
Fydau**

COMPRIMIDOS DE  
FERMENTOS LÁCTICOS  
LAXANTES

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

*1 a 3 Comprimidos  
por día.*

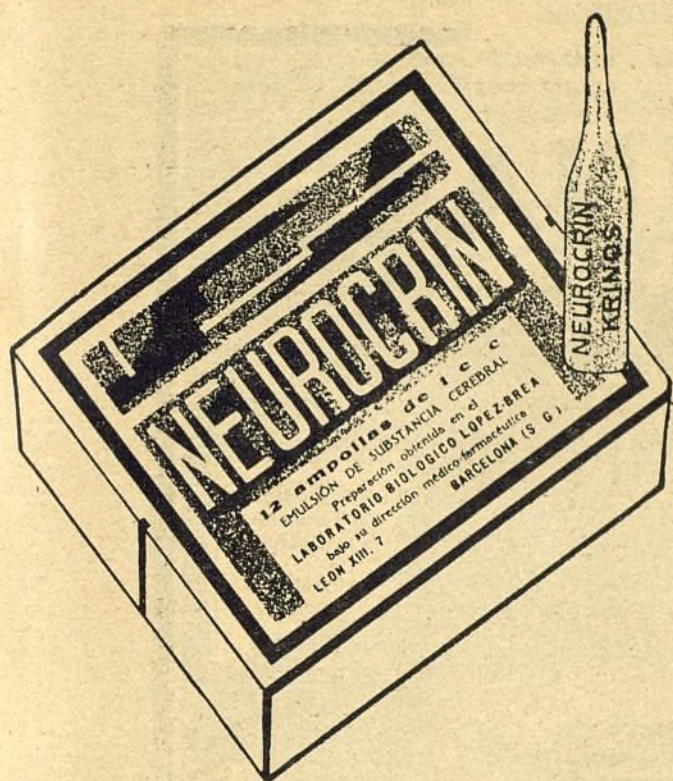
MEDICAMENTO LAXANTE  
IDEAL PARA NIÑOS,  
ADULTOS Y ANCIANOS.

**LABORATORIOS ANDRÉ PÂRIS**  
PARIS • FRANCE

Muestras: Alejandro Riera, Agente General  
Napoles 166 BARCELONA

SREVILL





**Terapéutica Biológica de las Jaquecas**

## Neurocrin Krynol

(Emulsión aséptica de substancia cerebral)

### INDICACIONES

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

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

**Agotamiento nervioso, Psicosis depresivas, Surmenaje, Desnutrición y Raquitismo**

### ADMINISTRACION Y DOSIS

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

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

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

**TERAPEUTICA DE LAS ALTERACIONES MENSTRUALES**

## OVARIOTONO

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



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

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

## HEMOSTONO

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



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

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



*tratamiento integral  
de todas las afecciones del sistema venoso*

# PROVEINASE MIDY

Varices  
Varicosidades  
Varicoceles  
Úlceras varicosas  
Edemas postflebiticos  
Almorranas

Asociación de extractos de plantas  
cuidada dosamente elegidas  
Castano de India - Cupressus - Viburnum - Hamamelis  
y de extractos de glandulares a secreción interna  
Hipofisis - Suprarrenal - Tiroide  
2 a 6 COMPRIMIDOS AL DIA  
(Tragar sin masticar)

Trastornos congestivos  
de la menopausis  
y de la pubertad  
Hipofixia  
Cristesia  
Astenia

**MEDICACION LOCAL  
DE LAS ALMORRANAS**

**POMADA MIDY**

LABORATORIOS MIDY  
4. Rue du Colonel-Moll - PARIS

**SUPOSITORIOS MIDY**

## MEDICACIÓN ANTIANAFILACTICA POLIVALENTE

GRAGEAS  
Inalterables sin olor

PRURIGO de los NIÑOS

GRANULADOS

GRAGEAS INALTERABLES  
GRANULADOS

**PEPTALMINE**

4

PEPTONAS  
de  
CARNE y de PESCADO

PEPTO-ALBUMINAS  
y  
HARINA DE TRIGO  
en la  
envoltura

EXTRACTOS  
de  
HUEVO y de LECHE

URTICARIA · MIGRANIAS ·  
TRASTORNOS DIGESTIVOS · ECZEMAS ·

GRAGEAS

y

GRANULADOS

CONGESTION del HIGADO · INSUFICIENCIA HEPATICA ·  
**PEPTALMINE  
MAGNESIADA**  
4 PEPTO-ALBUMINAS  
y Sulfato de Magnesia  
COLITIS · COLECISTITIS CRONICAS · MIGRANIAS ·

GRAGEAS

y

GRANULADOS

**COLAGOGO**

Laboratoire des Produits Scientia D'E Perraudin. Ph<sup>o</sup> del<sup>e</sup> Cl<sup>e</sup> 21, rue Chaptal, Paris (9<sup>e</sup>)



# GARDAN

Asociación equimolecular  
de Piramidón y Novalgina



**Antipirético  
y Analgésico  
de soberana  
eficacia**

**Acción rápida y  
enérgica en las  
enfermedades  
febriles, gripe y  
estados doloro-  
sos de todas  
clases.**

**Forma de prescripción  
Tubos de 10 y 25 ta-  
bletas de 0'5 gramos.**



LA QUÍMICA COMERCIAL Y FARMACÉUTICA, S. A.

*Bayer-Meister-Lucius*

BARCELONA - APARTADO 280



Remineralización  
Poliopoterapia  
Reconstituyente  
Fisiológico....



del Dr. Guersant

**1º OPOCALCIUM**  
*Sellos, Comprimidos, Granulados*

**2º OPOCALCIUM  
IRRADIADO**  
*Sellos, Comprimidos, Granulados*

**3º OPOCALCIUM**  
arseniado — *Sellos*

**4º OPOCALCIUM**  
guayacolado — *Sellos*

**LABORATORIOS A. RANSON**  
DOCTOR EN FARMACIA  
121, AV<sup>e</sup> GAMBETTA. PARIS

Depósito general en ESPAÑA: MIGUEL SOLER ELIAS.—Muntaner, 191.—BARCELONA

**ANTIANAFILAXIA**  
CITOFILAXIA  
PROFILAXIS ANTICANCEROSA

**anacласine**  
RANSON  
(ανά-CONTRA, κλASIC-SHOCK)  
Asociación antianafiláctica polivalente



**Restablece el equilibrio  
humoral y simpático.**

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

**Dosis para la fórmula granulada:**  
ADULTOS: 4 a 6 cucharadas de las de café por día.  
NIÑOS: 1 a 2 cucharadas de las de café por día.

**Dosis para la de comprimidos:**  
ADULTOS: a 5 por día.  
NIÑOS: 1 a 3 por día.

**LABORATOIRES A. RANSON**  
DOCTOR EN FARMACIA  
121, Avenue Gambetta, PARIS

Depósito general en ESPAÑA: MIGUEL SOLER ELIAS.—Muntaner, 191.—BARCELONA



## TODAS NEURÁLGIAS REBELDES



SEDACIÓN  
RÁPIDA Y  
ATÓXICA

AMPOLLAS ESTERILIZADAS

# WAIODINE

NaI ESTABILIZADO HIPERACTIVO

*Inyecciones indoloras*  
20<sup>cc</sup> a 30<sup>cc</sup> por día  
en ampollas de 5<sup>cc</sup> & 10<sup>cc</sup>

**LABORATOIRES J. LOGEAI** — Boulogne s/seine près PARIS

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



# BISMUTHOIDOL

(Bismuto coloidal)

Nuevo agente contra la **SÍFILIS**

EN AMPOLLAS: Solución acuosa

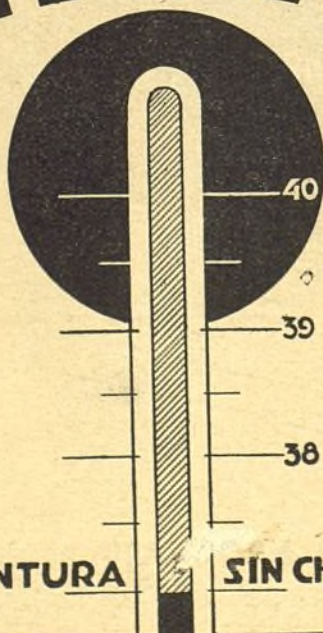
**Sin dolor**

LABORATORIOS M. ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

Depositarlos para España: GIMÉNEZ SALINAR y C.<sup>a</sup>, Sagüés, 2 y 4, Barcelona, (S. G.)

EN TODOS LOS ESTADOS INFECCIOSOS AGUDOS  
**SEPTICÉMINE**

PROVOCA UNA BAJA DE CALENTURA



SIN CHOQUE NI REACCION

LABORATORIOS CORTIAL .15 BOUL<sup>d</sup> PASTEUR . PARIS

JUAN MARTIN ALCALA 9. MADRID CONSEJO DE CIENTO 341 BARCELONA



**Antiateromatoso.**  
**Hipotensor.**  
**Descolorante.**  
**Diurético.**  
**Modificador**  
**de la endoarteria**  
**Modificador**  
**mineralo-tejidualar.**

M x A  
13-14

M n A  
7-8

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

# Silicyl

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

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

# PYRÉTHANE

## GOTAS

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

**Poderoso Antineurálgico**

# GRANULOS CHANTEAUD

Acido arsenioso..... miligr.  
 Aconitina amorfa..... ½ miligr.  
 Agaricina..... miligr.  
 Arbutina..... miligr. centigr.  
 Atropina..... ½ miligr.  
 Atropina (sulfato)..... ½ miligr.  
 Boldina..... miligr.  
 Bromuro de alcanfor..... centigr.  
 Brucina..... ½ miligr.  
 Cafeína..... miligr. centigr.  
 Cafeína (arseniato)..... miligr.  
 Calcio (sulfuro)..... centigr.  
 Calomelanos..... miligr. centigr.  
 Ciculina (brohdto)..... ½ miligr.  
 Codeína..... miligr. centigr.  
 Digitalina amorfa... miligr.  
 Emetina..... miligr.  
 Esparteína (sulfato)..... centigr.

Estricnina (arseniato de)... ½ miligr.  
 Estricnina (hipofosfito de)... ½ miligr.  
 Estricnina (sulfato de)... ½ miligr.  
 Estrofantina..... 1/10 mlgr.  
 Evonimina..... miligr.  
 Hierro (arseniato de)..... miligr.  
 Helenina..... centigr.  
 Hidrargírico (bioduro).... miligr.



Hidrastina..... miligr.  
 Hiosciamina..... ½ miligr.  
 Iodoformo..... miligr.  
 Juglandina..... centigr.  
 Lobelina (sulfato)..... ½ miligr.  
 Picrotoxina..... ½ miligr.  
 Pilocarpina (nitrato de)... miligr.  
 Podofilino..... centigr.  
 Quasina..... miligr.  
 Quinina (arseto. de) miligr.  
 Quinina (hidroferro-  
 cianato de). miligr. centigr.  
 Quinina (bmhto. de) Sulfato.  
 Quinina (valeto. de). 2 centigr.  
 Scilitina..... miligr.  
 Sal de Gregori..... miligr.  
 Sosa (arseniato de). miligr.  
 Zinc (fosfuro de)... miligr.

**El Mejor**  
**PURGANTE**  
**LAXANTE**  
**DEPURATIVO**

## SEDLITZ

## CH. CHANTEAUD

Laboratoires CHANTEAUD, 54, Rue des Francs-Bourgeois Paris

**Contra:**  
 Estreñimiento  
 Estado bilioso  
 Jaquese  
 Congestiones.

Depósito en España: I. Uriach y C.º. — Bruch, 49. — Barcelona.



# **Gardénal**

FENIL-ETIL-MALONILUREA

**EPILEPSIA  
CONVULSIONES  
ESTADOS ANSIOSOS  
INSOMNIOS REBELDES**

EN TUBOS DE COMPRIMIDOS A 0<sup>gr</sup>10, 0<sup>gr</sup>05 Y 0<sup>gr</sup>01

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE "SPÉCIA"  
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE-86, RUE VIEILLE DU TEMPLE-PARIS-3<sup>e</sup>

**Agentes para España:**

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

## **ESTAFILASA del D<sup>r</sup> DOYEN**

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

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

*Solución coloidal  
fagógena  
polivalente.*

## **MICOLISINA del D<sup>r</sup> DOYEN**

**2 FORMAS:  
MICOLISINA BEBIBLE  
MICOLISINA INYECTABLE**

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

**NEURASTENIA  
ANEMIA  
CONVALESCENCIAS**

## **Vino de Bugeaud**

*Tónico-Nutritivo,  
con Quina  
y Cacao.*

**Actúa por la Teobromina y por los Alcaloides de la Quina**

*Comprímulos compuestos de Hipófitis  
y Tiroides en proporción prudencial,  
de Hamamelis, Castaña de India  
y Citrato de Sosa.*

## **Venosina**

Tratamiento específico completo de las **AFECCIONES VENOSAS**

**PARIS, P. LEBEAULT & C<sup>o</sup>, 5, Rue Bourg-l'Abbé**  
**POR MENOR: PRINCIPALES FARMACIAS.**



LABORATOIRE NATIVELLE

27, RUE DE LA PROCESSION — PARIS (XV<sup>e</sup>)

# OUABAINÉ ARNAUD

**CARDIOTÓNICO  
ENÉRGICO**
**ACCIÓN  
CONSTANTE  
Y SEGURA**

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

**INDICACIONES**

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

**FORMAS**

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

**DOSIFICACIÓN RIGUROSA**
**DIURÉTICO  
PODEROSO**
**MENOS TÓXICO  
QUE LAS  
ESTROFANTINAS**

DRAEGER



## TRICALCINE INYECTABLE

DIPROPANOILFOSFATO de CAL INALTERABLE  
CACODILATO de SODA 0,05. SULFATO de ESTRICNINA 0,001

### MEDICACION CALCICA INTENSIVA Y ESTIMULANTE

TUBERCULOSIS  
MISERIA  
FISIOLOGICA

CONVALECENCIAS  
ANEMIA  
ESCROFULOSIS

**POSOLOGIA**

Una ampolla por  
día durante 12 días  
Descanso 10 días y  
comenzar otra serie

Laboratoire des Produits SCIENTIA, 21, rue Chaptal, Paris. 9<sup>e</sup>



# AETHONE

PODEROSO SEDATIVO, no TÓXICO

**Tos** esp. dica

**Tos Ferina**

**Tos** de los **Tuberculosos**

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

**TUBERCULOSIS**  
AFECCIONES BRONCO-PULMONARES  
Gripe, Escrófula, Raquitismo

**SOLUCIÓN**  
**PAUTAUBERGE**

*al Clorhidro-Fosfato de Cal creosotado.*

La mejor tolerada de todas las preparaciones creosotadas

**ANTICATARRAL y ANTISÉPTICA**

Seca las Secreciones y Cicatriza  
las Lesiones tuberculosas.

**EUPÉPTICA, RECONSTITUYENTE**

Reanima las funciones de Nutrición  
y el estado general.

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

Depositarlos para España:

Jiménez-Salinas y C.<sup>ta</sup>, Barcelona Sagúes, 2 y 4, (S. G.)

## Lipiodol

### Radiológico

Aceite Vegetal y Yodo puro

del Doctor **LAFAY**

**“ASCENDIENTE” Y**  
**“DESCENDIENTE”**

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

Concesionarios Generales para la Exportación:  
**LECZINSKI & C<sup>ta</sup>,**  
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.



Asociación  
gitana-Dubaina

# DIGIBAINÉ

reemplaza con ventaja  
Digital y Digitalina.

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

<p>LABORATOIRES DEGLAUDE 6, Rue d'Assas PARIS VI.*</p>	<p>Muestras y literaturas:</p> <p><b>José M.<sup>a</sup> Balasch Cuyás.</b> (Farmacéutico) Avenida 14 de Abril, 440.—BARCELONA</p>
------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



## VEGANIN

EL REMEDIO ANALGÉSICO DE EFECTOS MÁXIMOS

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

**INDICACIONES:**

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

GOEDECKE & Co. BERLIN, ALEMANIA

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

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

## — 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.

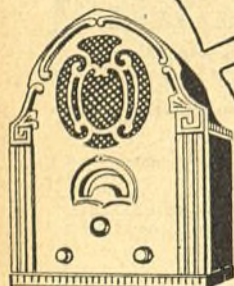
LABORATORIOS FAUS.—VILLAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)



# RADIO

## Stewart-Warner

Supera y vence siempre porque, además de las muchas cualidades que le han hecho famoso, está dotado de las ventajas siguientes:



Con menos lámparas obtiene el máximo rendimiento alcanzado hasta el día

Está dispuesto para el adaptador de extra corta.

Posee toma y conmutador de "Pick-up".

Se fabrica en alterna y continua

Dispone de toma para televisión.

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS PARA ESPAÑA

**VIVÓ, VIDAL Y BALASCH**

P.º Recoletos, 16 - MADRID - Cortes, 589 - BARCELONA



### Balneario de Carlos III

**TRILLO** Temporada de 1.º de Julio — a 15 de Septiembre. —

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

**Nervios. - Reuma. - Escrófula. - Piel.**

Deliciosa estación de verano. — Gran parque y monte.

Olima de montaña, 780 metros.

Servicio directo desde Madrid en tres horas.

Informes y folletos:

**HOTEL LEONES DE ORO**, Carmen, 30, Madrid.

No existe ningún sabor amargo usando las

## Perlas de quinina

### “Zimmer”

las cuales contienen la sal de quinina suelta, **en polvo y sin comprimir.**

Fascos de 25, 50 o 100 perlas de 0,1 o 0,2 gramos de quinina sulfato o de quinina clorhidrato.

**VEREINIGTE CHININFABRIKEN ZIMMER & Cº**

G. m. b. H.

Sección de venta: Mannheim-Waldhof.

Representante general para España:

**W. EGGERT**, Barcelona S. G. Calle San Eusebio, 83.

## LABORATORIOS CAMPOS FILLOL

### VALENCIA

## LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal.

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

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

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día.

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

## LACTOBULGARINA



LABORATORIO FARMACÉUTICO

PONS, MORENO Y C.<sup>ª</sup>

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.<sup>ª</sup>, S. A. — Barcelona.

Tetradínamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

Mutasán

(INYECTABLE)

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

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación de ferrocarril.



¡CONTRA  
EL DOLOR!

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

ACONSEJAD

**CEREBRINO  
MANDRI**

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



ORIGINALIDAD TERAPÉUTICA

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

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

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

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

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

LABORATORIO EGABRO—CABRA (Córdoba), España.



# DERMATOSIS INFANTILES

desaparecen rápidamente con

**DEPURATIVO INFANTIL CABALLERO**  
de sabor agradabilísimo.

**PASTA POROSA CABALLERO** (Dermatosis rezumantes).

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

Las enfermedades del

## Estómago e Intestinos

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

### ELIXIR ESTOMACAL SAIZ DE CARLOS

(STOMALIX)

Poderoso tónico digestivo que triunfa siempre.

Venta: Principales farmacias del mundo.

CARIE/ OSEA Y DENTARIA TUBERCULO/IS - RA QUMISMO.

IONERGO/ BLEFEL.

ELIXIR E INTESTINOS.

PODEROSO RECONSTITUYENTE EFICAZ ANTITU- BERCU- LO/IS.

CALCILA BLEFEL.



## AGUAS DE MARMOLEJO

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

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

2.ª temporada de 1.º de Septiembre a 15 de Noviembre.

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

Alquiltranada la carretera que conduce á los manantiales.

**Gran Hotel del Bañearlo. Todo confort.**

Pedidos de botellas é informes al señor Gerente, en **MARMOLEJO (Jaén).**

## Jarabe "DEYEN"

de Manzana Laxante

Utilísimo en los adultos e insustituible en los niños.

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

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

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

¡Cuidado! Pedid el DEYEN pues hay imitaciones.

## AGUAS MINERALES NATURALES DE

# CARABANA

"LA FAVORITA"

PURGANTES - DEPURATIVAS - ANTIBILIOSAS - ANTIHERPETICAS

PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI

MADRID



Podéis mañana, por el número, la preparación y el arrojo, hacer más que vuestros mayores. Mañana podéis ser

**MEDICINA  
CIRUGÍA  
HIGIENE  
LEGISLACIÓN  
CONTESTACIONES  
PROGRAMA  
OPOSICIONES  
MÉDICOS  
TITULARES  
GRATIS  
SUSCRIPTORES  
SIGLO MÉDICO**

en el mundo esa gran Cruz Roja en la que pensamos sin cesar, que acelerará con su fuerza la realización de un mundo mejor y más dichoso.

Recogeos y medita al renovarse el año en la excepcional belleza de una misión que no es temporal, sino permanente, y que debe iluminar toda vuestra vida. Y luego, jóvenes, lanzaos a la acción con más entusiasmo y energía que nunca.

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

A cada uno de vosotros, dispersos por todo el mundo, pero unidos en un mismo ideal, os envío un cariñoso saludo.

JOHN BARTON PAYNE.

Presidente del Consejo de Gobernadores de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja.

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

## La erudición de Menéndez Pelayo.

El ilustre escritor Rodríguez Correa, gran amigo y admirador de Menéndez Pelayo, solía ensalzarle con frecuencia en aquellas cultas y amenas reuniones

## Antiséptico GLOGENO LUMEN

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

de literatos que se celebraban en el palacio de Medinaceli, en vida de la inolvidable duquesa Angela.

En una de ellas contó la graciosa broma de que el propio Rodríguez Correa hizo víctima al insigne sabio algunos meses antes.

Rodríguez Correa se complacía en po-



### FORMULA

POR 20 GRAMOS

Tibocel . . 23 centigr.

Codeína . . 1 centigr.

Arrhenal . . 2 centigr.

Precio al público:

4,95 ptas.

ner a prueba el asombroso memorión de Menéndez Pelayo, procurando encontrar algún título de obra que le fuese desconocido. Claro es que los apica-

rados deseos del travieso publicista se estrellaban siempre ante las portentosas facultades nemotécnicas del ya ilustre crítico.

*"Hunting"*  
**Pituigan**

Corriente y fuerte

**DEBILIDAD SECUNDARIA de las CONTRACCIONES UTERINAS**

Un día Rodríguez Correa abordó sonriente a D. Marcelino.

—Estoy contentísimo—le dijo con hipocrita regocijo—. He hallado un libro muy útil, de un gran valor práctico: ¿No le conoces? Está impreso en Alcoy.

—¿En Alcoy? —preguntó D. Marcelino, pensativo—. No, no recuerdo. ¿Quién es el autor?

—Ridaura.

—¡Es raro! —declaró un tanto humillado Menéndez Pelayo, tras unos ins-

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

tantes de recogimiento—. No sé qué libro pueda ser ese.

Sonrió bonachonamente Rodríguez Correa, satisfecho del resultado de su travesura, e introduciendo los dedos en el bolsillo del chaleco, extrajo «la obra» mencionada. Era un librito de papel de fumar.

El Sr. Menéndez Pelayo no sintió nunca mayor indignación que aquel día.

—Taboureau — dijo gravemente Benassis—, tú has de ser muy desgraciado. Dios castiga más pronto o más tarde todas las malas acciones. ¿Cómo es posible que un hombre tan capaz, tan instruido como tú, un hombre que hace honradamente sus negocios, pueda dar en este cantón un ejemplo tan poco honesto? Si sostienes semejantes procesos, ¿cómo quieres que los pobres sigan en su honradez y que no te roben cuanto puedan? Tus obreros te quitarán una parte del tiempo que te deben y todo el mundo se desmoralizará. Estás muy equivocado. Aquella cebada estaba vendida ya, y si el hombre de San Lorenzo se la hubiese llevado a su casa no habrías tenido el atrevimiento de irsela a pedir; de modo que has dispuesto de una cosa que ya no te pertenecía, porque tu cebada se había convertido en dinero que cobrarías con arreglo a un convenio. Pero continúa.

Genestas le dirigió una mirada inteligente para hacerle observar la inmovilidad que guardaba Taboureau. Durante el anterior sermón no se había movido ni una pestaña del usurero, ni su frente había enrojecido, ni sus ojos habían cambiado de posición.

—Yo sé que estoy comprometido a vender la cebada al precio de este invierno, pero creo que no lo debo hacer—dijo con la mayor tranquilidad Taboureau.

—Escucha— le dijo el médico—, o le entregas en seguida tu cebada al precio convenido, o no cuentas más con la

estimación de nadie. Aunque ganases todos los procesos imaginables, pasarás en adelante por un hombre sin fe ni ley; sin palabras, sin honor...

—Puede usted decirme cuanto quiera, y añadir incluso que soy un pillo, un embustero y un ladrón. En cuestiones de negocios, mi querido alcalde, eso se dice a cada momento sin ofender a nadie, porque en el negocio nadie piensa más que para sí propio.

—Muy bien que así sea, pero ¿quién le manda a usted ponerse por su propio gusto en el caso de merecer semejantes reproches?

—Señor, porque tengo la ley a mi favor.

—Eso ni es posible ni podrá serlo.

—¿Está usted completamente seguro de ello, señor?, porque el negocio es de mucha importancia.

—Claro que estoy seguro. Si no estuviéramos comiendo te leería el Código para que te convencieses. Si el proceso llega a realizarse, le perderás indudablemente y, además, no volverás a poner los pies en mi casa durante tu vida, porque no quiero recibir a las personas a quienes he retirado mi estimación. ¿Has oído? Perderás tu proceso y tu tranquilidad.

—O nones, señor; en modo alguno le perderé —dijo Taboureau—. Verá usted, señor alcalde; el negocio es inverso; el hombre de San Lorenzo es quien me debe a mí la cebada, y yo quien se la compré a él, y ahora es él quien no me



## En pro de la paz económica.

No son para desentendidos los juicios que a lord Robert Cecil—uno de los hombres de Estado ingleses que más predicamento alcanza en su país—merece el momento actual del mundo.

«El comercio—dice lord Cecil—es la sangre de las naciones»; dificultar o pa-

## Solución salicilato sódico Domingo.

Cada cucharada contiene dos gramos de salicilato sódico puro.

J. DOMINGO CHURTÓ  
C. Libertad, 14, BARCELONA

rar la circulación de las mercancías y de la moneda en el cuerpo internacional es condenar a cada uno de sus miembros a una muerte lenta. Y esto, precisamente, es lo que hoy ocurre.

