

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

Núm. 4164 — Tomo 92

AÑO OCHENTA

30 Septiembre 1933

PRIMERA DENTICIÓN

JARABE DELABARRE

Facilita la Salida de los Dientes

Calma los Gritos del Niño

Evita los Accidentes de Dentición

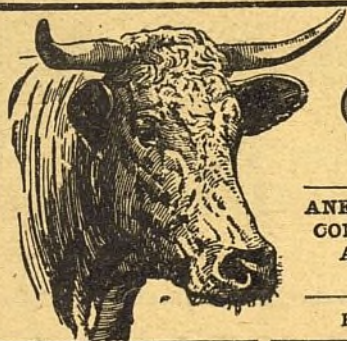
*En suaves Fricciones
en las Encías*

Establecimientos FUMOUE

78, Faubourg Saint-Denis, Paris



Representante en España, DANIEL ROBERT, Claris, 72.—Barcelona.



Reconstituyente muy Enérgico

CARNINE LEFRANCO

Jugo de Carne de Buey Cruda

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

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

1 ó 2 cucharadas de las de sopa por día

ESTABLECIMIENTOS FUMOUE, 78, Fg Saint-Denis, PARIS



VACANTES POR OPOSICION

Publicamos en el presente número una relación de vacantes de médicos titulares, Inspectores municipales de Sanidad, que se anuncian para su provisión en propiedad POR OPOSICION. También en el número anterior se publicó otra relación de vacantes que se proveerán en la misma forma.

EL SIGLO MEDICO ha editado con el mayor detenimiento las

CONTESTACIONES

al Programa oficial vigente, que responden, tema por tema, al Programa.

4

TOMOS

Medicina
Cirugía
Higiene
Legislación

con un total de

1.600

páginas.

Precio de la obra completa VEINTICINCO PESETAS.

Pour tout ce qui concerne la Publicité française s'adresser a

Ms. Louis Vidal & Comp.^e, 107 Rue Lafayette, Paris (10^e)
ou a l' Administration du Journal, Serrano 58, a Madrid.

Uromil

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



ARTRITISMO

ARTERIOESCLEROSIS

CÁLCULOS

GOTA

REUMA

LABORATORIOS VIÑAS - CLARIS, 71 - BARCELONA

DERMATOSIS INFANTILES

desaparecen rápidamente con

DEPURATIVO INFANTIL CABALLERO

de sabor agradabilísimo.

PASTA POROSA CABALLERO (Dermatosis rezumantes).

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

PARA EL ESTOMAGO E INTESTINOS

Elixir Clorhidro Pépsico Amargós DIGESTIL

(Nombre registrado)

TONICO DIGESTIVO. - ACIDO CLORHIDRICO, PEPSINA, COLOMBO Y NUEZ VOMICA
Delicioso medicamento que suplende en los enfermos la falta de jugo gástrico.

BIFOSFOTIOCOL TOSSES Y CATARROS

GARGARISMOS

Clorato de potasa.....	10 gr.
Fenol	1 —
Cocimiento de malvavisco.....	200 —
Miel	50 —

H. S. A.—Para gargarizar cada dos horas, mezclado con partes iguales de agua caliente.—*Amigdalitis, estomatitis (especialmente mercurial).*

Clorato de potasa.....	10 gr.
Miel rosada.....	50 —
Infusión de hojas de rosas.....	200 —

H. S. A.—Para diluir con una parte igual de agua caliente; un gargarismo cada dos horas.—*Gingivo-estomatitis, amigdalitis.*

PASTA DENTÍFICA

Carbonato de cal.....	aa	20 gr.
Clorato de potasa.....	aa	20 gr.
Jabón medicinal.....	10 —	
Esencia de menta piperrita.....	XV gotas.	
— de clavo.....	IV —	
Glicerina	C. S. p. hacer pasta.	

Para limpiar los dientes por mañana y tarde.—*Profilaxia y tratamiento de las gingivo-estomatitis, especialmente de origen mercurial.*

POMADA

Clorato de potasa.....	4 a 8 gr.
Resorcina	1 —
Vaselina	24 —

H. S. A.—Para la destrucción del *epitelioma cutáneo*.
(N. B.—Asóciase a las cauterizaciones igneas.)

POCIONES

Clorato de potasa.....	2 gr.
Agua de menta.....	aa
Jarabe de catecú.....	aa
— simple	30 —
Agua destilada de tila.....	C. S. p. 100 cent. cúb.

H. S. A.—Una cucharada de las de *café* cada dos horas.—*Estomatitis aftosa, mercurial, etc.*

cia de un tumor, de un acceso o de un traumatismo, suele ir acompañada de esofalmia, de dolores y de trastornos de la sensibilidad en el territorio del nervio oftálmico, de modo que será fácil reconocerla. La oftalmoplejía basal por tumor o por placa de meningitis se manifiesta por los síntomas de compresión de los otros nervios de la base, principalmente el olfatorio, el óptico y el trigémino. A veces, por los síntomas de edema papilar. En otros tiempos se la consideraba, como siempre, total, pero a veces se presenta bisociada.

Las polineurosis aparecen en el curso de las enfermedades infecciosas agudas y no interesan exclusivamente a los nervios motores oculares; son curables, y de todos modos, no se debe ocultar que constituye diferencia más difícil, sobre todo al comienzo de la enfermedad, y en los casos frustrados, en que la oftalmoplejía es incompleta, si se tiene en cuenta que hay polineuritis que no curan del todo. Las alteraciones intraferunculares de las fibras del tercer par van acompañadas de parálisis alteradas, como el síndrome de Weber. Las oftalmoplejías por lesión foruncular extranucleares o sutranucleares adoptan el tipo de la parálisis de los movimientos asociados de los ojos. Las oftalmoplejías congénitas son raras y casi siempre van acompañadas de parálisis facial. La musculatura interna queda intacta. La polioencefalitis aguda, de Bernicke, la miastenia bulbo espinal, las parálisis neuríticas de la tabes, de la diabetes y del histerismo, merecen citarse como trastornos que crean dificultades de diagnóstico diferencial, pero necesitan cada una de ellas el estudio independiente.

El tratamiento suele ser ineficaz; consiste en las inyecciones de estricina, la elestrización de los músculos paralizados y como prueba el tratamiento específico cuando se sospeche la existencia de un proceso sífilítico.

Polioencefalitis inferior aguda.—Por su localización difiere de la superior; pero por las causas y por las lesiones es de idéntica naturaleza. Sus causas son, el alcoholismo crónico, el reumatismo, las enfermedades infecciosas, como la tifoidea, la escarlatina, la difteria, gripe, varicela y neumococia. El comienzo de esta parálisis bulbar aguda es variable con cada caso. Se puede

hacer bruscamente, cayendo el enfermo al suelo, perdiendo el conocimiento y con movimientos convulsivos. En otros casos, el primer sintoma consiste en una cefalalgia intensa y muy violenta, tras de la cual aparecen obnubilaciones, vértigos y escalofríos. El comienzo de la polioencefalitis se puede confundir también con el de la enfermedad infecciosa, que la precedió y le dió origen. Al cabo de veinticuatro a cuarenta y ocho horas, por término medio, se revela el síndrome bulbar. Se manifiestan la dislalia y la disartria. Los líquidos que el enfermo trata de beber los proyecta por la nariz, su voz es también nasal e incomprensible, la lengua y los labios están paralizados, lo mismo que la cara y a veces los músculos motores oculares también. La torpeza y la somnolencia aparecen cuando cede la agitación que se manifiesta en un principio. La temperatura oscila entre 38 y 39 grados. Aparecen trastornos respiratorios. El pulso es pequeño y se hace muy rápido e irregular. El enfermo muere en un síncope o en un acceso de sofocación. En las formas agudas dura la enfermedad seis a diez días, pero hay otros casos más lentos en los que puede persistir más de un mes. La terminación, casi constante, es la muerte, pero las formas que se presentan tras de las enfermedades infecciosas pueden curar. Los signos se atenúan poco a poco, y al cabo de varios meses se llega a la restitución integral. El diagnóstico diferencial habrá de plantearse, sobre todo con las hemorragias y reblandecimiento del bulto. El tratamiento será el de las toxi-infecciones en general; la alimentación se debe hacer con mucho cuidado, para evitar los accesos de sofocación y las bronconeumonías por exploración.

POTASA

SINONIMIA.—*Potasa cáustica, piedra de cauterio.*

Farmacología.—Fragmentos opalinos, blancos, deliquescentes, muy ávidos de CO₂ y muy cáusticos, muy solubles en agua, en alcohol y en éter, dando soluciones untuosas al tacto.

La potasa debe conservarse resguardada del aire y de la humedad.

graves (dolores violentos, evacuaciones, etc.), temblores, convulsiones, hemoglobiuria y fenómenos urémicos. *Aplicaciones terapéuticas e indicaciones.*—Poco usado al interior. Sus únicas aplicaciones son las *gingivitis* y *estomatitis*, en las cuales obra solamente por su eliminación por la saliva.

Al exterior se emplea: a) Como tópico en las lesiones ulcerosas de la piel y en la angina *ulcero-membranosa*. b) En *gargarismos*, en las *estomatitis*, *gingivitis* (sea o no mercurial), *amigdalitis* y *anginas*. *Contraindicación.*—*Lesiones renales e insuficiencia renal* (porque impide la eliminación). No debe administrarse al interior a las nodrizas.

Modos de administración y dosis.—*Al interior*: de 1 a 5 gr. a los adultos, en posción o pastillas (de 10 centig.). *A los niños*: de 20 centig. a 1 gr., pero no antes de los tres años de edad.

Al exterior, en diversas soluciones: al 1 p. 20, para las ulceraciones cutáneas; del 2 al 4 p. 100 para *gargarismos*. *Cultorios* al 1 p. 10 en glicerina, para la angina *ulcero-membranosa*, etc.

Incompatibilidades.—*Puede formar explosivos con muchas sustancias*: azufre, salicilato de sosa, magnesia, lactatos, hipofosfitos, glicerina y percloruro de hidrógeno, carbon, sacarina, tanino, catecú, fenol y otros.

Con el yoduro de hierro (por transformación en sesquióxido, yodo y cloruro de potasio) y con el yoduro de potasio (formación de yodato (tóxico) por oxidación).

COLUTORIOS

Acido bórico.....	aa 1 gr.
Clorato de potasa.....	aa 1 gr.
Glicerina	aa 9 —
Zumo de limón.....	
M. S. A.—Una o dos aplicaciones al día al menor sintoma de estomatitis.— <i>Escorbuto, antiseptia bucal preventiva en las enfermedades agudas.</i>	
Cloruro de potasa.....	2 a 4 gr.
Cloruro de cocaína.....	20 centig.
Glicerina	20 gr.
H. S. A.—Para aplicaciones locales.— <i>Gingivito-estomatitis ulcerosas.</i>	

TERTULIA MEDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

AMENIDADES

30-IX-1933

La correspondencia de esta sección deberá dirigirse al señor Director con advertencia expresa de su destino TERTULIA MÉDICA, y la publicidad a la Administración, Apartado 121, Madrid

Errores corrientes en la aplicación de los socorros de urgencia

FRACTURA DE COSTILLAS

"Los síntomas de una grave contusión torácica son frecuentemente muy poco aparentes, incluso en los casos en que se trata de graves lesiones internas."

Esta opinión, emitida por un sabio cirujano norteamericano, proyecta una nueva luz sobre el grave error que puede cometerse en presencia de una persona que sufre una fractura de las costillas, ocasionada por una caída o una violenta compresión del tórax. El dolor y el malestar ocasionados por el accidente son débiles e incluso llegan casi a desaparecer.

Es así muy corriente que, ante la propuesta de la persona que ha ofrecido los primeros auxilios de recurrir a un médico, la víctima se exprese en estos términos: "¿Llamar a un médico? ¿Para qué? No podrá decirme otra cosa que

una de sus extremidades ha desgarrado un vaso que, lentamente, pero sin interrupción, vacía su contenido en la cavidad pleural o en otro lugar donde la presencia de la sangre no puede ser fácilmente advertida. Algunas horas más tarde, la invasión de la pleura por la sangre dificultará la respiración y dará una sensación de sofoco. O bien esta pérdida invisible de sangre agotará a la víctima, que llegará a perder el conocimiento.

Es entonces cuando comenzarán a alarmarse las personas que rodean al paciente. El médico, requerido con toda urgencia, ordenará el traslado al hospital, y allí el cirujano tratará de detener la hemorragia. Pero muy frecuentemente será ya demasiado tarde para salvar al herido.

No se producirían tan frecuentemente tragedias de esta clase si las personas

Diarreas estivales ELDOFORMO

Bayer-Meister Lucius

lo que yo ya sé: que tengo una contusión. ¿Quién sabe si va a imaginarse que busco un certificado para cobrar una indemnización en mi Compañía de seguros! No, no vale la pena de molestar al médico por tan poca cosa. Reanudaré mi trabajo dentro de unos momentos y mañana ya no me acordaré de este insignificante accidente." Entretanto, y sin darse cuenta, la despreocupada víctima sufre acaso una peligrosa hemorragia interna. Se ha fracturado una costilla y

El complejo fósforo vitamínico

Vitophos

polvo - tabletas - jarabe

CHIMBOSA IBÉRICA, S. A.

CONGESTIONES PROSTATICAS Y CISTITIS HIVERICA

Muestras y literatura

Labs. del Dr. PUNYED LLOBERAS
Apartado número 5. - R E U S

sele a Dios, para que le evitase de todos los peligros que rodeaban su infancia y que le seguirían durante toda su vida, porque había soñado que el mundo se había prendido fuego el día que le trajo a él. ¡Aquello era una profecía! Porque ella pidió a Dios que protegiera a su hijo, a condición de que Napoleón restableciera después su santa religión, que entonces se hallaba por los suelos. Lo que allí se convino, ya hemos visto cómo se cumplió, sin faltar nada.

"Ahora seguidme con mucha atención, y decidme si es o no natural todo lo que vais a oír.

"Es indudable, y además justo, que un hombre que tuvo la ocurrencia de hacer un pacto secreto, sea el único susceptible a sobrepasar a los demás a través de las balas, de las descargas de metralla, que nos arrollaban como a moscas, y que, sin embargo, siempre respetaban su cabeza privilegiada. Yo tengo la prueba fehaciente de esto que cuento, particularmente en Eylau. Parece que le estoy viendo aún, subido en un levadizo de tierra, con el antejo en la mano, contemplando la batalla con el mayor interés, y que de pronto dijo: "¡Bah! ¡Esto marcha como las propias rosas!" Uno de aquellos intrigantes empenachados, que le embrutecían considerablemente y le seguían a todas las partes, incluso a la mesa, que, según se nos dijo, pretendían engañarle para usurparle el puesto cuando se marchase. ¡Oh!, ambicioso; no sufro a los encumbrados. Porque habéis de tener en cuenta que Napoleón tenía que guardar el secreto para él solo. Esa era la razón por la que todos los

que le acompañaban, aun sus amigos particulares, caían como nueces: Duroc, Bessièrès, Lannes, etc., todos ellos hombres fuertes como las barras de acero que él fundía a su conveniencia. En fin, la prueba mejor de que era el hijo predilecto de Dios, nacido para ser el padre del soldado, se tiene considerando que nunca fué teniente ni capitán, sino que enseguida fué jefe de todos. Sin que tuviera más de veintitrés años, era ya general. Esto ocurrió en la toma de Tolón, cuando hizo comprender a todos que ninguno sabía manejar los cañones. Por entonces, nos le nombran, con toda su endeblez aparente, general en jefe del ejército de Italia, al que faltaba el pan, las municiones, los zapatos, los vestidos; en fin, que era un pobre ejército más desnudo que un gusano. "Amigos míos, dijo dirigiéndose a todos: Henos aquí reunidos. Tenemos que pensar a una que dentro de quince días seremos vencedores, estaremos vestidos de nuevo, tendremos capotes para todos, buenas guerreras y sólidos zapatos; pero, hijos míos, para ello es necesario correr por todos los senderos y sorprender a Milán, donde encontraremos todo." Y a Milán fuimos. El francés, aplastado y enjuto como una chince, se rehizo. Eramos treinta mil hombres, viajando descalzos, contra cuarenta mil alemanes, hombres robustos y bien provistos, a quienes me parece estar viendo aún. Entonces Napoleón, que todavía no era más que Bonaparte, nos alentó no sé de qué modo, que marchamos noche y día, sin dejar de galopar, por los Montenotte, se extendió la paliza por Rívoli, Loli, Arcole, Miliesimo, sin que nadie se encon-

que dan los primeros auxilios a las víctimas de un accidente, y el público en general, conociesen mejor las consecuencias de la fractura de una costilla. Estas

JARABE ALMERA A BASE DE FOSFATO DE CAL GELATINOSO, EL MAS ASIMI- LABLE

se rompen cuando el tórax recibe un choque o un golpe violento o cuando es comprimido entre dos cuerpos resistentes. La fractura no se limita casi nunca a una sola costilla, pero el desplazamiento no se señala más que cuando son varias las costillas hundidas.

Las costillas que se fracturan más fá-

CALCINHEMOL ALCUBERRO PODEROSO ANTIANEMICO ALCALA, 88. — MADRID

cilmente son las que se encuentran entre la tercera y la décima (ambas inclusive), por ser más salientes y hallarse fijas en sus extremidades. La primera y la segunda están protegidas por la clavícula, y a las últimas las preserva su relativa movilidad. El accidente es raro en los

“MALTOPOL”

Extracto de malta en polvo; contiene diastasa y vitaminas en forma concentrada.

M. F. Berlowitz. — Alameda, 14. — MADRID

niños, porque sus costillas conservan aún cierta elasticidad.

Cuando se produce una fractura de las costillas, el herido percibe un crujido y siente inmediatamente un dolor agudo y localizado, que la respiración o la tos acentúan. Algunas veces se produce una hinchazón. La fractura de una sola costilla en una persona gruesa pasa frecuentemente inadvertida. Sin embargo, si se ha fracturado en varios lugares se ha-

Jarabe Bebé.-Tetradínamo.-Septi- cemiol.-Purjantil (Jarabe de Frutas)

(Véase anuncio, página IV.)

ce extremadamente móvil. El ligero ruido causado por el frote de una costilla con otra puede revelar la fractura; pero la persona que da los primeros socorros debe evitar esta comprobación, que ocasiona al paciente agudos dolores. Naturalmente que en los casos graves, cuando el enfermo escupe sangre o el aire que se escapa de los pulmones desgarr-

CARABAÑA: el mejor purgante

dos se infiltra bajo los tejidos subcutáneos, en la región de la herida, el diagnóstico de la fractura de una costilla resulta fácil de hacer.

¿Debe intervenir en espera del médico, llamado con urgencia? ¿Será conveniente vendar el pecho del enfermo? Contestaremos afirmativamente, pero con

la advertencia de que se utilice una venda muy ancha. Un vendaje estrecho y demasiado apretado puede desplazar las extremidades de las costillas. El vendaje

de médicos de España a los
CONVALESCENTES
al 96% les
recetan Elixir CALLOL

debe dejar al tórax su libertad de expansión, incluso en el lado de la herida. El brazo del lado dañado será colocado en un cabestrillo o inmovilizado por algún otro medio. En su manual de primeros socorros, la Cruz Roja alemana da a este propósito algunos consejos muy acertados. Recomienda asentar al paciente

Inapetencia, Anemia, Debilidad

VINO MADARIAGA, tónico-fosfatado

en forma que se apoye en su espalda o en el lado dañado, con lo que se limitarán los movimientos. Se le hará respirar suavemente y se le recomendará que no hable. Como ya hemos dicho en otras ocasiones, la persona que ofrece los pri-

(Continúa en la página 123.)

TREPONEMOL SIFILIS

trase fatigado. El soldado toma gusto a la guerra cuando es siempre vencedor. Entonces Napoleón pudo envolver a todos los generales alemanes, que no sabían dónde fortalecerse para hacerle resistencia, los sacude muy bien, los quita diez mil hombres de un solo golpe, rodeándolos de quinientos francesas que hacía crecer a voluntad. En fin, que se apoderó de sus cañones, de sus víveres, su dinero, sus municiones y de todo lo que disponían digno de ser utilizado; los echa al agua, los combate en las montañas, los muerde en el aire, los devora en la tierra y los achucha en todas las partes. He aquí las tropas rehechas nuevamente; porque habéis de saber que el Emperador, que era un hombre de una inteligencia privilegiada, se atrajo todas las simpatías de los indígenas, a quienes hizo creer que había llegado hasta allí para hacerles libres. Con eso, todos nos apreciaron y nos atendieron; lo mismo las mujeres, que eran, por cierto, muy discretas. Por último, en ventoso 96, que venía a ser el mes de marzo de ahora, nos encontrábamos habiendo un rincón del país de las mujeres del pañuelo a la cabeza; aunque después de la campaña éramos los amos de Italia, como Napoleón había predicho. En el mes de marzo siguiente nos puso en camino de Viena, donde todo eran matorrales. Nos habíamos comido ya tres batallones diferentes, habíamos destituido cuatro generales austriacos, de los cuales un pobre viejo con el pelo blanco fué cogido como un ratón en los pasadizos de Mantua. Los reyes nos pedían perdón de rodillas. La paz estaba conquistada. ¿Hubiera un hombre podido ha-

cer todo aquello? En modo alguno. Es seguro que Dios le ayudaba en todo lo que emprendía. El sabía dividirse como los cinco panes del Evangelio; mandaba las tropas de día, estudiaba la batalla de noche, porque los centinelas le encontraban siempre yendo y viniendo, sin que se detuviese a comer ni a dormir. Reconociendo él todas las facultades prodigiosas que le adornaban, le aceptó en aquella época por su padre protector, mientras que los de París se decían: “He ahí un peregrino que parece que recibe la estrategia del cielo, siendo capaz de poner mano a Francia; es necesario mandarle al Asia y a América, y seguramente que con eso quedará conforme.” Todo estaba escrito para él como para Jesucristo. Lo cierto es que se le mandó que fuese de guarnición para Egipto; en esto tiene otra semejanza con el Hijo de Dios. Pero no se redujo todo a aquello. Reúne los hombres más aguerridos que llevaba, a los que había endiablado particularmente, y les dijo así: “Amigos míos: se nos concede un cuarto de hora para apoderarnos de Egipto. Pero tenemos que tragárnosle en un tiempo y dos movimientos, como hicimos con Italia.” Los simples soldados se convertirán en príncipes, con tierras propias. “¡Adelante, adelante, hijos míos!” dijeron a una los sargentos. Enseguida nos encontramos en Tolón, camino de Egipto. Los ingleses tenían todos sus barcos en el mar. Pero cuando nos embarcamos, Napoleón nos dijo: “Nadie nos verá; pero es necesario que sepáis desde ahora que vuestro general posee una estrella en el cielo que nos protege y nos guía.” Lo que fué dicho, se vió inme-

Bactilose

**OLIVER
RODES** **PRODUCTO
DEL PAIS**

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

INDICACIONES

*Forunculosis. Septicemias
Antrax. Escarlatina. Gripe.*

NO PRESENTA CONTRAINDICACIONES

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

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

DEPÓSITO GENERAL

VENTA EN
FARMACIAS

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

CONSEJO CIENTO 308 - BARCELONA

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 PESETAS
EN TODA ESPAÑA

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día.