Lord Cecil condena con estas palabras a los hombres políticos de su país que han instaurado el proteccionismo económico y han desencadenado entre las naciones la lucha terrible y sin cuartel de las tarifas aduaneras. «Dios ciega a los que quiere perder»—reza el proverbio—; cada país eleva sus tarifas,

**Jarabe Bobé. - Tetradinamo. - Senti-comiol. - Purgantil (Jarabe de Frutas)**  
Véase anuncio, página XXI.

restringe la importación, y, por una extraña paradoja, pretende, en cambio, desarrollar e incrementar sus explotaciones. ¿No constituirá este procedimiento una insigne locura?

Los últimos acuerdos tomados en Lausana parecen acordar, sin embargo, una especie de tregua. Inglaterra y Fran-

cia acaso estén en vías de inteligencia para proceder a la reorganización eco-

## IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico.  
**BALDACCÍ - PISA**

nómica de Europa; reorganización que no es posible sin una *entente* aduanera.

Ya se hablado de la *entente* de los Estados danubianos: «un sueño de Briand», se ha dicho; pero, no; mejor estaría decir que es un hermoso proyecto, cuya realización depende de la buena voluntad de los interesados, y sobre

## CONTESTACIONES

al programa vigente

## OPOSICIONES

médicos titulares

**GRATIS**

completamente

**GRATIS**

para los suscriptores

## EL SIGLO MÉDICO

Vea los detalles en el número 4.115.

todo del propio instinto de conservación de las naciones, ahogadas ahora por el dogal de las tarifas prohibitivas que cierran sus respectivas fronteras.

Hora es ya de que Europa sane de la

## Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.

Alcalá, 88. — Madrid.

ceguera en que yace. La frase de lord Cecil: «el comercio es la sangre de las naciones», debía figurar como epígrafe

a la cabeza de todos los trabajos futuros de Conferencias y Congresos; porque, merced a la reorganización económica, se volvería a la libertad de los cambios.

Si cada una de las naciones que integran el mapa europeo busca con buena voluntad una *entente* duradera, podrá llegarse a puerto feliz. La necesidad demostrará, con su irrefragable elocuen-

## ION-CALCINA

— PALLARES —

A base de Cloruro de Calcio.

FRASCO E INYECTABLES

cia, que los pueblos encuentran su prosperidad en la unión mutua.

La guerra económica destruye y empobrece a las naciones tanto como la sangrienta, y, como ésta, también engendra la miseria y el odio. Hagamos votos por que los que gobiernan a las grandes potencias sepan asegurar en el mundo la paz económica, asentándola sobre bases sólidas y duraderas.

P. DE M.

## “MALTOPOL”

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

NO HONRA el desprecio a quien lo siente; pero no hay coraza mejor contra los tiros de la envidia.

TAMAYO.

\*\*\*

UN JOVEN sin castigos es casa sin techos.

la quiere entregar; pero como quería estar convencido de ganar el pleito antes de entablarle, vine a cerciorarme de usted para jugar sobre seguro.

Genestas y el médico se miraron sorprendidos por la ingeniosa combinación que había buscado aquel hombre para hallar la verdad en un caso judicial.

—Muy bien, Taboureau, de todas las maneras el compañero que te has buscado es un hombre de malos negocios y es preciso que evites el comercio con tales gentes.

—¡Ah!, señor, ellas son las únicas que entienden bien los negocios.

—Vete con Dios, Taboureau.

—Me reitero nuevamente su servidor—dijo el usurero saliendo—, señor alcalde y compañía.

Después que hubo salido, dijo Benassis:

—¿Cree usted que este hombre no sería pronto millonario en París?

Una vez acabada la comida, el médico y su huésped pasaron al salón, en el que estuvieron hablando todo el resto de la tarde sobre cosas de guerra y de política, a la vez que esperaban la hora de acostarse.

—Señor—dijo el médico—, ¿puedo saber a quién tengo el honor de tener por huésped?

—Me llamo Pedro Bluteau—respondió Genestas—y soy capitán en Grenoble.

—Bien amigo. ¿Desea usted seguir el mismo régimen

52

del señor Gravier? Desde por la mañana, después de desayunar, manifestaba sumo gusto en acompañarme en mis visitas de los alrededores. De puro vulgares, las cosas en que me ocupo no pueden dar gusto a muchas personas. Además, usted ni es propietario ni es alcalde de ningún pueblo, y no podrá apreciar en este cantón nada que no esté cansado de ver, ya que por todo el mundo las cabañas tienen un cierto parecido que las caracteriza; pero en fin, tomará usted el aire y dará un objeto a su paseo.

—Nada me causará más entusiasmo que la proposición que acaba de hacerme, y no me he permitido hacérsela yo por miedo a serle importuno.

El comandante Genestas, a quien conservaremos este nombre a pesar del seudónimo calculado con que se había encubierto, fué conducido por su huésped a un cuarto del primer piso, por encima del salón.

—Bueno—dijo Benassis—; Jacoba os ha puesto fuego; si alguna cosa más necesitara, a la cabecera encontrará un timbre y por él puede avisar sin reparo.

—No creo que pueda faltarme cosa alguna—dijo Genestas—, puesto que se ve aquí hasta un tirabotas. Es necesario ser un viejo militar para comprender el valor que tiene este aparatito. En la guerra, buen amigo, se presenta más de una ocasión en la que con gusto se quemaría una casa por tener un pequeño tirabotas. Después de varias caminatas y, sobre todo, después de una batalla, sucede con



por eso pierde el carácter de pápula. La superficie se presenta entonces de un color rojo vivo y de brillo húmedo, pero solamente por excepción se encuentra en la base una ligera hemorragia capilar. En el curso ulterior de la enfermedad conservan las pápulas el mismo aspecto o se deprimen en el centro, teniendo, por consiguiente, tendencia a la formación de focos anulares.

También hay casos en los que se deprime toda la pápula y palidece, pero queda la descamación en el sitio en que la placa estuvo, y esta descamación es clínicamente bien apreciable. Salvo el cuero cabelludo, la cara, las palmas de las manos y las plantas de los pies, toda la piel puede ser lugar de asiento de las pápulas. De las mucosas, solamente la de la boca presenta pápulas en algunos casos.

Por evolución ulterior de las pápulas se producen los focos maculosos, cuya existencia es constante al cabo de algún tiempo de enfermedad, y a los que se ha atribuido tal significación que sin ellos no se afirma el diagnóstico. Las manchas tienen caracteres diferentes de los de las pápulas, puesto que sus límites no son precisos, su extensión es mayor y su color no es rojo vivo, sino que unas veces se hace amarillento y otras vinoso. Las más antiguas son de un color más claro que las recientes. Las manchas solamente palidecen un poco por la presión; siempre existe en ellas una descamación y donde no puede verse se manifiesta por el sudor, por la maceración, por la acción del agua, etcétera. Por la fricción es fácil ver el desprendimiento de las escamas en las máculas, lo mismo que en las pápulas.

Nada concreto se sabe acerca de la etiología de esta enfermedad. Por los brotes de urticaria que le preceden, se supone puede ser un proceso angioneurótico, otras veces se ha creído que se trataba de un trastorno de la nutrición o del metabolismo. El hecho es que la enfermedad, que es poco frecuente, se presenta principalmente en sujetos de quince a veinticinco años y que lo mismo puede afectar a personas muy resistentes que a otras endebles.

El diagnóstico es difícil, porque en la mayoría de los casos se supone que se trata de una sífilide maculopapulo-

fluencia de los diferentes focos. Desde que se inicia la enfermedad hasta que se encuentra cubierta toda la piel transcurren meses y aun años. Salvo las repetidas manchas, no se notan eflorescencias de otro tipo. El color de las lesiones es rojo vivo, y en las extremidades inferiores, con frecuencia, cianótico. Por la vitropresión queda una coloración amarillo-pálida. Este color persiste toda la vida y hacia el final de la misma queda asimismo un tinte amarillento. La descamación es un síntoma inseparable de esta enfermedad. Tan pronto se produce el enrojecimiento o muy poco después de producido se inicia dicha descamación.

Cuando el cuadro morboso llega a alcanzar su completo desarrollo se presenta enrojecida toda la piel, aunque no lo esté de una manera uniforme; repartidas por ella se encuentran muchas escamas, cuyo tamaño oscila entre el de una lenteja y el de una uña, y su color desde el blanco sucio hasta el amarillo blanquecino. La mayoría de ellas se encuentran adheridas por su parte central, en tanto que la periferia, la proximidad de los bordes, se encuentra despegada. Durante bastante tiempo se reducen a esto los síntomas de la piel, pero al cabo aparecen focos de edema pasados de la piel, que se han de producir después. Cuando se toso que son un proceso de transición a la cirrosis y retracción de la piel que se han de producir después. Cuando se ha llegado a este período de cirrosis de la piel se encuentra ésta delgada, lisa y brillante. A nivel de los miembros ejerce verdadera presión sobre las partes que se encuentran debajo, de modo que en los movimientos bruscos se producen grietas. La cara se hace rígida y como de cera, porque los menores movimientos son dolorosos; los párpados se hacen ectrópicos y las plantas de los pies y las palmas de las manos pierden su resistencia a la presión.

Las partes que sufren la acción de las influencias mecánicas se ulceran y pronto quedan desprovistas de protección porque las úlceras no suelen llegar a cicatrizar. Los pelos, tanto los del cuerpo como los de la cabeza, se desprenden, las uñas se adelgazan y se hacen translúcidas, acabando pronto por quebrarse. Con el marasmo general se produce la muerte de los enfermos, si es que antes no han sucumbido



a una tuberculosis u otras enfermedades intercurrentes. En el curso de la enfermedad se produce un prurito que, a la verdad, no es muy intenso, y una sensación de frío muy molesta. Según avanza la enfermedad, no solamente aumenta la intensidad de estos síntomas, sino que al mismo tiempo hay sensación de gran distensión de la piel, trastornos gastrointestinales y malestar general. Se ha insistido en la producción de infartos ganglionares, y Jadassohn, que ha hecho estudios histológicos y bacteriológicos de los mismos, ha demostrado que se trataba de procesos tuberculosos.

El diagnóstico es muy difícil en el comienzo de la enfermedad porque no hay alteraciones objetivas importantes y porque los síntomas visibles, que son enrojecimiento y la descamación en zonas limitadas de la piel, se presentan en numerosas enfermedades. Cuando la enfermedad se halla muy desarrollada adquiere bastante parecido con el que tienen otras enfermedades que han alcanzado mucha generalización, por ejemplo, el psoriasis. La única forma de zanjar el diagnóstico diferencial consiste en atender al curso de la enfermedad, por cuanto la cronicidad, la retracción y la tendencia a la terminación fatal son característicos de la pitiriasis. El exantema general que precede a la mucosis fungoide se diferencia bien por la existencia en éste de infiltraciones y de alteraciones eczematosas polimorfas, por la coloración pardo-rojiza y las formaciones anulares frecuentes que no existen en la pitiriasis rubra.

En cuanto a la etiología de la enfermedad, no hay nada conocido con seguridad. Se ha visto muchas veces la asociación de la pitiriasis rubra con la tuberculosis, pero no es correcto deducir, por lo que hoy se sabe, que se trate de un proceso tuberculoso, sino exclusivamente que por la gran debilitación que produce predispone grandemente para la tuberculosis y hasta que esta última es seguramente la causa más corriente de la muerte de los enfermos de pitiriasis. Existió bastante tiempo la creencia de que la enfermedad solamente afectaba al sexo masculino, pero no es cierto. El pronóstico de la enfermedad es muy sombrío por su curso crónico, sin tendencia alguna a la mejoría, que acaba por

producir la muerte por emaciación hasta en los casos poco corrientes en que no viene la tuberculosis a poner un término acelerado a la vida del enfermo. No debemos, sin embargo, omitir que Jadassohn cree que hay casos de tendencia benigna, o, dicho de otro modo, que aboga porque se incluyan en la pitiriasis rubra algunos procesos que otros autores eliminan de dicho diagnóstico, precisamente porque no son malignos. Por tratarse de una enfermedad muy poco frecuente no se ha podido acoplar todavía número suficiente de observaciones para zanjar la discusión, pero no sería nada de extraño que se confirmara esta creencia de la existencia de casos benignos, como ha ocurrido ya en otros procesos.

El tratamiento es muy deficiente a consecuencia del desconocimiento que tenemos de la etiología de la enfermedad. Solamente podemos aplicar medidas paliativas, como los baños tibios seguidos de la aplicación de pomadas indiferentes. Los tratamientos internos por medio del arsénico y de la quina han fracasado por completo. Se emplea también al exterior el ictiol.

*Pitiriasis rubra pilaris.*—Hoy no se la considera como enfermedad independiente, sino como una forma de líquen.

*Pitiriasis liquenoides crónica.*—Se la conoce también con el nombre de dermatitis psoriasiforme nodular. Es una dermatosis crónica inflamatoria que se caracteriza clínicamente por la existencia de máculas y pápulas rojas diseminadas irregularmente. Estas eflorescencias presentan una forma de escamas más o menos considerable. No sufren ninguna alteración morfológica ulterior. Microscópicamente se puede observar una paraqueratosis junto a una infiltración moderada del dermis. Se presentan máculas y pápulas rojas que poco a poco van aumentando de tamaño y perdiendo un poco la intensidad del color para hacerse más pálidas o amarillentas.

Por la vitropresión queda también un color amarillento. A la fricción se desprende una gran cantidad de escamas pequeñas, otras veces un poco más grandes; quitadas las escamas, la pápula se reduce mucho de volumen, pero no



# 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: El epiléptico ante la sociedad y ante los jueces, por el Dr. Angel Fernández Méndez.—Notas prácticas de aparato digestivo, por el Dr. J. Luis Yagüe y Espinosa.—Información científica del II Congreso Internacional de Otorrinolaringología: Tratamiento endoscópico de las afecciones supuradas de los bronquios y de los pulmones, por Chevalier Jackson.—Información científica extranjera: Consideraciones biológicas sobre la estructura y la función del riñón (II), por el Prof. Emilio Schwars.—Bibliografía.—Periódicos médicos.

### El epiléptico ante la sociedad y ante los jueces

POR EL

DR. ANGEL FERNÁNDEZ MÉNDEZ

Médico agregado de la Beneficencia general.

Con motivo de un informe de incapacitación de un epiléptico, nos permitiremos hacer unas consideraciones sobre este punto tan discutido y de tanta trascendencia jurídica y social.

Desde luego, sólo nos referiremos a los epilépticos genuinos esenciales, pues son los más interesantes en Psiquiatría jurídica. Dentro de este vasto campo existe una gran variedad de casos, siendo los más interesantes por los problemas que plantean, los casos medios en que el trastorno psíquico es más difícil de apreciar para los profanos. Es indudable que en esta escala de epilépticos, los que ocupan el lugar superior y de los que trataremos a continuación, y los del lugar inferior, no plantean ningún problema al juez ni al psiquiatra; los primeros, por ser responsables absolutos fuera de las crisis, y los segundos, por ser de una evidencia tan grande su demencia, que no cabe la menor duda para su incapacitación. Antes de pasar adelante, diremos que el ataque epiléptico reviste una gran variedad de formas. Esto hay que hacerlo resaltar a los jueces, que tienen del ataque epiléptico la clásica idea de la caída al suelo, convulsiones generales, espuma por la boca, etc.; éste es el ataque típico, pero existen a partir de éste una gran variedad hasta los ataques nocturnos, con pocos síntomas, que pueden pasar desapercibidos, si no es por cefaleas y pérdidas de orina, que nos hacen sospechar la existencia de una epilepsia. Esta variedad podemos resumirla por el siguiente orden: ataque clásico, pequeños, aun ligerísimos trastornos motores, ausencia de estos últimos y perturbaciones paroxísticas del psiquismo. Los ataques y todo lo que existe fuera de él, es epilepsia, pues la enfermedad continúa fuera de los ataques con signos claros, que por ellos solos

nos la harán diagnosticar. Germain Berthelemé (1) dice: «que el carácter epiléptico no permite afirmar el diagnóstico de epilepsia, pero indica una epilepsia larvada». Ruiz Maya (2) dice: «el gran mal, los accesos físicos substitutivos del gran mal o equivalentes psíquicos, las derivaciones de estos últimos y el estado del psiquismo fuera de los accesos, todo es epilepsia, con la particularidad de que lo más lejano del acceso clásico, de la clásica epilepsia, es lo más trascendente a nuestro respecto y lo que ha de fijar más nuestra atención. Es, pues, por los equivalentes psíquicos y por la condición interaccional, sobre todo, que el epiléptico interesa en Psiquiatría jurídica». Esta idea, tan claramente expuesta, es la que debemos manifestar a los jueces, pendientes únicamente de si el hecho delictivo ha sido cometido durante el acceso. Es decir, que fuera del acceso en algunos epilépticos con psiquismo deficiente, su irresponsabilidad es manifiesta. Cellier (3) dice: «son excepcionalmente bastantes enfermos para ser declarados irresponsables e internados, y están excepcionalmente bastante cercanos a lo normal para ser declarados enteramente responsables».

Vamos sucintamente a dar noticia de algunos epilépticos célebres, y cuyo psiquismo ocupa la escala superior: para Lombroso (4), el genio era una variedad de epilepsia; las manifestaciones geniales eran para él crisis de epilepsia psíquica; entre los personajes mitológicos nombraremos a Hércules, Ajax, Empédocles: su epilepsia está en la leyenda. Nabucodonosor; sus accesos de manía están fuera de duda. Dudosos fueron Tasso y Carlos V. Molière (5) tenía convulsiones que le impedían trabajar a veces durante quince días. Otros fueron los fenómenos mentales de Schuman y Maupassant (paralíticos generales), Byron y Shelley (maníacos con ideas de suicidio). Wilde era un maníaco invertido (6). Saul (7), nacido en la tribu de Benjamín hacia 1115 a. J. C., padeció crisis epileptiformes y tenía una mentalidad epiléptica. San Pablo (8), Apóstol de los gentiles, de origen judío, nacido en Tassa (Cilicia), hacia el comienzo de la era cristiana, padecía ataques dudosos, pero estig-



mas claros de degeneración. Mahoma (9) no tenía ataques convulsivos, pero sí alucinaciones epilépticas. Lutero (10), fundador de la Reforma (1483-1546), padecía crisis epileptiformes. César (11), Caius Julius César, nacido en Roma el año 100 a. J. C., padeció dos crisis en dos momentos históricos, antes de la batalla de Farsalia y otra en Africa, en Thapsus; éstos descritos por Plutarco. Richelieu, nacido en París en 1585, muerto en 1642, tenía accesos en que se creía caballo, y después no se acordaba de nada (12). Pedro el Grande (13), hijo del Zar Alexis Mikailowitch, fué un gran neurópata, con fenómenos pseudoconvulsivos y con carácter epiléptico. Newton padecía vértigos y ausencias. Dostoiowski (14) padeció ataques epilépticos durante toda su vida, lo mismo que su hermano; era inquieto, emotivo, atormentado, envidioso, inestable e impulsivo. Flaubert (15) tenía crisis epileptiformes, «de repente levantaba la cabeza y se ponía pálido, su cara revelaba angustia, parecía como si un soplo misterioso, como el vuelo de un espíritu pasase sobre él; después notaba sensaciones ardientes y caía en la cama con convulsiones; después un sueño profundo» (Maxime du Camp). El más discutido de todos ha sido Napoleón; Talleyrand (16) dice que, estando una vez con él, cayó al suelo de repente como muerto y con espuma en la boca. Otro acceso le sobrevino estando acostado con Mlle George; el Emperador—dice—dió un grito y perdió el conocimiento. Tenía un tic especial que consistía en elevar el omoplato derecho. Tenía además dificultad para escribir, pues padecía del calambre de los escritores (17).

Estos son los epilépticos que podemos colocar en la escala superior, aparte de otros innumerables que se ven por las consultas, que no llegan a ser célebres, pero cuya inteligencia es grande y manifiesta: tienen sus accesos más o menos típicos y fuera de ellos son perfectamente normales. Como hemos dicho, no plantean ningún problema.

Los epilépticos inferiores con grandes déficit mentales, llegando a la imbecilidad y a la idocia, las últimas escalas de la degeneración humana, tampoco son problema, pues por su trastorno tan marcado siempre están vigilados y reclusos en frenocomios. Los que se hallan fuera y cometen actos delictivos, principalmente homicidios, atentados contra el pudor, destrucciones, etc., la irresponsabilidad también es clara. El imbécil epiléptico de segundo grado, ya el juzgador, vacila, duda—si el hecho ha sido cometido fuera de las crisis, desde luego—ante las afirmaciones del psiquiatra. No comprende cómo se puede hablar de irresponsabilidad en un individuo que no acusa grandes trastornos psíquicos y le parece artificioso hablar de una edad mental de diez, doce, catorce años. Pero le deberíamos hacer comprender que no es sólo la edad mental, más o menos baja, lo más interesante, que es la vida afectiva, el mundo instintivo, la personalidad toda entera la que está en baja. A todos éstos se les debe poner a salvo de las contingencias y dificultades que para ellos ofrecerá la vida (18) (19).

En cuanto a la frecuencia de los trastornos psíquicos en los epilépticos nos atendremos a Bumke (20), el cual dice que existen un 29 por 100 intensamente demenciados y un 41 por 100 con manifiesta alteración intelectual, y en casi todas alteraciones psíquicas persistentes. Wiedermutte, en un 47 por 100, y Stetten, en un 78 por 100 (21) (28).

Y pasamos a los que se hallan entre los grupos tratados: es en este grupo, el más numeroso, donde hay que afinar el diagnóstico psiquiátrico, donde hay que ahondar en lo más profundo del espíritu para poder proponer al juez si un caso dado es susceptible de incapacitación o no. Desde luego, nos referimos siempre a epilépticos con trastornos psíquicos de tipo medio entre la normalidad y la demencia. Nos adelantamos a hacer constar que su pronóstico es sombrío, aunque su trastorno psíquico sea insignificante, pues casi siempre al cabo de los años aquejan ya signos claros de demencia que nos obligan a su reclusión (22) (22 bis).

Es aquí donde encaja el caso objeto o motivo de este trabajo: M. D. G., de treinta años, con antecedentes sospechosos de alcoholismo en la madre y de déficit moral en el padre; hijo único, de mediana posición; su historia resumida; sólo nos da una septicemia y unos ataques francamente comiciales. Tiene numerosas lagunas, entre ellas la del servicio militar, pues no sabe si lo ha hecho o no; a su padre cree que lo asesinaron, y en todo el interrogatorio con el típico carácter epiléptico: irritabilidad, malquerencia, susceptibilidad, suspicacia, mal humor, embustero, desconfiado, gazmoño. Por el interrogatorio que le hicimos, sospechamos un psiquismo trastornado; pues la manera de hablar, sus contestaciones y sus reacciones son francamente de un carácter epiléptico. Además parece que padece impotencia, según dicen; persigue a las mujeres, tocándolas, y maltrata a su madre. Le hacemos el psicobiograma de Krestmer, de resultado deficiente, y le medimos la edad mental, por el método de Terman (29), dándonos doce años.

De modo que nos encontramos con un caso que pudiéramos llamar tipo, entre los que ocupan los tramos medios de la escala epiléptica. Evidentemente no se trata de un demente, en el sentido absoluto de la palabra, pues toda su vida se desenvuelve sin haber manifestado signos de demencia. Pero, desde luego, su psiquismo no es normal, teniendo un déficit mental acusado, pues habiendo sido estudiante de Ciencias Químicas tuvo que dejarlo, probablemente por imposibilidad intelectual.

¿Debemos aconsejar la incapacidad de este sujeto? Es evidente que solamente por estos datos, no; hay que investigar más, ahondar profundamente en el psiquismo del sujeto y hasta ver el ambiente que le rodea, las personas que pueden aconsejarle. Leemos en Ruiz Maya: «es la administración de los bienes lo que interesa. Más aún que la administración de la propia persona». Sabemos que este sujeto va a entrar en posesión de una herencia, y al calor mágico de esa herencia se mueven unas cuantas personas, una de



las cuales, valiéndose del ascendiente que tiene sobre el enfermo, ha hecho víctima a éste, hasta el punto de hacer que le procesen. El acto punible cometido por este sujeto, ¿es él el responsable o la persona inductora?; este sujeto con su déficit mental y con su psiquismo epiléptico, sin conocer el valor de los actos que realiza y en la más completa inconsciencia jurídica, es materia maleable para toda clase de actos punibles. Por lo tanto, ésta es una de las circunstancias que aconsejan poner a este sujeto bajo la tutela de personas respetables que le protejan sus intereses. Ruiz Maya dice: «perturbaciones cíclicas de accesos morbosos seguidas de fases de calma de aparente normalidad para no hablar de normalidad cierta, de curación, permiten decir la incapacidad transitoria, pasajera; y, sin embargo, la repetición de las crisis, las condiciones personales y sociales de los enfermos en las fases interaccionales pueden aconsejar y aconsejan la incapacitación».

Es muy difícil dictar una norma general para estos casos, dadas las dificultades prácticas de valoración de la capacidad para regir los bienes propios (23).

Insistimos en que en estos casos es preciso valorar la relación que pueda existir entre el sujeto y su ambiente habitual e inmediato y su peligrosidad civil, dependiente, más que de su psiquismo, de aquello sobre que se ejercita o actúa. Habremos de indagar acerca de las condiciones familiares, sociales, etc. En este caso particular su conocimiento nos hace pedir la incapacitación y su tutela por otras personas.

Seguimos haciendo razonamientos, razonamientos que deben hacerse todos los que se hallen encargados de un caso de éstos; cuando existen desviaciones instintivas, sin acompañarse de déficit mental, aunque generalmente no sucede, estudiaremos todos los recodos de su espíritu, todas las posibilidades de su alma torcida, para pedir la incapacitación serenamente, sin más orientación que los destellos del cumplimiento de un deber que será de resultancias sociales importantes, procurando convencer al juez, que, por profano en la materia y en aras de la ley, ha de verse en el trance, que creemos grave para una conciencia estrecha, de juzgar por sí lo que es complejo y difícil para quienes a ello dedican todas sus actividades (24).

Si este sujeto se desenvolviese en un ambiente de escasas actividades, si su vida ofreciese escasos riesgos, no debe ser sometido a tutela. Pero, como hemos dicho, existen a su alrededor varios actores, de mo-

ralidad dudosa, que le pueden y le han hecho ser sujeto de Juzgados.

Ruiz Maya dice: «No hay duda que en gran número de casos no deberá aguardar el perito la demencia completa para proponer la incapacidad, sino que muy prontamente, cuando quizá, sólo para una fría y avezada observación, exista el proceso.» «Con inteligencia baja, con caída muy marcada en el nivel mental, es posible todavía desarrollar la inmensa mayoría de actividades familiares y sociales. Aquí no será el grado, la cantidad lo que nos oriente: circunstancias accesorias, subalternas, son las que tendremos en cuenta. Un proceso demencial iniciado puede facilitar por sugestibilidad excesiva, por erotismo exagerado, etc., la captación, la explotación de un individuo, convirtiéndole en víctima propiciatoria para todos los apetitos y concupiscencias.»

También para el juez las remisiones parciales y los cambios de conducta le pueden hacer ver que el sujeto se desenvuelve correctamente; hay que hacerle penetrar en la profundidad de su psiquismo para

hacerle comprender todo lo removida y perturbada que está su mente. Tenemos que luchar contra la orientación judicial de mantener los derechos civiles, en tanto no sea evidente la razón y la necesidad de la interdicción: es por eso que en este grupo, más que en ningún otro, donde ha de ser exigida una exacta valoración de las condiciones de vida del sujeto (25).

Ruiz Maya dice que

la epilepsia o los síndromes epilépticos no son motivo para pedir la incapacitación en nuestras leyes; pero que las derivaciones, más o menos tardías, resultantes de la frecuencia y continuidad de los accesos, consistentes en déficit mental, anuncio de una más o menos lejana demencia, son justiciables de incapacidad.

Bleuler (26) dice: «Estará justificada la incapacidad si los estados crepusculares se repiten con frecuencia y puede derivarse peligro para el propio enfermo o para los demás, daño en el patrimonio o en la reputación.

Este sujeto, ya en trance de observación, comete otro acto punible, por lo que por estos antecedentes y vista la opinión de los psiquiatras, pedimos su incapacitación para el disfrute de sus derechos civiles y gobierno de sus intereses. Desde luego, este sujeto es irresponsable de los actos cometidos, pues su inteligencia no acierta a separar lo legal de lo ilegal y son las personas que se mueven a su alrededor las responsables de sus actos.

### SUMARIO CIENTÍFICO DEL NUMERO PRÓXIMO

DR. GREGORIO NIETO.—Un caso interesantísimo de cuerpo extraño introducido criminalmente por el ano.

DR. SAN PEDRO ANCHOCURY.—Histeria y tuberculosis.

DR. JAIME DE ONTORIA Y VAEMBAR.—El aborto y sus causas I.

INFORMACIÓN CIENTÍFICA DEL II CONGRESO INTERNACIONAL DE OTORRINOLARINGOLOGÍA.—Dres. J. y S. Ratera: Radiaciones penetrantes (Rayos X y radium).

C. VON EICKEN.—Tratamiento endoscópico de las heridas esofágicas constituidas por cuerpos extraños.

DIVULGACIONES CIENTÍFICAS DE ACTUALIDAD: I. El tífus y otras plagas en la Europa Central.—II. La herencia y la elección de una profesión.

Bibliografía.

Prensa extractada.



Como este sujeto se ha casado durante el curso de la observación, se nos planteaba el problema de proponer al juez la nulidad de su matrimonio. Un sabroso párrafo de Ruiz Maya viene como anillo al dedo al caso que nos ocupa. «Hay contrayente, mujer en general, que dice poseer vocación de enfermera, y no hemos de intervenir nosotros en orientar estas disposiciones aunque las veamos descabelladas o absurdas; es vocación que tiene otros mejores lugares donde ejercitarse. Casi siempre, esta supuesta vocación, dentro de los límites del connubio, tiene otros fines u otros orígenes, a veces, la mayoría, inconfesables. Pero estos enlaces románticos, son, por lo general, con fines económicos de usufructo, sucesión, etc. Redúcese la cuestión a una compra o una venta, con todas las probabilidades de fracaso de los negocios mercantiles.»

Además, la epilepsia desaconseja el matrimonio, no sólo por la posible transmisión, sino por el coito perjudicial para el enfermo. Brissot dice: «el comicial constituye un daño para el cónyuge y para la descendencia; lleva una herencia tarada, susceptible de reproducir la epilepsia o una forma cualquiera de alienación». Weygand (27) dice: «que el divorcio puede demandarse en los casos de epilepsia grave». Bunkke dice: «ningún epiléptico genuino, entre otros casos, debiera poder casarse, pues la suerte del cónyuge e hijos pudiera verse comprometida por los rasgos psicopáticos del padre o de la madre».

Bien claro se ve las razones que me apoyaban y que deben apoyar a los peritos en condiciones semejantes.

Y para terminar, haremos hincapié en que en estos casos medios, en que el trastorno psíquico es solamente cierto para el perito, es donde hay que agotar todos los medios que la ciencia y la Psicología nos proporcionan, para pedir a los jueces que pongan a estos enfermos en condiciones de defenderse contra las asechanzas de la vida, ya de por sí difícil para las personas normales.

Madrid, Septiembre 1932.

#### Bibliografía.

1. Germain V. Berthelemé: Responsabilité médico légale des épileptiques. Tesis, 1921
2. Ruiz Maya: Psiquiatría Penal y Civil.
3. Ceillier: Les épileptiques delinquants ou criminel. Leur responsabilité pénelle. Leur assistance. Rapport al XIV Congreso de Medicina legal de lengua francesa. Julio 1929.
4. Lombroso: L'homme de genie. Paris, 1896.
5. Dr. A. Brown: Molière, poete et comedien. Bruselas, 1897.
6. Roger Barois: Epileptiques de genie dans l'histoire et la literature. Tesis, 1922.
7. Biblia: Libro de los reyes, 27-4.
8. Dr. Ferret: St. Paul. *Revue Therapeutique des alcaïodes*, Aout, 1912.
9. T. Regnaut: La vie de Mahomet, devant la science hipnotique. Paris, 1902.

10. Félix Kista: *Luthero, sa vie, son oeuvre*. Paris, 1881.
11. Plutarco: *Vida de César*.
12. Cabanés: *Indiscretions de l'histoire. Legendes et curiosités de l'histoire*.
13. Walezenski: *Histoire de Pierre le Grand*. Plon.
14. Melchior de Vogüe: *Dostoïewski. Revue de Deux Mondes*, Janvier, 1885.
15. Albert Thibaudet: *Etude sur Flaubert. Revue Hebdomadaire*, 1921.
16. Prince de Talleyrand: *Memoires*, tomo I. Paris 1850.
17. D'automarchi: *Médecin de l'empereur. Memoires*.
18. Quintiliano Saldaña: *La Psiquiatría y el Código*.
19. Federico V. G. Deleito: *Estudio medicolegal de la epilepsia*.
20. Bumke: *Tratado de las enfermedades mentales*.
21. Gruhle: *Psiquiatría del médico práctico*.
22. Sollier Corcubon: *Pratique semeiologique des maladies mentales*. Paris, 1924.
- 22 bis. Dide Guiraud: *Psychiatrie*. Paris, 1922.
23. Seleu: *L'épileptique devant les tribunaux*. Tesis de Lille, 1894.
24. Vallejo Nágera: *Psiquiatría en el nuevo Código Penal*.
25. Nathan: *Psychiatrie*.
26. Bleuler: *Psiquiatría*.
27. Weygand: *Psiquiatría forense*.
28. Reboul Lachaux: *Manifestations psychiques de l'épilepsie. Marseille Medical Mai*, 1925.
29. Terman (tablas): *Explicadas y traducidas al español por el Dr. José Germain*.

## NOTAS PRACTICAS DE APARATO DIGESTIVO

POR EL

DR. J. LUIS YAGÜE Y ESPINOSA

### LAS CONCRECIONES OLEOSAS, FALSOS CÁLCULOS BILIARES

Cuando en el momento de la crisis dolorosa se asiste a un enfermo que aqueja litiasis biliar, suele ser frecuente que éste, por duda o por capricho, requiera la busca del posible cálculo causante del mal rato; y otras veces, las más por sí mismo, y menos por familiares o por consejos de amigos, busque en las heces el factor inmediato de su dolencia. Para ello procede conforme lo estima más oportuno, casi siempre desahaciendo el excremento con una astilla de madera, y, con frecuencia, muestra triunfante el fruto de sus pesquisas; en ocasiones suele constituirlo el hallazgo de cuerpos redondeados, en número variable, del tamaño aproximado de un garbanzo, verdoso, más o menos blandos, aun cuando nunca duros, con prolongaciones aparentemente mucosas que, las más de las veces, se escapan y otras se aplastan a la presión, que nos presentan cuidadosamente envueltos en papel o flotando en agua o alcohol; y ¡allí está el cálculo biliar! ¡Y hasta una cantera! De este error hacen partícipes, a veces, a colegas poco avezados.

Ante la vista de tales eliminaciones y, en general, de las de cualquier tipo extraño, debe inquirirse en seguida la naturaleza de los alimentos y medicamentos ingeridos. Y no será difícil comprobar que el enfermo ha tomado, por sí o por recomendación facultativa, aceite de olivas



crudo en ayunas, en dosis muy variables. Las concreciones verdosas se reducen sencillamente a un conglomerado de grásas incompletamente saponificadas e impregnadas de bilis, en relación con el aceite ingerido por el paciente.

Cuando interese recoger elementos eliminados por las heces, parece preferible adoptar el procedimiento siguiente, que se puede aplicar en el propio domicilio del enfermo. A un bote de conservas vacío de tamaño corriente, desprovisto de una de sus tapas, se le practican en la otra varios agujeros con un clavo de mediano tamaño, clavando hacia el interior del bote, pudiéndole, además, poner un alambre o bramante en la porción abierta, que permita suspenderle de la fuente. El enfermo depone en el servicio, nunca en el retrete, y, después, se agrega agua, desmenuzando las heces con un palo, sin machacar, vertiendo aquélla por decantación cuanto sea necesario, hasta que quede completamente clara; entonces se vierten los gruesos en el embudo-filtro improvisado, que se coloca bajo un chorro de agua a moderada presión, y, debajo de él, un recipiente pequeño, que vierta por rebosamiento, recubierto con una gasa o tul blanco, sin estirar, más bien floja. Las porciones gruesas, insolubles en el agua, quedan en el embudo; las medianas, sobre la gasa, y las menudas, en el fondo del recipiente, pudiéndose efectuar el estudio de todas ellas por separado, según convenga. Esto permitirá desvanecer errores como el mentado o la posible confusión de restos alimenticios celulósicos, y recoger, de existir, arenillas biliares, en sus diversas formas, para llevarlas a la platina del microscopio, donde mostrarán, previa disolución en cloroformo o éter y subsiguiente evaporación, los típicos cristales de colesterina, cuadrados a los que falta un ángulo, las agujas de sales biliares o la diversa morfología de las células vegetales.

\*\*\*

#### LAS BEBIDAS CALIENTES TRAS DE LA PURGA

La tradición y la rutina tienen en ocasiones motivos lógicos en que fundamentarse. Cuando las amas de casa administran un purgante, suelen dar, a la media a una hora de su ingestión, una taza de cualquier infusión de las habitadas en medicina doméstica, *bien caliente*, «para que así la purga comience a hacer sus efectos»; y no se muestran contentas hasta haberla hecho tomar. No tan sólo es beneficiosa tal práctica, sino que los mismos médicos deberíamos encargarnos de su difusión por útil, a pesar de existir opiniones técnicas en contrario, que no fundamentan su juicio. La penetración del líquido caliente en el estómago determina la iniciación de movimientos peristálticos cólicos, por fenómenos reflejos, y al poco tiempo, suele manifestarse la necesidad de efectuar la primera evacuación, que, como es lógico, no corresponde al purgante ni tiene su tipo, ya que éste no puede haber efectuado tan rápido tránsito intestinal.

El mismo fundamento de manifestaciones reflejas gastrocómicas reconoce la necesidad, sentida por muchos sujetos, de deponer casi inmediatamente después de ingerido el desayuno, siempre caliente, y con preferencia constituido por leche con café; y el consejo de intentar establecer un hábito horario de exoneración intestinal diaria en los estreñidos, fijando, como más conveniente, los momentos subsiguientes a la ingestión del desayuno.

No olvidemos, pues, aconsejar la administración de una taza de una infusión carminativa, *bien caliente* (manzanilla lo preferible, poleo, menta), a la media a una hora de la ingestión de un purgante, seguros de su beneficio. Y, a más, las mujeres de la casa nos sonreirán satisfechas.

## INFORMACIÓN CIENTÍFICA DEL II CONGRESO INTERNACIONAL DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

### Tratamiento endoscópico de las afecciones supuradas de los bronquios y de los pulmones

POR

CHEVALIER JACKSON

M. D. Sc. D., Ll. D. F. A. C. S.

El bronquioscopio tiene, con las enfermedades intratorácicas, la misma relación que el espéculum vaginal con las pélvicas. El espéculum vaginal está usado en todos los casos como uno de los métodos diagnósticos más importantes. El resultado de su uso puede ser: a) negativo; b) revelar una condición modificable por el espéculum; c) demostrar un estado remediable por radiación o por terapéutica física, o d) o evidenciar un estado que debe ser intervenido por la cirugía externa. Con todos estos estados debe usarse una medicación y asistencia generales.

#### OBSERVACIONES BRONQUIOSCÓPICAS EN PATOLOGÍA Y EN MECANISMOS PATOLÓGICOS EN RELACIÓN CON ENFERMEDADES SUPURADAS DE LOS BRONQUIOS Y PULMONES

La eficacia del tratamiento endoscópico de las enfermedades de los bronquios y de los pulmones, como cualquier otra medida terapéutica, médica o quirúrgica, descansa en una base de patología. Por eso es necesario considerar primero algunas fases patológicas de las enfermedades bronquiales y pulmonares, preferentemente las manifestaciones endobronquiales anormales en sus relaciones con el tratamiento endoscópico, pues parece que no ha penetrado todavía de qué modo la bronquioscopia ha abierto un enorme campo para las investigaciones clínicas y de laboratorio de los estados patológicos de los bronquios y pulmones en plena actividad. Estos estudios no reemplazan los hechos post mortem, pero los suplementarán hasta un grado todavía no realizado. La causa primera de las supuraciones pulmonares es la infección, que, aunque esencial, no es la única, pues si no, la raza humana ya no existiría. Estoy convencido que la disminución del poder defensivo del pulmón contra la infección por la ruta bronquial es el factor principal en la causa de las enfermedades supuradas de bronquios y pulmones.

*Poder defensivo de bronquios y pulmones contra infecciones llevadas por el aire.*—Por muy cargado que el aire inspirado esté de gérmenes infecciosos, es prácticamente estéril cuando llega a los alvéolos. Esto difícilmente podría ser el resultado de una filtración mecánica, porque no hay en ningún sitio del camino acúmulo de gérmenes, sino que hay disminución progresiva de su número; desde el orificio superior de la laringe hacia abajo, un pequeño tanto por ciento de las ramificaciones contiene algunos microorganismos no destruidos. Uno adquiere la impresión que la hueste invasora de bacterias ha sido, prácticamente, aniquilada. Es evidente que esta actividad germicida dentro del árbol bronquial es eficiente sólo mientras existen una ventilación libre y un desagüe completo.

Como se sabe, los pulmones, además del poder defensivo que tienen todos los tejidos y jugos del cuerpo, cuentan con dos medios de defensa contra la invasión bacteriana



por la vía bronquial: el reflejo de la tos y las pestañas de sus células. Puede haber también una peristalsis. Parece que la elongación y acortamiento de los bronquios pueden actuar en combinación con las pestañas. La tos actúa por el empuje del aire expulsado y por la compresión de las paredes torácicas y del diafragma. Esta compresión puede actuar en ausencia de aire detrás de la obstrucción, pero el empuje del aire es, en tales casos, ineficaz. Las pestañas quedan sumergidas por la gran cantidad de secreciones viscosas y no pueden transportar secreciones fluidas a través de áreas en las cuales las pestañas han sido destruidas.

*Destrucción bronquial.* - Es el factor etiológico y patológico que sigue inmediatamente en importancia: es fundamental en todo estudio y tratamiento de supuraciones bronquiales y pulmonares. La ventilación y el drenaje libres son necesarios para el poder defensivo de los pulmones contra la invasión bacteriana, sobre todo por la ruta bronquial. Esto explica la enorme contribución de la bronquioscopia para el diagnóstico y tratamiento de estas supuraciones. Toda disminución de la luz normal disminuye la eficiencia de la defensa de las pestañas y de la tos.

Hay tres tipos de obstrucción bronquial comparable a las válvulas usadas en mecánica para regular los fluidos y los gases: 1) Válvulas oclusivas que impiden completamente toda corriente en ninguna dirección. 2) Válvulas que permiten el paso en ambas direcciones, pero en menor cantidad; y 3) Válvulas que permiten la corriente sólo en una dirección. Según como se colocan, la misma bomba puede ser usada para empujar su fluido o un gas en o fuera de un reservorio. Así, los movimientos respiratorios de las paredes torácicas, actuando como un fuelle, pueden empujar el aire dentro o fuera de un lóbulo o de un pulmón. Los tres tipos de obstrucción pueden ser producidos por 1) tejidos, 2) cuerpos extraños, 3) secreciones patológicas u otros productos que actúan como cuerpos extraños; además de las válvulas en esfera, en portezuela, y en mariposa, hay una válvula que no tiene su igual en mecánica: la válvula de freno expansiva, debida al aumento y a la disminución de la luz bronquial es la respiración; la parte dilatada es el bronquio, cuya luz, normalmente, es más reducida en la espiración que en la inspiración, y toda substancia del tamaño exacto para ocluir la luz en la espiración dejará pasar un poco de aire en la inspiración, con el resultado que el aire entra con facilidad y escapa con dificultad, lo que produce acumulación de aire debajo; en otras palabras, un enfisema.

La forma más común de obstrucción es por secreciones, que pueden suprimirse por aspiración bronquioscópica per-oral.

Las secreciones, además, impiden el desagüe aglutinando las pestañas, lo que crea, por aumento del pus, un círculo vicioso, y que exige un desagüe bronquioscópico que puede salvar la vida.

En patología viviente es necesario distinguir entre a) una masa de reacciones viscosas adherentes a las paredes bronquiales y b) acúmulos de pus detenido que llenan las vías; aquéllas se mueven con las corrientes respiratorias y éstas no, lo que produce síntomas en relación. El bronquioscopio es el único medio para tratar eficazmente las obstrucciones bronquiales. El hecho de que la obstrucción existe es reconocido por la radiografía y los exámenes físicos, pero el carácter de la obstrucción sólo puede ser determinado por la bronquioscopia y sólo ésta puede decidir el tratamiento.

*La cisterna séptica bronquiectásica.*—Cuando se producen por primera vez las secreciones purulentas en los bronquios dilatados, éstas son de gran viscosidad en las condiciones existentes de expulsión: la naturaleza las hace más fluidas por la actividad de bacterias preferentemente saprofitas, a más que los productos de estos cambios son muy irritantes, lo que contribuye a perpetuar la enfermedad. Destruyendo las pestañas vibrátiles de las células de los bronquios por bronquioscopia, podemos aspirar el pus, eliminando esa cisterna séptica.

*El bronquioscopio como medio de exploración.*—Lo que se comprende porque permite un acceso seguro hasta el pulmón vivo, no sólo para el estudio, sino para la aplicación de cualquier substancia e instrumentos sin que, en casos de vivisección, haya que terminar ésta matando al animal. Todo lo que supone un gran avance para lo futuro en la terapéutica pulmonar.

*Estudios bacteriológicos.*—Han progresado gracias a poder tomar trozos de pus y de tejido sin que fueran contaminados por su paso a lo largo de las vías aéreas superiores.

*Vacunas.*—Es lógico que las vacunas hechas con pus tomado directamente de su foco serán más eficaces.

*Bronquitis crónica supurada.*—Es evitable en muchos casos por la aspiración bronquial cuando la infección tiende a hacerse crónica. No deben olvidarse los cuidados higiénicos y médicos. Las aspiraciones bronquiales son eficaces en un 85 por 100 de los casos.

*Bronquitis seca,* cuyo sintoma principal es una tos que no va acompañada de expulsión de secreciones; éstas son tan escasas, que para obtenerlas en bronquioscopio hace falta lavarlo con agua esterilizada. Hay células de pus y organismos piógenos, de modo que en su estricto sentido la enfermedad es una bronquitis supurada, pero a falta de bronquioscopia suele equivocarse el diagnóstico y dar el «la tos nerviosa», «tos por el cigarro», «enfisema crónico», «tuberculosis mínima». El tratamiento más eficaz es la vacuna autógena preparada con material recogido directamente en el foco, y la permanencia en un clima caliente y húmedo en la costa, donde, a más de la vacuna, se goza el beneficio del sol, de la respiración durante veinticuatro horas de ozono, de cloro y de vapores del agua salada.

*Supuraciones pulmonares producidas por otra vía que la aérea.*—Para ellas el pulmón ofrece poca resistencia, pero cuando un foco se pone en comunicación con un bronquio serán tratadas como las aéreas.

*Pneumonia.*—Raras veces producirá absceso. En casos de asfixia inmediata es útil la aspiración bronquioscópica. Creo que el tratamiento habitual de esta formidable enfermedad está, en principio, equivocado. El uso de sedantes y antitusivos, especialmente de los derivados del opio, impide el desagüe tusivo, vitalmente necesario, favoreciendo la asfixia y las secuelas supurativas, y disminuyendo la eliminación aumenta la toxemia, tan frecuentemente fatal.

*Broncopneumonia.*—Es una enfermedad supurativa, cuyo tratamiento debe ser médico suplementado con aspiraciones bronquioscópicas en los momentos exigidos por la presencia de áreas atelectásicas y de pulmón encharcado, que si no es aspirado se hepatisa. Estos cambios inflamatorios intersticiales y peribronquiales son con la mayor frecuencia secundarios y evitables por aspiración. Es probable que muchos casos deban ser tratados como de traqueobronquitis con áreas de obstrucción bronquial por secreciones que no pueden ser expelidas, mucho más por-



que se suele administrar opiáceos y atropina, que aumentan la consistencia de las secreciones y favorece la oclusión de los bronquios pequeños. Cientos de veces he visto desaparecer la enfermedad llamada broncopneumonía por unas pocas aspiraciones y la supresión del opio y de la atropina. Mi impresión es que en la persecución bacteriológica en la broncopneumonía y en otras enfermedades pulmonares perdamos puntos de vista mecánicos y casi siempre remediabiles.

*Supuraciones bronquiales postgripales.*—Pueden ser curadas más pronto por unas pocas aspiraciones, cuando son reconocidas en época inicial, inmediatamente después del ataque de influenza. Esta broncoscopia se halla indicada en todo enfermo que después de un tiempo razonable no cura de su influenza.

*Supuraciones pulmonares postoperatorias.*—Son: 1.º Atelectasias después de operaciones abdominales; no son primitivamente supurantes. 2.º Después de tonsilectomías; supuran desde su comienzo. 3.º Cuerpos extraños ingeridos durante operaciones en las vías aéreas superiores, no son supurantes en sus comienzos. 4.º Infartos que siguen a operaciones en cualquier región; si el infarto es séptico, la supuración sigue inmediatamente. 5.º Pneumonitis, rara como condición primaria, suele ser aletectasia. Los casos del grupo 1.º pueden todos ser curados por aspiración y evitarse la supuración. De los del grupo 2.º curan el 75 por 100, haciendo pronto la aspiración. Del grupo 3.º curan todos extrayendo pronto el cuerpo extraño.

*Tratamiento de las supuraciones por tumores benignos.*—Hay unas masas inflamatorias que, por la acción de elongación y encogimiento de los bronquios 20 veces al minuto, adquieren forma redondeada, que extirpadas por bronquioscopia, llevan tras sí todos los fenómenos que su presencia producían. Estas neoformaciones benignas son frecuentes. Clínicamente, la importancia de la lesión depende más de su situación que de su estructura. En 177 casos de tumores benignos de los bronquios, unidos a supuración, ésta cesó en 158 (89 por 100) después de la extirpación bronquioscópica del tumor.

*Supuración por tumores malignos.*—Antes o después determinan supuración. Un 85 por 100 de los cánceres pulmonares son endobronquiales; en muchos se ha evitado la supuración y en otros se ha hecho cesar ésta tratando los tumores por vía endobronquial, con radio, etc. Según nuestra experiencia, los carcinomas, sarcomas y endotelomas bronquiales no tienen gran tendencia a la metástasis y ofrecen poca malignidad si son primitivos.

*Asma.*—Se divide en dos grupos: el de enfermos con verdadera asma y el de aquellos que examinados con el bronquioscopio tenían sólo síntomas asmáticos, debidos a otro proceso cualquiera que disminuya la luz de los bronquios; de ordinario, en los niños cuerpos extraños y en los adultos neoformaciones; en los de asma verdadera la aspiración era seguida de gran alivio.

*Bronquiectasias.*—Es más bien un estado que una enfermedad, con muchas fases: etiológica, bacteriológica, patológica y clínica; todas han sido estudiadas con el bronquioscopio, pero sólo será estudiado lo que hace relación con el tratamiento de la supuración. Desde este punto de vista, consideraremos tres grupos: 1.º Bronquiectasia bilateral, unida a supuraciones incurables de los senos nasales accesorios; aquí hay pocas curas con el bronquioscopio, pero mejora del olor y los enfermos ganan en peso y vuelven a sus ocupaciones, aunque precisan constantemente una evacuación semanal. 2.º Bronquiectasias unila-

terales con foco supurado curable en senos o en los dientes; también lo es la bronquiectasia si las aspiraciones se hacen en fases iniciales. 3.º Bronquiectasias unilaterales sin supuraciones nasales. En casi todos estos casos, la supuración bronquial y el estado de tanque séptico pueden curar por aspiración, aunque el bronquio siga dilatado. En todos estos casos, si existe una estenosis próxima a la cavidad donde está el depósito séptico, esa estenosis debe ser suprimida, aplicando el principio quirúrgico fundamental del tratamiento de todas las supuraciones, es decir, el desagüe. El tratamiento bronquioscópico tiene dos temas: «mantened los tubos abiertos» y «eliminad el tanque séptico bronquial».

*Empiema y pleuroscopia.*—El bronquioscopio es útil para explorar la cavidad de pleura desde la herida.

*Absceso interlobular.*—Cuando se abre por un bronquio puede ser tratado útilmente por aspiración.

*Abscesos pulmonares crónicos.*—La extirpación de la causa obstructiva o de factor que los perpetúa, es una primera etapa hacia la cura, que también es favorecida por la aspiración del pus. En 75 por 100 de los casos los factores patológicos son mejorados.

*Absceso pulmonar agudo.*—Los resultados son mejores porque no tenemos que actuar sobre paredes piógenas engrosadas. Muchas veces hemos visto temperaturas de 39º y 40º bajar a la normal después de la primera aspiración bronquioscópica.