En gastroenteritis, tóxicas, diarreas estivales, infecciones intestinales, etc., es de doble éxito.

LACTOBULGARINA

TRATAMIENTO EFICAZ

**REUMATISMO
YODOVISAL**

Salicilato sosa
Y O D U R O potasa

**ESQUIZOFRENIA
MANGAN - ARSENILO
Cacodilato de man-
ganeso - Cacodilato
de sosa**

Muestras y literatura

D. FENOLLOSA
PAZ, 26 VALENCIA

A L Z O L A

(Guipúzcoa)

Olígo metálica, marcadamente litínica,
radioactiva, 30°

**RIÑÓN - VÍAS URINARIAS
CÓLICOS NEFRÍTICOS
ARTRITISMOS ÚRICOS**

Temporada:

15 de junio al 15 de octubre.

ORIGINALIDAD TERAPEUTICA

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

NUTRIR: 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, optitis, baños, heridas infectadas, etc., etc. Infalible siempre.

Laboratorio EGABRO
CABRA (Córdoba) España.

LABORATORIO FARMACEUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

DIRECTOR: D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA

(ESPAÑA)

Jarabe Bebé

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

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

Tetradinamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

Insustituible en la terapéutica de las enfermedades infecciosas. Estimulante general de las defensas orgánicas a base de colesticina, gomenol, alcanfor y estircina.

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 espiroquitososis en todas sus formas y manifestaciones. Perfectamente tolerable.

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación del ferrocarril.



QUADRONAL

El ana'gésico ideal por su composición científica:

1. Antipirina.

3. Cafeína.

2. Fenacetina.

4. Lactofenina.

En combinación con:

Peróxido de magnesio y
hexamethylentetramina

Dolores de cabeza, reumáticos,
nerviosos, del trigémino y gripe

Depositarío en España:
E. DURÁN (S. en C.)
MADRID
Tetuán, 9 y 11

Representación científica:
R. Carpintier & Semmler
MADRID (9)
Apart. 9055 - Teléf. 58268

ASTA-S. A. Fábrica de productos químicos. BRACKWEDE (Alemania)

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

HISTORIAL

Fundadores y Directores: D. Mariano Delgrás.—D. Serapio Escolar.—D. Francisco Méndez Alvaro.—D. Matías Nieto y Serrano.—D. Ramón Serret y Comin.—D. Angel Pulido y Fernández.—D. Carlos M.^a Cortezo y Prieto.

PUBLICACIONES REFUNDIDAS.—Boletín de Medicina.—Gaceta Médica.—Genio Médico-Quirúrgico. Correspondencia Médica.—La Sanidad Civil.—Revista Clínica de Madrid.

1854 * AÑO OCHENTA * 1933

CONSEJO DE REDACCIÓN CIENTÍFICA

Presidente de honor: Excmo. Sr. Prof. D. Santiago Ramón y Cajal.

Presidente: Excmo. Sr. Prof. D. Amalio Gimeno y Cabañas

Vicepresidente: Excmo. Sr. Dr. Victor M.^a Cortezo

VOCALES

Dr. MARIANO ACEÑA
De la Beneficencia Municipal de Madrid.

Dr. JOSE ALVAREZ SIERRA
Del Hospital de San Rafael.

Dr. VITAL AZA Y DIAZ
Director del Sanatorio quirúrgico de Santa Alicia. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

Prof. J. BLANC Y FORTACIN
Agregado de la Facultad de Madrid. Jefe de Clínica del Hospital de la Beneficencia general. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

Prof. LEON CARDENAL Y PUJALS
Vice-Rector de la Universidad Central. De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina.

Dr. JOSE CODINA Y CASTELLVI
Decano de la Beneficencia Provincial. Vicepresidente de la Academia Nacional de Medicina.

Prof. A. FERNANDEZ MARTIN
Auxiliar de la Facultad de Madrid. De la Beneficencia Municipal de Madrid.

Dr. E. FERNANDEZ SANZ
Presidente de la Liga Nacional de Higiene Mental. Académico de número de la Nacional de Medicina.

Prof. FIDEL FERNANDEZ Y MARTINEZ
De la Facultad de Granada. De la Beneficencia general y Académico C. en la Nacional de Medicina.

Dr. S. GARCIA VICENTE
Jefe del Servicio de Laringología de la Institución Antituberculosa Municipal de Madrid.

Prof. A. GARCIA Y TAPIA
De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina.

Dr. F. GONZALEZ DELEITO
Teniente Coronel Médico. Jefe de la Clínica Psiquiátrica Militar de Ciempozuelos.

Dr. JOSE GOYANES Y CAPDEVILA

De la Beneficencia provincial. Académico de número de la Nacional de Medicina.

Dr. BALTASAR HERNANDEZ-BRIZ

De la Beneficencia provincial. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

Prof. TEOFILO HERNANDO Y ORTEGA

De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina. Presidente del Consejo Nacional de Cultura. Director del Instituto Nacional de Farmacobiología.

Dr. F. HUERTAS Y BARRERO
De la Beneficencia provincial. Académico de número de la Nacional de Medicina.

Dr. J. DE ISASA Y ADARO
Pediatra.

Dr. C. JUARROS Y ORTEGA
Profesor de la Escuela de Criminología. Académico de número de la Nacional de Medicina.

Dr. JACOBO LOPEZ ELIZAGARAY

De la Beneficencia Provincial. Académico de número de la Nacional de Medicina.

Dr. E. LUENGO Y ARROYO
Del Instituto Nacional de Higiene.

Prof. GREGORIO MARAÑON Y POSADILLO

De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina.

Dr. MANUEL MARIN AMAT
Oftalmólogo. Académico C. de la Nacional de Medicina.

Dr. M. MARTINEZ SALDISE
Médico titular.

Dr. A. MORANA Y JIMENEZ
Análisis clínicos.

Dr. JOSE MOURIZ Y RIESGO
Jefe del Laboratorio Central de la Beneficencia provincial. Académico de número de la Nacional de Medicina.

Dr. B. NAVARRO Y CANOVAS
Radiólogo. Del Hospital de la Beneficencia general. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

Dr. FEDERICO PECO
Jefe de Clínica del Instituto de la Encarnación.

Prof. GUSTAVO PITTALUGA Y FATORINI

De la Facultad de Madrid. Director de la Escuela Nacional de Sanidad. Académico de número de la Nacional de Medicina.

Dr. A. PULIDO Y MARTIN
Urologo. De la Beneficencia provincial. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

Dres. JULIAN Y SANTIAGO RATERA Y BOTELLA

Radiólogos. De la Beneficencia Provincial. Académicos C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

Dr. J. MARTIN RENEDO
Jefe de la Clínica Oftalmológica del Hospital Militar de Carabanchel.

Dr. G. RODRIGUEZ LAFORA
Presidente del Consejo Superior Psiquiátrico. Académico de número de la Nacional de Medicina.

Prof. R. ROYO-VILLANOVA
De la Facultad de Valladolid. Académico C. de Valladolid en la Nacional de Medicina.

Dr. C. DE SAN ANTONIO
Del Hospital del Buen Suceso.

Dr. J. SARABIA Y PARDO
Pediatra. Decano del Hospital del Niño Jesús. Académico de número de la Nacional de Medicina.

Dr. E. SLOCKER Y LA ROSA
Jefe de Clínica quirúrgica del Hospital de la Beneficencia general. Académico de número de la Nacional de Medicina.

Prof. J. FRANCISCO TELLO
De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina.

Dr. J. M.^a TOME Y BONA
Dermatólogo. Secretario de actas de la Academia de Dermatología y Sifilografía.

Prof. A. VALLEJO NAGERA
De la Escuela de Sanidad Militar. Director del Hospital Psiquiátrico de San José (Ciempozuelos). Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

Dr. RAFAEL DEL VALLE Y ALDABALDE

De la Beneficencia provincial. Académico de la Nacional de Medicina.

Dr. J. M.^a DE VILLAVERDE
Psiquiatra del Hospital del Buen Suceso.

Vocal consultor jurídico: Dr. José M.^a Cordero y Torres, oficial letrado del Consejo de Estado.

Director: F. JAVIER M. CORTEZO y COLLANTES, oficial facultativo de la Academia Nacional de Medicina.

Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

Redacción y Administración: Serrano, núm. 58.-Madrid.-Teléfono 52703

PRECIOS DE SUSCRIPCION

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

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

PROGRAMA CIENTÍFICO

LEMA: PROGRESSI SUMUS, PROGREDIMUS, 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 estudiantes y su ampliación dentro y fuera de España.

SUMARIO: Sección científica: Preservación, diagnóstico y tratamiento de la parálisis infantil, por el Dr. A. Vallejo Nájera.—Algunas ideas actuales sobre las latencias en la sífilis, por el Dr. D. Javier M. Tomás Bona.—De la extracción extracapsular de la catarata a la extracción intracapsular, por el Dr. Van Lint.—El tratamiento de los casos quirúrgicos urgentes en los puestos avanzados de una guerra de movimiento, por el Dr. Mariano Gómez Ulla.
Bibliografía.—Periódicos médicos.

Preservación, diagnóstico y tratamiento de la parálisis infantil

POR EL

Dr. A. VALLEJO NAJERA

Profesor de la Academia de Sanidad Militar, Director del Sanatorio Psiquiátrico de Ciempozuelos

Renuévase actualmente en médicos y familias la alarma ante la presentación de numerosos casos de poliomiélitis aguda epidémica en el litoral cantábrico, especialmente en Asturias, donde los casos observados parecen aproximarse al centenar. La enfermedad de Heine-Medin ha adquirido en Europa (y también en otros países) un carácter endémico, recrudeciéndose durante el verano y el otoño su gravedad y frecuencia, invitándonos a recordar unas cuantas nociones prácticas acerca de una enfermedad cuya mortalidad sobrepasa el 10 por 100 y cuyas secuelas acarrearán la invalidez parcial del individuo en elevado número de casos. En contra de la opinión generalmente extendida, el porcentaje de parálisis residuales es mucho mayor en el adulto (hasta 60 por 100) que en el niño (19 por 100 en los menores de cinco años), siempre suficientemente alto para que intentemos por cuantos medios se hallen a nuestro alcance evitar la terrible secuela, la parálisis definitiva de una o de varias extremidades.

La poliomiélitis epidémica ofrece en su curso tres fases: Primera. Fase aguda, *preparalítica*, caracterizada por un estado febril, de una a dos semanas de duración, y en cuya evolución sobreviene la presentación de las parálisis. Segunda. Período de *regresión*, durante el cual mejoran las parálisis establecidas y puede llegarse incluso a la recuperación total de la motilidad del miembro. Las mejorías suelen producirse en el transcurso del primer mes, pero todavía se prolonga durante un año el período hábil. Tercera. El período *estacionario*, que comienza año y medio después de la enfermedad, caracterizado por síntomas residuales paralíticos, tributarios de los tratamientos quirúrgico y ortopédico. En el presente trabajo hemos de ocuparnos exclusivamente del primer período, tanto en lo que respecta a su sintomatología como a su tratamiento, y también de la profilaxis de la enfermedad.

Limitamos nuestro estudio a la fase preparalítica de la poliomiélitis, por ser función del médico general diagnosticarla muy precozmente y combatirla con eficacia antes de que la destrucción de las células de las astas anteriores medulares produzca daños difícilmente reparables. No debe ignorar el médico las

características de las epidemias de poliomiélitis, a fin de influir profilácticamente para evitar la propagación de la temida afección.

Epidemiología y profilaxia. — Desconocemos aún la verdadera naturaleza del germen ultramicroscópico y filtrable causante de la enfermedad de Heine-Medin, enfermedad indiscutiblemente infecciosa, estudiada experimentalmente en el mono. El carácter epidémico de la parálisis infantil está demostrado por la observación de casos en los hermanos y vecinos del enfermo. El virus de la poliomiélitis es un virus neurótrofo, probablemente del mismo grupo que el causante de la encefalitis epidémica y de la rabia, filtrable, invisible con el microscopio, no cultivable, activo hasta en dilución al 1 por 100, resistente al frío y a la desecación. En cambio, es muy sensible al calor y a los antisépticos, y le destruyen el permanganato, el formol y el agua oxigenada. Ha sido factible la inoculación experimental en el mono y en el conejo, y son insensibles a la poliomiélitis los cobayas, ratones, perros y gallinas. No obstante, en tiempos de epidemia enferman de poliomiélitis algunos animales caseros, especialmente gallinas. El germen reside en la médula espinal, en el encéfalo, en las glándulas salivales, en las amígdalas, y durante los primeros días de la infección, en el líquido cefalorraquídeo, en la sangre, en la mucosa nasofaríngea y en las secreciones nasales.

La poliomiélitis aguda epidémica es una enfermedad contagiosa, transmitida de hombre a hombre, probablemente por individuos portadores de gérmenes que no han contraído la enfermedad. El estudio epidemiológico tropieza con grandes dificultades, incluso en naciones como Suecia, de escasa densidad de población. En los Estados Unidos se declararon 50.000 casos el año 1915-16; en Prusia se observaron 1.720 en el año 1927, en que también se presentaron epidemias por primera vez en Sajonia (587 casos), y en Rumania (2.000 casos). El recrudecimiento de la epidemia fué grande en Prusia el año 1932, en que se declararon 3.000 casos, y 1.000 en Baviera durante el año 1931.

En España no se ha efectuado un estudio estadístico completo y satisfactorio del número de invasio-

nes ocurridas, acaso porque la mayoría de los médicos ignoran la obligación en que se hallan de participar los casos a las autoridades sanitarias. El único estudio epidemiológico que conocemos se debe al doctor Palanca ("La epidemia de poliomielitis en Madrid en el otoño de 1929". Anales de la Academia Médico-Quirúrgica, tomo XVII), durante la epidemia madrileña de 1929, donde se registraron oficialmente 318 casos.

Laruelle ha publicado en el año 1929 un interesante estudio sobre la transmisión de la enfermedad de Heine-Medin, que resume perfectamente los conocimientos epidemiológicos modernos, y cuyas conclusiones son las siguientes:

1.^a Las epidemias propiamente dichas parecen precederse de un aumento de los casos esporádicos en las regiones donde se desenvuelven ulteriormente.

2.^a Las epidemias prodúcense con regularidad durante los meses de julio a octubre; es una enfermedad de la estación cálida del año, y alcanza su acmé durante el mes más caluroso de los países donde se ha enseñoreado, por lo cual alcanza su fastigio en el hemisferio meridional durante los meses de marzo y abril.

3.^a Excepcionalmente se observa en determinado territorio que la epidemia renazca en el mismo lugar durante muchos años consecutivos. Con más frecuencia se presenta con una perioricidad, cuya causa todavía no se ha encontrado definitivamente, pero que puede explicarse por modificaciones en la virulencia del agente patógeno, o por un estado refractario colectivo, como si la epidemia confiriera una inmunidad en masa a la región que ha devastado. Sin embargo, es excepcional que una epidemia se extinga en el transcurso de un año. Cuando se ha alcanzado el acmé estacional, decrece en intensidad, se debilita desde noviembre a febrero, para reaparecer en el verano, muchas veces durante varios años consecutivos.

4.^a Precedida de un recrudecimiento de los casos esporádicos, cada epidemia deja tras de sí una cadena esporádica de casos, y una vez implantada endémicamente la enfermedad en un país, es muy difícil extinguirla definitivamente con los medios actualmente a nuestro alcance.

5.^a La epidemia parece afectar especialmente las regiones agrícolas, mientras que las grandes ciudades son relativamente respetadas. Es decir, que ocurre el hecho inverso que en otras epidemias, pues el número de casos es proporcionalmente menor en las regiones de población densa. Preténdese explicar el fenómeno como dependiente de una inmunidad adquirida por los individuos durante la juventud.

6.^a La enfermedad se presenta de preferencia en los niños de dos a cinco años de edad, a partir de la cual declina la frecuencia. Los adolescentes y adultos se contagian en una proporción que varía con las epidemias, pero mucho mayor de la que se había supuesto. La edad no excluye la posibilidad de la poliomielitis, pues se ha observado en personas de setenta y ocho y setenta y nueve años.

La gravedad de una epidemia es variable en lo que respecta a mortalidad y secuelas paralíticas. La mortalidad fluctúa entre el 5 y el 40 por 100, mucho mayor en los niños lactantes y en el adulto. La pa-

rálisis llamada infantil es una enfermedad del sexo masculino, pues la mortalidad de los niños representa el 80 por 100 de los casos de muerte en ciertas epidemias.

7.^a La raza, la alimentación, la profesión, la clase social, la habitación, no influyen en la propagación de la enfermedad, que se observa lo mismo en los barrios aristocráticos que en los miserables, en las casas bien ventiladas y soleadas como en las húmedas y oscuras.

La contagiosidad de la poliomielitis es inferior a la de otras epidemias infantiles, y varía enormemente de una epidemia a otra, pero es mucho más fácil durante el período de incubación.

Expuestas las condiciones epidemiológicas de la poliomielitis aguda epidémica, entramos en el estudio del importantísimo problema del modo de transmisión, trascendental en la profilaxia individual y colectiva. Sabemos que los casos aumentan en el fastigio estival, que es la poliomielitis una enfermedad de la estación calurosa, pero ignoramos si se debe a una exaltación del germen o a una disminución de las resistencias orgánicas durante el verano. La existencia de una inmunidad natural o adquirida en gran número de sujetos parece evidente desde el momento que la infección aparece en focos diseminados por la población y región, y son muchas las personas en contacto con el enfermo que no se infectan. La teoría expuesta en 1905 por Wickmann acerca del papel de los portadores de gérmenes encuentra su principal apoyo en la manera de propagarse la enfermedad de Heine-Medin. Considera el mencionado autor que las epidemias se propagan siempre a lo largo de las vías de comunicación (ferrocarriles, autobuses, etc.), y que siempre existió un contacto entre las personas atacadas por la enfermedad. El contacto no necesita ser directo, antes al contrario, parece existir una proporción mayor de casos en los cuales el contagio ha tenido lugar por intermedio de otra persona portadora de los gérmenes. En la actualidad podemos admitir como demostrado que en la propagación de la parálisis infantil influye el contagio de persona a persona, aunque la receptividad es muy escasa. Las observaciones de Silvermann, Aycock y Luther refuerzan la teoría de Wickmann, y demuestran que la puerta de entrada del germen reside en las vías respiratorias superiores, probablemente en la faringe, desprovista de sus defensas amigdalinas, pues han visto que gran número de niños paralíticos habían sufrido la tonsilectomía, comenzando la poliomielitis dos semanas después de la extirpación de las amígdalas.

El modo de transmisión que acabamos de indicar parecía indispensable hasta la comunicación de Kling (Suecia) a la Sección de Higiene de la Sociedad de las Naciones. Basado en el estudio que ha efectuado de las últimas epidemias de Suecia, Sajonia y Rumania, considera que la vía de entrada es digestiva. La presencia del virus en el intestino y su eliminación con las heces favorecen el contagio del agua, en la cual el virus conserva su virulencia durante largo tiempo, como el vibrión cólico y el bacilo de Eberth. No niega la importancia de los medios de comunicación por permitir a los gérmenes desplazarse e infectar una corriente de agua, pero la propagación

hídrica es la que desempeña un papel preponderante en la extensión epidémica. La formación de los focos de poliomiélitis dependería de un sistema acuático: comienza en las montañas que engendran las corrientes de agua y se propaga hacia la llanura en dirección de la corriente, sin que exista continuidad entre los focos, que pueden aparecer a gran distancia unos de otros.

Importa recoger la posibilidad de que la infección tenga un origen intestinal, y considera peligrosos el agua, la leche y los alimentos contaminados con el virus poliomiélico. Hemos de suponer que la poliomiélitis tiene una doble puerta de entrada, respiratoria y digestiva, y que tan peligrosas son las lesiones nasofaríngeas como los trastornos intestinales para favorecer el contagio de la enfermedad, sea por contacto directo con un enfermo, o indirecto con un portador de gérmenes, o bien por vía hídrica.

La existencia de focos epidémicos de poliomiélitis aguda infecciosa en España desde hace varios años impone un programa profiláctico, difícil por ser imprecisas las nociones que subsisten acerca del modo de transmisión de la enfermedad, de la duración exacta de la incubación, y sobre todo, del tiempo de nocividad y virulencia de las secreciones nasofaríngeas y deyecciones de enfermos y portadores de gérmenes.

Admitida la contagiosidad de la poliomiélitis y su propagación mediante los individuos sanos portadores de gérmenes, ineludiblemente han de aislarse desde luego los individuos afectados de formas francamente declaradas, pero también los que padecen formas abortivas, contra los cuales es tan difícil tomar medidas como contra los sanos portadores de gérmenes. Ante la imposibilidad de descubrir bacteriológicamente tanto los casos abortivos como los portadores de gérmenes, prácticamente nos hallamos circunscritos a tomar las medidas generales en las epidemias, tanto más severas cuanto más graves y numerosos sean los casos.

Compréndese la necesidad de la declaración obligatoria de todos los casos esporádicos de enfermedad de Heine-Medin, puesto que cada uno de ellos puede constituir el punto de partida de un foco regional. La localización del virus en las vías respiratorias y digestivas invitanos a tomar idénticas precauciones que en la difteria y fiebre tifoidea, sobre las cuales no hemos de insistir por ser sobradamente conocidas. Sí que hemos de advertir la gran peligrosidad del contagio por individuos portadores de gérmenes, y que en tiempo de epidemia debe prohibirse besar y estrechar la mano de los niños. La desinfección de las fosas nasales debe hacerse cuidadosamente en todos los niños afectados de rinofaringitis. A tal efecto, se recomienda especialmente la solución de perhidrol al 1 por 100, fácil de preparar y conservar. También son eficaces para impedir la proliferación del virus las mezclas de mentol, ácido bórico y salol a partes iguales. Igualmente se ha recomendado la solución de permanganato potásico al 2 por 1.000, que destruye el virus *in vitro*. Las tabletas de panflavina se utilizan con éxito para la desinfección de la boca. Laruelle ha recomendado en las escuelas belgas el embadurnamiento diario de las fosas nasales con una pomada, compuesta de trypafla-

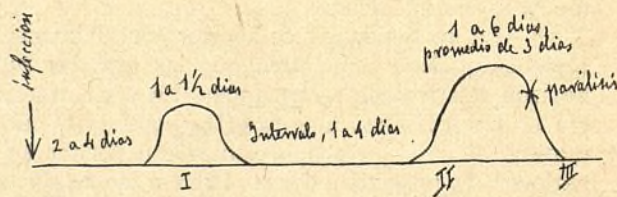
vina, 1 gramo; salol, 4 gramos; mentol, 0,75; vaselina, 100 gramos.

Problema arduo el de cerrar las escuelas en tiempos de epidemia poliomiélica, y contra cuya medida se opone la experiencia, pues ha podido observarse que en las escuelas en que se efectúa rigurosamente la vigilancia médica de anginas, corizas, bronquitis y trastornos gastrointestinales, si además se evita frecuentar los lugares públicos y espectáculos y el medio ambiente familiar es higiénico, los niños están más protegidos que cuando, por cerrar la escuela, vagabundean por las calles y paseos. Claro está que deben cerrarse las escuelas en que se ha declarado un foco epidémico. Debe prohibirse que asistan a la escuela los hermanos y vecinos de los niños que han enfermado, por lo menos durante dos semanas, tiempo que consideran suficiente la mayoría de los autores, aunque algunos aconsejan que el aislamiento sea de ocho semanas.

En los países extranjeros suele ser obligatorio el internamiento de los niños atacados de poliomiélitis, aislamiento que se mantiene durante dos o tres semanas, medida la más eficaz de todas, y que permite la desinfección inmediata. Los padres no suelen oponerse a esta medida, por proporcionarse en el hospital el suero de convalecientes, indicado para el tratamiento, y que no está a la venta. El aislamiento en el domicilio tropieza con dificultades de todos conocidos, y será lo más riguroso posible.

Diagnóstico precoz del período preparalítico.—La frecuencia de las formas atípicas, no más frecuentes en el adulto que en el niño, según afirma Nagel, dificulta extraordinariamente el diagnóstico precoz de una enfermedad, que, por otra parte, no nos ofrece síntomas patognomónicos en el período preparalítico. Sin embargo, nuestros esfuerzos deben tender a diagnosticar la enfermedad en los primeros días de la infección, porque únicamente entonces puede tener su máxima eficacia el tratamiento específico.

Los investigadores se han esforzado en determinar la duración de las distintas fases de la enfermedad y del período de incubación, encontrándose una marcha irregular, cuyo curso representa esquemáticamente Gordon en la siguiente curva:



- I.—Síntomas generales: fiebre, cefalea, malestar, náuseas, vómitos, faringitis.
- II.—Síntomas y ademán: opistótonos, rigidez vertebral, temblor.
- III.—Ademán, parálisis.

Vemos, pues, que la enfermedad tiene un curso que, dentro de su variabilidad, nos ofrece varios períodos bien caracterizados. Luego de un período de incubación que dura de dos a catorce días sobreviene una fase caracterizada por una enfermedad general febril, cuyos síntomas se presentan en toda su intensidad durante uno a dos días, y que se mantienen uno a cuatro días más, para aparecer síntomas de

Salicitiro

SALICILATO DE SOSA Y TIROIDINA EN SOLUCION FUERTEMENTE ALCALINIZADA
2 gramos de salicitato de sosa por cucharada

Perfectamente tolerado por vía bucal

Evita los trastornos gástricos.

Aumenta la eficacia salicílica.

Normaliza el terreno hipometabólico reumático.

En el reumatismo

Poliarticular agudo, crónico, etc.

OFICINA Y LITERATURA-DEPARTAMENTO MEDICO DEL
LABORATORIO JUSTE - Francisco Navacerrada-3-Hotel
Teléfono 55.386-Apartado de Correos 9030-MADRID



EXPECTORANTE al mismo tiempo que SEDANTE
en todas las afecciones de los órganos respiratorios

IPECOPAN

SANDOZ

Se puede prescribir sin receta especial de estupefacientes (R. O. núm. 792, del 20 de julio de 1929)

EN POLVO DE DOVER EN FORMA PERFECCIONADA

COMPRIMIDOS MALTEADOS

GOTAS

Calma la tos irritativa

Fluidifica las secreciones internas

Facilita la expectoración

No ofrece peligro alguno de habituación

(por actuar la emetina como válvula de seguridad
en caso de haber administrado dosis abusivas).

Muy bien tolerado por los niños y adultos

PRODUCTOS FARMACEUTICOS SANDOZ, BASILEA (Suiza)

OFICINA CIENTIFICA EN ESPAÑA:

Apartado núm. 880

BARCELONA

Plaza de Cataluña, 9

MORRHUËTINE

JUNGKEN

CARACTERES ESENCIALES

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

SE EMPLEA EN TODAS LAS ÉPOCAS DEL AÑO.

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

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



LABORATORIO MIRABENT BARCELONA

ESPECIALIDAD NACIONAL

meningismo, seguidos en el transcurso de tres días de la producción de parálisis.

Afirma Perger que los síntomas prodrómicos son idénticos en todos los casos de poliomiélitis infantil. Casi sin excepción se inicia la enfermedad por temperatura de 38°, 39° y hasta 40°, fiebre que cede en crisis transcurridos tres o cuatro días. Es frecuente que después de la fase apirética sobrevenga otro acceso febril pasajero, semejante a los que se observan en la gripe, con descenso rápido de la temperatura, que ya no vuelve a presentarse. Pette, Perger y otros autores que han tenido ocasión de observar gran número de enfermitos desde el comienzo de la afección, señalan como típico el curso de la fiebre que hemos descrito, por lo cual debe tenerse muy en cuenta para el diagnóstico de la enfermedad.

En la inmensa mayoría de los casos acompaña la fiebre de anginas catarrales, vómitos y diarrea, síntomas cuya significación se discute en el sentido de si son producto de la infección causada por el virus poliomiélico, o si su presentación accidental favorece la infección. Raramente se ha observado una diarrea que precede de cuatro a cinco días los síntomas de meningismo.

Ya desde los primeros días de la enfermedad se quejan los niños de dolores en los miembros y, sobre todo, de hipersensibilidad de la piel cuando la pellizcamos, i m p o r tante síntoma para el diagnóstico precoz. La hiperestesia y la hiperalgesia son síntomas casi constantes en este período, localizadas principalmente en los miembros que han de paralizarse, otras veces en la totalidad del cuerpo, y tan intensas, que el niño grita al menor movimiento. Los dolores persisten cuando desciende la fiebre, muchas veces incluso en el período paralítico.

Entre los síntomas constantes del período preparalítico mencionaremos la cefalea y el insomnio nocturno con somnolencia diurna, raramente estupor.

Los síntomas que acabamos de reseñar nada ofrecen de característico, pero sí que después de ceder la fiebre y síntomas generales se presenten al cabo de horas o días de calma claros síntomas de meningismo: ligero opistótonos, rigidez de la columna vertebral y signo de Kernig. La exploración del signo de Kernig en el lactante tiene extraordinaria importancia, y nunca debe olvidarse. En algunos casos se presentan súbitamente temblor y convulsiones de las extremidades, acompañados de profusos sudores, que ceden en horas, y se siguen de un estado de debilidad general y de extenuación de los reflejos. Bien pronto observaremos la incapacidad para los movimientos activos, la parálisis de uno o varios miembros, que caracteriza la fase paralítica, de que no vamos a ocuparnos en el presente trabajo.

No son ciertamente muy típicos los síntomas descritos del período preparalítico, y el diagnóstico di-

ferencial ofrece muy serias dificultades en esta fase de la afección, todavía mayores por la frecuencia de formas abortivas, en las que no se presentan parálisis de los miembros, pero cuya identidad con la poliomiélitis está seriamente fundada a causa de haber existido un contagio directo. Trátase generalmente de hermanos de un enfermito que solamente han sufrido síntomas generales y que no se han paralizado. Wickmann clasifica en cuatro grupos las formas abortivas de poliomiélitis: 1.º, casos en que se presentan únicamente síntomas de una infección general; 2.º, casos en que destacan los síntomas de irritación meníngea; 3.º, casos caracterizados por fuertes dolores en las extremidades e hiperestesia acentuada, y 4.º, casos donde tan sólo se observan intensos síntomas intestinales.

Hemos de advertir que la gravedad de los síntomas de la fase prodrómica no influye en la de las parálisis, en tal manera, que casos que parecían muy graves no tienen secuelas paralíticas, mientras que el niño puede amanecer cuadripléjico unos cuantos días después de haber tenido una simple diarrea.

Aunque predominan las formas caracterizadas por monoplejías o diplejías en variada combinación, el virus de la poliomiélitis causa también síndromes motores de la protuberancia, del bulbo y del cerebro (parálisis facial, hemiplejía, etcétera), que por no tener otra etiología posible identificamos con la enfermedad de Heine-Medin. En el diagnóstico diferencial y precoz de la poliomiélitis hemos de atender a dos importantes síntomas: dolores acentuados en los miembros con impotencia muscular y síntomas de meningismo, que cuando se acompañan de otros síntomas generales indican urgentemente la punción lumbar, a fin de confirmar el diagnóstico.

La raquicentesis y examen del líquido cefalorraquídeo permiten el diagnóstico diferencial desde las primeras fases de la enfermedad, y jamás pueden omitirse en tiempos de epidemia, cuando los síntomas generales que presente un niño nos hagan sospechar, aunque sea remotamente, la existencia de una enfermedad de Heine-Medin. Las investigaciones experimentales de Demme le permiten sentar la conclusión de que la pleocitosis constituye un síntoma constante desde el segundo a cuarto día de enfermedad, y el primero que se observa en el líquido cefalorraquídeo en un caso de poliomiélitis, si bien el número y la naturaleza de las células no son patognomónicos. En la enfermedad de Heine-Medin encontramos preferentemente linfocitos, mientras que en las meningitis epidémicas predominan los polinucleares. El número de células varía enormemente, si bien son raros los casos en que el número de células es pequeño (12 a 15 por mm³), y más frecuentes los casos de manifiesta pleocitosis. El número de células es independiente de la gravedad de los

Avance de sumario para el número siguiente

(7 de octubre de 1933)

DR. J. MARTÍN RENEDO.—Neumocefalia suboccipital y neuritis retrobulbar.

DR. VÍCTOR MOET Y ARRANZ.—Alergia y dermatosis.

DR. M. GÓMEZ ULLA.—El tratamiento de los casos, etc., etc. (Continuación.)

Sesiones clínicas.—Hospital provincial, servicio del Dr. Codina Castellví.

Bibliografías.

Periódicos médicos.

Sección profesional.

síntomas neurológicos y del pronóstico, pues se han observado graves cuadriplejías con discreta pleocitosis. La pleocitosis linfocitaria hemos dicho que constituye un síntoma constante de la poliomiелitis, sin que por eso sea muy fácil en el comienzo de la enfermedad establecer por este solo síntoma el diagnóstico diferencial con la meningitis serosa y tuberculosa.

El líquido cefalorraquídeo ofrece en la poliomiелitis característica transparencia, y no se encuentran bacterias. La presión suele estar aumentada, encontramos discreta albuminorraquia y frecuente positividad de las globulinas, más constante la reacción de Pandy que la de Nonne-Appelt, síntomas que nada nos dicen en definitiva.

Tratamiento.—Al ocuparnos de la terapéutica de la poliomiелitis aguda hemos de prestar preferente atención a los resultados conseguidos con el suero de convalecientes empleado por Netter (1911), después de haber observado con Levaditi y Flexner que el suero de convalecientes de poliomiелitis inactivaba el virus empleado para la inoculación experimental de los monos, si bien no puede decirse que el suero de convalecientes haya entrado en la práctica hasta las experiencias clínicas hechas en gran escala en los Estados Unidos de Norteamérica a partir del año 1928. Las estadísticas publicadas acusan reducida mortalidad y bajo porcentaje de parálisis residuales en los casos sometidos muy precozmente al tratamiento seroterápico; pero el entusiasmo inicial despertado por la sueroterapia no tardó en enfriarse cuando otros clínicos publicaron estadísticas desconcertantes y desconsoladoras. Los adversarios del suero de convalecientes apóyanse en una estadística de Aycock y Kramer, demostrativa de que la tendencia a la curación es la misma en los enfermos tratados con suero de convalecientes y con otros medios, y se destaca principalmente que desde el punto de vista práctico es indiferente tratar precozmente con suero que con antisépticos, pues aunque podía asegurarse que todos los enfermos padecían una infección general, no podía asegurarse igualmente que se tratase de una poliomiелitis.

Claro está que los resultados de la sueroterapia han de variar mucho, según la vía de introducción, la gravedad de la epidemia y otros factores no fácilmente apreciables y que influyen decisivamente en los resultados de las estadísticas. En cambio nos explicamos difícilmente, y el argumento es definitivo para los adversarios del suero, que las cifras de mortalidad y de parálisis graves sean más bajas en los enfermos no tratados con suero que en los sometidos a la sueroterapia, según se desprende del estudio efectuado por Park en la gran epidemia ocurrida en New York el año 1931.

Coinciden la inmensa mayoría de los autores en que los éxitos más brillantes se obtienen con el suero de convalecientes inyectado en el período preparalítico, según Amoss y Chesney, en las primeras cuarenta y ocho horas de enfermedad, condiciones que llevan la curación al 93 por 100 de los casos. La vía de introducción del suero puede ser intrarraquí-

dea, intravenosa e intramuscular. Schottmüller, Macnamara y Laruelle prefieren la vía intrarraquídea o suboccipital, por obtenerse los mismos resultados con cantidades más débiles, aunque teóricamente hayamos de dudar de que por tal vía llegue el suero a las regiones atacadas por el virus, sobre todo si se tiene en cuenta que la inyección de una substancia irritante altera las condiciones de permeabilidad y defensa de la barrera hematocefalorraquídea. La generalidad de los autores han preferido la vía intramuscular, considerada como preferible por Shaw y Thelender. Aconsejase generalmente que inmediatamente de establecido el diagnóstico se proceda a la inyección intramuscular de 10 c.c. de suero de convalecientes, dosis que se aumenta a 20 y 40 c.c. si la edad del enfermo es superior a catorce años. Otros autores aconsejan una dosis mínima de 20 a 25 c.c., y Shaw y Thelender inyectan 60 c.c. como dosis inicial, y 30 a 50 c.c. en el segundo y tercer día de tratamiento. Basados Amoss y Aycock en que el edema inflamatorio que existe en la región infectada impide que los anticuerpos introducidos con el suero de convalecientes lleguen a la región medular infectada, proponen la inyección intravenosa de solución hipertónica que modifique las condiciones de presión del líquido cefalorraquídeo. El suero más eficaz es el extraído recientemente de los enfermos que están en la cuarta semana de enfermedad; pero si existen dificultades para procurarse un suero en estas condiciones, puede usarse el extraído hasta diez años antes, mezclado con suero reciente.

No hace muchos meses que Schottmüller y Sherman han propuesto que la inyección del suero se substituya por la transfusión de la sangre de convaleciente. Ofrece el método la ventaja de que la sangre transfundida es reciente y sin haberse sometido a la serie de manipulaciones necesarias para conservar el suero, y que influyen en la actividad de los anticuerpos. La transfusión permite inyectar sin peligro gran cantidad de sangre, hasta 400 c.c., ya que una sangría previa eliminaría los peligros dimanados de un aumento de masa líquida en los vasos sanguíneos. La transfusión de sangre de convalecientes tiene también la ventaja de proporcionar no solamente los anticuerpos en su grado de máxima actividad, sino también la totalidad de los elementos de la sangre, entre otros los leucocitos, que tan eficazmente intervienen en los procesos de inmunidad y defensa orgánicas.

Las dificultades para procurarse suero de convalecientes son muy grandes, especialmente en nuestro país, que si pudo ensayar el método durante la epidemia madrileña de 1929 se debe a la cultura de los hermanos de San Juan de Dios, que regentan el Asilo de San Rafael y que permitieron la extracción de sangre en sus enfermitos, percatados del bien que hacían a otros desgraciados. En otros países de organización sanitaria más perfecta y donde los sanitarios se dedican a cumplir su misión en lugar de a la baja política, existe una Comisión encargada de constituir provisiones de suero inmunizante humano, pero fuera de las epidemias y a título de precaución.

Se conviene con antiguos poliomiélicos para que, mediante una remuneración, se dejen extraer sangre con periodos regulares. Así se establece un depósito de suero que lo suministra a petición de las autoridades sanitarias y médicos. En América y en Australia funcionan regularmente los Comités encargados de combatir las epidemias de poliomiélitis, y que además de preocuparse de contar en reserva con grandes cantidades de suero de convalecientes, continuamente realizan intensa vulgarización de conocimientos entre médicos y gran público, especialmente al comienzo de la estación estival.

Los sueros comerciales indicados para el tratamiento de la poliomiélitis aguda merecen breves palabras. El suero poliomiélico antiestreptocócico de Rosenow carece de eficacia, y se ha demostrado experimentalmente que no neutraliza el virus. El suero antipoliomiélico de A. Pettit fué usado ampliamente en la epidemia de Rumania de 1927 por Marinesco y colaboradores, y pareció mostrarse eficaz en ciertos casos graves, pero experimentalmente no ofrece una acción neutralizante constante. Neustaedter y Banzhaf preparan un suero de marcado poder neutralizante *in vitro*, sin que se hayan publicado resultados clínicos convincentes obtenidos con este suero.

Aconseja Peritz que en las grandes ciudades y a falta de suero de convalecientes se substituya éste por sangre de adultos, unos 20 c.c., que se toman de uno de los hermanos mayores del enfermito, pues la gran difusión de la enfermedad hace que existan anticuerpos poliomiélicos en la mayoría de los habitantes de las grandes poblaciones.

El tratamiento no específico de período preparalítico se reduce a las medidas generales que se toman en todas las enfermedades infecciosas. Los efectos antisépticos de la urotropina, que pasa al líquido céfalo-raquídeo, invitan a emplearla ampliamente por vía oral o intravenosa. También se ha empleado la adrenalina (epinefrina) a la dosis de uno a tres miligramos por vía intrarraquídea y con la intención de modificar los procesos meníngeos inflamatorios y edematosos. Compréndese que se hayan usado los mismos medicamentos que en la encefalitis epidémica, y que algunos clínicos prefieran las inyecciones intravenosas de solución de Pregl, de salicilato y electrarcol, sin que los resultados sean concluyentes. Como siempre que existen síntomas de irritación meníngea, convienen las punciones lumbares repetidas, muy eficaces para calmar los dolores, la irritabilidad y los síntomas meníngeos, sin que influyan en la curación de la enfermedad. Los baños calientes son sumamente convenientes en el período preparalítico.

Un consejo no deben olvidar los médicos, y es que los niños afectos de síntomas generales en época de epidemia de enfermedad de Heine-Medin deben guardar reposo en cama, pues ha podido observarse que las parálisis residuales son más graves en las formas ambulatorias, con síntomas generales leves que han pasado inadvertidos, lo cual se atribuye a que los centros nerviosos se han encontrado en peores condiciones defensivas cuando el enfermo hace trabajar sus músculos.

Algunas ideas actuales sobre las latencias en la sífilis

POR EL

Dr. D. JAVIER M. TOME BONA

Secretario de Actas de la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía

La infección sifilítica muéstrase silenciosa, es decir, sin síntomas objetivos ni subjetivos, durante la mayor parte de su evolución. Las manifestaciones numerosas y llamativas de los periodos iniciales van atenuándose y llamativas de los periódicos iniciales van atenuándose progresivamente en el transcurso del tiempo, llegando un momento en que la marcha constante de la infección continúa rodeada de un silencio sintomático, que hace que con gran frecuencia pase inadvertida, no sólo a los ojos del propio enfermo, sino también ante los de los profesionales.

Esta *mudez* de la infección, este silencio sintomático, sin embargo, no indica en manera alguna que la enfermedad haya desaparecido, como claramente lo vemos demostrado diariamente en la clínica, por despertares bruscos en periodos a veces muy alejados de su comienzo. Estos largos silencios era lo que Fournier, con una de sus frases gráficas, denominaba *los grandes entreactos de la sífilis*, refiriendo él mismo algún caso de completo silencio sintomático de más de cincuenta años.

Como en el curso de esta exposición veremos, la latencia de la infección sifilítica no es más que relativa y seguramente en relación con la insuficiencia de nuestros métodos de exploración. Claramente demuestra este aserto la restricción constante a que está sometido el capítulo de la sífilis latente, en relación con los progresos que se van efectuando en los métodos de diagnóstico clínico y humoral de esta infección. Sin embargo, necesario es insistir debidamente en la exposición de este vasto capítulo de tan fundamental trascendencia a nuestro particular fin profiláctico, para evitar, con el más perfecto conocimiento de la cuestión, la inadvertencia de infecciones latentes, que en uno de sus frecuentes despertares puede dar lugar a accidentes graves o a contagios inesperados y por demás deplorables.

Sífilis latente experimental.—La inoculación de la sífilis en el conejo, partiendo de accidentes humanos, produce, en un porcentaje bastante elevado de casos, resultados positivos, según detallamos debidamente en nuestro trabajo, dedicado especialmente a la sífilis experimental. Los resultados de estas inoculaciones experimentales se manifiestan por la producción, según el lugar donde se efectúe, de una queratitis intersticial, un chancro escrotal, etc. Los accidentes de generalización son poco frecuentes, habiendo llegado a ser negados por algunos autores. Los trabajos de Grouven y, más especialmente los de Uhlenhut, de 1909, demostraron de un modo indudable la existencia clínica de éstos. Sin embargo, la observación repetida y minuciosa de estos hechos demuestra que la infección se reduce, por lo menos en apariencia, en multitud de casos, a los accidentes locales, y que en otros casos las manifestaciones aparentes están jalonadas por periodos de latencia análogos a los que se observan, como más adelante veremos, en el curso de la sífilis humana. Del estudio de estas latencias en el curso de la sífilis experimental se han deducido provechosas enseñanzas para su aplicación a la clínica humana.