*Pulmón anegado.*—De pus..., sin rotura de pared. Cura pronto (94 por 100) por la aspiración, extirpando el estado de obstrucción o de dilatación.

*Infecciones específicas.*—Micosis: Son más raras de lo que se cree. Blastomycosis, actinomycosis: La aspiración y la aplicación local de los fungicidas ayudan al yodo al interior. Spirochetosis: Después de vaciado el foco séptico se aplica neoarsfenamina al 1 por 100, en solución salina normal. Fusoespirochetosis: Lo mismo que en los casos anteriores. Difteria: También se beneficia por la aspiración.

*Tuberculosis.*—La supuración añadida y procedente de otros gérmenes, cuando es aspirada, contribuye a mejorar a los enfermos. Lo mismo ocurre en casos de *Adenopatía no tuberculosa*.

*Sífilis.*—Debe hacerse un examen serológico del caso antes de practicar la aspiración, y, si el resultado es fuertemente positivo, hacer primero el tratamiento antisifilítico. En 18 casos se encontraron con la bronquioscopia gomas bronquiales; exige este encuentro una medicación antisifilítica, pero las cicatrices que resultan requieren la dilatación bronquioscópica.

#### INDICACIONES PARA LA BRONCOSCOPIA EN ENFERMEDADES SUPURADAS DE LOS BRONQUIOS Y LOS PULMONES. INDICACIONES PARA EL DIAGNÓSTICO BRONQUIOSCÓPICO

El bronquioscopio exige más habilidad para su manejo que el espéculo vaginal; pero algunos meses bajo la dirección de un maestro darán a todo especialista del pecho la seguridad que necesita para su uso frecuente. Ya ha llegado el día en que puede afirmarse que todo enfermo pulmonar crónico debe ser examinado por el bronquioscopio.

#### INDICACIONES TERAPÉUTICAS DE LA BRONCOSCOPIA

Antes del bronquioscopio deben emplearse todos los otros métodos diagnósticos para que puedan ser justamente interpretadas las imágenes suministradas por aquél.

No se olvide nunca que la bronquioscopia es una adi-



ción y no una substitución de los otros métodos curativos; educación de la tos, postura para evacuación, curas al aire, en cama.

#### RAZONES PARA LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO BRONQUIOSCÓPICO

1. Exacta determinación del estado patológico. 2. Obstrucción del material para examen y vacunas. 3. Restauración del poder defensivo de los pulmones restableciendo la ventilación normal y el desagüe. 4. Los factores de mejora en estos casos son: a) el encuentro y supresión de las obstrucciones. b) Supresión de las masas que paralizan las pestañas celulares. c) Efecto tónico de la admisión del aire. d) Efecto mecánico del aire admitido en el área pulmonar distal del foco purulento, lo que parece el efecto expulsivo de la tos. e) Restauración del movimiento normal del pecho en el sitio afectado. f) Restauración del movimiento de elongación y encogimiento de los bronquios en las zonas atelectásicas. g) Eliminación del tanque séptico bronquiectásico. 5. Prevención del estancamiento y sus secuelas. 6. Simplicidad de la técnica de la medicación bronquioscópica.

#### DIAGNÓSTICO

Gran parte de los éxitos de la bronquioscopia se deben a su agudeza diagnóstica.

#### ASISTENCIA MÉDICA Y CUIDADOS

Es esencial en cada caso cooperar al tratamiento.

#### CONTRAINDICACIONES DE LA BRONCOSCOPÍA

No existen absolutas en caso urgente, pero deben ser cuidadosas en caso de enfermedades cardíacas y arteriales: aneurismas. Pneumonitis difusa que se extiende rápidamente en torno a un absceso pulmonar, extensión hacia la pleura, estado desesperado, moribundo, del enfermo.

#### PRONÓSTICO. MORTALIDAD Y RESULTADOS

En 721 de nuestros casos, la supuración debida a cueros extraños cesó al extraer éstos en 692 (96 por 100). En otras supuraciones el tanto por ciento de curaciones es menor. Según las estadísticas, el número de bronquioscopias aumenta constantemente; en los Estados Unidos y en el Canadá, en los cinco últimos años, en los dos países se han hecho 43.710 bronquioscopias por 190 bronquioscopistas; en 78 por 100 los enfermos mejoraron.

Según Soulas, la broncoscopia es la adición reciente más importante para combatir las enfermedades supuradas del pulmón.

**Mortalidad.**—De 1 por 1.000 endoscopias. No hay mortalidad para la sencilla inserción de un broncoscopio, hecha por un bronquioscopista ejercitado, con una técnica aséptica en un enfermo en buen estado general, pero algunas enfermedades son tan graves que cualquier exploración puede ir seguida de muerte. Una muerte después de una bronquioscopia en un enfermo con absceso pulmonar no puede hablar contra esa exploración, como no puede hablar contra la transfusión la muerte de uno a quien se ha inyectado sangre.

**Abscesos pulmonares.**—La adición de la aspiración bronquioscópica a los cuidados médicos influye favorablemente sobre el curso de la enfermedad en 76 por 100 de los casos agudos y 52 por 100 de los crónicos. Ninguno empeoró por esta exploración.

**Estenosis inflamatorias y pulmones encharcados.**—De los últimos 76 casos, en 64 (84 por 100), el enfermo mejoró por la dilatación del orificio estenosado y la aspiración; de éstos muy pocos tuvieron recidivas, que luego curaron por el mismo tratamiento. En un gran tanto por ciento, en el pus de las primeras aspiraciones predominaban los anaerobios, que fueron disminuyendo con las curas.

¿Cuál es la posibilidad de curación? Cuando un enfermo hace esta pregunta, debe ser dirigido al médico, al internista. Es un problema ese del pronóstico práctico que requiere, para una respuesta satisfactoria, el más amplio punto de vista.

#### PROFILAXIS BRONQUIOSCÓPICA DE LA SUPURACIÓN PULMONAR CRÓNICA

Ese es uno de sus más útiles campos de acción. Casi todas las supuraciones crónicas son secuelas de procesos agudos, y al curar pronto éstos, quitando con el bronquioscopio la obstrucción y haciendo la aspiración, creemos haber prevenido cientos de supuraciones crónicas. La concepción de Leopold, de que la atelectasia postoperatoria es debida a la obstrucción bronquial por secreciones, ha sido comprobada en cientos de casos.

Para prevenir estas acumulaciones de secreción es conveniente abolir el uso de la morfina y de la atropina. Decir que no es necesaria la aspiración bronquial porque algunos enfermos curan sin ella, es lo mismo que decir que la transfusión es siempre inútil porque puedan curar algunos enfermos con quienes estaba indicado y no se hizo.

Enfermos con bronquitis supuradas que deben ser operados con anestesia general, harán bien con someterse a algunas aspiraciones y preparar con ellas vacunas, tratamiento.

**Técnica.**—Debe hacerse con habilidad y dulzura.

**Lavado endobronquial.**—Con el irrigador de chorro retrógrado de Luckens el lavado bronquioscópico puede ser limitado al área deseada y no necesita anegar el pulmón. La irrigación está contraindicada en los casos agudos. En las bronquiectasias con supuración de algunos años el método es beneficioso.

**Medicación endobronquial.**—Se han usado diversas soluciones; aparte los agentes específicos como la neoarsfenamina, la utilidad depende más de la aspiración que del medicamento. He usado soluciones de sales de plata: de gomenol, de metaphen, de neosalvarsán. El Dr. John A. Kolmer ha recomendado las siguientes soluciones:

- a) Partes iguales de 1 : 2.000 de violeta de genciana y 1 : 2.000 de acriflavina.
- b) Merodiceína al 1 : por 2.000.
- c) Partes iguales de soluciones de hexilresorcinol al 1 : 2.000 (S. T. 37).
- d) Cloramina T. al 1 : 3.000.

Estas soluciones deben hacerse con la disolución salina hipertónica de Bledsoe Fisher calentada a 40°.

Según Kolmer, estas disoluciones son bactericidas, no destruyen los leucocitos y parecen llenar los requisitos exigidos a un antiséptico ideal.

El líquido de Martin Bledsoe es:

Cloruro sódico.....	10,5 gramos.
Cloruro potásico.....	0,42 —
Cloruro cálcico.....	0,84 —
Agua destilada.....	1.000 c. c.

La concentración del cloruro de sodio ha sido aumentada ligeramente del punto en que proviene la hinchazón



de las células lesionadas, mientras el cloruro de calcio es varias veces mayor [para mantener los efectos deshidratantes de la sal el tiempo más largo.

*Uso endobronquial de vacunas, antiviruses y bacteriófagos.*—Están en estudio.

*Asepsia.*—Es necesario sea escrupulosa; para no infectar a un enfermo con gérmenes de otro, es preciso usar en cada caso guantes y blusa recién esterilizados.

*Cuidados ulteriores.*—A un enfermo curado por la bronquioscopia se recomendará higiene escrupulosa, permanencia en la costa de un país templado y acudir con frecuencia a su médico, que lo enviará a nueva aspiración bronquioscópica en cuanto haya indicios de recaída.

## Información científica extranjera

### Consideraciones biológicas sobre la estructura y la función del riñón

POR EL

PROF. EMILIO SCHWARZ, de Viena.

#### II

Si con estos datos se hubiera agotado el estudio comparativo del riñón, por muy interesante que fuera, no hubiera cansado a ustedes. Pero con el establecimiento de la homoiotermia experimenta el riñón, no sólo la conquista del asa de Henle, sino una pérdida simultánea, y con ella un cambio completo en la estructura que nos hace penetrar profundamente en la maravilla de esta arquitectura y cuya consecuencia fisiológica yo encarezco mucho. *Desaparece la vena renal adventicia* de la propia circulación porta, un elemento fundamental en el plano de construcción del riñón de los animales de sangre fría. Y aunque todavía sigamos alejados del hombre, objeto especial de nuestros intereses médicos, pido todavía a ustedes permiso durante un corto tiempo. Sigo una opinión de E. Machs sobre el conocimiento científico. Se puede representar un pensamiento como él se ha ofrecido ante nosotros, y no querer despertar la idea que sea el producto lógico de una cadena de pensamientos deducidos unos de otros. Con esto no se gana en significación, pero se pierde en espontaneidad. La idea directriz que me guió en las explicaciones anteriores y en las siguientes me brotó contemplando el órgano de secreción (nefridia) de los anélidos, y debí sinceramente empezar por ahí. Por esto pido a ustedes miren la siguiente imagen (nefridias de las lombrices y del *Bdellodrilus*). Inmediatamente sorprende a ustedes en este órgano, de un organismo tan alejado de los vertebrados, el asa, con frecuencia múltiple. Pero todavía es más asombroso que el conducto excretor, después de pasar el asa una o dos veces por la misma célula o grupo de células (se trata de conductos intracelulares) vuelve a entrar. La sola elongación del tubo no puede ser la que dé la medida, porque esta tarea, como en otros muchos anélidos, puede ser resuelta por una sencilla elevación del saco nefridial. Entonces se me ocurrió que la excreción, para su total elaboración, necesita volver a ser conducida hasta las mismas condiciones; precisa volver a la misma constelación fisicoquímica, y al revés, que el asa debe buscar otra atmósfera, una zona que sea regida por otra ecuación fisicoquímica para realzar su función. Sobre estas relaciones en los anélidos

no sabemos, desgraciadamente, nada. Pero esta idea directriz gana más alcance en su aplicación al riñón de los vertebrados, aunque sólo se puede hablar de una homología con las nefridias en el más amplio sentido filogenético.

En todos los riñones que posean todavía una porta se encuentra una relación regular entre los distintos tramos del canaliculo urinario y su vascularización, de modo que según el esquema de Policard para el riñón de las ranas y el de Zarnik para el riñón de las culebras, el trozo principal que salió de la cápsula de Bowman se encuentra, en su mayor parte, en el campo o zona de la vena adventicia, pero el asa está unida al vaso polar de la cápsula de Bowman en la zona arteriolar postglomerular. En los homoiotermos, por el contrario, hay pérdida de la vena portae renalis, y, por lo tanto, también de esa diferencia en la zona o campo capilar y elongamiento del trozo del tubo en el asa de Henle. Esta oposición se demuestra sólo como aparente. Dos zonas vasculares y una unión estrecha entre éstas y las distintas secreciones de los canaliculos. La prueba de este hecho me la proporciona la coincidencia en nuestros conocimientos sobre la división vascular del riñón de los mamíferos con los admirables y fatigosos trabajos de Peters y sus discípulos sobre la topografía de los canaliculos renales, que no han dirigido ninguna atención sobre las relaciones vasculares.

Desde Virchow, cuyos trabajos durante largo tiempo no fueron suficientemente apreciados, se ha abierto camino el concepto que en los riñones hay que distinguir dos campos vasculares: la zona cortical, que es exclusivamente nutrida por los vasos eferentes de los glomérulos, y la zona medular, que, además de las afluentes de las arteriolas rectae spuriae, que proceden de la zona cortical del riñón, tiene las arteriolas rectae verae, procedentes de la arteria renal. Ambas zonas vasculares se entrecruzan en la zona frontera de Henle (capa vascular). Según la topografía de Peters, hoy generalmente aceptada, la zona medular se desdobra en dos capas concéntricas: la zona interna y la externa, esta última subdividida a su vez en otras dos: las estrias interiores y las estrias exteriores, de las cuales la primera coincide con la llamada zona frontera. De aquí se deduce que en la zona de las estrias exteriores circula todavía una mezcla de sangre postglomerular y arterial directa; en las capas más internas predomina cada vez más la última clase de suministro de sangre. Ahora bien, Peters demuestra, con exactitud extraordinaria, de qué modo las distintas secciones de los tubos urinarios se fijan en estas capas. El segmento o trozo principal permanece en la capa cortical; el trozo intermediario (parte limitante) del trozo principal está en la zona de las estrias externas, en cuya linde interna, y nunca antes, tiene lugar el cambio en la rama delgada del asa, la cual atraviesa la zona interna y, según su longitud, puede llegar hasta la misma papila. La rama ascendente atraviesa, como es natural, las mismas capas en dirección opuesta.

La rama gruesa, turbia, radica siempre en la zona de las estrias internas, casi nunca la pasa hacia la periferia; todavía dentro de la capa de las estrias externas se transforma su epitelio en la modificación clara, en cuya forma penetra en la zona cortical y pasa al trozo intermediario que está situado por completo en la zona cortical. Corren, por lo tanto, igualmente, por la substancia renal superficies de nivel, que separan entre sí las secciones de los canaliculos urinarios, estratos diferenciados de manera morfológica y, por lo tanto, también funcionalmente. La más esencial de estas capas coincide con la capa limitante,



que, a su vez, es también una superficie de nivel de las dos zonas vasculares. El asa de Henle se encuentra por completo en la parte interna, o más hacia el centro de las mismas. ¡El asa de Henle significa, por lo tanto, no sólo un alargamiento, sino también una dislocación de determinadas secciones de los canalillos urinarios en cierta zona vascular! Las regiones que en los animales de sangre fría se dan a conocer por pertenecer a un territorio capilar porta y arterial, se llaman aquí postglomerulares y arteriales puros, y en ambos grupos se encuentra el trozo del asa en un territorio vascular diferente de aquel en que se encuentra el trozo principal. No quiero entrar en singularidades, sino decir tan sólo que la sujeción a la ley se lleva a cabo hasta el extremo y que las aparentes excepciones sirven para aportar una confirmación valedera. Me permito llamar la atención de ustedes todavía sobre un detalle particularmente instructivo en el esquema de Peters. Las partes medulares de aquellos trozos principales que brotan altos en la sustancia cortical, se estiran rectas en su curso hasta la zona entre las estrias externas e internas. Las partes medulares que proceden de los corpúsculos renales situados en lo profundo, se encuentran en la capa de las estrias externas, y están arrolladas de múltiple manera. ¿Puede darse prueba más convincente que este trozo tiene su longitud adaptada de modo que debe siempre alcanzar hasta aquel límite? ¿Que en el otro lado del mismo, es decir, en las estrias internas, ya no existen las condiciones convenientes? Sólo ahora podremos considerar esclarecido el problema constructivo del riñón; es necesario llevar dos secciones o trozos diferentes del canalículo urinario a su zona vascular adecuada o correspondiente. Lo que en los animales de sangre fría se logra por el sistema de la porta renal, se consigue en los animales de sangre caliente por la elongación de los canalillos renales en el territorio fuera del laberinto renal. El ahorro de fuerza que con ello se obtiene, se consigue por la forma y curso del asa, para lo cual, al mismo tiempo, la cuestión de sitio se resuelve por la utilización de los intersticios radiados del modo más completo, y nuevamente nos admira de qué modo la maestra naturaleza resuelve tres problemas con una única solución.

De esta división en dos, de la provisión sanguínea y su estrecha relación con estructuras bien diferenciadas, brota obligada la pregunta por la finalidad de esta disposición, de cuya respuesta, en última consecuencia, deduciremos conclusiones sobre la función de los distintos trozos de los canalillos urinarios. Aunque sobre la especie de actividad de las distintas estructuras aisladas no se pueden esperar nuevas noticias, ya que esto se halla fuera del alcance de una sencilla deducción de las disposiciones estructurales; sin embargo, de los datos conseguidos por nosotros, mediante observaciones y experimentos, podremos extraer o modificar aquellos que se encuentren en sus propiedades anatomofisiológicas en coincidencia con los nuestros. Virchow consideró como lo esencial de la disposición de ambos territorios vasculares que son desde el punto vasomotor independientes entre sí, y la tarea secretora es suministrada en la corteza por un sistema y la puramente nutritiva de la medular es suministrada por el otro sistema.

Virchow mostró la hiperemia de la cortical de algunas nefritis en oposición a la anemia de la sustancia medular. Pero este intento de aclaración, aunque encierra, seguramente, una verdad, es incompleto, porque en la medula renal no sólo están los canalículos colectores, sobre cuya activa función celular específica puede haber

dudas, sino también el asa de Henle. Por lo menos no se puede negar una actividad celular específica, puesta al servicio de la formación de la orina, a las células altas, ricamente provistas de condriosomas de la rama ascendente del asa. Para la separación de los dos territorios vasculares debe existir otra circunstancia que debe buscarse en la diferencia cualitativa de la sangre por ellos suministrada.

Según los famosos trabajos de Nussbaum sobre el riñón de las ranas, en los riñones de los animales de sangre fría provistos de una circulación porta, la irrigación venosa es la adecuada para la función del trozo principal. ¿Qué diferencias entre la sangre venosa y la arterial pueden favorecer la función del trozo principal y el suministro de los materiales sólidos desde el plasma de la sangre a la orina? Una pregunta muy difícil, a la cual no podemos contestar. Sólo pueden mencionarse aquí los cambios fundamentales. Ante todo, la velocidad de la sangre en el territorio vascular venoso es menor que en el arterial, y yo me imagino que tal disminución de la velocidad favorece una mejor utilización de un volumen dado de sangre para extraer del mismo las materias. En el mismo sentido, un aumento del contenido de ácido carbónico puede tener también su significación desde que Jacobi ha enseñado que el  $\text{CO}_2$  aumenta la permeabilidad de las células, es decir, en el sentido de favorecer en los nefrocitos del trozo principal el trabajo que resulta aumentado por las cualidades de la sangre venosa. Acaso fuera demasiado prematuro considerar la disminución del contenido del oxígeno sencillamente como un paralelo fisiológico necesario del aumento del contenido en ácido carbónico. Por eso me quiero limitar al dato que el trozo fundamental, para la realización de su trabajo, necesita una menor tensión del órgano que otras secciones de los conductillos urinarios y principalmente del glomérulo y del asa.

¿Qué diferencia existe entre la sangre, después de pasar por el glomérulo, y la que procede directamente de la arteria renal? Como en los animales homoiotermos no hay porta renal, esta diferencia es necesaria para esclarecer nuestro problema. Después que en el glomérulo se ha gastado una parte de la fuerza viva de la corriente sanguínea en la elevada resistencia del retículo admirable, otra parte en la expresión del líquido a través de la cápsula de Bowman, la velocidad detrás o después del glomérulo debe de ser más pequeña. Pero también la misma sangre está cambiada. Es sabido que Ludwig aceptó que está más concentrada que antes. Esta aceptación en apoyo de la doctrina de la filtración de Ludwig es, sin embargo, y por modo extraordinario, incompatible con esta teoría. Si en el glomérulo tiene lugar nada más que una sencilla filtración, sólo puede haber una diferencia entre antes y después del glomérulo, en un mayor contenido de coloides, lo que, como es sabido, sólo influye de manera insignificante en la presión osmótica del plasma sanguíneo. No alcanza a más el poder de filtración en las lazadas vasculares del glomérulo. Sobre la base de la teoría secretora que admite, se produce en el glomérulo una disolución pobre en moléculas de sustancias disueltas; el aumento de la concentración es una consecuencia necesaria. No quiero detenerme en la crítica de las variaciones modernas de la teoría de la filtración; quiero declararme públicamente partidario de la teoría de la secreción, y prescindiendo de todos los apoyos que desde Heidenhain ha ganado, quiero sólo mencionar uno. El hecho que, tanto en condiciones fisiológicas como patoló-



gicas, se recogen orinas cuya concentración se encuentra muy por debajo de la del plasma de la sangre no es, según creo, compatible con ninguna modificación de la teoría de la filtración, porque la presión funcional necesaria para vencer la presión osmótica tiene que exceder muchas veces la energía mecánica de que se dispone en el glomérulo. Tampoco puede aceptarse la hipótesis que el glomérulo unas veces trabaje como filtro y otras como aparato secretor porque los acontecimientos patológicos son sólo una disminución o un aumento del trabajo fisiológico, pero nunca pueden producir un cambio de principios en el modo de trabajar un órgano. Por eso mantengo que la sangre, después del glomérulo, está más concentrada que antes. Tal trabajo del glomérulo no puede considerarse como muy pequeño, y como se realiza por la actividad vital de las células, va unido al correspondiente consumo de oxígeno. Así, la sangre postglomerular, comparada con la puramente arterial, ofrece diferencias que coinciden en su esencia con las existentes entre la sangre arterial y la venosa. Se atenúa, por lo tanto, en parte, el contraste con los riñones con circulación porta. El último resto de este contraste se esfuma cuando se considera la magnitud de esta diferencia entre las zonas circulatorias del trozo principal y del asa en los animales de sangre fría y en los de sangre caliente: aquí de postglomerular a arterial y allí de venosa a postglomerular.

La actividad del riñón se distribuye en tres funciones diferentes: la secreción del agua, la eliminación de las materias componentes de la orina y la discutida reabsorción del agua, hasta constituir la concentración definitiva de la orina. No considero exacta la reabsorción de sustancias fijas como se ha propagado recientemente por Cushny. Recuerdo aquí sólo la absoluta imposibilidad de regular la concentración de la sal, según las necesidades, sobre lo que ha llamado la atención enérgicamente Snapper. Además de esas funciones ya dichas, tienen lugar en el riñón procesos sintéticos y acaso, tal vez, formación de hormonas, de los cuales hoy he de prescindir.

La secreción del agua la podemos referir, con cierta seguridad, en su mayor parte al glomérulo. Las cantidades de agua que lleguen por otros caminos a los canales urinarios son, ciertamente, insignificantes. La excreción de las sustancias formadoras de la orina se realiza, si ha de haber una coincidencia entre los experimentos, la experiencia clínica y la histología, exclusivamente en el trozo principal. Ni la urea, ni el ácido úrico, ni las sales, ni las sustancias introducidas artificialmente en el cuerpo, preferentemente los colorantes, han podido jamás ser descubiertos en el interior de las células de los tubos renales por debajo del trozo principal. Para estos territorios no queda, por lo tanto, más que la reabsorción del agua. Para ello, se ha pensado repetidas veces, sirve la rama delgada del asa de Henle, preferentemente por la delgadez de su epitelio. Pero como los signos de la concentración sólo se presentan más allá o sólo al final de este trozo, esto no habla mucho en favor de esa hipótesis. Según todos los datos expuestos; es mucho más probable que la rama delgada y la porción intermediaria, sean sólo tubos de conducción. Para aceptarlo me parece que son razones, no sólo las homologías filogenéticas y de anatomía comparada, sino el comportamiento de las asas cortas con una parte delgada abortada o sin ella por completo. No se puede suponer que una sección con una función esencial pueda faltar con esa sencillez. Pero cuando se recuerda que la parte ancha, turbia, debe ser trasladada a la zona de las estrias internas, se comprende

el estiramiento del trozo delgado de unión desde el tubo, arriba situada, hasta el extremo proximal de la rama ancha del asa que se encuentra lejos profundamente en la zona medular, y su brevedad cuando las asas están situadas altas. El exceso que ocurre en muchas asas largas se constituye porque su vuelta está un poco antes del final de la rama delgada, y puede ser aclarado por la necesaria longitud del sifón.

Quedan todavía la rama gruesa ascendente del asa y los conductillos colectores, a los cuales hay que asignar una función determinada. ¿Se puede atribuir a éstos una función directora? En los reptiles y en los pájaros que eliminan una orina pulposa, se encuentran concrecimientos de uratos sólo en la pieza intermediaria y en los tubitos colectores. Si esto puede considerarse como una prueba de la reabsorción de agua, ésta tendría lugar en el segmento final. El espesamiento final tiene lugar sólo en la cloaca. No se puede negar en absoluto, en los mamíferos una reabsorción de agua en los canalillos colectores, aunque para ello falten las pruebas decisivas. Los ensayos de Ribbert, extirpando la substancia medular, no pueden considerarse como pruebas decisivas, porque en la medulla corren también las asas de Henle, y precisamente en el segmento de los bastoncitos hay fenómenos que para unos son de reabsorción y para otros de excreción del agua, que permiten establecer relaciones con la cantidad de la diuresis. Según los conceptos hoy dominantes, el logro de la concentración definitiva de la orina resulta de la reabsorción del agua en una cantidad extraordinariamente grande, porque el agua debe ser elevada a la sangre en contra de la corriente osmótica. (Para 200 c. c. de orina de la noche de  $\Delta = -2,3^\circ$  da Dieser el trabajo renal como equivalente a 37 kilogrametros.) Como esto debe ser suministrado por el trabajo de las células, es comprensible el alargamiento del trozo correspondiente en una zona capilar con una sangre rica en O no utilizada antes.

Contra tal opinión se me ocurren dos graves objeciones. Ante todo, una proposición fundamental: el trabajo celular activo no puede medirse por el efecto exterior. No consiste en una función energética, sino en la realización de aquel mecanismo fisicoquímico del cual se extrae o deduce la función: que los portadores que suministran la energía potencial, la convierten en energía libre. Este trabajo activo de la célula puede ser mucho mayor y puede ser también más pequeño que el trabajo exterior. El transporte sobre el mismo trecho de un kilogramo de un magneto fuerte (1), no cuesta más trabajo que el de un kilogramo de hierro, y con ello he llevado una energía a un sitio donde antes no estaba. Un segundo argumento contra toda teoría urinaria que atribuye tan decisiva significación a la reabsorción, corresponde a la economía, al principio de la finalidad de todo lo orgánico, en su construcción y en su función, que es la que me ha guiado en cuanto llevo dicho.

La finalidad no es más que la resolución del problema del máximo y del mínimo en la economía material, energética y topográfica del organismo, y una contradicción con ella, una pérdida de energía representaría el que el riñón hubiera suministrado primero una disolución di

(1) Prescindiendo, como es natural, de la resistencia del campo magnético de la tierra. De modo análogo se podía elegir como ejemplo el transporte de un cuerpo frío o caliente; también el aumento de masa que, según la teoría de la relatividad, experimenta un cuerpo por la adición de energía puede desprejarse desde un punto de vista práctico.



luida, un exceso grande de agua de la orina, para luego, con un gasto todavía mayor de energía, volver a tomar esa agua. Significaría que en los medios y condiciones dadas no había otra solución del problema. Pero todas las evaluaciones del trabajo renal demuestran un falso planteamiento de la ecuación energética, en cuanto este trabajo de concentración lo aceptan exclusivamente como osmótico y sólo lo cuentan por una integral entre los límites de la concentración inicial y de la concentración final del gasto en energía. Naturalmente que este trabajo debe realizarse en el riñón, pero no todo debe atribuirse a la actividad de las células. Matemáticamente hablando, una integral sobre una función depende de los límites y no de la vía de integración cuando esta función es constante. No cabe duda alguna de que aquí no hay tal constancia. Pues los nefrocitos del trozo principal no proporcionan los materiales formadores de la orina solamente por vía osmótica desde el plasma de la sangre al agua de la orina o solamente el agua por reabsorción desde los canaliculos hacia afuera.

La cantidad de este trabajo vital de las células no está en ninguna relación apreciable con el grado de la concentración. Cuando yo, a 100 gramos de una disolución de cloruro sódico al 5 por 100, añado, por transporte mecánico, todavía 5 gramos de sal común, de modo que hago una disolución al 10 por 100, el trabajo realizado por mí es incomparablemente menor que el necesario para hacer una disolución al 10 por 100, de modo osmótico o mecánico eliminando 50 gramos de agua de la disolución primitiva, y este trabajo no está en ninguna relación semejante (1). De aquí se desprende que si tiene lugar alguna reabsorción, el trabajo de concentración será con ella muy pequeño. Si esto ocurre en esa sección del tubo urinario o no, no puede deducirse de los principios y método que hoy empleo. Pero no creo que las necesidades de la reabsorción determinen la dislocación de la sección del conductillo urinario correspondiente hasta la zona vascular, puramente arterial.

Independientemente de este considerable vacío, quiero entrar con muy pocas palabras en la cuestión de si puede imaginarse una teoría, desde el punto de vista de la economía y de la finalidad. Para ello es necesario, de acuerdo con los principios establecidos al principio de nuestro trabajo, una coincidencia con los datos de la investigación morfológica. Por eso, toda teoría de la secreción urinaria debe partir del hecho demostrado, ya que la concentración de las sustancias componentes de la orina tiene lugar en los nefrocitos del trozo principal, bajo la cooperación de las distintas estructuras de las células, entre las cuales incluimos con las mayores probabilidades los condriomas. Acepto que por la absorción en tales estructuras elementales tiene lugar la concentración y después su hinchazón. Las dos cosas son físicamente y biológicamente admisibles. Todo el proceso ocurre de manera muy sencilla. Las sustancias formadoras de la orina se difunden en la célula y son fijadas por acción superficial o por afinidad química en las estructuras absorbentes de las células. Por esta fijación permanecen siempre los líquidos de la célula a una concentración inferior a la de los líquidos de los tejidos; la corriente osmótica de las sustancias formadoras de la orina va por la presión parcial dirigida siempre hacia la célula. De acuerdo con los datos citológicos, es muy probable que las estructuras

aplicadas contra la superficie interna de la célula (desmenzamiento granular de los hilos mitocondriales), dedicadas al mecanismo de la absorción, cuando se hinchan se acercan a la superficie libre, según las observaciones de Gurwitschu, representan o semejan vacuolas que, comparadas con el interior de los tubitos urinarios, se hallan a gran concentración en la superficie de la célula. Existe, por lo tanto, otra vez, una corriente osmótica que para el agua de la orina va al interior de las vacuolas hinchadas y para las sustancias disueltas va desde las vacuolas hacia afuera y vemos un paralelismo en la dirección de la corriente y en la dirección de la secreción. La orla en cepillo que recubre el interior de las células renales es una membrana semipermeable, y al mismo tiempo que hay a su través una difusión osmótica, el aumento constante del volumen y el de la presión de la hinchazón determinan la expresión mecánica del contenido a través de aquella cutícula o la rasgadura de ésta y salida hasta la luz del conductillo urinario de las sustancias existentes. Muchas analogías halladas en los órganos de secreción de todos los órdenes animales parecen hablar en este sentido. También aquí parece que no se realiza ningún trabajo en contra de la corriente.

Como condición, se añade que el contenido del conductillo urinario no se detiene, sino que es empujado constantemente por el aporte de nuevo líquido con una concentración superior a la de las vacuolas, y para ello se han encontrado todas las disposiciones que favorecen la continuidad de la corriente urinaria. La consecuencia es que todo aumento en la secreción de materiales sólidos determina un aumento en el flujo de la orina, como demuestran la clínica y la experimentación. Todo este proceso circula así, bajo la más completa utilización de las constelaciones físicas, y hasta el trabajo, aparentemente superfluo del glomérulo, segregando una disolución muy diluida, es compensado en dos lugares: por la concentración del líquido tisular postglomerular y por el aumento de la tensión osmótica entre el contenido de las sustancias urinógenas existentes en la célula y la corriente de agua urinaria que circula por delante de esas células. El trabajo que ha de suministrar la célula no es otra cosa que de preparación del mecanismo quimicofísico para la absorción y la hinchazón.

De la intensidad de esta función incluida en la vida de la célula misma, podemos deducir algo por el uso del oxígeno en el órgano. Mi honorable amigo el profesor Schur expuso a ustedes aquí mismo, hace algunos años, una teoría de la formación de la orina que, de un modo espiritual, utilizaba como factor fundamental de la concentración, la hinchazón. Por esto, y por el concepto que la célula se hincha en su totalidad, suponía una deshinchazón de la célula para la formación de la orina y una constante renovación del proceso. Esto llevaba a la dificultad, casi invencible, por qué y cómo se cambiaba la hinchazón en deshinchazón. En la hipótesis aquí expuesta, escapamos a esta dificultad porque no se trata de una inversión del proceso, sino de la renovación continua del mismo; tiene lugar en pequeño lo que estamos acostumbrados a ver en todas las células glandulares, de acuerdo con las exigencias que yo planteé al comenzar este trabajo, que entiendo deben fundamentar el pensamiento biológico, el acuerdo en la forma, la sustancia y la función.

Todavía me queda algo que añadir: tienen ustedes el derecho a preguntar si mi hipótesis, si los resultados de mis investigaciones y experimentos tienen alguna significación médica. Creo que, por lo menos, las designacio-

(1) Debe tenerse en cuenta que con esto no se choca nada contra la ley de la energía.



nes tan empleadas en la patología renal de tubular y vascular y nuestros conceptos de trabajo de concentración y de dilución del riñón, deben ser sometidos a revisión y ser complementados.

## BIBLIOGRAFIA <sup>(1)</sup>

APENDICITIS INFANTIL, por E. Lluésma Uranga. Editado en Madrid en Octubre de 1932.

Trátase de una obra dividida en 10 capítulos. En el primero el autor ha recogido algunos comentarios sobre apendicitis infantil, opiniones de los principales pediatras nacionales y extranjeros. En el capítulo segundo hace el autor la clasificación de los restantes, que son puramente clínicos, exceptuando el último, bibliografía extensa y copiosa que el autor ha consultado para la confección de su obra.

En su tercer capítulo estudia detenidamente la frecuencia de la apendicitis en la infancia haciendo punto aparte de la frecuencia global, de la frecuencia según el sexo, de la epidémica y de la familiar. Pasa al estudio de la Anatomía patológica y de las distintas etiologías, en lo que expone separadamente el factor rinomaxilofaríngeo, las causas gastroentéricas, la constitución somatoendocrina y alergia y los traumatismos y parásitos. En el capítulo sexto se ocupa de la sintomatología y el diagnóstico, dejando el diferencial para el séptimo capítulo, interesantísimo porque hace la diferenciación de todos los procesos que pueden inducir a error. El octavo y el noveno tratan del curso y pronóstico y del tratamiento. Al final de cada capítulo da el autor un resumen de él, y lo termina con una conclusión escueta.

Es un libro de gran utilidad a médicos generales, cirujanos y pediatras por ser siempre de actualidad el tema, por el cual felicitamos sinceramente al Dr. Lluésma.

J. ISASA

MANUAL DE PROPEDEÚTICA QUIRÚRGICA, por el doctor Rafael Resa, profesor clínico de la Facultad de Medicina. Prólogo del profesor Dionisio Herrero. Un tomo de 264 páginas con 248 figuras, en negro y color, 25 pesetas. Imp. Sáenz Hermanos. Madrid, 1932.

Acabamos de leer el libro de «Propedéutica quirúrgica», publicado por el Dr. Resa, y tras ella quedamos un tanto suspensos, como siempre ocurre cuando nos encontramos ante una producción que se sale de lo vulgar y corriente. Trátase de una obra ágil, simpática, inteligentemente orientada en un moderno sentido pedagógico, obra en la que estudiantes y médicos hemos de hallar constantes enseñanzas sin el esfuerzo que supone digerir la profusión bibliográfica de los grandes tratados. Tales son las impresiones esquemáticas que hemos sacado de la lectura de esta obra, que supone para su autor la coronación de toda una labor clínica y didáctica, trabajada en las clínicas nacionales y perfeccionada en los servicios quirúrgicos del extranjero.

Nuestra experiencia quirúrgica es nula para permitirnos efectuar un estudio crítico del libro del Dr. Resa, que, por otra parte, no lo requiere por sus fines de iniciación didáctica. Nuestra costumbre, por el contrario, de comentar desde estas mismas páginas la producción bibliográfica, si

se nos autoriza, por el contrario, para distinguir la obra excepcional, de todo el fárrago de libros que constantemente se amontonan sobre nuestra mesa de trabajo. Rara vez no es dado, repetimos, enfrentarnos con obras meditadas y honradamente escritas que llevan un fin y que cuentan con unos medios como la que ahora nos ocupa.

Si el tópico no estuviera demasiado gastado, podríamos decir que esta obra viene a llenar un vacío que desde hacía mucho años venía haciéndose sentir. Aún recordamos nuestra prisión durante todo un curso tras los muros de una obra mal escrita y mal presentada que trataba, aproximadamente, de las mismas materias que la presente y que era el texto casi obligado en el que sufríamos más que aprendíamos los estudiantes de entonces. Ahora ha cambiado oficialmente el nombre de aquella asignatura que nos explicaba el bueno de D. Ramón Giménez, y con este cambio de nombre y eliminación de una de sus partes, ha nacido esta obra que pudiéramos considerar como la oposición más rotunda al libro que antes hacíamos mención.

La «Propedéutica quirúrgica» de Resa, escrita para los estudiantes, pero tan útil o más que para éstos para los médicos generales y cirujanos incipientes, es, en nuestro criterio, uno de los más interesantes libros aparecidos en estos últimos años. Un criterio perfectamente práctico orienta cada palabra de este libro. Todo está meditado, pesado y medido para no decir más; pero también para no decir una palabra de menos, de todo aquello que es absolutamente necesario para la preparación doctrinal del alumno y para el ejercicio práctico del médico. Una profusión de grabados perfectamente realizados avaloran y aclaran el texto, ya de por sí bien claro, de este obra. El estilo es terso, pulido y escueto. Cada palabra en su sitio y cada grupo, breves de palabras, una idea. Esto es, como al principio decíamos, una obra moderna, obra joven y escrita por un joven que con ella ha conseguido sentar de un modo firme las bases de su personalidad científica.

Al hablar de esta obra sería injusto no mencionar con el elogio que su callada y modesta labor requiere al Dr. Antonio García Maffior, colaborador entusiasta y confeccionador material de este libro, que a sus conocidas dotes de neurólogo y psiquiatra hay que añadir las de magnífico dibujante médico y conocedor como pocos de la ciencia y el arte del libro.

DR. JAVIER MARÍA TOMÉ BONA

## PERIODICOS MEDICOS

### Extranjeros

P. Carnot. CRISIS BILIOVESICULARES Y TABES. — En pocos meses hemos observado cinco enfermos con crisis dolorosas del hipocondrio derecho, con abundantes vómitos biliosos, que parecían afectos de cólicos hepáticos. Existían en ellos algunos signos no dudosos de tabes. De donde el diagnóstico era delicado. Si las crisis de cólicos hepáticos son extrañas a las crisis tabéticas, o bien si existen crisis tabéticas de tipo biliovesicular.

Igualmente se nos presentaba la cuestión del diagnóstico clínico y la terapéutica, por la posibilidad de tratarse de enfermos mixtos tabetolitiásicos, a igual que los tabetoulcerosos, donde la lesión vesicular o gástrica son, en cuanto a la tabes, una orientación viscerosimpática.

Cuestión que puede ampliarse al pensar sobre el porqué las algias de úlcera o de litiasis tienen en ocasiones fisonomía

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



tan vecina de las crisis tabéticas, como si se tratase en uno y en otro caso de algias simpáticas, que están ligadas a irritación refleja periférica transmitida a los centros simpáticos, o, por el contrario, a una lesión de los plexos, de los ramos comunicantes, de los ganglios raquídeos y, sobre todo, de los segmentos medulares viscerales, proyectada periféricamente.

Sabemos que en los cólicos hepáticos como en las crisis vesiculobiliares de la tabes, las inyecciones paravertebrales de anestésico a nivel de la D<sub>9</sub>, D<sub>10</sub> y D<sub>11</sub>, suprimen temporalmente las algias biliovesiculares y, por lo mismo, permiten localizar algo más bajo las algias gástricas. Esto permite topográficamente la diferenciación en la tabes, de las crisis gástricas bien conocidas y de las crisis biliovesiculares, menos conocidas.

Nuestros cinco enfermos, con sus síndromes biliares y tabéticos hacen pensar en una tabes o en una litiasis y nos obligan en este tipo de enfermos a realizar la exploración detenida de la tabes.

El diagnóstico entre visceralgia de origen hepatovesicular de la litiasis o de la pericolecistitis y de crisis tabéticas radiculomédulares con proyección visceralgía hepatovesicular es, en realidad, muy difícil.

En favor del origen hepatovesicular, se encuentran los antecedentes, la coexistencia de ictericia o de subictericia, con decoloración intermitente de las deposiciones, la ausencia de penetración vesicular del tetrayodo, la imagen radiográfica de cálculos o la deformación, por contacto, por adherencias, de la vesícula y del duodeno.

En favor del origen tabético, se pueden encontrar los pequeños signos oculares (signo de Argill Robertson, diplopia, ptosis), la abolición de los reflejos rotulianos y aquileos; la hiperestesia o la anestesia radicular; ictus laríngeo; reacciones linfocíticas o albuminosas del líquido cefalorraquídeo; los antecedentes sifilíticos y el Wassermann positivo, tanto en sangre como en líquido cefalorraquídeo.

Pero los casos de diagnóstico delicado son los de asociación tabetovesicular, donde se encuentran simultáneamente (como en nuestros cinco enfermos) signos orgánicos de lesiones viscerales (vesiculares o gastroduodenales) y lesiones tabéticas. (*Paris Medical*, 31 de Enero de 1931, año 21, número 5, pág. 97).—M. A. C.

**G. Bandi.** SOBRE LA GANGRENA GASEOSA POR INYECCIONES HIPODÉRMICAS.—Deseamos llamar la atención sobre dos casos de gangrena gaseosa por inyecciones hipodérmicas, si bien es evidente el número enorme de inyecciones hipodérmicas y diversos los medicamentos empleados.

La literatura sobre los casos de gangrena gaseosa consecutiva a inyecciones hipodérmicas muestra que la infección es en la mayoría de los casos exógena; debe estar infectado el líquido a inyectar, la aguja o la piel; no obstante, en algunos casos no es posible precisar el mecanismo de infección gaseosa; el análisis bacteriológico no dejó duda sobre el verdadero diagnóstico.

Puede parecer extraño que la gangrena gaseosa no sea más frecuente de lo que lo es en la práctica hospitalaria, pues en todas las clínicas se practican gran número de inyecciones a gran número de personas.

Es cierto que se precisan una serie de condiciones, además de la presencia del germen causal, para que se desarrolle la gangrena gaseosa (disminución de las resistencias locales y generales, abundantes pérdidas de sangre, acción isquemizante y necrosante del medicamento, etc.) (*Minerva Médica*, Turín, 17 de Marzo de 1931. Año XXII, vol. I, número 11, pág. 436).—M. A. C.

**S. Karelitz y Schick.** VACUNACIÓN CONTRA EL SARAMPION CON SUERO DE ADULTOS REACTIVADO POR EXPOSICIÓN A LA ENFERMEDAD.—Degkwitz demostró que el suero de los adultos contiene sustancias que protegen contra el sarampión, pero diluidas en tal forma que era preciso inyectar grandes cantidades de suero para vacunar un individuo. Ritschel recomendó vacunar con sangre desfibrada de adulto, y nosotros hemos recurrido a la sangre de los padres o de otros familiares, con muy buen resultado, pero nos fué preciso inyectar 60 c. c. y aun más para obtener una protección suficiente. Degkwitz sospecha que la inmunidad de los adultos contra el sarampión se conservaba y sostenía por las repeticiones de contagio sin síntomas de enfermedad, y de ahí el que los médicos y enfermeras que están en contacto con los sarampionosos poseyeran en su suero más cantidad de sustancias vacunantes, hasta tal punto, que bastaba con 5 a 10 c. c. de sangre, de un médico que visita enfermos de sarampión, para proteger un niño, incluso en los cinco primeros días de la incubación. Herrmann comprobó que la sangre de los padres era más eficaz, cuando diez días antes se les re infectaba con secreción nasal rica en gérmenes sarampionosos, y Ferencz ha empleado suero de adultos re infectados con sangre de sarampionosos, que estaban en el período agudo de la enfermedad. Estos estudios y observaciones se han repetido varias veces, y Schick sospechó que así como el suero de los adultos que están en contacto inmediato con enfermos de difteria tiene mucha mayor cantidad de antitoxinas que el de las demás personas, en el sarampión ocurriría lo mismo, e intento aumentar por contagios provocados la concentración de anticuerpos protectores en los adultos. Los estudios experimentales se hicieron con tres médicos voluntarios, para dejarse re inocular sarampión, se les sangró antes y se tituló su suero. La re infección se hizo por vías naturales, colocándose el enfermo frente al médico a 90 centímetros de distancia y haciendo que el niño tosiera. Los niños tenían ya manchas de Koplik, pero el exantema no había brotado. Las sesiones de contagio duraban de treinta a sesenta minutos, y se repetían varias veces. Ocho días después de la última se sangraron de nuevo los médicos. Hay que hacer notar que casi todos ellos tuvieron en los primeros días algo de catarro nasofaríngeo, probablemente no específico. El suero obtenido adicionado de pequenísimas cantidades de tricresol, y filtrado se conservó en tubos de 10 c. c., con los que se inoculó a niños a fin de protegerlos contra el sarampión. Mas como probablemente los tres médicos se habían re infectado repetidas veces, no pudo encontrarse gran diferencia entre el valor protector de su suero, antes y después de la infección experimental.

Lo que sí pudo observarse es que el suero profiláctico era mucho más activo en los asilos y establecimientos cerrados que en la práctica corriente, tal vez porque en los asilos el aislamiento se impone antes, y de un modo más eficaz, mientras que en las casas los niños no pueden aislarse bien, y se someten en pocos días a repetidos contagios. Schick opina que en el sarampión, como en la tuberculosis, las cosas no pasan lo mismo cuando el contagio ha sido único o ha sido múltiple, y las vacunaciones profilácticas son más difíciles en estos últimos casos.

De ahí la conclusión práctica de emplear mayores cantidades de suero preventivo en los niños que viven en sus casas que no en los que se encuentran aislados u hospitalizados. (*Wiener. med. Woch.*, 1932, núm. 45).—F. G. D.

**A. Bingel.** APARICIÓN DE ASCITIS DURANTE UN TRATAMIENTO POR INSULINA EN DIABETES BRONCEADA. DESA-



**RICIÓN DE LA ASCITIS AL SUPRIMIR LA INSULINA.**—El autor describe dos casos de enfermos de diabetes bronceada en los que con 30 unidades de insulina y 100 gramos de pan en el primer caso, y 30 unidades de insulina con 60 gramos de pan en el segundo, consiguió que desapareciera la glucosuria, pero se vió sorprendido por la aparición de una ascitis que sólo cedió al suprimir la insulina.

Los edemas por insulina son conocidos, pero la ascitis no se había observado. La insulina, según el autor, produce un almacenamiento de glucógeno en las células del hígado, de los músculos y, probablemente también, en las de la piel, tejido conjuntivo, subcutáneo y grasa. Este almacenamiento de glucógeno se acompaña de retención de agua. Así se explican los edemas generales tan frecuentes, pero nunca la ascitis. Para esto último hay que aceptar que el hígado está enfermo previamente (cirrosis) y que por esta causa adquiere una rigidez incompatible con un almacenamiento de grandes cantidades de líquido en el interior de sus células. Por ello habría trastornos secundarios en la circulación linfática y sanguínea con éstasis y ascitis consecutiva. Esto explicaría también el porqué la ascitis se había presentado precisamente en enfermos con diabetes bronceada. Opina el autor que deben hacerse nuevos estudios para comprobar si una dieta de hambre y escasa en hidratos de carbono, cuyas consecuencias con el empobrecimiento del hígado en glucógeno es capaz de modificar favorablemente una ascitis en una cirrosis hepática corriente. También debe ensayarse la acción de la adrenalina (antagonista de la insulina) como antihidrópica en las ascitis de las cirrosis hepáticas. (*Muench. med. Woch.*, núm. 44, 1932).—F. G. D.

**E. Weinberg. OBSERVACIONES NEUROLÓGICAS SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA ATROFIA ÓPTICA TABÉTICA.**—La atrofia óptica tabética es frecuentemente un síntoma precoz, que no suelen observar los neurólogos más que tardíamente, y que, por lo tanto, no puede ser tratado hasta el momento en que el síndrome tabético ha tomado ya una tendencia evolutiva. Cuando es posible observarle a tiempo, el tratamiento de elección puede ser la asociación de la piritoterapia ligera, bajo la forma de diez accesos, al tratamiento arsenobismútico. El elemento piritoterápico empleado en los casos de este autor ha sido los compuestos azufrados, no llegando nunca a producir hipertermias por encima de 39°.

El número aún escaso de casos tratados de este modo, impide formar aún un juicio sobre este procedimiento de tratamiento. (*Deut. Med. Woch.*, 29 Enero 1932).—T. B.

**C. A. Neymann y S. L. Osborne. TRATAMIENTO DE LA P. G. P. POR MEDIO DE LA HIPERTERMIA PRODUCIDA POR LA DIATERMIA.**—Describen los autores en este trabajo el procedimiento que han ideado para producir la hipertermia por medio de la diatermia, que consiste en la aplicación de grandes electrodos en el pecho y la espalda. Estudian igualmente con detalle los fenómenos accesorios que acompañan a estas aplicaciones.

Sus ensayos se han efectuado en veinticinco casos, habiéndose observado remisión clínica en un 66 por 100 de ellos; en un 8 por 100 mejorías muy manifestadas. No han observado efectos nocivos ni muertes atribuibles directamente al tratamiento. Estos resultados son, en opinión de los autores, superiores a los obtenidos con la tripareamida y el tratamiento malárico.

A pesar de ello, no creemos que el procedimiento pueda entrar en la práctica, porque requiere una instalación muy costosa, inasequible, por lo general, a las instalaciones hos-

pitalarias. (*The Jour. of the Am. Med. Ass.*, Vol. 9, núm. 1). T. B.

**A. Vergara E. y O. Rojas Avendaño ¿SON DE TOMARSE EN CONSIDERACIÓN LAS AUTOINTOXICACIONES COMO CAUSA DEL DESMEJORAMIENTO RACIAL?**—En primer lugar, el autor hace un estudio detenido de las bases biológicas y patológicas de las autointoxicaciones. Para él, no tienen gran importancia las autointoxicaciones en relación con el desmejoramiento, sólo tomando en consideración las que van ligadas a factores infecciosos. Considerando las autointoxicaciones en su aspecto inicial de carácter infeccioso, pierden toda importancia como factores disgenéticos, ya que no acepta la idea de la herencia biológica de la infección. Para el autor sólo acepta en el grupo de verdaderas autointoxicaciones aquellos padecimientos en los cuales hay una alteración patológica en el metabolismo celular, debido a una alteración estructural degenerativa, que ha desviado su elaboración catabólica normal, produciendo un producto que autointoxica y puede representar un factor de disgenesia, como en la enfermedad de Basedow (mientras no tenga un origen infeccioso), cuando ésta se manifiesta en individuos en los cuales el trastorno endocrino no ha trascendido a sus funciones de reproducción. (*Rev. Mexicana de Puericultura*, núm. 23, Septiembre 1932).—J. ISASA.

**Neuber. REACCIONES HUMORALES EN EL RINOSCLEROMA.**—El rinoscleroma, descrito en 1870 por Hebra, creyóse al principio que tenía un origen sífilítico. Más adelante comprobóse que era debido al bacilo de Frisch, el cual es inconstantemente patógeno.

Algunos autores, fundándose en esta misma irregularidad de la acción morbosa del bacilo de Frisch, consideraron a este germen simplemente como un acompañante.

Neuber, desde el año 1909 ha venido trabajando constantemente en el sentido de obtener una reacción de fijación del complemento específica para esta enfermedad.