La demostración terminante de estos estados de latencia en el curso de la infección sifilítica experimental del conejo y su distinción de la curación real de la enfermedad ha sido lograda perfectamente, inoculando co-

nejos sanos con productos de órganos de animales en este aparente estado de curación. La pulpa de éstos, inoculada a conejos sanos, produce un chancro escrotal. El hecho análogo, correspondiente a la clínica humana, ha sido logrado por Mulzer y Uhlenhut en dos casos, en que consiguieron producir la sífilis en el conejo inoculando sangre de individuos sífilíticos en estado de latencia clínica y serológica. Puede, por lo tanto, afirmarse que existe en el conejo, igualmente que en el hombre, sífilis latente o sífilis muda, en la cual el treponema vive aparentemente saprofítico en las vísceras del animal.

Fundado Koller en la existencia comprobada de treponemas en las vísceras de los animales curados de su lesión inicial, efectuó detenidas investigaciones en este sentido en los conejos cuya inoculación había sido aparentemente negativa, es decir, que no se había producido chancro de inoculación. Los resultados de estas investigaciones comprobaron plenamente estas previsiones, ya que no directamente, por inoculaciones positivas de la pulpa de los ganglios poplíteos correspondientes a la inoculación escrotal, aparentemente negativa, en conejos sanos. La proporción de los resultados positivos obtenidos por el autor por esta técnica se eleva al 100 por 100. Trátase, como claramente se comprende en estos casos, de una sífilis enteramente latente, es decir, latente en su evolución integral.

Estos hechos experimentales incitaron a Kolle y Schlossenberger y a Worms, a investigar si en los animales considerados como refractarios a la inoculación ocurría un fenómeno análogo al demostrado en los conejos con inoculaciones aparentemente negativas. Investigando detenidamente en este sentido, pudieron comprobar la invasión orgánica del treponema en el cobaya y en el ratón, animales en los que nunca ha podido sorprenderse una lesión visible en el punto de inoculación.

Mulzer y Kahn han comprobado perfectamente estos resultados, partiendo no solamente del chancro del conejo, sino también del del hombre.

Estas deducciones de las investigaciones experimentales explican muchas de las cuestiones oscuras que se presentan en la clínica humana, especialmente los casos de accidentes aparecidos largo tiempo después de la inoculación, sin que haya sido comprobada ninguna lesión inicial.

Milian, en el año 1929, ha publicado una interesante observación referente a una mujer que había mantenido relaciones sexuales constantes con un sífilítico secundario tratado, la cual no había presentado nunca lesiones primarias ni secundarias, y en el sexto mes de la infección de su marido presentó una ictericia con Wassermann negativo, que el autor, sin embargo, achacó a la sífilis. Tratóse de una ictericia por retención típica sin fenómenos generales, *ictericia aislada*, según frase del autor, que mejoró rápidamente con un tratamiento arsenical.

La demostración absoluta de la naturaleza específica de esta ictericia pudo efectuarse un poco más tarde, cuando la serología de esta enferma se hizo positiva, sin que, sin embargo, se presentaran accidentes de ningún otro género.

De este mismo modo puede explicarse la paraplejía de un *macacus Rhesus*, publicada por el mismo Milian, aparecida muchos meses después de una inoculación que manifestó su positividad únicamente por unos pequeños chancros, sin manifestaciones secundarias de ninguna especie.

La sífilis latente en la clínica humana.—La infección sífilítica es latente en el hombre en los diferentes periodos de su evolución. Desde el momento de la inoculación hasta la aparición del chancro, transcurre un período varia-

ble de doce a treinta días, y aun más, en el que no se presenta el menor síntoma clínico. Trátase del llamado *período de incubación*.

Durante este período, sin embargo, como claramente han demostrado detenidas investigaciones experimentales, la latencia verdadera no es más que de unos ocho días. Si se escinde el punto de inoculación de una sífilis experimental, se comprueba que si en los diez primeros días no se observa ninguna manifestación histológica reaccional, a partir de esta fecha es posible comprobar la existencia de un verdadero chancro microscópico, constituido por un infiltrado conjuntivo linfocitario y plasmocítico, de disposición especialmente perivascular, en el que es posible poner en evidencia los treponemas. Esta lesión histológica, *chancro microscópico*, viene a explicar esos casos confusos, observados algunas veces, de contagios de sífilis producidos en el curso del período de incubación.

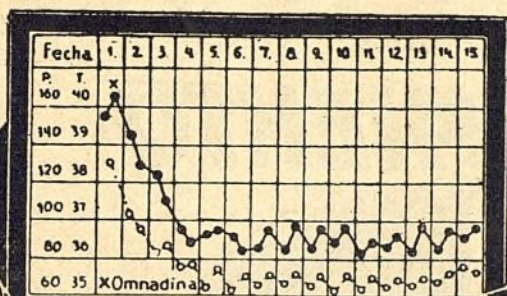
Puede, por lo tanto, afirmarse de nuevo, como ya *a priori* lo hacíamos al comienzo de nuestra exposición, que la infección sífilítica no es latente más que en apariencia y deducida la mayoría de las veces de la insuficiencia de nuestros medios de investigación.

La sífilis latente o muda puede también observarse en otras condiciones y en períodos más avanzados de la enfermedad. Por ejemplo, cuando se ha tratado el chancro con una inyección masiva de salvarsán, como se hacía antaño frecuentemente, al considerar este medicamento como rápidamente esterilizante, sin proseguir posteriormente de ninguna manera el tratamiento, en bastantes ocasiones se logra que la roséola aborta sin que se presente ninguna manifestación generalizada aparente. En otros casos, por el contrario, consíguese únicamente retardar su aparición, existiendo entre la época del chancro y la aparición de los fenómenos secundarios un período de *latencia* de la infección, que se prolonga durante semanas o meses. Posteriormente, y en cualquier momento, se produce la generalización, apareciendo una *roséola tarda*. Milian ha referido la aparición de una de ellas por este mecanismo nueve meses después de la aparición del chancro. Gougerot en el mismo año publicó un caso del mismo género, en el que la manifestación de generalización cutánea se presentó ciento noventa días después de la desaparición del accidente primario. Kolle ha podido comprobar experimentalmente en el conejo este hecho, deducido de la observación clínica. Inoculando la sífilis a un animal de esta especie e inyectando al propio tiempo por vía subcutánea un compuesto bismútico, no aparece chancro. Sin embargo, la extirpación de todos los depósitos bismúticos, comprobados en su totalidad por examen radiográfico, permitió la aparición del sífiloma de inoculación, a pesar de haber transcurrido varios meses desde la producción de aquella.

Es principalmente en el período terciario cuando se observan las latencias en la sífilis, adquiriendo este período por tal circunstancia un particular carácter de inseguridad.

Es frecuente observar en un sífilítico, cinco, diez, quince o veinte años después de la desaparición del chancro y cuando se creía curado, tras un tan largo silencio sintomático, la aparición de un goma subcutáneo, una hemiplejía, una hepatitis gomosa, etc.

Una manifestación curiosa de esta reviviscencia de la sífilis latente es lo que ha recibido el nombre de *chancro redux*. El estudio de estas lesiones ha demostrado que en el lugar donde ha existido un chancro, en muchas ocasiones persisten durante mucho tiempo lesiones histológicas inflamatorias y, principalmente, treponemas, que son capaces en determinadas circunstancias de revivir, produciendo en aquel lugar una lesión con todos los ca-



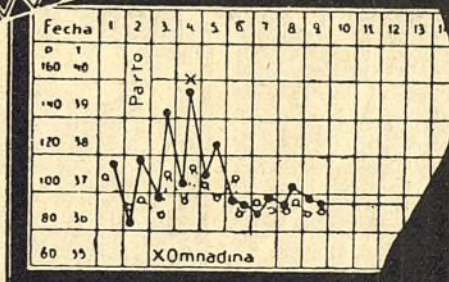
En un caso de Neu-
monía gripal grave

Véase Bernheim
(Mediz. Klinik 1923, número 18)

OMNADINA

En un caso de Fiebre
puerperal

Véase Send (Deutsche med.
Wochenschrift 1922, número 33)



LaOmnadina moviliza e intensifi-
ca rápidamente las defensas del
organismo en todas las enfer-
medades infecciosas, trastornos
neurálgicos y reumáticos, etc.

Perfectamente tolerada



OMNADINA
Caja de III y de XII ampollas
Envase original
Bayer-Meister-Lucius

Muestras y Literatura:

La Química Comercial y Farmacéutica, S. A.

Bayer-Meister-Lucius

Ausias March, 14-18 - BARCELONA - Apartado 280

ESTREÑIMIENTO

Lactolaxine Fydau

COMPRIMIDOS DE
FERMENTOS LÁCTICOS
LAXANTES

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

*1 a 3 Comprimidos
por día.*

MEDICAMENTO LAXANTE
IDEAL PARA NIÑOS,
ADULTOS Y ANCIANOS.

LABORATORIOS ANDRÉ PÂRIS
PARIS - FRANCE

Muestras: Alejandro Riera, Agente General
Napoles 166 BARCELONA

DAEVILL

racteres del chancro inicial. Tal lesión es lo que ha recibido el nombre de *chancro redux*.

Milian ha comprobado, por su parte, que la reviviscencia de los treponemas, acantonados en la cicatriz, puede, además del chancro redux, dar lugar a una eritema más o menos acentuado, al que ha dado el nombre de *eritema irritans*, con lo que quiere indicar que es generalmente bajo la acción irritante cuando se produce este accidente.

La evolución de la sífilis, que conduce a una tabes o a una parálisis general, es frecuentemente una sífilis muda. Ya Fournier hace muchos años señaló este hecho cuando decía que estos enfermos, con gran frecuencia, han padecido un chancro inicial minúsculo y unos fenómenos secundarios, muy discretos o nulos, seguidos de un silencio sintomático de años hasta la aparición de los graves accidentes neurológicos.

La evolución de la sífilis en la mujer es más frecuentemente muda que en el hombre, sin que pueda exactamente señalarse la causa. Clínicamente se comprueba este hecho, entre otras circunstancias, en los frequentísimos casos en que una mujer da a luz un feto con manifestaciones inequívocas de la infección, o en su historia genital existen repetidos hechos de abortos y partos, sin que en ello se presenten jamás manifestaciones objetivas de la infección.

El problema de la sífilis latente y de su diagnóstico en la mujer constituye una de las mayores dificultades de la práctica sifiliográfica, así como también una de las más interesantes cuestiones desde el punto de vista de la profilaxis social. La experiencia nos enseña al propio tiempo, que no debamos caer en el fácil y extendido prejuicio de considerar como benignas estas sífilis silenciosas.

La sífilis latente en el hombre presenta otra importancia considerable desde este mismo punto de vista profiláctico. Las latencias que bien espontáneamente, bien después de un tratamiento más o menos intensivo, se presentan en el curso de la evolución de la sífilis, llevan al ánimo del enfermo la confianza en una curación absoluta, abandonando todo subsiguiente tratamiento y convirtiéndose, a pesar de su aparente latencia, en un foco de contagio. Como dice Milian, contamina tanto más peligrosamente cuanto que su contaminación es frustrada, no apareciendo, por lo general, ni chancro ni accidentes secundarios y manifestándose únicamente por la existencia de abortos, malos partos y una prole degenerada y tarada. Es necesario llevar al convencimiento no sólo de los médicos, sino de la gente en general, del peligro indudable que supone un sifilítico latente para su mujer y sus hijos.

Es un hecho frecuente que profesionales mismos que debieran tener conciencia del peligro que entrañan en sus decisiones, autoricen el matrimonio de individuos sifilíticos, con el pretexto de que están indemnes de manifestaciones contagiosas, cuando han recibido un tratamiento que ellos consideran suficiente, cuando la mayoría de las veces es simplemente mediocre y la enfermedad data de una fecha de uno o dos años.

A este propósito, el repetidas veces mencionado Milian refiere varios casos de individuos autorizados por el médico para el matrimonio cuando tenían una serología positiva, por considerar artificiosamente que la reacción de Wassermann, en ausencia de manifestaciones clínicas, carece de valor. A este propósito consideramos interesante un caso publicado por este autor referente a un individuo que sufrió un chancro sifilítico antes de la guerra, que fué tratado regularmente durante tres o cuatro años y que en una ausencia suya en el frente fué autorizado para contraer matrimonio por otro médico por "no encontrar en el individuo ninguna manifesta-

ción objetiva de sífilis", habiendo transcurrido cinco años desde el comienzo de la enfermedad y a pesar de presentar una serología débilmente positiva. Su mujer ha tenido posteriormente un aborto, un hijo sordomudo, y ha padecido una parálisis del facial y de algún otro nervio craneal. En este caso la sífilis era latente, ya que pudo escapar a la observación del médico, pero, sin embargo, el examen serológico demostraba su existencia. En este caso particular puede decirse que la deficiente documentación del médico, en lo referente a la valoración de serología, ha sido la única causa de este verdadero desastre.

Una vez más queremos repetir que cuando los médicos se instruyan debidamente en los conocimientos sifiliográficos, tan abandonados en la mayoría de las Facultades de Medicina de España y, por otra parte, los medios de investigación se enriquezcan con elementos más perfeccionados y seguros que los actuales, el capítulo de la sífilis latente, se irá progresivamente reduciendo hasta llegar a anularse.

De la extracción extracapsular de la catarata a la extracción intracapsular

POR EL

Dr. VAN LINT

Adaptación castellana del Dr. J. M. R.

Puede decirse que el autor hace una relación cronológica de las variaciones de la técnica de la operación de la catarata que ha practicado desde hace treinta años, en que comenzó su vida profesional.

En 1930 la intervención se reducía a la anestesia por instilación de cocaína, sección de los dos tercios superiores del limbo corneal con el cuchillito de Graefe, iridectomía o no, discisión y expulsión del cristalino por presión sobre el globo ocular.

Este método puede dar buenos resultados, pero tiene a menudo inconvenientes, pequeños o grandes, que es preciso hacer desaparecer.

En *La Clinique Ophtalmologique* publica una técnica con deslizamiento de la conjuntiva, pretendiendo evitar las inflamaciones tórpidas, subagudas o agudas tan frecuentes tras la operación de la catarata y que atribuía a gérmenes procedentes de saco conjuntival que penetraban en el ojo por la herida operatoria, lo que aconsejaba una incisión al abrigo del saco conjuntival, siempre infectado y no esterilizable.

A este fin tallaba un colgajo conjuntival en la mitad superior del globo, deslizándole luego hasta cubrir la incisión y sujetándole por dos suturas laterales.

En 1914 (*Anales d'Oculistique*) describe su "parálisis palpebral temporal".

A pesar de la anestesia, del blefarostato o elevador, los operados contraen a veces violentamente los párpados durante la intervención, cuando el ojo está ampliamente abierto, de modo tan brusco e inesperado, que provocan la salida del vítreo con el desastre consiguiente.

Pensó primero inyectar la novo-adrenalina en las inmediaciones de la apofisis estiloides del temporal, pero pensó en la extraordinaria molestia que supondría paralizar todos los músculos inervados por el facial anestesiando el tronco, lo que le decidió a practicar la imbibición de las ramas faciales en el contorno orbitario, donde transcurren sobre los huesos de la cara. El éxito fué completo.

Un quinquenio después abandoné la fijación del globo ocular con la pinza sujetando conjuntiva en proximidades del limbo, por la fijación de Angelucci en el recto superior, que hace la inmovilidad mayor, evita el des-

garro de conjuntiva, la sección es más limpia al no ser estirado el globo por la compresión ejercida por la pinza, siendo más fácil la expulsión del cristalino, permitiendo suprimir el elevador.

Los métodos de extracción, *in toto*, de Pagenstecher, Smith, Redard, Vard-Hulen y Barraquer le llevaron a practicar la extracción intracapsular con el erisifaco, que le entusiasmó y a la que encontró como ventajas la desaparición de las cataratas secundarias y la disminución de la infección, y los inconvenientes de pérdidas de vítreo bastante numerosas y agudezas visuales bajas debido al desplazamiento de la pupila hacia arriba después de la intervención, abandonando el método de Barraquer después de comparar el pro y el contra, volviendo el 1924 a la extracción extracapsular, que practica diseccionando la conjuntiva en parte superior—a la que atribuye las ventajas de favorecer la cicatrización por la sangre que invade el campo actuando como antiséptico excelente y antimicrobiano y de permitir una incisión limpia con la lanza, que en adelante reemplaza al cuchillito de Graefe en la apertura del globo—. El uso de la lanza de seguridad de no herir el iris, siendo, además, perfecta la coaptación de los labios de la incisión, lo que le permite prescindir del deslizamiento de conjuntiva que años antes aconsejó para proteger la herida.

Otra característica esencial tiene en la operación de catarata a partir de este momento y es la de hacer la incisión con la lanza en el sector externo de la córnea, que, además de permitirle tallar un amplio colgajo conjuntival, hace posible la inyección retrobulbar de novocaína, poco recomendable en la operación ordinaria, o porque dificulta la mirada hacia abajo, obligando a bajar el ojo con la pinza, causa fácil de salida de vítreo.

Las ventajas de la inyección retrobulbar son: anestesia profunda, provocar una ligera exoftalmia que facilita los tiempos de la operación, inmovilidad del globo e hipotensión del mismo, lo que se traduce en mayor facilidad de la intervención y menor riesgo de pérdida de vítreo.

En la actualidad la técnica que sigue es la siguiente:

- 1.º Disección de la conjuntiva.
- 2.º Incisión de la mitad externa del limbo corneal con lanza, agrandando la incisión con la tijera.
- 3.º Iridectomía periférica o total.
- 4.º Colocación de dos puntos de sutura conjuntivales.
- 5.º Extracción de la catarata (*in toto* en las personas de más de sesenta años y extracapsular en los que no alcanzan esta edad).
- 6.º Apretar las dos suturas y colocar otros tres puntos accesorios.

(Publicado en *Bruxelles Médical*.)

El tratamiento de los casos quirúrgicos urgentes en los puestos avanzados de una guerra de movimiento

Aportación al VII Congreso Internacional de Medicina y Farmacia Militares. (Junio 1933.)

POR EL T. C. M.

Dr. MARIANO GOMEZ ULLA

Inspector general de los servicios de cirugía del ejército nacional.

CON LA COLABORACIÓN DE LOS

señores Comandantes Sánchez Vega y Herrero; Capitanes Madruga y Martín Santos, y el señor Farmacéutico Mayor Campoy Irigoyen.

La asistencia de los heridos en la guerra fué, y será siempre, un problema rodeado de dificultades, a pesar de conocer los armamentos de los ejércitos que combaten, de los reglamentos en virtud de los cuales aquéllos mani-

obran y aun dado por cierto que serán respetados con la máxima escrupulosidad los acuerdos internacionales referentes a la protección del hombre herido y del personal dedicado a su asistencia y socorro.

En la guerra, aparte de ciertos principios fundamentales que no pueden variar, existe mucho de incidental y caprichoso, que sólo el ingenio y la perspicacia del mando puede contrarrestar y prevenir, y como quiera que estos azares y sorpresas se observan con más frecuencia en la guerra de movimiento, no es de extrañar que en la asistencia quirúrgica de los heridos, las dificultades aumenten a veces en proporciones insospechadas, pudiendo predecir que en una guerra futura, la misión del cirujano será muy penosa y difícil.

Ya lo fué durante la gran guerra; pero en las venideras, aun no teniendo en cuenta los secretos e inventos que las grandes potencias pueden reservarnos, y si solamente pensando en el papel preponderante que ha de tener la aviación y el empleo de los gases, nos darán idea de las grandes dificultades con que estará rodeada nuestra sagrada misión.

La cirugía en las guerras fué siempre un servicio de vanguardia; todos los que se dedicaron al cuidado de los caídos (médicos, aficionados, encantadores de serpientes), como ocurrió durante el Imperio romano, cuyas legiones carecían de medios sanitarios, procuraban prestar sus auxilios lo más pronto posible, acercándose al campo de batalla, y muchas veces tomando parte en la misma contienda, como ocurrió a Machaón y Podalyre, citados por Homero, siendo a la vez cirujanos y combatientes.

Este ejemplo dado por los primeros representantes de la cirugía en campaña ha perdurado en todas las contiendas humanas, y en la actualidad, los médicos militares de todos los ejércitos, penetrados de su elevada misión, no regatean esfuerzos ni sacrificios para cuidar al caído lo más pronto posible y del modo más eficaz.

Los servicios quirúrgicos fueron siempre más deficientes en la guerra de movimiento que en la de posición, y si repasamos la historia quirúrgica de las guerras, observaremos que los grandes fracasos de asistencia a los heridos se registran principalmente en campañas como las de Aníbal, Alejandro el Magno, Dugo de Alba, etc.

Ejemplo afirmativo de lo que acabamos de exponer lo encontraremos, y muy demostrativo, en las distintas fases de la gran guerra europea.

Hasta después de la batalla del Marne en el frente occidental, y durante toda la campaña del frente oriental, recordando la extraordinaria movilidad de Hindenburg en la batalla de Tanenberg, la campaña de Servia en 1915 y la de Rumania, dirigida por Falkenhain en 1916, ejemplos típicos de guerra de movimiento, los servicios quirúrgicos fueron muy deficientes, siendo necesario que la guerra se estabilizase para que éstos alcanzasen una perfecta organización.

En el mismo frente occidental, prolongado ejemplo de guerra de posición, se pudo apreciar notable diferencia en los resultados quirúrgicos, cuando se pretendía pasar del quietismo característico de tanto tiempo a fases activas de avance o retroceso de alguna importancia.

La cirugía moderna de las heridas de guerra, teniendo en cuenta los armamentos puestos en uso, exige, co-

Terap

Ne

(Emuls

Ant

Antic

Ant

A g o

Psico

Des

El NEU

pollas d

de en d

En los

en días

M U R

LEC

La

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)



Terapéutica Biológica de las Jaquecas

Neurocrin Krynol

(Emulsión aséptica de substancia cerebral)

INDICACIONES

Antineurálgicas (jaquecas)

Anticonvulsivas (síndromes epilépticos)

Antigénicas (disonías vegetativas)

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

Agotamiento nervioso, Psicosis depresivas, Surmenaje, Desnutrición y Raquitismo

ADMINISTRACION Y DOSIS

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

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

MUESTRAS PARA EXPERIMENTACIÓN CLÍNICA
LEON XIII, 7
Laboratorio Biológico LÓPEZ-BREA

BARCELONA (S. G.)

ESTAFILASA del D^r DOYEN

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

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

Solución coloidal
fagógena
polivalente.

MICOLISINA del D^r DOYEN

2 FORMAS:
MICOLISINA BEBIBLE
MICOLISINA INYECTABLE

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

SOLUCION de FLUOROFORMA
ESTABILIZADO EN LOS
EXTRACTOS VEGETALES

GERMOSE

No Tóxico

SABOR
AGRADABLE

Tratamiento de la Tos - **COQUELUCHE** - Tos nerviosa

Comprimidos compuestos de *Hipófitis*
y *Tiroides* en proporción prudencial,
de *Hamamelis*, *Gastaña de India*
y *Citrato de Sosa*.