Ha utilizado, en primer lugar, como antígeno un extracto de bacilos muertos a 80°. No ha logrado obtener con éste una aglutinación del suero, lo que explica el autor considerando a este germen como encapsulado. La destrucción de esta cápsula, sin embargo, no ha hecho más aglutinante a este extracto. Por último, Neuber ha logrado intradermoreacciones positivas inyectando al enfermo sospechoso un cultivo de bacilos, filtrado, diluido y esterilizado.

En resumen, en ausencia de todo resultado obtenido por la seroaglutinación del bacilo de Frisch, la reacción de fijación y la intradermoreacción ayudarán al diagnóstico en los casos dudosos.

En lo referente al tratamiento, el autor ha asociado con ventajas indudables la radioterapia al empleo de una vacuna específica. (*Wi. Kli. Woch.*, tomo XCIII, núm. 36).—T. B.

**A. Kenn. LAS COMPLICACIONES DE LA AMIGDALECTOMÍA EN LOS NIÑOS.**—Es muy raro que la práctica de la amigdalectomía provoque en los niños complicaciones posteriores a ella; no obstante, a veces se producen, y he aquí cómo las clasifica el autor:

- 1.º Complicación pulmonar (bronconeumonía, absceso pulmonar).
- 2.º Toxemia y septicemia.
- 3.º Fiebres específicas agudas (difteria, escarlatina).
- 4.º Otitis media supurada.
- 5.º Mastoiditis y meningitis.
- 6.º Espasmo glótico.



## 7.º Enfisema subcutáneo.

(*The Journal of Laryngology and Otology*, vol. 47, número 1º, 1932).—JUAN H. SAMPELAYO.

**Joao Peres.** TRATAMIENTO DEL PALUDISMO POR LA QUININA EN LAS MUJERES EMBARAZADAS.—Para solucionar el antiguo problema si el aborto era causado por el paludismo o por la quinina, el autor comienza por exponer su opinión de que el empleo de ésta desde hace un buen número de años ha proporcionado una cantidad de éxitos muy considerable.

Expone a continuación un amplio resumen conteniendo las opiniones que sobre este tema han emitido infinidad de profesores nacionales y extranjeros, e insiste mucho sobre el empleo de dosis suficientes, relatando casos por él tratados y terminando con la exposición de las tres conclusiones siguientes:

1.ª El paludismo puede provocar el aborto.

2.ª La quinina no es un abortivo.

3.ª En aquellos casos donde parece puede haber tenido la quinina una acción causal, son en donde las pequeñas dosis no han podido detener la evolución de los hematozoarios. (*Revue Sud Americaine de Medecine et de Chirurgie*, tomo 11, Julio 1931).—JUAN H. SAMPELAYO.

**Besson y Salmon.** EL ENFISEMA SUBCUTÁNEO EN EL PARTO.—Es el enfisema subcutáneo una complicación rarísima en el curso del parto; habiéndose tan sólo registrado 75 casos en la literatura ginecológica, los autores han tenido ocasión de observarlo en una primípara de veintidós años, sin antecedente alguno y con órganos normales. En pleno trabajo del parto aparece de un modo brusco en las regiones subclavicular y subesternal que se extiende luego al cuello y las mejillas. Este accidente se desarrolla sin signo general ni particular alguno; hay asimismo carencia absoluta de dolor.

De la patogenia de esta complicación no se puede aún decir nada, y del pronóstico, tan sólo que se deben emplear los fórceps cuando veamos que comienza a desarrollar un enfisema; pues al igual que puede ser circunscrito sin síntomas particulares y generales y de una rápida desaparición, puede ser generalizado conduciendo a la muerte. (*Le Progrès Medical*, núm. 28, Julio 1932).—JUAN H. SAMPELAYO.

**Morcorps.** EMBOLIA MEDICAMENTOSA A CONSECUENCIA DE UNA SERIE DE INYECCIONES DE BISMUTO.—Nos presenta el profesor Morcorps tres casos de embolia arterial sobrevenidos a consecuencia de inyecciones intramusculares de un compuesto bismútico; en los tres casos relatados el cuadro clínico se desarrolló en la misma forma; algunos minutos después de la inyección, apareció un dolor muy intenso de duración de algunos días, al mismo tiempo que aparecía un exantema de tipo urticariano encima justamente del lugar donde fué practicada la inyección; este exantema va acompañado de una infiltración difusa y dolorosa de la piel y del tejido celular subcutáneo que se extiende en una zona mayor que la ocupada por el exantema; la duración de éstos es de varias semanas. Hay que observar que la temperatura permanece inalterable y que el cuadro clínico es lo bastante claro para efectuar un buen diagnóstico diferencial para poder desechar los abscesos sépticos y asépticos y el edema anafiláctico, quedándonos, por tanto, con esta embolia medicamentosa; ésta suele, casi siempre, presentarse a partir de la quinta inyección y podemos continuar el tratamiento teniendo la precaución de practicar las inyecciones sucesivas por encima o por debajo

de la precedente. *Dermatologische Wochenschrift*, Julio 1932.—J. H. S.

**Loewenstein.** ESTUDIOS EXPERIMENTALES SOBRE LA TUBERCULOSIS.—Conclusiones:

1.ª Las bacilemias son extraordinariamente frecuentes en el curso de la tuberculosis.

2.ª Muchas veces ocurre que las bacilemias se presentan cuando ni clínica ni radiológicamente pueden descubrirse focos tuberculosos localizados.

3.ª En las tuberculosis intestinales se encuentran de un modo constante bacilos en la sangre, aun cuando la enfermedad no esté muy avanzada.

4.ª En las restantes tuberculosis hay bacilos en la sangre en gran número de ocasiones, pero nunca con la constancia con que se observan en la tuberculosis intestinal. También existen bacilemias tuberculosas en las siguientes enfermedades:

a) Poliartritis aguda y poliartritis crónica primitiva.

b) En la corea.

c) En la demencia precoz.

d) En la esclerosis múltiple y la neuritis retrobulbar.

e) En el asma bronquial.

5.ª Nosotros aceptamos dos formas principales de tuberculosis.

A) Forma con los tubérculos de estructura bien conocida.

B) Formas en las que falta el tubérculo característico. En éstas predominan las bacilemias que evolucionan con el cuadro de una septicemia, con o sin fiebre.

Son precisas nuevas observaciones para encontrar un lazo de unión entre estos hechos descubiertos recientemente y los puntos de vista clásicos y que han servido hasta la fecha para explicar la patogenia de la tuberculosis. (*Wiener med. Woch.*, 1932, núm. 45).—F. G. D.

**M. Salles.** TRES CASOS DE COREA REUMÁTICA CURADOS POR EL MÉTODO DE BALENA (INYECCIÓN RAQUÍDEA DE ELECTRARGOL).—Aportación encaminada a contribuir al mayor conocimiento de un método terapéutico de real valor en el tratamiento de las coreas consecutivas a un ataque de reumatismo agudo.

Niña de once años de edad, escolar; reumatismo poliarticular agudo, tratada por otro médico. Al ser requerido, encontramos la enferma en cama, afásica, con intensa dificultad a la deglución, acentuado adelgazamiento, presentando movimientos desordenadísimos de todos los miembros y contracciones desordenadas en todos los músculos. Se diagnosticó: corea con insuficiencia mitral. A la primera inyección raquídea de 5 c. c. de electrargol, se inicia la mejoría; más intensa después de la segunda inyección, y con la tercera inyección (10 c. c.), sólo quedan ligeros movimientos coreicos localizados en miembro superior izquierdo.

La segunda enferma, joven de diecisiete años de edad; reumatismo agudo, corea, pasados veinte días. Con dos inyecciones raquídeas de 5 c. c. de electrargol se consiguió la curación completa.

El tercer enfermo, niño de siete años de edad; reumatismo y corea intensos. Estado semejante al de la primera enferma, con imposibilidad de ponerse en pie. Curó completamente con tres inyecciones de 5 c. c. de electrargol.

Ninguna de las inyecciones raquídeas de electrargol fué seguida de reacción desagradable, a excepción de ligera hipertermia, ligero dolor de cabeza y malestar. (*Brasil Médico*, Río Janeiro, 14 de Febrero de 1931, año XLV, núm. 7, página 164).—M. A. C.



## SECCION PROFESIONAL

## PROGRAMA PROFESIONAL

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

**SUMARIO.** Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlan.—Academias, Sociedades y Conferencias.—Una gloria médica granadina: El Dr. Peinado y Díez de Oñate.—Consejo general de Colegios Médicos de España.—Oposiciones médico-rurales.—Congreso Internacional de la Litiasis Biliar, por Juan H. Sampelayo.—Conclusiones aprobadas en la Asamblea Provincial de Federaciones Sanitarias en el pueblo de Villalba el día 6 de Noviembre de 1932.—Cruz Roja Internacional.—Facultad de Medicina de Madrid.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Por las Clínicas de Europa.—Tertulia médica.—Anuncios.

## Boletín de la semana.

Aquí empezó .. y aquí debe acabar.—Chauffard.

Noticias tristes.

Con cordial satisfacción hemos recibido, ¡al fin!, una carta del Dr. Iñigo, de Zaragoza. Este compañero, a quien no nos pesa reconocer como tal, muy lejos de lo que él supone, se dirige a nosotros con fecha 21 de Noviembre explicando su actitud en el asunto que hemos venido discutiendo de las obras del Colegio de la Moncloa.

En este lugar comenzó la discusión y aquí queremos ponerle el remate oportuno, reproduciendo literalmente las dos afirmaciones fundamentales del Dr. D. Manuel Iñigo en su carta. Dice así:

1.º «Reconozco y lamento haber estampado con error en aquel escrito mío cifras recogidas al oído en relación con el costo de las obras ejecutadas, deudas contraídas y cantidades calculadas como las necesarias para terminar de construir y poner en funcionamiento el edificio para Colegio de Huérfanos de Médicos proyectado en la Moncloa.»

2.º «Nunca escribo con ánimo de molestar, ni menos de ofender a nadie. Si hubo error, no fué obra de una inspiración perversa, y quien lea mi crónica relatando la Asamblea de La Coruña podrá comprobar que no hay en ella ni una sola palabra que signifique agravio para nadie.»

Lo demás de cuanto dice D. Manuel Iñigo en su carta no interesa a nuestros lectores, y estamos por decir que a nosotros muy someramente; se trata de apreciaciones personales del Dr. Iñigo que podemos asegurarle, para su tranquilidad, que son equivocadas. Ni el Dr. Cortezo está iracundo ni ese es el camino. Ni EL SIGLO MEDICO dice, ni ha dicho, ni dirá *las tonterías* (usando el término que tanto repite el Sr. Iñigo), *las tonterías*, decimos, que, unas veces con ligereza y otras por intenciones poco claras, se han lanzado y se lanzan respecto a la organización y funcionamiento del Colegio de Huérfanos.

Podemos asegurar al Sr. Iñigo que a nuestro muy amado director, el Dr. Cortezo, no le pesa ser su compañero y que, al contrario, le agrada y con-

suela estimar la nobleza y espontaneidad con que el Dr. Iñigo reconoce lo ligero y equivocado de su información.

EL SIGLO MEDICO no tiene por qué hablar de las equivocaciones posibles del Dr. Cortezo. Acaso tenga el Dr. Iñigo más razón de la que él supone, y el Dr. Cortezo se haya equivocado de *medio a medio* en la concepción de su obra, en el esfuerzo puesto para lograrla, en la orientación que le imprimió y en los sacrificios de todo género que en ella puso. Pero de esto no hay que hablar. El señor Iñigo puede estar seguro de que si sus afirmaciones no hubieran envuelto, aun sin intención como él afirma, un grave daño para la Institución y un agravio grande para cuantos administraron su pecunio, EL SIGLO MEDICO nada hubiera dicho. Pero toda la clase médica española reconocerá nuestra razón al salir por los fueros de la verdad y en defensa de persona a la que todos, *todos*, debemos el máximo acatamiento; cuantos le rodeamos en esta casa de EL SIGLO MEDICO y cuantos lejos de él comparten el prestigio de la Medicina española, que tanto defendió, que puso tan alto y que a todos nos interesa defender como el caudal príncipe de nuestra existencia.

Y nada más, nada más. No nos duelen prendas de cuanto hemos dicho con este motivo. Quien se sintiera molesto por nuestras palabras, *que lea primeramente las suyas a nosotros dirigidas*. Con sólo esto quedará toda la cuestión zanjada, y, si así no fuera, aquí estamos nosotros para cuanto pudiera desear quien quiera que fuese.

Y basta ya de discutir en barbecho. Es hora de que todos se pongan a remediar lo remediable, en vez de poner los ojos en blanco y lanzar acusaciones y afirmaciones que son, como dice el Sr. Iñigo, *tonterías*. Esas sí que son *tonterías*.

\*\*\*

La Medicina francesa, tan castigada en este año que corremos, acaba de sufrir otro rudo golpe con la desaparición del gran maestro Anatolio Chauffard.

Era Chauffard descendiente por su línea paterna de grandes clínicos, a los que aun había de su



perar. Nacido en Angers el año de 1855, llega a París, donde cursa la carrera con gran brillantez, que cada vez se encenderá más hasta el momento mismo de su muerte. Premio del internado; jefe del servicio de Broussais; elegido por la Academia en el 1909, años más tarde es su presidente; fué profesor de Historia de la Medicina de 1909 a 1911, en que pasó a serlo de Clínica Médica, hasta el momento de su jubilación en el año 1925.

Fué Chauffard uno de los primeros grandes maestros franceses que preconizó la importancia de la unión íntima entre la clínica y el laboratorio, dedicando a ambos, en unión de su cátedra, todas las horas de su vida. Cuando se verificaban oposiciones al internado, las plazas al lado del maestro eran las más deseadas por el derroche de conocimientos, tanto prácticos como teóricos, que a sus discípulos hacía, a la par que por su gran bondad.

Su labor científica enorme abarca todos los campos de la Medicina; aunque es la patología del hígado a la que dedica más trabajos, recordemos los realizados sobre las ictericias hemolíticas, los quistes hidatídicos, la litiasis biliar, los síndromes esplenohepáticos en el paludismo agudo y los capítulos de patología del hígado en los grandes tratados de Bouchard, Brissaud y Robin.

Descanse en paz el ilustre clínico, honra de la Medicina francesa y luchador internacional de la patología del hígado.

\* \*

Con profunda pena tenemos que señalar en esta semana la grave situación de salud por que atraviesa nuestro muy amado DIRECTOR HONORARIO e ilustre maestro de todos D. Angel Pulido Fernández.

La cruel enfermedad que padece ha tenido últimamente complicaciones broncopulmonares que pusieron en inminente riesgo su vida. Parece iniciada una pequeña mejoría, y hacemos fervientes votos por que se confirme y ensanche esta esperanza.

DECIO CARLAN

## **Academias, Sociedades y Conferencias**

### **ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA**

*Sesión del 19 de Noviembre de 1932.*

Abierta la sesión, el Dr. López Pérez lee un trabajo sobre «Nota de una vida: El profesor Leopoldo López García (q. e. p. d.)». Seguidamente la Academia pasa a ocuparse del

#### **ÍNDICE FITOTÓXICO DE LOS SUEROS HUMANOS PATOLÓGICOS**

**Dr. Gustavo Pittaluga:** Hace unos diez años, la Escuela de Nueva York empieza a ocuparse del gran problema relativo al índice fitotóxico, que a nosotros nos viene ocupando desde hace dos años. Se refiere a la acción tóxica

ejercida por la dilución de sueros humanos patológicos sobre el crecimiento de las raicillas de las plántulas de distintos vegetales. Problema que arranca de observación empírica antigua relativa a la acción inhibitoria que sobre ciertas flores ejercen algunas mujeres durante el período menstrual e igualmente la acción tóxica desarrollada también por la sangre menstrual de ciertas mujeres.

Esta observación empírica ha sido trasladada al campo científico y motodizada técnicamente por Schich en 1922; comprueba tal acción tóxica de la sangre menstrual y de la sangre circulante de individuos con ciertos procesos, no sólo sobre las flores sino también sobre las plántulas o raicillas de determinados vegetales. Este autor define una especie de menofitoxina.

Es considerada hoy esta acción tóxica como propiedad ligada con alteraciones físicoquímicas del organismo de la mujer menstruando, en cuya virtud el suero hemático ejerce acción inhibitoria. Esta se valora frente a las plántulas del «lupinus albus» (altramuz). Es como se ha aplicado este método para determinar el poder fitotóxico de la sangre e investigar diversos sueros patológicos y líquidos orgánicos. Es de donde arrancan los trabajos de Macht sobre el poder fitotóxico de la anemia perniciosa; dan como resultado que el suero de la sangre de estos enfermos determina una inhibición francamente apreciable sobre las plántulas del altramuz. Es como Macht ha fijado lo que él denomina índice fitotóxico: Resultado de multiplicar por ciento la longitud de las plántulas sumergidas durante veinticuatro horas en líquidos mezclados en proporciones determinadas con suero o sueros cuyo poder citotóxico quiera comprobarse, dividido por la longitud de las raíces testigos que se sumergen en líquido nutritivo. Índice que en condiciones normales oscila entre 75 y 85. Es el índice citotóxico normal, como dice Macht. Cuando empleamos sueros procedentes de procesos patológicos caquectizantes se obtienen, en general, cifras que oscilan entre 35 y 45, lo que está demostrando una inhibición muy considerable.

Desde hace dos años venimos estudiando el índice fitotóxico de sueros patológicos en colaboración con los doctores Eleizalde, Mezquita y Vic; hemos fijado algunas causas de error, intentado interpretación exacta del fenómeno, fijado la influencia de factores físicoquímicos y precisado una técnica personal. Hemos trabajado con sueros procedentes de diferentes procesos morbosos, habiendo llegado a considerar que la acción citotóxica no es propiedad específica de determinados procesos sino variaciones de la constitución físicoquímica o bioquímica; es asunto más genérico. Si en general en la anemia perniciosa se obtienen los índices citotóxicos más bajos desde el punto de vista estadístico, en el sentido absoluto el índice más bajo que hemos obtenido ha sido con suero de enfermo en fase caquectica por tuberculosis pulmonar; hemos hallado un índice citotóxico de 25 a 30. En cambio, en enfermos de tifoidea hallamos casi ausencia absoluta de acción citotóxica; hemos obtenido valores de 73 a 75; es decir, índice citotóxico próximo al normal. En cambio, en reumatismos articulares agudos y reumatismos crónicos hemos llegado a obtener valores hasta de 128.

Es decir, estamos, pues, ante un método de comprobación de las propiedades tóxicas de los sueros patológicos; hecho que merece estudiarse a fondo. Ciertamente, no creemos que sea todavía momento de fijar conclusiones ni la posibilidad de generalizar el método a la práctica clínica. Sólo queremos apuntar los resultados obtenidos e igualmente la técnica que hemos seguido.

**Dr. Castro:** Ante los estudios sobre índice citotóxico no



queremos dejar de marcar la importancia de la alexina y, por tanto, las variaciones de resultados que pudieran obtenerse en estos estudios con sueros tinalizados o no. Igualmente al sacar conclusiones sobre el desarrollo de las plántulas de ciertos vegetales, no olvidemos que las sumergimos en sustancias extrañas y que para su alimentación no es posible olvidar la ley del *mínimum nutritivo*, como tampoco que sean cristaloides o coloides los medios en que vayamos a estudiar sus problemas nutritivos.

#### LA FUNCIÓN RENAL EN LOS ADDISONIANOS

**Dr. Gregorio Marañón:** En el estudio de la enfermedad de Addison queremos fijar el papel que pueda tener en el estado comatoso final el factor de insuficiencia renal. La hipótesis que los addisonianos mueren por insuficiencia renal fué primeramente presentada por Sicard. Hipótesis prontamente substituída por la teoría encefalopática, que hemos combatido. Después aparece la teoría humoral o de



perturbación del metabolismo de los hidratos de carbono; por glucemia y acidosis. Recientemente, a la aparición en clínica del *hormón cortical*, se vuelve a plantear la intervención de la insuficiencia renal en el final de los addisonianos. Autores americanos han visto que los animales a los que se les extirpa las cápsulas suprarrenales aumentan su *nitrogenemia* progresiva hasta el momento de la muerte, en que llega a alcanzar cifras considerables. Esto ha hecho su poner que el factor de la insuficiencia renal tenga cierta importancia en la insuficiencia suprarrenal; en esta clase de enfermos se han hallado cifras altas de azotemia.

En estos últimos meses hemos estudiado diez addisonianos, fijando especial atención en el estudio de la insuficiencia renal. Todos los elementos humorales son aproximadamente normales en los addisonianos. Las variaciones de la azotemia permiten agrupar estos enfermos en tres categorías: una con cifras de azotemia normales (tres enfermos); otra con cifras relativamente algo más elevadas (seis enfer-

mos), y la tercera con cifras más altas (un enfermo); pero nunca por encima de 0,95. Valores que van aumentando progresivamente, y tanto más cuanto se aproxima el momento de la muerte. Es, pues, la hiperazotemia la que puede relativamente indicarnos la proximidad de la muerte.

La hiperazotemia en los addisonianos no creemos pueda ser función de lesión renal, como suponen autores americanos. De los diez enfermos, en cinco no nos ha sido posible estudiar anatomopatológicamente sus riñones; encontramos normalidad renal, la que recientemente también han fijado otros autores.

Así, pues, la hiperazotemia de los addisonianos no es por lesión renal; seguramente es debida a un estado de concentración excesiva de la sangre, en relación con la fuerte deshidratación que los addisonianos presentan en los últimos meses de su enfermedad. Además, en la clínica de Jacob se ha fijado que en los estados de hipotensión prolongada se produce una congestión permanente de los riñones acompañada de cifras altas de azotemia sin la menor relación con síndromes urémicos.

El estado de hipotensión arterial es una característica de la enfermedad de Addison. Es, pues, la aplicación de Jacob aplicable a la hiperazotemia de los addisonianos como también lo es en los diabéticos, sobre todo jóvenes, que son siempre muy hipotensos y en los cuales encontramos, a veces, cifras altas y aun muy altas de azotemia, y, en cambio, en la autopsia los riñones se encuentran casi normales.

Cualquiera que sea la causa de la hiperazotemia en los addisonianos, sucede que no interviene o lo hace en muy pequeña medida en los fenómenos graves y situaciones finales de estos enfermos. Además, esta hiperazotemia no suele ser muy elevada; excepcionalmente por encima de 0,95.

Lo apuntado, a más de no hallarse lesiones renales en la autopsia de estos enfermos, y el que las pruebas de funcionalismo renal suelen ser normales, y el que la sintomatología addisoniana, aun de tipo comatoso, se diferencia fácilmente del coma urémico, nos obliga a ver este problema en otro sentido. Unamos a ello la acción de la *hormona cortical* sobre esta alteración humoral del addisoniano. Rowntree afirma que la *cortina* disminuye la hiperazotemia del addisoniano. Acción que nosotros no hemos visto nunca en forma inmediata; a la larga se observa que la hiperazotemia disminuye, pero acaso se deba a que con esta medicación hormonal mejora el estado general y con ello cesan los vómitos; el enfermo se nutre mejor, cesa el estado de deshidratación y acaso éste sea el artificio por el cual disminuya la azotemia.

Finalmente, insisto que los fenómenos mortales en los enfermos de Addison, si bien son acidóticos, no tienen relación con lesiones renales, a pesar de lo afirmado por Rowntree. Creemos que están ligados a perturbaciones metabólicas de los hidratos de carbono y en medida secundaria, acaso a insuficiencia renal. Es una interpretación del final de los estados comatosos en los que no se puede negar un factor central a él sumado, varios fenómenos tóxicos que impulsan el estado de descomposición de los resortes de las defensas orgánicas y del equilibrio metabólico del organismo, sea cualquiera la causa de su muerte.

**Dr. Gustavo Pittaluga:** A lo expuesto queremos insistir sobre la importancia de emprender la valoración del índice citotóxico en cuanto a la disociación de los diversos factores que puedan entrar en él; hemos de disociar los factores de orden genérico, bioquímico (azotemia, colesteroína, etc., etc.—M. Aceña.

\*\*\*



## ACADEMIA MÉDICO QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del 21 de Noviembre de 1932.

ESTUDIO EXPERIMENTAL SOBRE RESECCIÓN  
DE ADHERENCIAS PLEURALES

**Dr. José Abelló Pascual:** Estudiando la evolución de las lesiones cavitarias en los muñones de los neumotórax terapéuticos con adherencias, da una clasificación de dicha evolución, demostrando cómo pueden existir en dichos muñones lesiones cavitarias parecidas a las de «intervalo» Breuning, durante mucho tiempo, sin que el enfermo presente sintomatología clínica de actividad.

Hace un estudio paralelo de las adherencias pleurales y de su transformación en cordonales, laminares, etc. Presen-



ta preparaciones histológicas de paredes costales, donde se puede sorprender corpúsculos libres en la cavidad pleural e insertados en la fascia endotorácica. Esto mismo lo produce experimentalmente en los animales de laboratorio, y estudia las relaciones que puede tener la fascia endotorácica con la pleura y las transformaciones que puede sufrir ésta por la acción del neumó. Presenta una técnica personal para provocar adherencias pleurales en los animales de experimentación, en particular en los perros, y así analizar la formación de las adherencias, y al propio tiempo ensayar las distintas técnicas que hoy se emplean para su sección y valorar éstas. Presenta varios casos de donde ha verificado la sección de adherencias empleando solamente la técnica de coagulación. Termina dando cuenta de experiencias efectuadas para poner de relieve qué método se debe de emplear, si la coagulación o la diatermocoagulación.

## SOBRE LARINGITIS COSTROSA Y SU TRATAMIENTO

**Dr. Llerena Benito:** Hemos de considerar la laringitis costrosa como complicación del coriza atrófico costroso y éste como entidad microbiana sobreañadida a ciertos trastornos trofoneuróticos dependientes de una alteración del sistema nervioso endocrinosimpático.

En nuestra casuística de laringitis costrosa, los seis casos recogidos pertenecen al sexo femenino, y salvo la cuarta

observación, en mujer de cuarenta y dos años, los restantes recaen en niñas o adolescentes.

Con la vacunoterapia en laringitis costrosas, podemos pensar en la curación de tan rebelde afección, entendiéndolo por curación la desaparición de las costras y secreciones laríngeas, de manera prolongada.

Con excepción de la quinta observación, en las restantes estamos al corriente de la marcha del proceso; la desaparición de las costras laríngeas, y, por consiguiente, la disfonía y la disnea, ha sido de manera prolongada, a pesar de no hacerse tratamiento local ni general alguno tras la vacunoterapia.