Venosina

Tratamiento específico completo de las **AFECCIONES VENOSAS**

LABORATOIRES LEBEAULT, 5, Rue Bourg-l'Abbé, PARIS

POR MENOR: PRINCIPALES FARMACIAS

Muestras y Literatura: G. SALINAS Y Cia - 2 y 4 Calle Sagués-BARCELONA

iodaseptine cortial

TUBERCULOSIS
PULMONAR CRÓNICA

Dosis Ligeras de 2 a 8^{as} al día
en series de 20 días

ADENOPATIAS
DE LA INFANCIA

10 a 15 gotas cada 24^{as}
en tres veces según la edad

REUMATISMOS
CRÓNICOS

Dosis Fuertes de 5 a 20 gotas cada 24^{as}

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

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

iodaseptine salicilada

UNE
LA ACCION DEL YODO AL EFECTO SALICILADO

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

mo primer requisito, la intervención urgente en un número de heridos mucho mayor, pues el predominio adquirido por la artillería y la aviación como medios de combate obliga a operar de urgencia a muchos heridos leves en cuanto a lesión, pero que pueden convertirse en muy graves si se les abandona solamente unas horas sin el debido tratamiento, presentándose complicaciones sépticas de no haber sido tratados preventivamente con una metódica y urgente esterilización quirúrgica.

Los graves y complejos problemas que caracterizan el ejercicio de la cirugía en la guerra reclaman para el buen servicio dos condiciones esenciales: riqueza de medios y tranquilidad espiritual y material de quien la practica, haciéndose responsable de la vida de los soldados y de la conservación de los efectivos.

El cirujano castrense no debería estar agobiado por otras urgencias que las dependientes del herido; pero la guerra, en todas sus modalidades, respeta pocas veces estas preocupaciones, presentando, por el contrario, exigencias a las que no podemos substraer nuestra atención, y en medio de las que cumpliremos forzosamente nuestra actuación, sin dificultar en ningún momento la acción del Mando, procurando adaptarnos a todas las fases y modalidades de la acción, sin objetar nunca, para que no se interprete como economía en nuestro esfuerzo, sacrificándolo todo a la buena marcha de las operaciones, dentro de la más esmerada asistencia de nuestros heridos.

La cirugía de guerra actual es muy diferente de la practicada antes de la gran guerra, hasta el punto de que muy bien pudiera dividirse en dos grandes períodos: uno anterior a la guerra europea, y otro posterior.

La idea que imperaba antes del año 14, fundamentada en el estudio de las guerras anteriores, tanto antiguas como modernas (Balcanes, Ruso-japonesa, Transvaal), muy especialmente en estas últimas, pues en las antiguas podemos afirmar que la cirugía, estando en relación con la época, era casi tan activa como lo es hoy, aconsejaban un método altamente conservador, siendo Bergman, con su gran autoridad, quien aconsejó, después de sus estudios en la guerra de los Balcanes, el tratamiento expectante en todos los casos de cirugía de guerra, pues si bien en algunos podían presentarse indicaciones de intervención inmediata, eran los menos, constituyendo la excepción.

Hoy, después de la dolorosa experiencia de la última guerra, no pueden ni deben seguirse ni los consejos de Bergman, aplicados en forma sistemática a toda clase de traumatismo de guerra, ni tampoco a los de Mac-Cornac aplicada a las heridas abdominales, declarándose, durante la guerra del Transvaal, abstencionista en esta clase de traumatismo.

En la actualidad, la cirugía vuelve a ser eminentemente activa, intervencionista, sea cual sea la modalidad de guerra en que nos encontremos, así como el armamento empleado, que no podrá influir más que en el número de intervenciones que hayamos de practicar, pero no variando el principio, hoy axiomático, de operar y operar cuanto antes, para salvar vidas y evitar complicaciones.

El armamento empleado influye, como dejamos dicho, en cuanto al número de intervenciones se refiere; las heridas causadas por metralla, entendiéndose por tales todas las ocasionadas por proyectiles irregulares, caracteriza-

das clínicamente por un foco de contusión y atrición de tejidos más o menos intenso, sin tener para nada en cuenta la región o el órgano herido, deberán ser operadas con la mayor urgencia; en cambio, aquellas otras ocasionadas por bala, no estando localizada en determinadas regiones u órganos, y sin fenómenos explosivos, pueden y deben ser curadas con un tratamiento expectante y conservador.

La guerra de movimiento ofrece modalidades completamente opuestas a las necesidades de la cirugía moderna. Sus rápidos avances y retrocesos nos fuerzan a reducir todo lo posible nuestros efectivos materiales, obligando a emplear formaciones ligeras, fáciles en su manejo, para ser rápidamente instaladas y desplazadas, a fin de seguir en todo momento a las tropas que acompañan.

La mayor diseminación de las fuerzas, con un gran escalonamiento en profundidad de los puestos de mando de cada servicio, obliga a un íntimo contacto del Jefe de Sanidad con las secciones de información y operaciones del Estado Mayor, al objeto de conocer en cada momento qué unidad será objeto del esfuerzo principal de la operación y lugar en que se supone encontrar la mayor resistencia enemiga, datos imprescindibles para poder calcular en dónde ocurrirá el mayor número de bajas y poder instalar los servicios quirúrgicos en los puntos más estratégicos y de fácil comunicación con las tropas combatientes.

La guerra de movimiento acarrea una mayor fatiga física de las tropas, aumentando el número de bajas temporales, pero ofreciendo, en cambio, desde el punto de vista quirúrgico, y en relación con la guerra de posición, la gran ventaja de tener menos heridos necesitados de intervenciones urgentes, pues, lógicamente pensando, las preparaciones artilleras no podrán ser intensas, y el enemigo habrá de escalonar, en profundidad, los distintos calibres artilleros, razón por la que estos combates se caracterizarán por el máximo empleo de armamentos de pequeño calibre, quedando para la guerra de estabilización el empleo de las grandes máquinas y medios destructores de combate.

Teniendo en cuenta estas características generales de la guerra de movimiento, la concepción de una formación especializada para el tratamiento quirúrgico de los heridos, forzosamente se subordinará a ellas, pero sin olvidar nunca los imperiosos mandatos de la cirugía moderna.

Después de las enseñanzas obtenidas por la gran guerra, los servicios de cirugía serán siempre servicios avanzados, trátase de una u otra modalidad guerrera.

Pasaron los tiempos en que los convoyes de heridos, con una simple cura oclusiva, podían llegar a los hospitales fijos sin graves perjuicios para su vida. La calidad de los armamentos empleados hoy y los grandes progresos de nuestra especialidad obligan a operar con urgencia a muchos lesionados que antes se consideraban perdidos, y esto no puede conseguirse más que avanzando nuestros servicios, en atención a que los medios de evacuación de que disponemos no rinden la utilidad necesaria, ni en comodidad ni en rapidez, para que lleguen estos heridos en buenas condiciones a las instalaciones fijas de retaguardia. Únicamente pensamos que la aviación podrá resolver este problema en lo futuro, cuando los aviones puedan despegar y aterrizar fácilmente en cualquier sitio, sin necesidad de los grandes campos de

aterrizaje que por el momento le son necesarios; aun así, téngase presente que el cálculo probable de heridos de una división durante cuatro días de combate consecutivo alcanza la cifra de 1.600 a 1.800, y que de este número de bajas, por lo menos un sesenta por ciento necesitarán un tratamiento quirúrgico más o menos importante, y veremos entonces que el número de aviones necesarios para estas evacuaciones rápidas a centros hospitalarios fijos alcanzaría cifras fabulosas, formando verdaderos enjambres de colmena.

No queda, pues, más remedio que avanzar, y avanzar lo más posible, la asistencia quirúrgica; así se comprendió y así se realizó durante la gran guerra, borrando con ello las dantescas escenas que se observaron en las salas de los hospitales fijos, abarrotados de septicemia, gangrena caseosa, meningitis, tétanos, etc., etc., y que los convoyes del frente transportaban un día y otro día. La actuación quirúrgica da comienzo en el momento que cae el herido, y por lo que se refiere a la zona de combate, que es la que nos interesa por el momento, la consideramos dividida en los dos escalones siguientes: *De extrema vanguardia* o de *divisionarios* y de *vanguardia* o de *Cuerpo de Ejército*.

La organización sanitaria de extrema vanguardia está formada en todos los ejércitos por los llamados puestos sanitarios de batallón, regimiento y división.

Las dotaciones, tanto en personal como en material, con pequeñas diferencias, son iguales en todos, y por ello, igual también son las atenciones quirúrgicas a cumplir por el personal médico de dichas formaciones, que, en honor a la verdad, son bien limitadas y precarias, y, a veces, insuperables en esta modalidad de guerra de movimiento, con sus características de avance y retroceso, fluctuación de las líneas de combate y gran batimiento de las zonas en donde dicho personal médico ha de poner a contribución sus aptitudes quirúrgicas, tan necesarias de paz, tranquilidad espiritual y corporal, convirtiéndose en esfuerzo sobrehumano cuando entra en escena el factor gas.

En este escenario, y por encima de toda consideración, el cirujano de estas formaciones de primera línea tiene la sagrada obligación de atender al soldado herido, sea cual sea el bando beligerante a que pertenezca y el traumatismo o afección que sufra.

En ninguno de los tres puestos sanitarios mencionados se puede ni debe realizar una gran labor quirúrgica, pero el personal médico a ellos dotados, con los elementos de que disponen, podrá, de vez en cuando, salvar alguna vida, en muchas ocasiones conservar un miembro, y siempre beneficiarles.

El lugar de acción son los pequeños o grandes refugios de heridos.

En estos puestos se detiene el traumatizado el tiempo más indispensable, al objeto de poder inmovilizar una fractura, con aparatos regulares o medios de fortuna, cohibir una hemorragia con medios rápidos, tratar el choc, calmar el dolor, etc., etc.

Indicaciones operatorias a cumplir en primera línea

1.^a *Cirugía de extrema urgencia*.—Completamente restringida y practicada por el servicio regimental y ambulancias de primera línea (hemorragias graves, traqueotomía de urgencia).

2.^a *Cirugía de primera urgencia*.—Realizable a 15 ó 30 kilómetros a retaguardia, en ambulancias especializadas, formaciones sanitarias operatorias, automóviles y ciertos hospitales especializados próximos al frente (heridos cavitarios y grandes fracturados).

3.^a *Cirugía de segunda urgencia*.—Debe ser practicada a más de 80 kilómetros a retaguardia, constituyendo la verdadera regulatriz sanitaria, con sus hospitales de evacuación y especializados (heridos menos graves o graves, que puedan ser transportados sin aumentar el peligro vital).

De esta simple clasificación se desprende que acaso la más primordial obligación del personal médico de la primera línea es poner en condiciones de seguridad al herido, para ser transportado a las formaciones de retaguardia.

En el grupo primero, la cirugía de extrema urgencia, única que nos interesa por el momento, no es más que cuestión de horas, y acaso de minutos. Debe practicarse sobre el mismo campo de batalla o en sus inmediaciones. Consistirá casi exclusivamente en combatir las hemorragias graves, que constituyen un peligro inmediato para la vida del herido.

En algunos casos, desgraciadamente, estas clases de hemorragia están constituidas por heridas de los gruesos vasos del abdomen o del tórax, las cuales están por encima de los recursos actuales de la cirugía; estos heridos mueren en el campo de batalla en algunos minutos.

Ya dijo Wieting: "La cirugía de primera línea es la cirugía de las hemorragias."

La hemorragia puede ser arterial y venosa, y aun siendo ésta de menor importancia, existen casos, como sucede en las lesiones venosas del cuello, que, de no acudir con rapidez, pueden morir por embolia gaseosa y hemorragia.

En todas las guerras, estas heridas vasculares motivarán un elevado porcentaje de mortalidad, ya que no siempre se puede actuar con la urgencia que requieren estas formas de hemorragia.

En el puesto de socorro se atenderá rápidamente a los heridos vasculares, deteniendo la hemorragia, no por intervención, como sería deseable, pero sí haciendo una hemostasis provisional, cuidadosa e inteligente.

Los procedimientos de hemostasia provisional son muy numerosos, y en general se reducen a colocar entre la herida y el corazón un elemento constrictor.

La forma más simple de hemostasia se realiza, o bien elevando el miembro, o flexionando al máximo sus articulaciones. La compresión digital sobre los puntos de elección (el tubérculo de Chaassaigne para la carótida, la primera costilla para la subclavia, etc.) es un proceder rápido y de gran utilidad en algunas hemorragias, tales como la de los vasos del cuello, pero tiene el inconveniente grave de no poder sostenerse mucho tiempo, y, por lo tanto, de resultados insuficientes.

En muchos casos se recurrirá a la compresión directa por el apósito, al taponamiento de la herida, o a la simple aplicación de una o dos pinzas de Kocher.

También han sido empleados frecuentemente el hilo telefónico, la venda de Esmarch, tortor de goma o caucho, el tubo de Mathieu y los americanos el proceder de Wyeth.

En general, cada procedimiento tiene su indicación

especial; así, el de flexión forzada puede dar buen resultado en la hemorragia de los vasos poplíteos; el taponamiento a lo Mikulicz, con un vendaje compresivo, en las heridas del cuello; el proceder de Momburg, comprimiendo la aorta, para las lesiones de las ilíacas, etc.

En las heridas estrechas, en las que la hemorragia se encuentra cohibida por un hematoma difuso, es suficiente colocar un lazo sin apretar demasiado alrededor de la herida, bastando con inmovilizarla en una gotiera.

De la variedad de procedimientos de que disponemos, el más frecuentemente empleado es el *garrote* o *lazo hemostático*, hasta el extremo de esforzarse todas las naciones por la posesión de un modelo, dato que nos demuestra ser incompleto y poco práctico; sea cual sea el modelo aceptado, poseerá como condición indispensable ser elástico, de aplicación fácil y muy manejable.

Precisamente en los actuales momentos, la Comisión Internacional para la Estandarización del Material Sanitario tiene en ensayo los modelos presentados al concurso celebrado el año pasado, habiendo encomendado a Alemania la ponencia correspondiente, que ha de ser presentada a la reunión del año 1933.

Nuestra experiencia, adquirida en la guerra colonial de Marruecos y en la práctica civil, sobre la aplicación de este procedimiento de hemostasia, nos ha evidenciado la necesidad de que sean manejados con prudencia y mantenidos el menor tiempo posible, ya que la anemia que determina favorece el desarrollo de los gérmenes patógenos, siendo su colocación prolongada determinante de frecuentes lesiones nerviosas, contracturas isquémicas de Vokman, etc., procesos de tratamiento largo y a veces originarios de invalideces permanentes. Durante la gran guerra se protestó de este medio de hemostasia, que determinó numerosas amputaciones; pero al fin hubo que reconocer que su aplicación salvó muchas más vidas que miembros hizo perder.

Con el fin de evitar estas complicaciones se han inventado numerosos aparatos, como el Pomponi, el brazalete neumático, el de Singer, etc., fundados en actuar directamente sobre el vaso principal, llevando un dispositivo para limitar y graduar la presión hemostática a voluntad. Carecemos de toda experiencia de los mismos, si bien pueden ser útiles en la práctica corriente, parece no ser aconsejables en el campo de batalla, por no reunir las condiciones de rapidez, seguridad y aplicación fácil.

La forma más eficaz de evitar estas complicaciones es la evacuación de estos heridos al puesto quirúrgico más próximo, en donde serán operados en primer término, previo el tratamiento de la anemia con transfusiones sanguíneas.

En ese puesto sanitario los heridos con *shok* traumático también reclaman atención urgente.

Se produce con gran frecuencia en los heridos de guerra, teniendo en cuenta la gran excitación cerebral que precede (acompaña al combate, la emoción provocada por el estallido de granadas, el dolor, la hemorragia abundante, la desintegración celular de los tejidos, etc., etc., causas todas que concurren en estos heridos para el desequilibrio en su esencia del sistema vasomotor. El tratamiento profiláctico del *shok* traumático debe comenzarse en el puesto de socorro de batallón, realizando la hemostasia en las lesiones vasculares, como queda descrita anteriormente, calmando el dolor con mor-

fina, y sobre todo llevando al ánimo del herido la tranquilidad que supone el sustraerle y alejarle de la línea de combate.

El tratamiento complementario de calefacción, tónicos cardíacos, transfusión de sangre, inyección de suero isotónico por vía venosa, así como el combatir los fenómenos de acidosis que suelen acompañar a este estado, deben realizarse en las formaciones sanitarias de retaguardia, adonde serán evacuados urgentemente.

Los *heridos de cráneo* apenas requieren atenciones particulares en estos puestos avanzados; se procederá a evacuarlos, previa desinfección y colocación de un apósito simple, y, salvo casos excepcionales, serán considerados como de segunda urgencia. Estos heridos deben ser trasladados directamente a las formaciones lejanas de retaguardia, donde serán intervenidos, pues si bien son susceptibles de soportar un transporte prolongado, una vez que son intervenidos se les considerará como inevacuables durante algún tiempo.

Las *heridas penetrantes de tórax* presentan grados muy diversos: desde los casos ligeros, que llegan por su propio pie a los puestos avanzados, hasta los de extrema gravedad, que mueren en primera línea.

Sabemos que el peligro inmediato está determinado por la hemorragia, enfisema mediastínico, subcutáneo y neumotórax sofocante.

En la última guerra, la mortalidad de los heridos torácicos fué bastante elevada, atribuyéndose el aumento a la actuación de la artillería.

El tratamiento que se les puede prestar en los puestos de primera línea se reduce a desinfección, apósito compresivo, morfina a altas dosis, transportándose al puesto quirúrgico más próximo, por ser heridos inevacuables que requieren un reposo e inmovilidad absoluta, y en los casos de hemorragia interna serán intervenidos urgentemente.

Los *heridos de abdomen* pueden ser penetrantes de órganos macizos, hígado, bazo, riñón, o de partes huecas, tubo digestivo y aparato urinario. En los pimeros, la gravedad está representada por la hemorragia interna, que procuraremos cohibir con los medios generales, si bien la intervención será su único tratamiento, y como ésta no puede realizarse hasta llegar a un centro quirúrgico, debemos emplear el menor tiempo posible en su evacuación, bajo la acción de hemostáticos, no empleando nunca para sostener el tono arterial los sueros.

Las perforaciones intestinales presentan el peligro de la infección peritoneal; interviniendo a estos heridos antes de que se presente dicha infección se obtendrá un 70 por 100 de probabilidades de curación; en tanto llega ese momento, en los puestos de socorro por que atraviesa el herido en su evacuación prohibirán toda clase de alimentos, aplicando morfina para calmar los movimientos intestinales y suero en abundancia para que no tenga sed; sosteniendo el tono cardíaco, siempre debilitado por el *shok* e irritación peritoneal provocada por el contacto de la sangre y sustancias intestinales vertidas.

En los heridos de vejiga urinaria, colocamos una sonda permanente, tan pronto como se diagnostique dicha lesión.

Todos los *luxados* y *fracturados* de guerra son casos quirúrgicos que necesitan ser atendidos en los puestos

avanzados. A los primeros, reduciendo su luxación, y a los segundos, su fractura, inmovilizándola en un aparato provisional; evitando con ello el desplazamiento de los fragmentos y la posible producción por los mismos de lesiones vasculares, nerviosas y musculares, poniéndoles en condiciones de ser transportados en debida forma y con el máximo de garantías de éxito curativo.

Esta inmovilización no solamente es necesaria desde el punto de vista del tratamiento, sino que actúa también elevando la moral del herido, al calmar sus tremendos dolores, determinantes muchas veces de shock traumático.

Las fracturas por arma de fuego representan alrededor del 20 por 100 en la cifra total de heridos, siendo más frecuentes las diafisarias que las epifisarias.

Estos primeros auxilios prestados a los fracturados son de gran importancia, pudiendo afirmar que del modo inteligente de realizarlo depende el pronóstico favorable o adverso, y muchas veces su tratamiento definitivo.

Para inmovilizarlos en el campo de batalla emplearemos todos los elementos que el ingenio del médico pueda considerar de utilidad, y así, nos valdremos de armamentos, vestidos, correajes, cajas de municiones, alambre, maderas, cartón, etc., etc.

En el vendaje no olvidaremos nunca hacer una presión algo mayor en las cercanías del foco traumático, obteniendo con ello un efecto hemostático e impidiendo la formación de grandes hematomas.

Durante nuestra actuación en el Equipo Quirúrgico, en la guerra colonial de Marruecos, tuvimos ocasión de ver fracturados tan ingeniosamente inmovilizados por los compañeros de los puestos avanzados, que, sin duda alguna, a ello debieron los heridos su utilidad completa.

En la gran guerra se emplearon con asiduidad como aparatos de contención simple las cortinas, esteras reforzadas, férulas de Kramel, gotieras de alambre, aluminio y cinc, de la que existen varios modelos, indicados especialmente en las fracturas incompletas y articulares.

Siendo numerosos los aparatos de inmovilización, no nos detendremos en describirlos, pero sí haremos constar que todos ellos pueden dar buen resultado, siempre que reúnan las condiciones siguientes: ligeros, sencillos y de fácil aplicación.

Ultimamente tuvieron gran aceptación aquellos modelos que, a más de contener e inmovilizar la fractura, realizan una constante extensión y contraextensión, disminuyendo considerablemente la mortalidad, y siendo los resultados *a posteriori* muy favorables.

Todas estas condiciones las reúnen los aparatos tan conocidos de Pouliquen, Thomas, Lardenoy y sus derivados.

En las fracturas de columna vertebral y pelvis se ha utilizado el cuadro de inmovilización y transporte de Rouvillois.

Estos aparatos deberán figurar en las dotaciones sanitarias de primera línea, y para su colocación no olvidaremos nunca que la posición de máxima relajación de los músculos interesados en la fractura será la más apropiada para su contención.

En el puesto de Socorro del Grupo Divisionario se aplicará suero antitetánico y antigangrenoso, en los casos de heridas anfractuosas, en que se sospeche la

presencia de esta terrible infección, estableciendo el orden de evacuación de los heridos, según la urgencia que reclamen sus lesiones.

En este sentido se clasificarán en:

Intransportables: moribundos e inoperables.

Transportables de marcada urgencia: heridos que sangran, portadores de tortores, heridos de abdomen y tórax.

De segunda urgencia: lesiones de cráneo, raquis, fracturas, etc., etc.

En este Puesto Divisionario también se atenderá a los gaseados, siendo su tratamiento diferente, según los gases.