Los resultados halagüeños han sido, en todos nuestros casos, mucho más marcados sobre la localización costrosa en laringe que sobre el proceso nasal.

**Dr. Antonio Martín Calderín:** Hoy por hoy no podemos compartir la opinión favorable sobre curabilidad o curación del proceso nasal ozenoso. Precisa para ello descubrir la patogenia del proceso, como ponerse de acuerdo sobre etiología y tratamiento. En cuanto a tratamiento, hemos empleado todo lo aconsejado; hemos visto marchar bien unos enfermos y con el mismo proceder terapéutico marchar mal otros. La vacunoterapia en el ozena tuvo su época de gran boga; hemos fracasado en su aplicación.

Teniendo en cuenta los resultados presentados por el Dr. Piga con la radioterapia del simpático en la parálisis infantil y pensando que acaso el fracaso de la actuación sobre el simpático en casos de ozena fuera explicable por regeneración nerviosa, hemos realizado radioterapia del simpático en dos ozenosas. Rápidamente observamos la desaparición de las costras y la aparición de una exudación nasal serosanguinolenta. Cuando procedimos, meses más tarde, a su exploración para su presentación en centro científico, habían reaparecido las costras en fosas nasales. Nueva actuación radioterápica ha vuelto a conseguir la desaparición de las costras nasales.

Se comprende la cautela a tener al dictaminar sobre resultados terapéuticos conseguidos en el ozena y, por tanto en laringitis costrosa.

## IMPORTANCIA PATOGENICA DE LAS DISONIAS

**Dres. Oliver Pascual y S. Montejo Ramos:** El equilibrio normal entre los electrolitos—isonia—se puede alterar en el organismo humano de muy diversas maneras (calcio-potasio, calcio-fósforo, sodio-potasio, etc.); a estos cambios de equilibrio es a los que denominamos *disonias*. Hasta el momento actual, la ecuación de Rona y Michaelis era la que expresaba de modo más completo semejantes cambios referentes al calcio sanguíneo, pero en ella no se contaba con algunos elementos que han hecho precisa la ecuación de Peter-Eiserson. En efecto, en esta última se tienen en cuenta la concentración de hidrogeniones, las proteínas del plasma, el calcio y el fósforo; en cambio, la ecuación de Gyorgy—1926-1927—no hace referencia a la proteína.

Merced a la ecuación de Peters y Eiserson (1929), fácilmente se deducirá la cantidad de calcio total y la del calcio ionizado, suponiendo un pH constante, haciéndole depender de la concentración sanguínea de fosfatos inorgánicos y partiendo del supuesto que el suero sanguíneo se comporta como si estuviera en equilibrio con el fosfato tricalcico más de la tensión del óxido de carbono. — *M. Aceña.*

\* \*



## SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

Sesión del 15 de Noviembre de 1932.

El Sr. Palanca contestó a todos sus impugnadores sobre el tema «Problemas higiénicos del obrero del campo andaluz», rebatiendo los argumentos expuestos.

El Sr. San Antonio trató sobre la comunicación del doctor Masip, «Escuelas para deficientes físicos», no aceptando la construcción de nuevos edificios para escuelas, sino adaptar los actuales que precisaren, propugnando por una inspección médico escolar intensa.

El Dr. Verdes Montenegro insistió sobre las ventajas de las escuelas al aire libre para los deficientes físicos. La señora Hortelano de Masip corroboró la necesidad de colaboración íntima entre médicos y maestros.

El Sr. Decref se manifestó conforme con las ideas anteriores.

\* \*

## SOCIEDAD OFTALMOLÓGICA DE MADRID

Sesión del 17 de Noviembre de 1932.

## CHANCRO PURO DE CONJUNTIVA BULBAR

**Dr. Ros González:** Comienza recordando la extraordinaria rareza de esta localización del chancro y hace un detallado estudio de la etiología y patogenia de esta afección, citando datos estadísticos de la misma.

A continuación expone el caso objeto de su comunicación: Se trata de una mujer de cincuenta y cinco años, casada, cuyos antecedentes patológicos tienen escaso valor en relación con su padecimiento actual. Esta enferma, coincidiendo con una excursión al campo, nota al volver, además de unos dolores reumatoideos en brazo izquierdo, que atribuye a una mojadura, una sensación de cuerpo extraño en su ojo derecho. Familiares de la enferma la miran sin descubrir nada, pero como la paciente insiste en tener algo que le roza en su ojo señalando el punto de mayor molestia, pasan repetidamente por conjuntiva la punta de un pañuelo, pero sin lograr ver el pretendido cuerpo extraño.

Al día siguiente todas las molestias han desaparecido, continuando así dos semanas, al cabo de las que comienza a sentir un escozor, roce e inflamación palpebral, molestias que le obligan a consultar, acudiendo al Servicio de Oftalmología del Hospital Militar de Carabanchel—a cuyo jefe, Dr. Renedo, con sus valiosos consejos, debe la atención de poder exponer esta historia—. Examinada la enferma se aprecia gran tumefacción palpebral que casi impide distinguir la hendidura. En conjuntiva bulbar inferior y casi limitando con fondo de saco, aparece una tumoración ovalada, de eje mayor horizontal, rojiza oscura, indolora, francamente dura al tacto y presentando en su vértice una ligera depresión cubierta por una placa pseudomembranosa, adherente, blanco grisácea.

De los distintos procesos que podían presentar cuadro análogo (tuberculosis, tumor, esporotricosis, filariosis, miasis, etc.), la primera orientación fué la de pensar pudiera tratarse de una lesión luética primaria.

Practicado un examen ultramicroscópico del producto del raspado de la placa pseudomembranosa, se descubren abundantes treponemas.

Como además la enferma presentaba adenitis preauricular, parotídea y submaxilar, y las reacciones serológicas eran negativas, sentamos el diagnóstico categórico de chancro duro.

El tratamiento específico a que hemos sometido a la paciente ha producido en pocos días tal mejoría que apenas si hoy queda rastro de la afección.

A la bien estudiada historia acompaña unas interesantes microfotografías, preparaciones microscópicas y fotografías de la lesión.

## DISCUSIÓN

**Dr. Arjona:** Duda del modo de transmisión señalado, recordando la benignidad que los autores señalan al proceso con localización ocular.

**Dr. Cortés:** Cree hubiera sido preferible esperar la evolución del caso antes de presentarlo. Dice (sin duda por no haber oído bien al expositor) que debió hacerse un Wassermann.

**Dr. Costi:** Señala la escasa importancia de las reacciones serológicas en estos casos, concediéndole mayor a la de Herxheimer.

Recuerda un caso de goma visto por él.

**Dr. Mansilla (D. Sinforiano):** Cree sería interesante precisar el modo de contagio, recordando tres casos que él publicó hace más de cuarenta años, si bien todos ellos eran de participación palpebral.

**Dr. Marín Amat:** Recuerda haber publicado tres casos de chancro, haciendo una extensa exposición pronóstica, de importancia de la profilaxis y del tratamiento general y local que considera más indicado en casos como el expuesto.

**Dr. Renedo:** El haber presentado la enferma a la Academia Española de Dermatología le obliga a intervenir para mostrarse de acuerdo con el Dr. Ros.

El modo de transmisión no puede asegurarse con certeza, pero es innegable que la hipótesis formulada por el comunicante es en absoluto razonable; las cosas se han desarrollado de tal modo que es forzoso aceptarla.

No sólo concede valor al Wassermann en este caso, sino que lo concede extraordinario, porque su negatividad permite desechar la idea de lesión secundaria o terciaria.

Ninguno de los casos aludidos es análogo al que hoy se discute. Naturalmente que en los vistos antes del 1905 por el Dr. Mansilla, había de atenderse exclusivamente a los síntomas clínicos para sentar el diagnóstico, pero a partir de esta fecha no es disculpable haber prescindido de la investigación del treponema, que, a nuestro juicio, es lo esencial. No sólo es, pues, distinto el caso clínicamente, sino que le separa de los hoy aludidos la garantía científica máxima, la de haberse investigado y encontrado en él el treponema.

## RECTIFICACIÓN

**Dr. Ros:** Insiste en conceder al Wassermann en este caso una extraordinaria importancia por su resultado negativo. Reconoce el mérito de los antiguos clínicos, que les permitía sentar diagnósticos difíciles sin auxilio del laboratorio, como en los casos a que se refería el Dr. Mansilla, que anota, aun cuando son distintos del que motiva la comunicación, mérito que ha de reconocer también en los médicos más modernos que prescinden de la investigación del treponema limitándose a la sintomatología clínica, pero con cuyo criterio no puede en modo alguno estar de acuerdo.

Por ello, en vez de prodigar los datos clínicos, se ha limitado a recoger los esenciales (tumoración erosiva con adenitis satélite), preocupándose rápido de la investigación del treponema, que tuvo la suerte de encontrar.

En este sentido—aparte de no ser los por él indicados de conjuntiva bulbar—quiere el comunicante separar del suyo, que cuenta con la garantía de la busca y hallazgo del treponema, los publicados por el Dr. Marín Amat, extremos que quizás con criterio opuesto al de su colega, que respeta pero no comparte, considera esenciales para el diagnóstico.



## UNA GLORIA MÉDICA GRANADINA

## El Dr. Peinado y Díez de Oñate.

El Dr. D. Juan de Dios Peinado y Díez de Oñate nació en Guadix, provincia de Granada, el 27 de Agosto de 1849, perteneciente a noble familia.

Cursó sus primeros estudios en el Seminario Conciliar de su ciudad natal, que abandonó acabados que fueron los cursos de Latín y Filosofía, para trasladarse a Granada, donde siguió con brillantísimo aprovechamiento la carrera de Medicina, siendo discípulo predilecto de los famosos



Dres. D. Juan Creus y Manso, D. Santiago López Argüeta y otros excelentes maestros gloria de la Medicina española.

Por el año de 1873 desempeñó la titular de Santafé, pueblo de la misma provincia, ejerciendo allí la profesión doce años con tal celo y pericia que su nombre se extendió bien pronto por aquella comarca, y era frecuentemente llamado en apelaciones a diversos puntos de las provincias de Granada, Málaga y Almería.

Hacia el año 1885, y con motivo de venir observando varios casos de una fiebre que se diferenciaba de las hasta entonces vistas y descritas en los tratados de Medicina, escribió en la *Gaceta Médica*, de Granada, un trabajo que tituló «Una nueva enfermedad infecciosa?», en el que llamaba la atención de los profesores médicos que, encontrándose al frente de centros docentes, contaban con medios de investigación necesarios y de los que él carecía, leyéndose a poco que el médico militar inglés Brincs, residente en la isla de Malta, había encontrado el microbio específico, generador de dicha enfermedad, que denominó «Micrococo melitense», hecho confirmado luego por múltiples observaciones.

Se trasladó después a Granada, en busca de más ambiente, y en aquella capital, en donde puede decirse que

está el emporio de la ciencia de toda la región andaluza, se levanta, se destaca sobre los demás, y rápidamente adquiere una clientela de las mejores, en justa recompensa a su trabajo y al afán de colocarse en el más alto nivel, como efectivamente lo consiguió en poco tiempo.

El médico que figura entre los primeros de una capital y se ve halagado por la fortuna, suele dormirse en los laureles; pero el Dr. Peinado, lejos de abandonarse, encontraba solaz en el estudio, y en vez de expansiones lícitas se dedicaba a escribir obras de Medicina y a redactar artículos para la *Gaceta Médica*, de Granada, que merecieron la aprobación general y fueron buscados y leídos con gran interés.

Entre las primeras merecen citarse su estudio sobre la «Difteria, especialmente del istmo de las fauces y laringe», y la titulada «Estado actual de la cuestión referente a la etiología, profilaxis y tratamiento de la tisis pulmonar». Que estos trabajos merecieron juicio favorable a la prensa nacional y extranjera, y gran concepto entre los médicos, se comprueba con que las ediciones se agotaron rápidamente.

No menos llamaron la atención sus innumerables artículos, que se reprodujeron en los periódicos de Italia, Francia y Alemania, especialmente el entonces de actualidad, «¿Deben rechazarse los cáusticos en el tratamiento de la angina diftérica?», y otro sobre la «Gripe», citado por los señores Lexden y Guttmann, de Berlín, en su magnífica obra «Du influenza epidemie».

En 1898 la Academia de Medicina de Granada abrió sus puertas al ya famoso médico, quien leyó para su ingreso un maravilloso discurso sobre la «Pseudomeningitis o meningismo», materia muy discutida entonces, y contestó en nombre de la eximia Corporación el Dr. D. Antonio Velázquez de Castro, el cual sentía por el nuevo académico las vivas simpatías que despierta siempre la laboriosidad y el talento, diciendo con singular gracejo:

Esto, Inés, ello se alaba,  
No es menester alaballo;  
Sólo una falta le hallo,  
Que con la prisa se acaba.

Contra su voluntad fué elegido concejal del excelentísimo Ayuntamiento de Granada, y su paso por aquella Corporación sirvió para que, presidiendo un tribunal de oposiciones a plazas de médicos de la Beneficencia, reaplاندiera su espíritu de rectitud y de justicia, rechazando influencias y recomendaciones y no admitiendo para ocupar aquellos puestos sino a los que en brillante oposición demostraron su capacidad para el cargo.

En 1885 y con motivo de haberse distinguido con celo incansable en su asistencia a los coléricos, fué propuesto para la Cruz de Beneficencia, que su modestia proverbial no consintió jamás aceptar.

Su característica fué la caridad, hasta el punto de no aceptar honorarios de aquellos que por su estrechez económica, larga enfermedad u otras circunstancias no podían hacerlo sin sacrificio. Era el médico obligado de las familias de médicos fallecidos y de todos aquellos que por falta de recursos no podían siempre acudir en consulta en casos de enfermedad.

El 15 de los corrientes falleció tan ilustre hombre de ciencia, víctima de una terrible enfermedad que venía minando su naturaleza, y que soportó con cristiana resignación durante ocho meses de sufrimiento indecible.

Descanse en paz el ilustre compañero y reciba su familia el testimonio de nuestro profundo dolor por tan irreparable pérdida.



## Consejo general de Colegios Médicos de España.

Bajo la presidencia del Dr. Pérez Mateos, y con la asistencia de los Dres. García Tornel, de Barcelona; La Rosa, de Sevilla; Piga, de Madrid; Cimas Leal, de Salamanca; Cortés Pastor, de Valencia; Lomas, de Lugo; Crespo Alvarez, de Zamora; Iñigo, de Zaragoza; Durán Sousa, de Málaga; Pardo, de Guadalajara, y Egea, secretario, ha celebrado el Consejo general de Colegios Médicos de España su sesión reglamentaria.

Se dieron cuenta de los acuerdos tomados en la pasada Asamblea de La Coruña y de una proposición del Colegio de León pidiendo un homenaje para el actual presidente del Colegio coruñés por su brillante gestión al frente de la Junta de gobierno en la organización de la Asamblea, y por las atenciones dispensadas a los asambleístas. Se designó una ponencia para que dé forma viable al homenaje.

Se resolvieron los recursos de alzada de colegiados sancionados por los Colegios de Barcelona y Segovia; el primero, de conformidad con el Colegio y el Tribunal profesional, y el segundo, como al parecer pueden derivarse responsabilidades que entran de lleno en la ley de Enjuiciamiento civil, se acordó, por unanimidad, esperar el fallo de los Tribunales de Justicia y queden probados ciertos hechos independientes de las sanciones profesionales.

Se dió cuenta de la resolución del asunto del Colegio de Avila con un Ayuntamiento de aquella provincia, mediante gestiones personales realizadas por la presidencia.

A propuesta del presidente del Colegio de Madrid, doctor Piga, se estudió un proyecto de reglamentación de consultas públicas gratuitas, con carácter general para todas las provincias, para que en breve plazo se recabe su implantación y pueda obtenerse una guía de asistencia pública en España.

Se acordó pedir a la Asociación de Médicos titulares inspectores municipales de Sanidad tres representantes para formar la Comisión acordada en la pasada Asamblea, para que en unión del Consejo de Colegios laboren en todo momento por conseguir las justas aspiraciones de aquel Cuerpo.

En virtud de los mismos acuerdos de la Asamblea, se reunió la Comisión designada para redactar un proyecto de-

nitivo de iguala médica, ajustado a las nuevas orientaciones sociales y llenando todos los fines de la asistencia pública. Aprobándose por el Consejo el proyecto redactado. Se acordó que el Consejo eleve las peticiones de los Cuerpos de las Beneficencias provinciales y forenses que se determinaron en la repetida Asamblea.

También se acordó visitar al señor ministro de la Gobernación y al director general de Sanidad para testimoniarles el agradecimiento por el proyecto de Ley sobre titulares y que ha sido aprobado por las Cortes.

También se determinó pedir al Comité de la Asociación de titulares que la Comisión que designe para apoyar las peticiones del Cuerpo lleve también el mandato para colaborar en el estudio de los Seguros Sociales, en unión del Consejo y de la Unión Farmacéutica Nacional.

Se designaron los ponentes que han de redactar el proyecto de incompatibilidades de cargos médicos, acordado en La Coruña; y también la que ha de redactar un proyecto de tarifas que deban regir para los Accidentes del Trabajo. Se acordó pedir a los Colegios contribuyan a una suscripción entre los mismos para socorrer a dos compañeros de Táy cuyos hogares fueron totalmente destruidos por elementos incendiarios, en el pasado mes de Junio.

Estudiada la situación económica del Colegio de Huérfanos de Médicos, y a fin de poder ir pagando los créditos pendientes por las obras realizadas del nuevo edificio, se acordó hacer un reparto, según determinó la pasada Asamblea entre los Colegios, a 25 pesetas por colegiado; pudiendo cada organismo provincial recaudar sus cantidades en la forma que estime más práctica; para lo que se les enviará un estado detallado del estado de las obras, marcha económica de las mismas y del Colegio de Huérfanos, y cuantos detalles sean precisos para el mejor conocimiento de todos los médicos.

Designóse al presidente del Colegio de Médicos de Madrid, Dr. Piga, para el cargo de vocal de la Junta Superior Consultiva de la Tributación.

Dióse lectura a la Memoria redactada por el ponente designado para estudiar los Seguros sociales en el extranjero, durante el pasado mes, la que fué aprobada.

El consejero representante de Cataluña invitó al Consejo para que asista el presente mes de Noviembre a los actos de la inauguración de Casal des Metges, en Barcelona, siendo aceptada por unanimidad.



El Dr. César Serrano rodeado de sus compañeros y amigos después de la comida dada en su honor por haber obtenido el Premio de la Academia Médico-Quirúrgica.



## OPOSICIONES MEDICO-RURALES

DE INTERÉS PARA NUESTROS SUSCRITORES

En vista del sinnúmero de cartas que continuamos recibiendo con pedidos y consultas sobre nuestro libro anunciado para contestar el programa de oposiciones médico-rurales, nos vemos obligados a reproducir el artículo que publicamos en nuestro número del 29 de Octubre próximo pasado, encareciendo su lectura a cuantos se interesan por el libro referido.

Decíamos así:

«La obra *Oposiciones a las vacantes de Médico Titular Inspector Municipal de Sanidad. Contestaciones al programa Medicina, Cirugía, Higiene y Prácticas de Laboratorio y Legislación Sanitaria*, es una obra de extensión superior a 700 páginas, y que se dará gratuitamente a los suscriptores de EL SIGLO MEDICO, a partir del día 7 de Enero de 1933, en forma de encarte, separada del texto del periódico y fácilmente encuadernable. Con cada número de EL SIGLO MEDICO se enviarán 32 páginas de dicha obra, es decir, un mínimo de 128 páginas mensuales.

Para tener derecho a recibir completamente gratis esta obra es condición indispensable que el suscriptor haya pagado el importe de suscripción de EL SIGLO MEDICO por el año completo de 1933, antes del 15 de Enero de 1933.

Como tenemos muchos suscriptores que en la actualidad han pagado ya parte del año 1933 de suscripción, a éstos especialmente advertimos que deberán enviar a la Administración de EL SIGLO MEDICO, Serrano, 58, antes del 15 de Enero de 1933, el importe de los meses que les falte pagar desde el vencimiento de su suscripción hasta fin de Diciembre de 1933. Es decir, que si un suscriptor tiene abonada su suscripción hasta fin de Agosto, por ejemplo, de 1933, deberá enviar el importe de los meses de Septiembre y Diciembre de 1933, antes del 15 de Enero de dicho año, para tener derecho a recibir la obra gratuitamente.

Siendo el objeto de EL SIGLO MEDICO celebrar con la publicación de esta obra el 80 aniversario de su fundación, que se cumple el día 1.º de Enero de 1933, la obra no comenzará a servirse a nadie antes de dicha fecha ni se servirá por entero antes de atender los pedidos de nuestros suscriptores. Como no se persigue con esta publicación un medio de lucro, sino de servicio práctico y cordial a nuestros compañeros, es conveniente que quienes no sean suscriptores del periódico y deseen recibir la obra de una vez, cuando esté terminada, avisen desde ahora su deseo a la Administración y comprometan su ejemplar, pues dado el número de suscriptores que la solicitan se exponen los no suscriptores a encontrarse sin ejemplar hasta una nueva edición.

Puede pedirse a la Administración el folleto que tenemos ya publicado, conteniendo las condiciones generales de la obra y capítulos de muestra para mejor orientación de los solicitantes.

Dicho folleto se remitirá gratis a todo el que lo solicite.»

### Congreso Internacional de la Litiasis Biliar (VICHY, 19 22 SEPTIEMBRE)

En la tercera jornada del Congreso se trató de «El hígado litiasico», tercer tema oficial de éste.

#### LA MISIÓN DEL HÍGADO EN LA PATOGENIA DE LA LITIASIS

El profesor Noel Flesinger establece al comenzar su comunicación el papel que juega el hígado en la patogenia de

la litiasis, y lo basa en la existencia de dos argumentos fundamentales: uno la litiasis hepática y otro la litiasis que se produce después de las colecistectomías.

El autor trata a continuación del estudio de la acción de la célula hepática: la formación de un núcleo orgánico y bilirrubínico, insuficiencia colagénica y la ruptura del equilibrio físicoquímico que acarrea la precipitación de la coles-terina. Dice que los trabajos de los eminentes profesores Grigaut y Chauffard han dado las razones por qué goza de esta inestabilidad la coles-terina y luego éstas han sido avalladas por infinidad de trabajos de médicos de todos los países. El papel de la célula—termi a Flesinger—pone en evidencia la llamada «diatesis colesterínica», y los depósitos minerales e infiltraciones análogas de cobre y hierro son fenómenos sobreañadidos y sin importancia.

#### LA ICTERICIA EN LA LITIASIS DE LA VÍA BILIAR PRINCIPAL

Observa el rapporteur—Dr. Brule—ante todo, que la ic-tericia vista en la litiasis del colédoco es en gran número de casos de origen mecánico y suele asociarse a la obstrucción de la vía biliar principal y en ningún modo a una hepatitis.

Habla después de lo fácil que resulta reproducir por experiencias la retención biliar ligando o resecaando el colédoco y la necesidad de saber cómo se comportan las diversas especies animales ante la impregnación para mejor poder interpretar los resultados obtenidos. Hace una distinción entre las lesiones histológicas del hígado, vistas clínica y experimentalmente en las obstrucciones coledocianas y las igualmente observadas en las hepatitis icterigénas; dice que en el hombre no se produce la obstrucción completa a causa de la dilatación del conducto. La litiasis coledociana puede desenvolverse sin ictericia o siendo ésta muy ligera.

En las litiasis coledocianas y en las hepatitis, las instilaciones de sulfato de magnesia permiten a veces hacer descender con gran rapidez la retención biliar.

El diagnóstico diferencial de las ictericias por hepatitis y por obstrucción coledociana es hoy más fácil de hacer, pues en las segundas existe siempre una gran hepatomegalia con caracteres muy particulares a causa de la distensión del hígado por la bilis que se acumula detrás del obstáculo coledociano.

El diagnóstico entre las obstrucciones calcular y cancerosa del colédoco nos lo da el lavado duodenal, que en la litiasis deja sacar la bilis y en el cáncer no, a no ser que se encuentre en un estado ya muy avanzado de su evolución.

Termina el autor diciendo que el lavado duodenal con instilación de sulfato de magnesia es una magnífica terapéutica que nos deja bien extraer el cálculo después que ha sido lograda la desaparición de la ictericia o conseguir alguna vez expeler los cálculos.

#### LAS LESIONES DEL HÍGADO EN LAS ICTERICIAS DEL MISMO

Dicen los Dres. Harvier y Carol, rapporteurs oficiales, que para evitar mejor el estudio de las lesiones del hígado en las ictericias de la litiasis hay que hacer uso de la biopsia del hígado, practicándose ésta durante el acto operatorio, y de esta manera se podrán individualizar un buen número de hecho anatómicos.

Exponen a continuación un estudio clínico biopsico y aptósico de las diversas lesiones del hígado en las ictericias.

Respecto a la indicación de la operación, dicen que debe estar dada por el estado anatómico del hígado, por lo cual se deben ver con sumo cuidado antes de intervenir por



la importancia de que gozan las lesiones asociadas hepato-celulares.

#### EXPLORACIÓN FUNCIONAL DEL HÍGADO EN LA ICTERICIA LITIÁSICA

Pasa revista el comunicante Dr. Diercky a los resultados que se han obtenido explorando las funciones del hígado y escoge entre ellas las que por su gran sencillez y buenos resultados se puede hacer uso en la práctica diaria; hace la consideración de que la exploración, a la par que denuncia el ataque hepático, debe denunciar la intensidad de éste y darnos así un dato más que nos ayude al pronóstico.

Hace a continuación de lo antedicho las deducciones siguientes:

1.<sup>a</sup> La exploración de la función biliar no da los datos necesarios sobre las lesiones que se producen en el parénquima hepático, por lo que no se puede dar el pronóstico.

2.<sup>a</sup> Para explorar la función azoada es necesaria una técnica de gran delicadeza que no nos descubre muchas hepatitis ligeras.

3.<sup>a</sup> No se debe explorar la función cremógena en esta enfermedad.

4.<sup>a</sup> No se puede hoy en día juzgar el estado del hígado ni estudiando la función antitóxica ni los trastornos que se producen en el metabolismo de los lípidos.

5.<sup>a</sup> El autor da en esta su última deducción su preferencia por la exploración de la función glucosúrica, haciendo uso de la prueba llamada de la «galactosuria provocada». Termina diciendo que este método, de gran sencillez, denuncia el ataque hepático y su gravedad, permitiendo a la par diferenciar una ictericia mecánica de una hepática; tiene también un gran interés para el diagnóstico y el pronóstico.

#### LOS MÉTODOS RADIOLÓGICOS DE EXPLORACIÓN DEL HÍGADO EN LA LITIASIS Y EN LA ICTERICIA LITIÁSICA

El Dr. R. Gilbert, de Ginebra, ponente oficial de este tema, hace una breve exposición de los métodos usados, que son los siguientes:

1.<sup>o</sup> Método directo.

2.<sup>o</sup> Examen de la enercujada subhepática por papilla opaca.

3.<sup>o</sup> Colecistografía.

4.<sup>o</sup> Métodos conjugados.

El autor insiste, sobre todo, en el tercer método, y dice que avanza siempre más allá que los otros; hace luego un ligero resumen del segundo: forma de preparar al enfermo, dosis, soluciones empleadas, resultados, y verifica otro resumen más breve aún de las nuevas tendencias de la colecistografía.

En la última parte de su ponencia habla no muy extensamente de la ictericia litiásica, y termina con el deseo de que los rayos X alcancen nuevas y más avanzadas metas en la ictericia litiásica.

#### DEDUCCIONES QUIRÚRGICAS EN LA ICTERICIA LITIÁSICA

Empieza el rapporteur, profesor Gatellier, haciendo un recuerdo de las etapas del tratamiento quirúrgico, y dice que de veinte años acá la cirugía biliar no ha logrado progreso alguno, salvo en el campo de la técnica; hace un ligero resumen de las decepciones que produce y sus causas.

A continuación dice así: «El valor funcional de la célula hepática es el factor primordial de la inestabilidad del hígado operado.» Plantea, por tanto, este problema de tres preguntas, así por él enunciadas: «¿Podemos diferenciar la estasis hepática de la retención biliar pura de las hepatitis

toxiinfecciosas o de las hepatitis icterígenas?» Los más diversos análisis nos pueden dar informes fijos del valor de la célula hepática y de la naturaleza de las alteraciones. «¿Qué conclusiones de orden terapéutico se pueden dar en la operación y después de verificar ésta?»

Pasa a estudiar estas preguntas una por una y cómo debe prepararse al enfermo icterico para el acto operatorio.

Termina su ponencia el profesor Gatellier diciendo que en el momento actual los datos que proporcionan tanto la clínica como el laboratorio y las exploraciones radiológicas no son suficientes para que el operador pueda decir que las intervenciones en la ictericia están libres de riesgo.

JUAN H. SAMPELAYO

### Conclusiones aprobadas en la Asamblea Provincial de Federaciones Sanitarias en el pueblo de Villalba el día 6 de Noviembre de 1932

1.<sup>a</sup> Creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Pública.

2.<sup>a</sup> Que se pague a los médicos titulares en funciones de forenses los honorarios que devenguen y a los que tienen perfecto y legítimo derecho; buscando la forma de excluirlos de estas actuaciones gratuitas, honrosas y llenas de grandes responsabilidades.

Derogación del antiguo Arancel vigente y redacción de otro, en armonía con la época actual.

3.<sup>a</sup> Que se obligue a los Ayuntamientos al cumplimiento inmediato de lo que les impone el Reglamento Municipal de Sanidad de constituir partidos de practicantes y matronas titulares y consignar en sus presupuestos las cantidades legales.

4.<sup>a</sup> Que se supriman las Juntas Municipales de Sanidad y sean substituidas por Juntas de carácter técnico e informativas de la Inspección provincial de Sanidad.

5.<sup>a</sup> Que se modifique el Reglamento vigente para las corridas de toros en lo que afecta a la intervención burocrática del médico titular, derogando totalmente la tramitación para la obtención de permisos; informando de las condiciones necesarias para garantía de la asistencia de las enfermeras el subdelegado de Medicina del distrito, bajo su única responsabilidad.

Que los derechos devengados por los subdelegados de Medicina y por asistencia de los médicos en las enfermerías, sean depositados previamente en la Dirección de Seguridad o en los Gobiernos civiles al solicitar el permiso.

6.<sup>a</sup> Creación de la Inspección médico-escolar en toda España, a base de los médicos titulares en el medio rural y como auxiliares los practicantes y matronas, con una gratificación mínima del 30 y 15 por 100 respectivo de la titular.

7.<sup>a</sup> Que para la inscripción de los recién nacidos en el Registro civil sea preciso un certificado oficial gratuito expedido por el médico, practicante o matrona que asista al parto.

8.<sup>a</sup> Que las Diputaciones provinciales, con la ayuda material de los Ayuntamientos, procedan a la creación de consultorios de Puericultura e higiene prenatal en el medio rural, en aquellos puntos donde no hayan sido creados los Centros secundarios que tengan dicho servicio.

9.<sup>a</sup> Que se deroguen cuantas disposiciones existan sobre creación de enfermeras, damas enfermeras, enfermeros psiquiátricos, etc., y que se exija para todos estos cargos de



actuación técnicoauxiliar el título de practicante o matrona, como condición previa para realizar estos estudios, creando cursillos de preparación adecuada.

10. Que las Federaciones Sanitarias de la provincia de Madrid aprueban la creación de Centros secundarios en su carácter de acción social y preventiva, pidiendo se tenga en cuenta preferentemente la cooperación de los sanitarios rurales.

11. Que se excluya de la Beneficencia municipal a los individuos de la Guardia civil y sus familiares, por no estar comprendidos en el art. 3.º del Reglamento de 14 de Junio de 1891.

Entendiendo que esta exclusión de la Beneficencia no se opone a que los Ayuntamientos puedan darles asistencias gratuitas, pero pagada al titular por dichas Corporaciones municipales.

12. Solicitar del Gobierno de la República con carácter de urgencia:

a) La inmediata creación de la Inspección general de Farmacia y Bromatología.

b) La inmediata creación de las Inspecciones provinciales de servicios farmacéuticos y estupefacientes.

c) La inmediata publicación oficial de las disposiciones complementarias que faltan para poner en vigor el actual Reglamento de Titulares (relación de material de laboratorio y de procedimientos analíticos oficiales).

d) La inmediata convocatoria de cursos para farmacéuticos en la Escuela de Sanidad.

13. Protestar contra el Ayuntamiento de Llerena, provincia de Badajoz, por no abonar los débitos pendientes a los compañeros titulares de aquella población y ofrecerles nuestro apoyo para cuanto sea necesario.

14. Solicitar de los Poderes públicos que se disponga:

Que en aquellos casos de manifiesta ilegalidad en la provisión de una vacante, se haga responsable a los concejales que votaron la propuesta causante de la ilegalidad, imponiéndoles una multa que formará la indemnización para el médico perjudicado, y en caso de insolvencia, la separación del cargo de concejal y la incapacidad para desempeñar nuevamente el cargo, por espacio de diez años.



El profesor Porpeta rodeado de sus alumnos después de explicar su última lección en la Facultad de Madrid al haber sido jubilado por edad. Los alumnos han pedido al Gobierno que el profesor Porpeta siga explicando este curso.

## CRUZ ROJA INTERNACIONAL

Recientemente se ha celebrado en París la XIII Reunión del Consejo de gobernadores de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, en que han sido representados cincuenta países.

Presidió la Reunión Mr. John Barton Payne (E. U.), ostentando la representación de la Cruz Roja norteamericana.

En dicha Asamblea se acogió con gran satisfacción la noticia de que, como consecuencia de la adhesión de Persia, la Secretaría de la Sociedad de las Naciones consideraba cumplidas las condiciones puestas por la Convención del 12 de Julio de 1927 para el establecimiento de la Unión Internacional de Socorros, y que ésta, por tanto, entraría en

vigor muy próximamente. A propuesta del vicepresidente, D. Enrique J. Conill (Cuba), el Consejo acordó expresar al senador Ciraolo, promotor de la Unión, sus más vivas felicitaciones.

El secretario general, Sr. Ernest J. Swift, presentó un informe sobre las últimas actividades de la Secretaría de la Liga. En él se mencionaban señaladamente la actividad de la Liga en favor de los refugiados y de la higiene en la Marina mercante, y el llamamiento lanzado con ocasión del reciente terremoto en Cuba.

Esbozó después el Sr. Swift el programa de trabajo de la Secretaría para los próximos años: conferencias regionales y desenvolvimiento de la higiene rural, de la aviación sanitaria, de la profesión de enfermeras y de la Cruz Roja de la Juventud.



Entre las conferencias regionales previstas en principio para una próxima fecha se hallan la de Río Janeiro, en 1933 (Tercera Conferencia Panamericana de la Cruz Roja), y la que ha de celebrarse en Praga en los días 12 y 13 de Abril, también de 1933 (Sociedades de la Cruz Roja de Europa Central y Oriental). Finalmente, la XIV Reunión del Consejo de gobernadores se celebrará en Tokio, en 1934, al mismo tiempo que la XV Conferencia Internacional de la Cruz Roja.

Las elecciones para el período 1932-1936 mantienen en la presidencia al honorable John Barton Payne (Estados Unidos), y en las vicepresidencias a los Sres. E. J. Conill (Cuba), P. Draudt (Alemania), marqués de Lillers (Francia) y Yamanouchi (Japón).

## FACULTAD DE MEDICINA DE MADRID

CLÍNICA DE UROLOGÍA. CATEDRÁTICO, DR. PEÑA.

Cursillo de Urología quirúrgica en el Hospital Clínico de la Facultad de Medicina de Madrid, desde mediados de Enero a fin de Febrero de 1933.

Organizado y dirigido por el profesor Peña, asistido por el profesor D. Juan Negrín, el Dr. Miraved, profesor del Instituto Rubio, y los Dres. González Quevedo (C.), España (C.), Jiménez (J.), Peña y Pineda (Alfonso), señorita Peña y Pineda (Mercedes), Sarasua (F.) y Alvarez Rivas (E.), encargados de los servicios de rayos X, laboratorio, consulta y clínicas de la cátedra de Urología.

El cursillo comprenderá:

1.º Lecciones teóricas sobre temas fundamentales y de importancia de la especialidad urológica, que estarán a cargo del profesor Peña; el profesor Negrín explicará la fisiología del riñón y de la vejiga urinaria.

2.º Trabajos prácticos en el laboratorio de análisis químico e histobacteriológico de orinas, sangre, etc., a cargo de los Dres. España, Jiménez y señorita Peña y Pineda (M.).

3.º Prácticas de examen y exploración de enfermos y técnica urológica en la consulta y en las salas a cargo de los Dres. Sarasua y Alvarez.

4.º Exámenes cistoscópicos y cateterismos uretrales a cargo del Dr. Miraved.

5.º Uretrocistoscopia y técnica operatoria endouretal y endovesical a cargo del Dr. Peña y Pineda (Alfonso).

6.º Exploraciones radiológicas (radiografía, pieloscopia, pielografía ascendente y descendente, cistografía, uretrografía, etc.) a cargo del profesor Peña y del Dr. González Quevedo.

7.º y último. Operaciones quirúrgicas en los enfermos y trabajos de anatomía topográfica y técnica operatoria de aparato urinario en el cadáver, a cargo del profesor Peña.

Las horas serán de nueve a una de la mañana, y de cinco a ocho de la tarde.

El número de alumnos será de 10.

Los honorarios de este cursillo serán 350 pesetas.

Para más detalles, dirigirse al Dr. Peña, Zurbano, 52, teléfono 40.753.

## GACETA DE LA SALUD PUBLICA

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 706,4; ídem mínima, 701,2; temperatura máxima, 14°8, ídem mínima, 5°0; vientos dominantes, NE. y NO.

La semana presente se ha caracterizado por el aumento de los procesos agudos del aparato respiratorio, y muy especialmente de las vías superiores, laringitis y traqueitis.

En los niños también se han manifestado estos procesos, así como amigdalitis, y la circunstancia de que tras de algún proceso de éstos se ha manifestado una paresia de un miembro inferior, obliga a una especial atención para desentrañar la naturaleza exacta del mismo.

## CRONICAS

**Los médicos sin trabajo.**—Los médicos de Nueva York pasan también por la aguda crisis de trabajo que afecta a casi todo el mundo.

Aun cuando parece imposible que los médicos dejen de tener clientela, lo cierto es que la Liga de Mujeres de Médicos de Nueva York publica unas estadísticas aterradoras.

Según estos datos resulta que 20 médicos licenciados que trabajaban en un gran barrio neoyorquino han tenido que dejar su profesión por falta de trabajo y dedicarse a conductores de taxis. En otra parte de la ciudad otros 92 médicos se dedican a la propaganda de seguros.

**Universidad de Montpellier.**—En la sesión solemne de reapertura de las Facultades de la Universidad de Montpellier han recibido la investidura de doctor *honoris causa* cuatro profesores extranjeros, entre ellos los señores Ferrer y Cajigal y Jaime Peyre, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona.

**Organización sanitaria de Valencia.**—El Colegio de Médicos de la provincia de Valencia ha tomado a su cargo solicitar del Gobierno de la República la concesión de la más amplia autonomía en los servicios benéficos sanitarios para la provincia de Valencia, con arreglo a unas bases que expone.

Estas mismas bases serán el estatuto jurídico que regule los servicios benéficos sanitarios en el caso de que algunos Municipios extraprovinciales se mancomunen con los que actualmente integran la provincia.

Al mismo tiempo, si por la unión de provincias limítrofes se constituyera la región Valenciana, estas mismas bases serán presentadas a los Colegios de las provincias mancomunadas, para su aprobación.

Aprobadas estas bases en asamblea extraordinaria convocada al efecto, el Colegio de Médicos solicitará de la Corporación oficial, Diputación o Municipio sean incluidas en el proyecto de Estatuto, en el supuesto de que por alguna de estas entidades se lleve a la práctica la redacción del mismo, y, en caso contrario, el Colegio de Médicos las presentará al jefe del Gobierno a la mayor brevedad.

**Los nuevos alumnos del Instituto Psicotécnico.**—Han sido admitidos como alumnos asistentes del Instituto Psicotécnico de Madrid, para el curso 1932-33, los señores siguientes:

Departamento de Psicología.—Doña Juliana Izquierdo Moya, doña Leonor Alvarez Santullano, D. José Pérez López-Villamil, D. Jacobo Lanzas Orellana, D. José Vendrell Montserrat, D. Julio Alvarez Cerón.

Departamento Médicoantropométrico.—D. Pedro Carreño González y D. Carlos Bernard Morales.

Departamento Económico-social.—Doña Fernanda Carmen Santa Cruz de la Casa y D. Fausto Corcuera Sáez.

**Consejo Superior Psiquiátrico.**—Ha celebrado sesión el Consejo Superior Psiquiátrico en la Dirección general de Sanidad, abordando el estudio de los siguientes puntos indicados en el orden del día:

Comunicaciones de Secretaría, proyecto de reglamentación de estudios para médicos psiquiatras, proyecto de Instituto Psiquiátrico provincial de Madrid, proyecto de manicomio de Zamudio (Vizcaya), proyecto de Asilo Psiquiátrico interprovincial (provincias de Málaga, Jaén, Almería y Granada), proyecto de Quinta de reposo en Las Palmas (Canarias), informe sobre reglamentos de estable-



cimientos psiquiátricos: a) Córdoba, b) Mérida, c) Bermeo, d) Salamanca; proyecto de reglamento del Consejo, asunto practicantes, inspección de establecimientos psiquiátricos, ruegos y preguntas.

**Noticias.**—Por el Ministerio de la Gobernación se han nombrado a D. José Codina Suqué jefe de la Sección de tuberculosis de la Dirección general de Sanidad; a los señores D. Francisco Tello Valdivieso, D. Rafael Jordá Alonso y D. Pedro Bustinza París, médicos de guardia en el Hospital Nacional y pabellones para tuberculosos, y a los Sres. D. José Muñoz Seca, D. Enrique Jaso Roldán y D. Guillermo Angulo Pastor, para las plazas de profesores titulares, ayudantes de Sección de Fisiología e Higiene infantil, Puericultura de la primera y segunda infancia y Legislación y obras internacionales pro infancia, vacantes en la Escuela Nacional de Puericultura.

—Por el Ministerio de la Gobernación se ha dictado un orden circular a los gobernadores civiles para que se inserte en el *Boletín Oficial* de cada provincia dicha circular y ficha informativa, que se publica, al objeto de recibir los datos que se interesan para conocer exactamente el número de ciegos que forman el censo de cada provincia.

—Ha sido nombrado profesor clínico de Dermatología en la Facultad de Medicina, con consulta pública, D. José Anglada, recientemente doctorado, que por su vocación es uno de los valores positivos de la nueva generación.

—En la *Gaceta* del 24 del actual se anuncian tres plazas de médicos en el Sanatorio marítimo de Oza (Coruña): una para los servicios de cirugía infantil, otra de medicina infantil y otra de oculista. Dotadas con 3.000 pesetas cada una. Concurso oposición. Solicitudes a la Dirección general de Sanidad en el plazo de quince días hábiles.

—Próximamente se anunciarán a oposición libre varias plazas vacantes de médicos de sala en los hospitales civiles de la zona del Protectorado.

**Academia Médico Quirúrgica.**—En la última Junta general se acordó, como programa de premios en el curso que empieza, una pensión de estudios en Madrid, dos premios de 1.500 pesetas cada uno para premiar trabajos sobre temas que se acordaron y un premio de 1.000 ofrecido por el Dr. Luis Soler para pagar el título de licenciado en Medicina al alumno de la Facultad de Madrid que reúna las condiciones que se establecen.

**Sociedad Oftalmológica de Madrid.**—Esta Sociedad, en Junta general celebrada recientemente, eligió la siguiente Junta directiva:

*Presidente*, D. Sinforiano García Mansilla; *vicepresidente*, D. Manuel Marín Amat; *tesorero*, D. Luis García Mansilla y de Mesa; *secretario*, D. Juan Arjona Trapo e.

**Nuevas Juntas directivas.**—*Academia Médico-Quirúrgica.*—Las elecciones celebradas para cubrir los cargos vacantes en la Directiva han dado el siguiente resultado.

*Vicepresidente segundo*, D. Leocadio Serrada y Díaz; *contador*, D. Agustín Van Vaumberghen; *bibliotecario*, D. Arturo de Perera Prats; *secretario de actas*, D. Rafael Ulecia de la Plaza.

**Cursillo sobre reumatismo.**—El Ateneo de Internos de la Facultad de Medicina inaugura su labor cultural del presente curso con un cursillo de conferencias sobre «El reumatismo», mediante el que se pretende resumir las recientes adquisiciones logradas sobre este tema y fijar un criterio en un problema de palpitante actualidad.

Para lograrlo se ha recabado la preciosa colaboración de destacadas figuras de la Medicina española, que tienen a su cargo las conferencias en el orden siguiente:

Día 26 de Noviembre. Dr. Ruiz Falcó: «Etiología bacteriana del reumatismo».

Día 30 de Noviembre. —Dr. Jiménez Díaz: «La alergia en el reumatismo».

Día 3 de Diciembre. —Dr. Tello: «Anatomía patológica del reumatismo».

Día 7 de Diciembre. —Dr. Nóvoa Santos: «Manifestaciones extraviscerales y extraarticulares del reumatismo».

Día 10 de Diciembre. —Dr. Cañizo: «Complicaciones circulatorias del reumatismo».

Día 7 de Enero. —Dr. Covisa: «Síndromes articulares de la gonococia y de la sífilis».

Día 11 de Enero. —Dr. Bastos: «Patología de las lesiones articulares en el reumatismo crónico».

Día 14 de Enero. —Dr. Miñana: «Radiodiagnóstico y técnica radiográfica de las lesiones articulares del reumatismo».

Día 18 de Enero. —Dr. Olivares: «Intervención del cirujano en el reumatismo».

Día 21 de Enero. —Dr. Hernando: «Terapéutica clínica del reumatismo».

Día 25 de Enero. —Dr. Pascua: «El problema médico-social del reumatismo».

Las conferencias tendrán lugar, los días marcados, en el Anfiteatro grande de la Facultad de Medicina, a las siete de la tarde.

**Hospital Central de la Cruz Roja. Curso de Diabéticos.**—Desde el día 28 de Noviembre al 21 de Diciembre se dará, bajo la dirección del Dr. Blanco Soler, un curso sobre diabetes en el Hospital Central de la Cruz Roja.

Las lecciones darán comienzo a las nueve de la mañana.

Las inscripciones para el curso, que serán gratuitas, deberán hacerse en la Secretaría del Hospital, Avenida Pablo Iglesias.

El número de los alumnos admitidos en el concurso quedará limitado a 30.

**Dispensario gratuito.**—Se ha verificado la inauguración del Dispensario de medicina general, gratuito, instalado en San Sebastián por el Dr. Vic, con la cooperación de otros nueve médicos.

**Escuela Nacional de Sanidad.**—Se ha reunido la Junta rectora de la Escuela Nacional de Sanidad, que, entre otros asuntos, acordó, a propuesta de una comisión formada por ex alumnos y alumnos de dicho centro docente, conceder las becas y gratuidad de matrículas para el curso de oficiales sanitarios 1932-1933 a los Sres. D. José Garrido Gal, D. Antonio Rico Climent y D. Manuel Mezquita López.

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

**Programa.**—En un folleto hemos reunido el Programa de los ejercicios oral y escrito para oposiciones a plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad. Para completar los datos que pueden ser a todos los médicos de mucha utilidad hemos añadido a él el Real decreto de 2 de Agosto de 1930 y la Real orden de 11 de Noviembre de 1930. Precio de este folleto, 1,50 pesetas.

**Vitrina de instrumental.**—Útiles de Clínica de ocasión. Galileo, 5, 1.ª derecha, tres a cinco. Madrid.

#### **SULFOBARIUM** (Marca y nombre registrados).

**SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA**

Único preparador en España: DOCTOR GIRAL

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

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

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

Ambas formas: A granel por kilos.—Muestras gratuitas

## **BARDANOL**

Compuesta de extracto de raíces de LAPPA MAJOR L., y Estano coloidal

LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 34. — Valencia.

IMPRENTA DEL SUCESOR DE ENRIQUE TEODORO

Glorieta de Santa María de la Cabeza, 1.—Madrid. Teléfono 70458.





## VACANTES

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD.—Habiendo aparecido un error en la relación nominal de los individuos que han de constituir el Tribunal especial para proveer en propiedad por oposición la plaza de médico titular inspector municipal de Sanidad, del Ayuntamiento de El Molar (Madrid), la Dirección general ha tenido a bien disponer la necesaria rectificación, haciéndose constar que el secretario del expresado Tribunal es D. Luis Santos Olalla.

—La de Pedroñeras (Cuenca), partido judicial de Belmonte, por oposición, Tribunal especial, tercera categoría, vacante por excedencia, dotación de 2.200 pesetas y 100 familias del padrón de Beneficencia; censo, 3.913 habitantes.

Tribunal: Presidente, D. Natalio Sánchez Plaza, inspector provincial de Sanidad.

Los vocales serán nombrados por el Ayuntamiento dentro del plazo de la convocatoria.

Secretario, el del Ayuntamiento de Pedroñeras, D. Miguel Moya Mena.

La plaza corresponde al segundo distrito. Teniendo que abonar los aspirantes la cantidad de 30 pesetas, como derechos de oposición.

Los aspirantes deberán dirigir sus instancias en papel de octava clase al alcalde-presidente del Ayuntamiento de Pedroñeras hasta el 16 de Diciembre.

—La de Dofinos de Salamanca y su agregado Carrascal de Barregas (Salamanca), partido judicial de Salamanca, por oposición. Tribunal ordinario, cuarta categoría, vacante por renuncia, dotación de 1.650 pesetas y nueve familias del padrón de Beneficencia; censo, 929 habitantes.

Tribunal: Presidente, D. Joaquín de Prada Fernández Mesones, inspector provincial de Sanidad.

Vocales: D. Tomás Martín Hernández, médico del Instituto de Higiene; D. Gonzalo García Rodríguez, subdelegado de Medicina de Salamanca; D. Nicasio Cimas Leal y D. José Flórez Flores, médicos titulares de Salamanca y Pedrosillo de Alba, respectivamente.

Secretario, el del Ayuntamiento de Dofinos de Salamanca, D. Abel Herrero Hernández.

Instancias hasta el 16 de Diciembre.

—La de Maella (Zaragoza), partido judicial de Caspe, por oposición. Tribunal especial, tercera categoría, vacante por nueva creación, dotación de 2.200 pesetas y 49 familias del padrón de Beneficencia; censo de 3.335 habitantes. Hay otra titular.

Tribunal: Presidente, D. Aniceto Bercial González, inspector provincial de Sanidad.

Los vocales serán nombrados por el Ayuntamiento dentro del plazo de la convocatoria.

Secretario, el del Ayuntamiento de Maella, D. Luis Fuertes Huarte.

Solicitudes hasta el 16 de Diciembre.

## ✦ TRATAMIENTO EFICAZ ✦

**REUMATISMO ESQUIZOFRENIA**  
**YODOVISAL MANGAN-ARSENIO**

Salicilato sosa. Cacodillato de manganeso.  
YODURO potasa. Cacodillato de sosa.

Muestras y literatura:

**D. FENOLLOSA**  
PAZ, 26 VALENCIA

## ANTIASMATICO PODEROSO

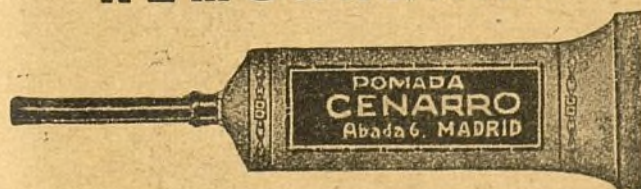
REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES

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

**PRECIO: 6,50 pesetas frasco.**  
Depósito central: Sr. Medina, Serrano, 36, Madrid, y al por menor en las principales farmacias de España y América.

## ALMORRANAS



Producto español a base Hamam-virg.<sup>a</sup>. 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

## TINTURA COCHEUX cura la Gota, Reumatismo

— y el Mal de Piedra. —  
Exito en los Hospitales desde 1848.  
En todas las farmacias.— Al por mayor TAVERNIER & ABUETTANT.—LYON (Francia).

## HIERRO QUEVENNE

A causa de su pureza y de su poderosa actividad para curar **Cloro-Anemia**.  
Color ferruginoso inalterable en los países cálidos. — 14, rue des Beaux-Arts, París.

# FOSFOTIOLCOL

TOSSES Y CATARROS

Ayuntamiento de Madrid



Hemerothea

# MORRHUËTINE

## JUNGKEN

### CARACTERES ESENCIALES

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

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

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

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



**LABORATORIO MIRABENT BARCELONA**

ESPECIALIDAD NACIONAL  
Ayuntamiento de Madrid