Teniendo en cuenta que en las guerras modernas el número de bajas causadas por los gases son muy numerosas, dificultando el verdadero servicio quirúrgico de primera línea, nos parece sería conveniente organizar Equipos especializados para esta clase de enfermos, dotados de todos los elementos necesarios e independientes en absoluto de las formaciones sanitarias quirúrgicas mencionadas.

(Continuará.)

BIBLIOGRAFÍA

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA COLESTERINEMIA EN LA PRIMERA INFANCIA.—Galdó Villegas, Antonio.—Tesis Doctoral. Madrid, 1932.

El joven Dr. Galdó, discípulo meritorio del gran maestro Duarte, ha realizado en su tesis—toda cariñosa e interés—, un trabajo de eminente mérito e interés en el campo de la pediatría. Estudia en la misma las modernas ideas de la colessterinemia, su origen, el recambio de la misma, su papel fitopatológico y método de determinación y las cifras normales y de variación fisiológica en la primera infancia. Termina con unas extensas conclusiones, fruto de un extenso estudio en la clínica on trabajos sobre idéntico tema al que en su tesis trata. Avalora la tesis la moderna y numerosa bibliografía que la acompaña.

Enhorabuena al joven profesor por tan interesante trabajo, prometedor de otros más valiosos, si es que cabe.—J. H.

PRÉCIS DE PHTISIOLOGIE.—Giraud Albert.—Gustav Doin. Editeur. París, 1933. 60 francos.

El profesor Giraud ha pecado de modesto al dar su magnífica obra el título de "Précis", que todo lo encierra en poco, pero ha tenido el acierto e encerrarlo, preciso es confesarlo, de una manera que tiene su extensión precisa. Comienza la primera parte de la obra con un capítulo destinado a estudiar el tbc microbiológicamente, luego pasa a otros llenos de suma claridad, en que lo hace de los medios de contagiosidad y vías de penetración en nuestro organismo.

Después, y con la atención que merecen dos temas—auscultación y radiodiagnóstico—, los dedica dos capítulos, y acto seguido, otros dos a asuntos de importancia tal como la primoinfección y la herencia.

En la segunda parte de la obra, y ya en tono mayor que destaca su valor de clínico, expone con máximo detalle todas las formas del mal, con su lugar de asiento y complicaciones a ella inherentes, seguido de del diagnóstico y el pronóstico.

Por último, en la tercera parte pasa revista a todos los numerosos tratamientos—médicos, quirúrgicos y dietéticos—que en ella se pueden emplear.

Consulta de 11 a 1 y de 3 a 5
Especial para obreros de 5 a 7

Dp.

He habiendo ensayado, reiteradamente el
Funde-Koch, en la tuberculosis pulmonar, han
sido tan excelentes los resultados obtenidos, que
me veo obligado a emitir este juicio definitivo:
En la actualidad, constituye el único trata-
miento etiotrópico de la tuberculosis.

Apda

Mieres, 10 de Mayo de 1932

(Preséntese la receta a la nueva consulta)

Facultad de Medicina
(HOSPITAL CLÍNICO)
Dispensario de Cirugía Ortopédica
BARCELONA

Informe de los Doctores HERMINIO CASTELLS y JOSÉ LARRASA, sobre los resultados obtenidos con el FUNDE-KOCH en las tuberculosis quirúrgicas.

En este Dispensario hemos venido empleando desde octubre de 1932 el FUNDE-KOCH como tratamiento de una serie de Tuberculosis quirúrgicas de distintas localizaciones, además del tratamiento Ortopédico adecuado en cada caso.

Los resultados obtenidos pueden resumirse:

Abscesos y procesos fistulizados. Puncionados los primeros e inyectando en su interior de 5 a 10 c. c., o bien inyectando en los casos fistulizados el FUNDE-KOCH, hemos notado una rápida disminución de la supuración, que ha llegado a desaparecer en muchos casos, después de tres a cuatro punciones seguidas de inyección. En los procesos fistulizados los resultados han sido análogos, pero la mejoría ha tardado más tiempo en presentarse.

En las Tuberculosis quirúrgicas cerradas, tratadas con inyecciones intramusculares FUNDE-KOCH a dosis variables de 1 a 5 c. c. por inyección a días alternos, hemos observado mejorías lentas del estado general, que ha influenciado favorablemente el proceso focal, sin haber tenido en ningún caso reacciones desfavorables.

Barcelona, 5 de septiembre de 1933.

Herminio Castells

José Larrasa



Derivados de la Colina
activos por vía digestiva
— comprimidos —

CURA COMPLEMENTARIA
DE LA ACÉCOLINE

HYPOTAN

El regulador del caudal arterial

HIPERTENSIÓN
ESPASMOS VASCULARES

LABORATORIOS CHEVRETIN - LEMATTE

L. LEMATTE, Suc^o
DOCTOR EN FARMACIA
52, RUE LA BRUYÈRE - PARIS

MUESTRAS Y LITERATURAS : SEÑORES JUAN MARTIN S.A.F.

ALCALÁ 9, APARTADO 310
MADRID

CONSEJO DE CIENTO 341 Y 343
APARTADO 698 - BARCELONA



**CONTRA
EL DOLOR!**

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

ACONSEJAD

CEREBRINO MANDRI

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



Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

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

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

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

FORMAS FARMACÉUTICAS :

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

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

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

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

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

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

**LIPIODOL
LAFAY**

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

Acompaña a la obra una bella colección de radiografías y dibujos, que aumentan, si es posible, su valor.

Es, en fin, esta obra un verdadero libro de la tuberculosis, que será de inapreciable valor al médico, tanto general como especialista.

La edición, cuidada y exquisita, como todas las de G. Doin.—J. H. SAMPELAYO. Fonfría.

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

BECECNY Y BERLÍN. *Etiología de la acrodermatitis aurófica de Herxheimer.*

No existe un acuerdo unánime sobre la etiología de la acrodermatitis de Herxheimer. Se han invocado los traumatismos térmicos, heridas, intoxicaciones, infecciones, angioneurosis, etc., o también una predisposición constituida por una insuficiencia del tejido elástico deducida de las más variadas influencias patológicas.

Un caso estudiado por los autores aporta datos importantes en este sentido. Trátase de una mujer de cuarenta años, cuyas reglas son escasas desde hace uno, y que desde hace tres presenta un aumento de volumen del tiroides que va acentuándose. Presenta sudores abundantes, palpitaciones, temblor y adelgazamiento. Desde hace seis años la piel de los pies es seca y roja. Más adelante, la de la cara y brazos tomó el mismo aspecto.

Compruébase que la piel de la cara y de los brazos está infiltrada y roja, pero no atrofiada. La de las piernas es delgada, descama en pequeñas películas y tiene un color rojo azulado. En muchos lugares se encuentran vasos dilatados en forma estelar, algunas venas ectásicas y ni la menor traza de pelo. Lesiones análogas se encuentran igualmente en la cara anterior de la rodilla. El diagnóstico de acrodermatitis atrófica en estadio infiltrativo, sobre la cara y los brazos, y en estadio atrófico sobre el miembro inferior es indiscutible.

Por otra parte, la enferma presenta todos los signos de una enfermedad de Basedow.

Cinco días después de haber comenzado la administración de yodo puede ya comprobarse un retroceso en la hinchazón de la cara y del antebrazo. A los diez días de establecida la medicación han regresado los síntomas de hipertiroidismo, y a los veinte la piel se ha vuelto completamente normal, no persistiendo más que alguna ectasias venosas.

Este caso tiene, por lo tanto, el valor de una experiencia, y demuestra que un factor endocrino ha intervenido en la etiología de esta enfermedad. Más difícil de explicar es el mecanismo, en virtud del cual la piel atrófica ha podido recobrar su estado normal. Hasta el momento actual no se había publicado ningún caso de curación. En todos ellos es necesario admitir que la atrofia se ha producido por una pérdida del líquido intersticial. (*Klin. Woch.* Tomo XII. Núm. 6.)—Tomé.

PESSANO. *Ensayos terapéuticos en el psoriasis.*

El autor, basándose en la hipótesis de trabajo de que el psoriasis sea producido por un germen desconocido, ha preparado un autoantígeno de escamas, empleando la misma técnica que usa Frei para preparar su antígeno linfogranulomatoso, que se está empleando con fines terapéuticos en el tratamiento de la poroadenitis inguinal, afección producida por un ultravirus que, inoculado por vía intracerebral al *Macacus cinimolgus*, produce una encefalitis mortal que se transmite en serie (Levaditi, Ravaut, Lepine).

El autor ha empleado el antígeno preparado con fines terapéuticos en inyecciones subcutáneas en dosis de 1 a 4 c. c. por inyección, a razón de 2 a 3 semanales.

El antígeno se prepara del modo siguiente:

1.º Se recogen en una cápsula de Petri las escamas obtenidas por rascado.

2.º Las escamas se echan en un frasco de vidrio de color caramelo, con tapón esmerilado, que contiene suero fisiológico y una gota de ácido fénico (sol. al 1 por 100 por c. c.)

3.º Se agita durante varias horas hasta obtener una fina emulsión de las escamas.

El antígeno obtenido de este modo es una fina emulsión de escamas, que dejado en reposo deja un sedimento blanco cremoso que debe ser por lo menos de una altura de un cuarto con respecto al líquido que sobrenada.

Hacia cinco meses que el autor había iniciado sus experiencias cuando llegó a su poder un artículo de Toma, quien basándose en un razonamiento similar al del autor preparó un antígeno formoli al 0,25 por 100 para el tratamiento del psoriasis, habiendo conseguido blanquear tres casos con inyecciones subcutáneas del mismo.

Pessano ha tratado nueve casos de psoriasis con antígeno de tipo Frei, y siete con antígeno tipo Toma, con los resultados siguientes:

Con antígeno Frei: cinco blanqueados, dos mejorados y dos fracasos.

Con antígeno Toma: tres blanqueados, uno mejorado y tres fracasos. (*Rev. Argentina de Dermosifilología*, sesión 13 abril).—Tomé.

PUENTE Y BONFIGLIOLI. *Adenomas sebáceos de Balzer.*

Presentan los autores un enfermo que presenta en ambos surcos nasogenianos una serie de pápulas hemisféricas de 3 a 4 mm. de diámetro, del color de la piel normal, firmes y relativamente duras. Algunas tienen un tinte blanco amarillento en su parte central. No hay salida de ninguna substancia. En el ángulo interno del ojo izquierdo, y externo del ojo derecho, se observan algunos elementos de milium.

En el dorso, parte inferior del hemitórax izquierdo, se observan estrías pigmentarias: en una zona próxima, una pequeña placa rosada y pálida de aspecto cicatricial, ligeramente dolorosa, dura y sin elasticidad (esclerodermia).

La iniciación del proceso de la cara se efectuó, según referencia de la enferma, en la pubertad. Dice que tiene alternativas de variación de tamaño. El examen clínico es normal. El examen psíquico muestra amnesia, leve imaginación y voluntad disminuídas y obscurecimiento intelectual.

El cuadro dermatológico corresponde típicamente al presentado por los adenomas sebáceos tipo Balzer.

Los autores, después de haberse referido a las diversas interpretaciones de los mismos, exponen que en este caso, como en algunos otros aparecidos en la literatura, tiene una estructura parecida a la del epiteloma adenoide quístico de Brooke, es decir, proliferación epitelial o nodular de células uniformes con núcleos muy bien coloreados, dispuestos en red o en trenzas, con formación de quistes.

En el caso presentado por los autores hay además glándulas sebáceas bien conservadas, y en los cordones celulares epiteliales, células claras espumosas de tipo sebáceo. El sudan III da la reacción de la grasa en estas células, en las glándulas sebáceas y en el contenido de los quistes.

Los autores sugieren la idea de que podría considerar-

se este caso como una hipertrofia glandular sebácea con regresión metatípica en el sentido de Masson. (*Revista Argentina de Dermosifilología*. Sesión del 13 de septiembre.)—T. B.

NOWICKY. *Las relaciones de la parálisis general progresiva y la sífilis de los órganos.*

Estudia el autor en este trabajo el papel que representa el estado constitucional, tanto local como general, en la génesis de las lesiones metasifilíticas. Fundándose en 456 autopsias de P. G. P. efectuadas por él, ha deducido la preponderancia sensible y característica de los tipos apopléticos y artríticos. Las glándulas endocrinas y el sistema R. E. pueden tener igualmente su importancia. En cuanto a la constitución local, las anomalías del desarrollo del sistema nervioso pueden, en opinión de algunos autores, entrar en juego. En lo referente a las razas, se ha observado que la P. G. P. es mucho más rara en los negros que en los blancos. El 40 por 100 de los casos estudiados por el autor se había presentado la parálisis entre los cuarenta y cincuenta años.

La hipótesis de la existencia de una forma especial de treponema pálido propio del sistema nervioso no puede ser justificada en manera alguna. En cambio, algunas condiciones especiales, como el alcoholismo, tóxicomanía, enfermedades infecciosas, etc., tienen, sin duda, una influencia considerable.

Si se estudian las relaciones de las lesiones metasifilíticas, y especialmente de la P. G. P., con la sífilis de los órganos internos, se comprueba desde el primer momento una cierta afinidad de la sífilis por determinados órganos y tejidos, igual que las variaciones de la susceptibilidad, las cuales dependen del período de la sífilis y, hasta cierto punto, del lugar de la contaminación primitiva. En el hombre aparecen las lesiones sifilíticas en ciertos sistemas u órganos pares. De los antagonismos y combinaciones de los órganos afectados es preciso hacer notar su importancia, especialmente en la época de determinados períodos. La inmunidad relativa de las razas de color para la sífilis del S. N. se manifiesta, en efecto, por un antagonismo de la piel y los huesos especialmente, órganos que en otras razas son frecuentemente atacados por la sífilis. Estas lesiones defenderán el organismo contra la P. G. P. y la tabes. Las investigaciones serológicas no confirman, sin embargo, este antagonismo. Es preciso señalar la existencia simultánea de lesiones sifilíticas de diferentes órganos, como la queratitis intersticial y la sífilis articular, por ejemplo. La P. G. P. está por su parte muchas veces combinada con mesoaortitis sifilítica (en la estadística del autor en un 49,34 por 100). Encuentra un 66 por 100 entre los P. G. P. de cuarenta a sesenta años y el 100 por 100 en los de sesenta a setenta años. Este hecho podría ser explicado por una gran susceptibilidad de aorta y posiblemente también por una menor virulencia del treponema. El autor hace resaltar, por su parte, la benignidad de esta aortitis, la falta de insuficiencia de las válvulas sigmoideas y de lesiones notables de las arterias coronarias del corazón. La sífilis no se presenta más que raramente en los P. G. P., bajo la forma de lesiones de otros órganos; los vasos de mediano tamaño no se afectan sino excepcionalmente. En las autopsias de G. P. G. efectuadas por el autor no se ha observado más que 1,53 por 100 de casos bajo la forma de gomas, de los cuales tres estaban localizados en el cerebro.

Esta rareza de aparición de lesiones sifilíticas de los órganos vegetativos puede ser la manifestación de una alergia de estos órganos, alergia que produce una inmunidad al treponema, de modo que los órganos no se defienden por inflamación productiva (gomas). Puede igualmente explicarse por una debilitación sensible de la vi-

rulencia del treponema, que, cambiado de este modo, no puede producir lesiones de órganos vegetativos. (*Rev. de la Press. Med. Polonaise*. T. I, núm. 1).—T. B.

DRESZER. *Investigaciones histopatológicas en la P. G. P.*

Muestra el autor en este trabajo los resultados de sus investigaciones histológicas en trece casos de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Varsovia, de los cuales ocho habían sido tratados con malaria y los otros cinco no. Los primeros forman cuatro grupos, según el espacio de tiempo transcurrido desde la malarioterapia y la muerte:

- I. 2 casos (dos años y nueve meses).
- II. 2 " (cinco meses).
- III. 3 " (menos de un mes).
- IV. 1 " (murió durante la malarioterapia).

En el primer grupo, el proceso inflamatorio aparecía claramente en las meninges y en la corteza cerebral, lo que prueba que la influencia de la malaria había sido insuficiente y no pudo más que detener temporalmente la evolución de la P. G. P.

En los casos del segundo grupo, el proceso inflamatorio era imperceptible, lo que está de acuerdo con las observaciones de otros autores sobre la remisión del proceso de seis semanas a dos meses después de la malaria. Estos confirman también la imagen microscópica encontrada en los casos del grupo tercero, en los cuales la intensidad del proceso inflamatorio no difiere en intensidad de los casos no tratados. Por último, los casos del grupo cuarto, muertos durante la malarioterapia, demuestran la intensidad más evidente del proceso inflamatorio en el cerebro.

El carácter grave de las alteraciones parenquimatosas degenerativas en el cerebro y su extensión paralela al cuadro clínico, grave y progresivo en todos los casos, prueba la armonía existente entre el cuadro clínico de la enfermedad y el grado de intensidad de las alteraciones anatómicas del cerebro. Los trece casos estudiados demuestran igualmente una estrecha relación en las lesiones y determinadas alteraciones atípicas del cuadro clínico:

1) En dos casos las alteraciones graves en las capas inferiores de la corteza cerebral y la presencia de granulomas en las capas del lóbulo frontal y temporal corresponden a los ataques epilépticos o epileptoides que presentaban los enfermos.

2) En los casos X y XI la coexistencia de las alteraciones inflamatorias de las meninges y ateromatosas evidentes al lado de las propias de la P. G. P. explican la aparición del estado de confusión mental o de excitación en el cuadro clínico.

3) El caso XII representa un caso típico de P. G. P. senilis.

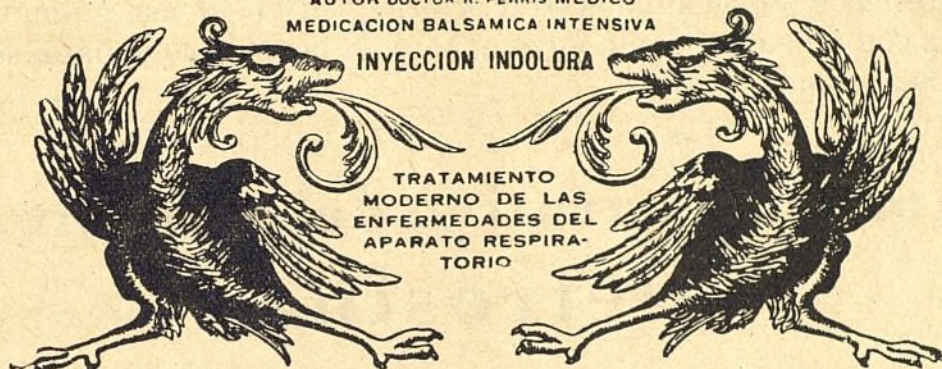
4) Los casos I y II representan clínicamente una forma típica de P. G. P. parkinsoniana, encontrándose anatómicamente alteraciones degenerativas de los elementos nerviosos en los núcleos grises centrales, sin exclusión de pallidum y substancia nigra, correspondientes a las manifestaciones extrapiramidales.

5) Por último, los casos VIII, IX y X demuestran clínicamente alteraciones afectivas sin ninguna manifestación neurológica, encontrándose anatómicamente alteraciones en los núcleos grises centrales, aunque de una intensidad y extensión menores que en los casos precedentes. Esta conformidad entre las manifestaciones afectivas y las alteraciones en los núcleos grises centrales probará una cierta relación anatómica y topográfica de estos núcleos con los sentimientos denominados por Mazuerkiewicz sentimientos instintivos. (*Rev. de la Pres. Pol. Rocznik Psych.* Tomo I, núm. 1).—T. B.

NEYOL

AUTOR DOCTOR R. FERRIS MEDICO
MEDICACION BALSAMICA INTENSIVA

INYECCION INDOLORA



TRATAMIENTO
MODERNO DE LAS
ENFERMEDADES DEL
APARATO RESPIRA-
TORIO

LABORATORIOS-FEDE S.A.

DIRECTOR DR. A. LOPEZ CIUDAD FARMACEUTICO
MARQUES DE CUBAS. 9. TELEFONO 19147 MADRID

Neyol n.º 1

Procesos crónicos del
aparato respiratorio

1

Se emplea en las bronquitis crónicas simples y en las secundarias, rápidamente modifica la secreción bronquial, facilita la expectoración, calma la tos, cede la disnea y facilita el sueño.

COMPOSICION POR 100 C. C. = Para-iso-propylmetacresol, 1,50 g.; Metanol-3, 5,00 g.; Gomenol, 7,90 g.; Anhidroterpina, 10,15 g.; Alcanfor, 2,00 g.; Trileínas eterificadas, c. s.

Neyol n.º 2

Antifímico

2

Sin necesidad de emplear el opio ni ninguno de sus derivados, corrige la tos emetizante de los tuberculosos, curando y evitando las agudizaciones catarrales.

COMPOSICION POR 100 C. C. = Guayacol, 0,10 g.; Timol, 1,00 g.; Estearopteno de menta, 1,50 g.; Esencia de Niaul, 20,00 g.; Cineol, 10,00 g.; Sulfuro de Alilo, 0,005 g.; Trileínas eterificadas, c. s.

Neyol n.º 3

Niños

3

En los procesos broncopulmonares infecciosos, se consigue realizar una antisepsia rápida y enérgica, obteniendo la curación en corto plazo.

COMPOSICION POR 100 C. C. = Para-iso-propylmetacresol, 1,50 g.; Anhidroterpina, 10,00 g.; Esencia de Niaul, 20,00 g.; Alcanfor, 2,00 g.; Trileínas eterificadas, c. s.

Neyol n.º 4

Procesos agudos

4

En estos procesos la remisión de los síntomas es inmediata a la aplicación del medicamento.

COMPOSICION POR 100 C. C. = Lecitina, 0,25 g.; Colesterina, 0,30 g.; Estricnina, 0,01 g.; Timol, 2,50 g.; Gomenol, 7,45 g.; Eucaliptol, 7,55 g.; Mentol, 5,00 g.; Alcanfor, 2,00 g.; Guayacol, 5,00 g.; Aceite de olivas esterilizado, c. s.

Neyol n.º 5

Antiasmático

5

Se llena la doble indicación de yugular el acceso de asma con la adrenalina y atropina y actuar sobre los procesos catarrales por la acción antiséptica de los balsámicos, llenando ambas indicaciones con una sola inyección.

COMPOSICION POR 100 C. C. = Atropina, 0,0025 g.; Adrenalina, 0,005 g.; Guayacol, 5,00 g.; Timol, 5,50 g.; Mentol, 4,50 g.; Gomenol, 10,00 g.; Alcanfor, 2,00 g.; Aceite esterilizado, c. s.

Todos los números tienen una indicación especial en los procesos gripales del aparato respiratorio.

De los números 1, 2, 4 y 5 se preparan cajas de ampollas de 5 y 10 c. c. y del número 3 cajas de ampollas de 2 y medio y 5 c. c.

SOLICITEN MUESTRAS Y LITERATURAS

Cardioetil y Cardioetil Estrícnico

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

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

Tratamiento curativo del estreñimiento Petrosina

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

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

No es irritante y no produce hábito en tratamiento prolongado.

Neurotónico

Elixir para vía gástrica. Injectable para vía subcutánea.

Medicación gliceroarsenial fosforada, con nucleína y estricnina.

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

Ciaticarina

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

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

LABORATORIO García Suárez
Calle de Recoletos, 6 moderno. - MADRID

SECCION PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

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

SUMARIO.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlan.—Nuevos jefes de clínica del Hospital de la Cruz Roja, por L. R.—De actualidad médica: Banquete al Dr. Verdes Montenegro, por Diego H. Pacheco.—Maestros y médicos, por Francisco Celdrán Conesa.—Academias y Sociedades. Sección oficial.—Instituto Nacional de Higiene.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas—Vacantes—Tertulia médica.

BOLETIN DE LA SEMANA

A noticiario largo la glosa corta

No es muy difícil la tarea de esta semana para Decio Carlan. Su pluma, siempre pronta al combate en defensa de los intereses morales y materiales de nuestra clase, se siente hoy perezosa para el comentario; mejor que perezosa diríamos adormecida del puro regalo que para ella suponen las gratas noticias que han llenado el tiempo de esta semana. Apenas amanecido el domingo, cuando la *Hoja Oficial* ya nos trajo las jugosas declaraciones de los señores Verdes Montenegro y Tuñón de Lara al referirse a la constitución del futuro Ministerio de Sanidad. Verdes Montenegro afirma su realización para fecha próxima; se confiesa atareado con el presupuesto en estudio, por los apremios a que le somete el Dr. Estadella. Algo adelanta ya sobre la constitución de las dos grandes Direcciones generales: Asistencia social y Sanidad.

Tuñón de Lara es, como siempre, franco y explícito defensor de la situación de los titulares. Quien en el Parlamento tan bien los defendió, no les olvidará de seguro al encontrarse en el Poder. Promete firmemente entregarse a la imposición de la justicia para devolver a los médicos rurales, depuestos por atropello de los Municipios, los lugares que injustamente perdieron. Se afirma en su deseo de hacer la gran revolución en el estatuto de la Beneficencia española: se preocupa por el establecimiento de Institutos oftalmológicos para luchar contra el tracoma más ampliamente, y planea la formación del Cuerpo general de Hospitales, al propio tiempo que apunta un programa de lucha contra la mendicidad. ¡Buen principio de semana!

El subsecretario de Sanidad, Dr. Estadella, nos habla, desde las páginas del diario *Informaciones*, de su pensamiento personal sobre la organización del nuevo Ministerio y sus preocupaciones sobre la higiene del trabajo, las luchas antituberculosa y anti-alcohólica y la profilaxis venérea. Frente al problema de la prostitución explana sus puntos de vista,

acusadores de larga meditación y estudio. Tiene un programa a este respecto que nos parece lo más humano y factible de cuanto hemos conocido hasta ahora, alejándose, como él manifiesta, de los sentimentalismos arcaicos y de las *petulancias* de todos los modernos descubridores del Mediterráneo: la policía sanitaria integral, el establecimiento del delito sanitario, las grandes propagandas higiénicas y el servicio de investigación perfecto, con acomodación a la modalidad española de cuanto probadamente útil se encuentra establecido en el Extranjero.

Respecto a los titulares, el Dr. Estadella es claro y decisivo en su juicio. Para el nuevo subsecretario de Sanidad, la causa de los titulares es *justa, sanitaria y patriótica*; la considera suya propia, y comparte los entusiasmos de Verdes Montenegro y de Tuñón de Lara. Termina el Dr. Estadella afirmando *rotalmente* que uno de sus primeros actos será conseguir que los titulares cobren sus consignaciones directamente del Estado. Para ello trabaja ya en coordinar su actuación con la de los organismos intermedios y superiores en beneficio del decoro y la dignidad profesional médica y de la sanidad pública.

Después llega la *Gaceta*, como espada fulgente del ángel Miguel: aparece el nombramiento del doctor Palanca para su puesto tan brillantemente ganado en la Escuela de Sanidad. Aparece la orden anulando las convocatorias de aquellos absurdos concursos para proveer los cargos de inspectores generales dependientes de la Dirección general de Sanidad, las plazas de inspectores farmacéuticos, las de directores de Dispensarios antituberculosos y la convocatoria *cómicotrágica* para proveer la plaza de jefe de Estadística. ¡Anulado todo! Anulado todo aquel amasijo de arbitrariedades y cuquerías forjadas por los directores socialistas, a quienes tan bien ha calificado el *marcialesco* diputado radical Sr. Pérez Madrid en su brindis del banquete a Verdes Montenegro.

A final de la semana aparece una nueva declaración del Dr. Estadella, en la cual manifiesta que ha resuelto abrir una información urgente para aclarar

las responsabilidades de haber separado de su cargo de inspector general de Instituciones sanitarias a D. Víctor María Cortezo, en forma que el Dr. Estadella califica de *a todas luces ilegal y por razones meramente políticas*.

Tal es el admirable saldo de noticias de esta semana. Pocos comentarios se precisan. Para todas las clases sanitarias españolas esto semeja mucho a una aurora de mayo.

* * *

Tenemos que reseñar esta semana otra plausible disposición, dimanada ésta del Ministerio de Instrucción pública y Bellas Artes. Conforme en todo con nuestro criterio sobre la inconveniencia de las bases del concurso-oposición para cubrir las vacantes de inspectores médicos escolares de Madrid, el ministro de Instrucción pública ha dispuesto *quede en suspenso dicho concurso hasta que se publiquen nuevas bases*.

Plácemes merece el Sr. Barnés por tan recta disposición.

* * *

El Dr. D. José María Albiñana y Sanz, que ha venido padeciendo agravación en la dolencia gastrointestinal que le aquejaba, se sometió hace días a una intervención quirúrgica que le practicó el ilustre cirujano Dr. García Peláez. El miércoles por la noche visitamos en el Sanatorio del Rosario al popular enfermo, y le encontramos en franco estado de mejoría, que hace esperar una rápida y feliz convalecencia. Mucho celebraremos que el Dr. Albiñana, una vez que han cesado las persecuciones morales y materiales que pusieron su vida en cuidado, obtenga de la ciencia del Dr. García Peláez un completo restablecimiento.

DECIO CARLAN.

Nuevos jefes de clínica del Hospital de la Cruz Roja

Después de un reñido y comentado concurso, han sido designados jefes de los Servicios de Cirugía, Neuropsiquiatría y Puericultura del Hospital de la Cruz Roja nuestros queridos y admirados amigos los doctores don Dionisio Herrero, D. Antonio Vallejo Nájera y D. Carlos Sáinz de los Terreros.

El Tribunal juzgador del concurso ha tenido que soportar las grandes presiones de los que hasta hace pocos días eran caciques desaprensivos de la sanidad nacional. Las influencias más descaradas y partidistas pretendieron desviar de la línea de justicia el fallo del Tribunal, pero se dió el honroso caso de que éste supiera imponer su juicio, libre e independiente, gobernado tan sólo por el deseo de reconocer los méritos más altos y las conveniencias supremas de la institución.

El doctor D. Dionisio Herrero y García es un brillante cirujano, profesor auxiliar de Cirugía de la Facultad

de Madrid. Pertenece a la Beneficencia Municipal y fué jefe de uno de los equipos quirúrgicos de Madrid. Es director de la Clínica de Convalecientes y pertenece a la Academia Nacional de Medicina como miembro lau-



El Dr. D. Dionisio Herrero y García.

reado. Como publicista médico es sobradamente conocido y figura entre los fundadores de la notable revista profesional *Medicina*.

La personalidad científica y profesional del doctor Vallejo Nájera no precisa en estas columnas de nuevo señalamiento. El doctor Vallejo es un habitual de *EL SIGLO MEDICO*.

Sus trabajos son honra de la moderna psiquiatría española. Su actuación al frente del Sanatorio psiquiátri-



El Dr. D. Antonio Vallejo Nájera.

co de Ciempozuelos y de la cátedra de Psiquiatría de la Escuela de Sanidad Militar valorizan su personalidad acusadamente. Forma Vallejo entre los más activos y brillantes académicos corresponsales de la Nacional de Medicina y entre los profesionales madrileños es una de las figuras más solicitadas por la clientela distinguida.

Su historial castrense es merecedor de grandes elogios y, como escritor, cuenta con una de las plumas más selectas y más fecundas de la actualidad médica.

El doctor Carlos Sáinz de los Terreros tiene un historial de gran lucimiento en la especialidad pediátrica. También fué médico militar en los comienzos de su actuación profesional.

Ha sido profesor clínico de la Facultad de Madrid y es jefe de consulta del Primer Consultorio de Niños de Pecho. Profesor del Instituto Rubio desde 1911, tiene a su cargo la dirección de los servicios de enfermedades de



El Dr. D. Carlos Sáinz de los Terreros.

la infancia. Es inspector médico escolar por oposición brillantemente ganada; jefe del servicio de Pediatría del Hospital de San Juan de Malta; director médico del Grupo Escolar Pablo Iglesias y del Dispensario Escolar. Ha representado a España en Ginebra en el Congreso del Niño y ocupado puestos directivos en varios Congresos de Pediatría.

Tiene cinco obras importantes de su especialidad y varios centenares de artículos y monografías publicados sobre temas pediátricos.

Es fundador y propietario de la Revista *Archivos Españoles de Pediatría* y cuenta con un prestigio bien adquirido entre los clientes madrileños.

En suma, al propio tiempo que felicitar a nuestros amigos por el triunfo logrado, es justo que felicitemos al Hospital de la Cruz Roja y no menos al Tribunal juzgador del Concurso, que así ha velado por el prestigio de los intereses morales y profesionales que se le encomendaron.

L. R.

DE ACTUALIDAD MÉDICA

BANQUETE AL Dr. VERDES MONTENEGRO

Con motivo de haber sido nombrado recientemente Director general de Sanidad el doctor Verdes Montenegro, el Grupo Sanitario del Partido Republicano Radical le ofreció un banquete el pasado sábado en el Hotel Gran Vía.

El acto resultó muy interesante en el aspecto de la política sanitaria del momento.

No se puede negar que para la clase médica, y en ge-

neral para la clase sanitaria, las recientes declaraciones de determinados elementos oficiales acerca de la próxima creación de Ministerio de Sanidad son tema de gran interés; un banquete al Director general de Sanidad, en estos momentos, con asistencia de las más altas autoridades sanitarias, hubiera despertado una gran curiosidad en dicha clase, y la asistencia al banquete hubiera sido de seguro extraordinaria de no haberse hecho cuestión previa el deseo de dar al acto un aspecto de pura intimidad.

El motivo fundamental de haber celebrado el acto en esta forma ha sido consecuencia de cómo ha surgido la designación del cargo de Director de Sanidad a favor del doctor Verdes Montenegro.

El anterior Gobierno, en su deseo de anteponerse a la creación del Ministerio de Sanidad, cosa que veían los directivos sanitarios de ayer muy cercana, quisieron defraudar al Partido Radical, asumiendo para ellos el galardón de la creación de dicho Ministerio, sin contar con que habrían de tropezar con dificultades de alguna categoría: acoplamiento del presupuesto, estructuración del nuevo organismo, y hasta rivalidades más o menos personales en el momento de echar a andar, dificultades que hicieron empujarse el proyecto, dejándolo reducido a la creación de una Subsecretaría; pero cuáles no habrán sido las dificultades de tipo técnico-administrativo, que aun estando aprobado en los actuales presupuestos, no pudieron llegar a la elevación de categoría de la Dirección general de Sanidad.

Sin embargo, el Gobierno Lerroux tan sólo con llegar realizó el milagro, con gran sorpresa de algunos jefes de la antigua Dirección y de toda la clase médica y sanitaria, en general, al conocer que rápidamente será una realidad la creación y funcionamiento del esperado Ministerio.

El cargo de Subsecretario ha recaído felizmente sobre persona de alto talento político y sobrados conocimientos sanitarios, y estas especiales condiciones son la causa de que a los problemas sanitarios se les dará en lo sucesivo toda su amplitud, lo mismo en su aspecto político-social que en su aspecto técnico-sanitario, este último no a cargo del propio Subsecretario, sino de los Directores generales de Sanidad y Beneficencia, respectivamente.

Prueba de un gran tacto político y de verdadera ecuanimidad ha demostrado el doctor Estadella al designar Director general de Sanidad al doctor Verdes Montenegro. De todo sanitario debe ser conocido que en el Partido Republicano Radical existía un Grupo Sanitario formado por todos los profesionales de la Medicina, en la amplia significación de la palabra.

A este Grupo Sanitario pertenecíamos todos los profesionales que teníamos la condición de estar afiliados al Partido Radical. El Grupo Sanitario seguía con gran interés todo lo relativo a los problemas de dicha rama; estudiábamos con interés todo lo que a sanidad se refería; nos interesaba lo mismo la cuestión de presupuestos sanitarios del Estado que estudiar de cerca todos los problemas que la Dirección general de Sanidad enfocaba; asistíamos a la marcha socializante que llevaba la Dirección con el anterior Gobierno; estudiábamos problemas propios que creíamos de interés: el seguro obligatorio de enfermedad, la estructuración del propio Ministerio, y en resumen, nos preparábamos para cuando fuéramos poder estar en las mejores condiciones de asesorar a las figuras que se hicieran cargo de las direcciones técnicas.

Gran contrariedad moral hubiera sufrido la clase sanitaria del Grupo si, llegado el momento, hubiéramos pasado inadvertidos y hubiéramos sido desdefiados; pero, por el contrario, grande ha sido nuestra alegría al ver que por el Sr. Subsecretario fuimos llamados y designado

uno de los más significados miembros del Grupo para Director general de Sanidad.

Hay razón más que sobrada para que al nacer la idea de ofrecer un banquete al doctor Verdes Montenegro pensáramos en acudir sólo los amigos del Grupo Sanitario.

El acto fué, como decimos en un principio, de gran

anteriormente expresadas y se siente orgulloso, *a priori*, de la labor que espera del nuevo Director de Sanidad, no sólo por sus especiales conocimientos y cultura médica, sino por la ayuda tan eficaz que espera del Grupo Sanitario del Partido.

Por último, el doctor Verdes Montenegro, con la emoción propia del momento, agradece las palabras de afec-



Grupo de sanitarios del partido Radical que asistieron al banquete en honor de D. José Verdes Montenegro.

interés político-sanitario, ya que entre el centenar de amigos congregados se encontraba el propio Sr. Estadella, que llevaba además la representación del Sr. Ministro de la Gobernación; el doctor Martín de Nicolás, Secretario particular de dicho Ministro; la Junta directiva en pleno del Grupo Sanitario, cuya presidencia se honra con el doctor Bardají, y un gran número de relevantes figuras de la clase sanitaria.

De gran interés fueron los discursos de brindis. El del doctor Bardají hizo alusión a la condición de intimidad en que se había celebrado el banquete. "No deseábamos—decía— el llamamiento abierto de toda la clase sanitaria a un acto de afecto ficticio, queríamos—decía el doctor Bardají—evitar el compromiso que supone la unión forzada de los distintos matices sanitarios; preferíamos evitar la confusión y estar en familia el Grupo Sanitario."

El diputado radical Sr. Pérez Madrigal hizo uso de la palabra, pues, como "intruso" que era, quiso explicar el motivo de su presencia. Dijo que la sanidad no puede marchar sola como puro tecnicismo; debe marchar defendida por la política, ya que los problemas sanitarios son problemas de sociología; de ahí, a su modo de ver, el gran acierto de la unión de las dos figuras que han asumido la responsabilidad de encauzar y reorganizar la sanidad de nuestro país: la del Sr. Estadella, como político de gran intuición, y la del doctor Verdes Montenegro, como técnico de gran cultura. Termina diciendo el señor Pérez Madrigal que él, que no quiere andar con rodeos, cree que, en manos del Partido Radical, la Sanidad española se organizará seriamente ahora, pues últimamente lo que le ha ocurrido a la sanidad es que ha estado atacada de un "salpullido del tipo de la sarna", de lo cual, por fortuna, ya se ha salvado.

A continuación, el doctor Estadella recoge las ideas

que hacia él han dirigido los oradores, y dice estar seguro de la eficaz ayuda que ha de encontrar en el Grupo Sanitario, de la cual espera ha de depender el éxito seguro de la política sanitaria del Partido Radical.

El Secretario particular del doctor Verdes Montenegro, D. Carlos Sierra, leyó un gran número de adhesiones recibidas.

DIEGO H. PACHECO.

MAESTROS Y MÉDICOS

POR

FRANCISCO CELDRAN CONESA

Médico Director de los Dispensarios Municipales de Puericultura e Higiene Escolar

Es de todos conocido las escasas relaciones existentes entre médicos y maestros, tan necesarias para la implantación fundamental de las concepciones pedagógicas recientes y de los criterios que afectan a la interpretación de sistemas; pues bien, es necesaria esta mutua compeetración, único recurso para obtener una máxima y provechosa labor del consciente trabajo de la escuela; nos proponemos con esto recordar a los maestros la extraordinaria importancia que reviste la colaboración del médico en la escuela; éste es a la escuela lo que el técnico agrícola al labrador; aqué, canalizando las tierras y demostrando la presencia o ausencia de determinados elementos, aconseja el cultivo apropiado a las sustancias que debe agregar para un cultivo especial; el médico, a su vez, estudiando a los individuos, analizando las reacciones consecutivas a de-

Medalla de Oro, Exposición Universal, París 1900.

Granulos de CATILLON

0,001 Extracto Normal de

STROPHANTUS

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

ASISTOLIA, DISPNEA, OPRESION, EDEMA, Lesiones MITRALES

Granulos de CATILLON

0.0001

STROPHANTINE

CRISTAL.

TÓNICO DEL CORAZON POR EXCELENCIA

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

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

Laboratoire CATILLON, 3, Boulevard St-Martin, PARIS

Las vías urinarias y biliares se desinfectan eficazmente con la

CYLOTROPINA



preparado inyectable a base de Urotropina,
salicilato de sodio y de cafeína

- *Acción desinfectante y anti-infecciosa intensísima debida a la combinación de Urotropina y salicilato de sodio*
- *Efecto diurético y estimulante producido por el salicilato de cafeína*
- *Acción omnícélular y desinfectante general ejercida por la Urotropina*

Indicada especialmente en la pielitis,
cistitis, colecistitis, etc.

SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIN

PRODUCTOS QUIMICOS SCHERING S. A.

Apartado 479, Madrid — Apartado 1030 Barcelona



SIL-AL

Metahidrosilicato de aluminio
fisiológicamente puro.

Sustituye al bismuto en
terapéutica gástrica.

Existe el SIL-AL belladonado

Muestras y literatura:

A. GAMIR

Valencia.

BARDANOL

Elixir de bardana y estaño eléctrico

INDICACIONES:

Estafilococias en todas
sus manifestaciones.

Muestras y literatura:

A. GAMIR

Valencia.

BENZOFORMINA

Comprimidos de 0,25 gramos

Gramos.

Exametilenoamina. . . . 0,20

Acido benzoico. 0,25

Frasco de 50 comprimidos.

Muestras y literatura:

A. GAMIR

Valencia.



CYTO-SERUM

CORBIERE

THERAPEUTICA CACODILICA INTENSIVA E INDOLORA

Cacodilatos alcalinos

Indicadísimo en:

- Grippe
- Tuberculosis
- Paludismo
- Neurastenia
- Convalecencias

CYTO-SERUM CORBIERE

Ampollas de 5 c. c. para adultos

Ampollas de 2 c. c. para niños

ELABORADO POR D. ERNESTO MOLINA GATTEAU
FARMACEUTICO
EN EL LABORATORIO E BOIZOT
Luis Cabrera num 47 MADRID

Polifosforina

POLVO — COMPRIMIDOS
INYECTABLES

Agotamiento físico e intelectual

LABORATORIOS FEBUS
WAGNER, 51
BARCELONA

Diuresinol

INYECTABLES

VENCE LA UREMIA



BARACHOL



Antisárnico 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 — VILAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)

terminados estímulos, mide su capacidad intelectual, por cuyos índices de clasificación ha de regirse el maestro para cultivar al niño con las normas pedagógicas que corresponden a cada índice.

Unos de los más arduos problemas surgidos en la escuela son: la selección de inteligencias, su clasificación, la medida de sus coeficientes de rendimiento, la adaptación de sistemas, la busca de los estímulos del niño, despertar sus sentimientos en el crítico momento, orientar los desequilibrios del sexo, aclarar su evolución dentro de una moral natural sin prejuicios dogmáticos, estudiar las desemejanzas individuales, hacer conocer al niño sus actos, valorarlos con sus consecuencias mediatas e inmediatas, la lucha contra la envidia, procurar que desee el trabajo como natural selección, afirmar su amor al semejante, robustecer la voluntad del niño, fortalecer la ciudadanía y el amor patrio, etc.

Todo este complejo de cuestiones íntimamente unidas, equivalentes a buscar la salud material y espiritual del niño, apoyarle en el tortuoso y triste laberinto del sendero de la existencia, mostrándole de plano la estrategia de la vida y el valor de sus posiciones, es misión encomendada al maestro y al médico. Analicemos, pues, cuáles son los específicos de cada uno de ellos, basados en un criterio profesional de diferenciación científica, que, por comunes, aunque con diferente guía, conducen al mismo punto.

El médico tiene en la escuela una misión de complemento en dos aspectos: de una parte, en sus pruebas funcionales psíquicas y fisiológicas, aportar al maestro datos para la implantación de sistemas con arreglo a la categorización intelectual de los individuos, y unido a ello su selección, y de otra, contribuir al vital conocimiento de las elementales prácticas sanitarias.

El maestro tiene a su cargo casi el resto de las cuestiones; el maestro, alma de la escuela, es en gran parte responsable del porvenir de los individuos que educa: socialmente, la más importante misión es la del maestro; el rumbo de los pueblos pudieran marcarlo ellos, con sabias enseñanzas pueden hacer firmes voluntades, mentes sanas, intachables ciudadanos y modelos patriotas.

¿Cómo llegamos a hacer efectiva esta unión del maestro y médico, en bien de la escuela? Disponemos de infinidad de recursos, que esbozaremos en posteriores artículos, para dar a conocer al Magisterio español que aún existe un puñado de médicos jóvenes que se disponen a contribuir con su altruismo a buscar el renombre, engrandecimiento y dignificación de la escuela española.

ACADEMIAS Y SOCIEDADES

EN LA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN NECROLÓGICA EN RECUERDO DE LOS DOCTORES
CORTEZO Y RECASÉNS

(Sábado 23 de septiembre de 1933.)

Presidencia del Prof. Amalio Gimeno.

Se abre la sesión y el Secretario perpetuo, doctor Nicasio Mariscal, da lectura de la comunicación en que se manifiesta el fallecimiento del Excmo. Sr. D. Sebastián Recaséns y Girol, acaecido en el día 14 de septiembre, y el fallecimiento del Excmo. Sr. D. Carlos María Cortezo y Prieto, Presidente de Honor de la Academia, ocurrido en fecha 24 del mismo mes.

Habla en primer lugar D. Enrique Slocker para hacer patente su deber de gratitud y su sentimiento de admiración por los doctores Cortezo y Recaséns, que fueron quienes le impusieron la medalla y contestaron a su discurso en el acto de su ingreso en la Corporación. Recuerda la figura de Recaséns en cuanto a sus dotes per-

sonales y su actuación como médico, cirujano general, en toxicología y ginecología, y en especial, lo referente a su labor didáctica y sus trabajos para incorporar a la enseñanza oficial la maternidad de Santa Cristina, así como los realizados en pro de la lucha contra el cáncer uterino.

EL DOCTOR MÁRQUEZ recuerda la figura del doctor Recaséns como amigo y como decano de la Facultad de Medicina y su labor en la iniciación y desarrollo de la Ciudad Universitaria.

EL DR. MARTÍN SALAZAR:

Señores académicos: en la última Junta de Gobierno celebrada por esta Academia, cuando se determinaba quiénes habían de encargarse de los honores fúnebres a la memoria del doctor Cortezo, yo, que me sentía enfermo, como ahora lo estoy, no me atreví a comprometerme a aceptar un turno para hacer la exaltación de éste por el temor de no poder responder con mi palabra a la altura espiritual del finado. Empero, después de pensado mejor, convine en que, dada mi estrecha y fraternal amistad con Cortezo, durante tantos años, no podía yo, en conciencia, dejar de decir en su memoria aquello que rebosase de mi alma, y heme aquí, señores académicos, dispuesto, rectificando mi primer acuerdo, a cumplir con ese deber moral, aunque sea humildemente.

Cortezo fué uno de mis más grandes amigos y de mis más doctos consejeros. Además, Cortezo ha sido uno de los hombres de más poderoso entendimiento que yo he conocido en el mundo. Una de las cosas que más llamaban mi atención en él era la ponderación, la armonía, la estructura compleja y prodigiosa de sus facultades cerebrales. Haciendo cierta vez un estudio biológico-psíquico de su persona quise averiguar un dato muy curioso, a saber: qué desarrollo mental habían tenido sus padres, por entender que todos estos individuos superiormente dotados, de altas facultades psíquicas, proceden de padres de gran mentalidad, que transmiten por herencia bilateral a sus hijos la capacidad de su cerebro. Y en efecto, era así: hablando con él sobre estas materias psicológicas me confirmó que sus padres fueron, entrambos, de gran capacidad intelectual, con lo cual me explicó yo el secreto del desarrollo extraordinario de su espíritu.

Por el contrario, los individuos que yo llamo unilaterales, los que poseen sólo el predominio de una facultad mental sobre las otras, son de ordinario hijos de un solo padre inteligente y de otro que no lo es, y, por tanto, terminan, por decirlo así, en punta, o sea en una falta de ponderación de facultades cerebrales: estos principios de herencia orgánica son los que rigen la trasmisión de condiciones de los espíritus y los que debieran servir como criterio preferente para la elección de matrimonio, y así ganarían más las stirpes y se perfeccionaría la especie humana.

Pues bien, don Carlos María Cortezo transmitió a sus hijos, que fueron muchos, sus altas facultades mentales: todos fueron inteligentes, unos más, otros menos, pero ninguno de ellos dejó de llamar la atención por su talento. En alguno se dió el retrato espiritual exacto de don Carlos. Este fué el caso de su hija María, a quien yo profeso desde ha muchos años un singular afecto. María Cortezo tiene el cuerpo, la cara, la intensa miopía y la poderosa inteligencia y singular simpatía de su padre. En ella se ha cumplido la ley de herencia cruzada que establece que los hijos varones se parezcan más a sus madres y las hembras a sus padres, ley que si en el mundo se viviera más en el conocimiento de las leyes biológicas que nos rigen, como debiera vivirse, para lo cual debían enseñarse en las escuelas, se harían notar con más frecuencia y se tendrían en cuenta para muchas útiles cosas en la vida.

Dando fin a las notas biológicas del doctor Cortezo, vamos a decir algo de las históricas. Cortezo fué todo lo que se propuso ser: estudiante distinguido, médico ilustre, catedrático sabio, político experto, ministro de Instrucción pública y presidente del Consejo de Estado, que ha sido el primer cargo administrativo de la nación, y en el cual, desempeñado en todas las situaciones políticas de la Monarquía, fué recibiendo toda clase de recompensas y condecoraciones, hasta merecer por último el Toisón de Oro, que no había sido otorgado a ningún médico en el mundo.

Como sanitario merece una señaladísima mención. Cortezo estuvo durante mucho tiempo al frente de la Dirección de Sanidad, donde llevó a cabo una magna obra sanitaria nunca vista en España, no sólo combatiendo con éxito numerosas epidemias, sino legislando con acierto, hasta hacer la Instrucción de Sanidad, que ha sido un excelente código sanitario. Esto, sin olvidar, como obra científica, el descubrimiento del papel del piojo de los vestidos en la transmisión del tifus exantemático. Esta intuición genial tuvo para mí el mérito de haber visto relaciones oscuras y muy lejanas entre ciertas cosas, cuando por aquel entonces no había más ideas que se refirieran estos asuntos que la intervención de los mosquitos en la transmisión del paludismo y de la fiebre amarilla. Empero, precisamente el ver las relaciones de semejanza entre cosas muy distintas en naturaleza y que están muy lejos las unas de las otras, es la característica del genio, que tanto se puso de relieve en este singular descubrimiento.

Otro aspecto muy interesante del espíritu de Cortezo fueron sus facultades sensibles o afectivas. El, además de un gran pensador, era un poeta, un artista, un hombre soñador y de imaginación desbocada y portentosa. ¡Había que verle discurrir en los momentos de exaltación, en que daba rienda suelta a la fantasía! Y como hombre afectuoso y sensible, era a la vez bondadoso, y sentía inclinación instintiva a ejercer el bien. La mayor prueba de esto fué la creación y sostenimiento durante tantos años del Colegio de Huérfanos de Médicos, que será siempre el timbre más glorioso de su historia. Del estado en que esas cosas están hoy, después de un trámite embarazoso, razones de alta delicadeza me impiden ocuparme de ellas como quisiera.

Y voy a dar término a la exaltación y culto que me había propuesto rendir a la memoria de Cortezo, mi gran amigo, a quien siempre profesé una admiración cariñosa. Sólo diré que ha sido transformado en no ser, después de haber pasado por el mundo como una estrella luminosa que deja tras sí un rastro excelso de bondad y sabiduría.

EL DR. HUERTAS Y BARRERO:

Señores: La amistad fraternal, perdurable y fuerte, que me unía al ilustre doctor Cortezo me obliga en estos momentos a exteriorizar mi pena, si bien la emoción me cohiba hacerlo en la forma elocuente que merece tan ilustre personalidad.

Además de condiscípulo, con él también cursé algunas asignaturas en las clínicas médicas de la Escuela libre del Hospital general, con mis queridos maestros Muñoz y Martín de Pedro, y desde entonces ya pude apreciar sus especiales dotes de inteligencia, amor al trabajo y a los enfermos. Estas dotes justificaron el que los profesores le distinguieran con el nombramiento de auxiliar para la enseñanza clínica, cargo que fué el prólogo para obtener en breve por oposición la plaza de médico del Hospital de la Princesa y para ganar más tarde en reñida oposición la cátedra de Fisiología de la Facultad de Granada, siendo después, como consecuencia lógica, uno de los primeros médicos en la clientela particular de Madrid, al propio tiempo que labo-

raba con entusiasmo en el Ateneo y en la Academia Médico-Quirúrgica.

Transcurrido algún tiempo, por singular coincidencia gubernamental, fué nombrado director de un nuevo Instituto de Terapéutica Quirúrgica en dicho Hospital de la Princesa el sabio doctor don Federico Rubio; pero estimando el Profesorado del Hospital que el Instituto de nueva creación no era compatible con su dignidad profesional, el señor Cortezo presentó la dimisión con carácter irrevocable del cargo de decano que en el mismo ejercía.

Esta circunstancia influyó poderosamente para que las aptitudes y aficiones políticas, que tenía en potencia, se despertaran con energía y fueran motivo suficiente a entibiar su vocación profesional médica, a la vez que crecía en él la del político en acción; acción tan eficaz, que le llevó al desempeño de los más altos cargos, desarrollando en ellos iniciativas y reformas que se destacan con gran relieve, principalmente en su actuación como ministro de Instrucción pública.

Mediante su prestigio político y personal, que por las estimables condiciones de carácter consiguió, pudo ser eficaz su gestión para que nuestra Academia poseyera el local propio que hoy ocupa y al mismo tiempo obtuviese del monarca don Alfonso XIII el solar apropiado para la instalación del Colegio de Huérfanos de Médicos, en la Moncloa, habiendo así tenido la satisfacción de ver en marcha esta institución, que constituyó el desiderátum de toda la vida de Cortezo, y que, por fortuna para los huérfanos, tanta eficacia había de tener en su administración, así como en la educación y enseñanza de los colegiales.

Y... ¿a qué seguir cansando vuestra benévola atención para justificar las muchas virtudes que atesoraba su espíritu, si son de un relieve tal, que sería una grande osadía de mi parte el intentar su relato?

Ahora, lo que no puedo silenciar, por exigirlo la gratitud, es el honor que me dispensó confiándome la asistencia médica de los suyos y el muy especial de apadrinar mi discurso de recepción en esta Academia.

Descanse en el Señor el amigo querido.

EL DR. CODINA CASTELLVÍ:

También en la sesión del sábado pasado, a la que no pude asistir por estar ausente de Madrid, se me designó para que en esta sesión necrológica me ocupara del doctor Cortezo. Aunque así no hubiera sido, y si la Presidencia me lo hubiese permitido, yo habría espontáneamente dedicado unas palabras a la memoria de nuestro ilustre ex presidente.

Fiado en vuestra proverbial benevolencia, espero que me permitiréis que antes de hablar de Cortezo manifieste que hago mías todas las frases laudatorias que los doctores Slocker y Márquez han dedicado a la memoria del otro ilustre ex presidente de esta Academia, que perdimos pocos días antes que al doctor Cortezo. El doctor Recaséns, a quien me refiero, era, como sabéis, paisano mío y amigo desde que cursamos la carrera, aunque él ya la estaba terminando cuando yo ingresé en la Facultad. Pese a nuestra diversidad de ideas, de opiniones, de conductas y de procedimientos, algunas veces diametralmente opuestos, nunca se enfrió nuestra amistad y me es muy grato hacer constar que yo siempre le consideré, no sólo como un profesor inteligente, activo y laborioso, sino también como un eximio maestro, que supo levantar el nivel docente de nuestra Facultad de Medicina, contribuyendo en gran escala, personalmente, con su trabajo, a incorporar la ginecología española al ritmo de la ciencia internacional, elevando el prestigio de la Medicina patria. Descanse en paz el paisano, el amigo y el maestro.

Respecto al doctor Cortezo, debo consignar en pri-

mer término que me encuentro en condiciones totalmente distintas a las que acaba de decir se encontraba nuestro ilustre compañero el doctor Salazar. En efecto, yo nunca tuve un trato íntimo, ni siquiera frecuente, con el doctor Cortezo; pero, en cambio, siempre tuve para él una gran admiración, que iba acentuándose con los años, a medida que ante mis ojos se descubría esa inmensa capacidad adquisitiva y productiva, que representaba una de las características más acusadas de su vigorosa personalidad. Teniendo en cuenta que una nota necrológica no es un trabajo bibliográfico, bien podríamos agrupar todas las modalidades de este ser excepcional, todas las variantes de sus múltiples actividades y toda la labor de sus publicaciones en dos grandes apartados, que podríamos comparar a dos tomos, de distinto contenido, de un mismo libro.

El primer tomo contendría las materias que pudiéramos llamar paramédicas, y el segundo, todas las genuinas y específicamente médicas. Quien conozca, aunque sea superficialmente, la historia del doctor Cortezo, no se extrañará de que cada uno de estos tomos contenga numerosos y bien nutridos capítulos. En el primero caben, aunque no hagamos más que una simple indicación, desde su oratoria, siempre precisa, contundente y elegante, exenta de adornos superfluos, pero no de comparaciones gráficas por su exactitud; su labor parlamentaria como diputado, como senador y como ministro; sus tareas como académico de la Nacional Española de la Lengua, con sus decididas aficiones filológicas, pues hasta en estos últimos años de su vida seguía cultivando con ardor el esperanto, y era considerado por los inteligentes como una autoridad en la materia; y, entre otras, sus meditaciones y valiosas intervenciones en el Consejo de Estado, cuerpo consultivo que presidió durante muchos años, a pesar de las vicisitudes políticas graves que atravesó España hasta que vino el régimen actual y presentó en el acto la dimisión, aunque se le quiso dar después la inocentada de destituirle. Cargos delicados, misiones difíciles: todo fué desempeñado por su poderosa inteligencia con tanto tino, con tanto dominio y con tanta perfección, que vió, como por encanto, cubrirse su pecho de recompensas honoríficas, incluso el Toisón de Oro, que ningún otro médico ha podido ostentar; mercedes, como se comprenderá, que no eran las que valorizaban los grandes méritos y excepcionales merecimientos de su gran valía, sino que la evidente realidad de todos éstos las atraía, porque sabían, al contrario de lo que ocurre con gran frecuencia, que en el pecho de persona tan destacada eran ellas las que se honraban.

El segundo tomo contiene tan gran número de materias y tan variadas, que sólo en otras circunstancias, en que se disponga de tiempo suficiente, se podrán exponer con el detalle que requiere la importancia del sujeto. En estos momentos, en que es obligado condensar, podríamos agrupar todo el material en cuatro grandiosos capítulos, que, como comprenderéis, sólo podré esbozar breve y ligeramente. Estos capítulos, por su contenido, podrían ser intitulados del siguiente modo: 1.º, el clínico; 2.º, el literato; 3.º, el sanitario, y 4.º, el profesional.

Respecto a la labor clínica llevada a cabo por Cortezo, bastará decir que, aparte la inherente y compleja del hospital, hubo una época en Madrid en que su nombre adquirió tal crédito y tal reputación, que casi ningún enfermo pudiente dejaba de ser visto por él; fué un período en que públicamente se cotizaban, con los máximos honores y los más expresivos elogios, los nombres de Cortezo, Mariani, Salazar, San Martín, Ribera, etc. Entonces fué, como recordarán algunos de los que me prestan su atención, cuando ninguna persona co-

nocida, y, sobre todo, ningún político de talla, podía morir sin lo que podría llamar su vistobueno.

Desde el punto de vista literario, la labor escrita y hablada del doctor Cortezo es realmente enorme. Artículos, conferencias, discursos, folletos, libros, sin olvidar el jugoso e interesantísimo *Paseos de un solitario*, no sólo ponen de relieve y confirman esa capacidad adquisitiva y productiva a que antes hice referencia, esa actividad sin límites que siempre fué su característica, sino que revelan el copioso caudal de conocimientos que atesoraba. Ante la imposibilidad material de hacer de todos ellos ni siquiera una ligerísima mención, me contraeré a citar un trabajo que representa un atisbo genial, otro que revela una triste coincidencia y otro que demuestra su tipo ético y moral.

En efecto: en 1881, cuando sólo tenía treinta y un años, publicó un trabajo acerca de las *curas clorógenas*, que lleva en germen o en embrión el fundamento del método de Carrell-Dakin, cuyas consecuencias prácticas para la cirugía sería ocioso ni siquiera mencionar aquí. La triste coincidencia hállase en que, habiendo sido él víctima, como todos sabéis, de una ceguera iniciada por una catarata, escribía en 1886 un artículo que tiene por título *Ultimos estudios sobre la catarata*, coincidencia que impresiona, porque inclina a sospechar que en plena juventud, a los treinta y seis años, se preocupaba ya de lo que el día de mañana se tenía que convertir en su interminable pesadilla. El comportamiento ético, el sentimiento de honradez, el vigor de su moralidad, los ha dejado esculpidos con caracteres indelebles en el artículo *El honor y los honorarios* y en el acto de presentar la dimisión de profesor de San Carlos en cuanto fué elegido diputado por primera vez.

Vosotros, que no desconocéis la historia sanitaria del doctor Cortezo, no necesitáis que me detenga en exponer este aspecto, en el que tanto culminó. Para comprender lo que él fué para la sanidad española y hasta para la internacional, bastará recordar lo que tan oportunamente ha dicho hace pocos momentos nuestro ilustre compañero el doctor Martín Salazar respecto a la intuición, verdaderamente genial, de acusar al piojo como intermediario propagador del tifus exantemático; bastará tener presente la labor titánica que realizó para que no se propagara a España la peste de Oporto; convendrá no olvidar que, durante una larga serie de años, en las altas esferas oficiales, fuese cual fuere el matiz político que ocupara el Poder, se acudía siempre a él para resolver toda clase de conflictos sanitarios, y, por fin, será suficiente consignar que el único código sanitario que tiene España se debe al doctor Cortezo. Suya es la Instrucción general de Sanidad, que representó un inmenso progreso para la salubridad pública en la época en que se promulgó, que todavía rige en parte actualmente y que vino a representar una especie de freno para sostener los Gobiernos en el Poder, pues, como recordarán los que tengan algunos años, hubo una larga época en que el propósito de presentar una nueva ley de sanidad a las Cortes iba seguido, casi fulminantemente, de la caída del Gobierno respectivo.

Desde el punto de vista profesional, el capítulo es tan copioso, que autoriza a dividirlo en dos secciones: una que podría dedicarse a los médicos y otra que merece ser dedicada a los huérfanos de los médicos. Las campañas entusiastas y sostenidas que en la prensa y en el Parlamento desarrolló en favor del cobro de los haberes de los médicos titulares y forenses, su valiente y perenne defensa en EL SIGLO MEDICO de los médicos titulares y la donación por el Estado de este solar donde asienta el edificio de la Academia, donación firmada por él cuando fué ministro, hablan elocuentemente en favor de cuánto se preocupó por favorecer a la clase

médica, lo mismo a la que ocupaba los sitios más modestos, que no quiere decir los menos respetables ni los menos dignos, que a los que se consideraban hallarse en esferas superiores, por su encumbramiento científico o por su reputación social. La Academia supo demostrarle su agradecimiento elevándole a la Presidencia, donde le sostuvo desde el año 1914 hasta 1928, período seguramente imborrable de la memoria de todos los académicos, por ser el que se ha caracterizado por la iniciación de los cursos y conferencias, en los que los más reputados nombres, nacionales y extranjeros, ocuparon esta honrosa tribuna, y por desterrar de nuestras tradicionales costumbres la mortificante peregrinación del nuevo candidato a la casa de los señores académicos, purificando y elevando de este modo la dignidad y el prestigio de la elección.

Poco hay que decir aquí de Cortezo y de los huérfanos de los médicos. Esto no puede ser expresado en una sección de un capítulo: se trata de un gran volumen, cuyo substancioso epílogo todavía no se ha escrito. Obra suya, y exclusiva, fué la creación y el sostenimiento del Colegio del Príncipe de Asturias para huérfanos de médicos, hasta tal punto, que se llegaron a convertir en sinónimas las palabras Cortezo y Colegio de Huérfanos. Colegio y Cortezo eran una misma cosa; los huérfanos le llamaban con el cariñoso y acogedor nombre de ABUELO, y esta íntima solidaridad y compenetración del hombre con la obra, desde luego influyó decididamente en que cuantos pudimos aportar cantidades a la excelsa obra las depositáramos sin escrúpulos de ningún género y con absoluta confianza en sus manos, en la seguridad de que serían rectamente administradas; pero tal vez también no fueron ajenas a los riesgos que amenazan la solidez y la grandiosidad de tan humana y paternal fundación, desde que desapareció, por virtud de los acontecimientos políticos, aquella íntima solidaridad y compenetración, dejando de ser una sola cosa y un solo espíritu el gran corazón de Cortezo y el Colegio para Huérfanos de Médicos. Es innegable que el doctor Cortezo, por el solo hecho de ser hombre, habrá tenido sus errores, sus apasionamientos, sus parcialidades y hasta, si queréis, sus rebeldías; pero, por su rectitud de conducta, por su intachable honradez, por su probado desinterés, por su constante abnegación, tenía una ejecutoria tan limpia, tan blanca y tan pura, que parece no debía poder ser manchada desde ningún sitio, como se ha pretendido manchar por el veneno del rencor, del encono y del odio y por la incomprensión y la indelicadeza del sectarismo desde las páginas de la *Gaceta*.

Confíemos en que tal vez llegue un día en que la ecuanimidad y la justicia sean las normas corrientes de trato entre los humanos. ¡Cortezo ha muerto! Su alma, tan pura, como bondadoso fué su corazón, seguramente ha llegado ya donde ha de encontrar su recompensa definitiva, y, al pasar por el camino transitorio de nuestra vida ha dejado una luminosa estela condensada en su apellido, que honrará siempre a quien le quepa el derecho de ostentarlo. Un compañero de tan excepcionales condiciones bien merece que le lloremos, cuando menos como académicos, porque sus tres grandes amores: la medicina, los médicos y los huérfanos de los médicos, ya se encargarán de llorarle, agobiados por la pena y el dolor que siempre causa la pérdida de las personas muy queridas.

EL SEÑOR PRESIDENTE, DON AMALIO GIMENO Y CABANAS:

Funesto ha sido, señores, para la Academia Nacional de Medicina el período comprendido entre nuestras sesiones de junio y esta de hoy, primera de nuestra labor otoñal. La muerte fué despiadada y cruel

separándonos en corto intervalo de dos compañeros tan queridos como ilustres.

Decir en la ocasión presente que la emoción turba y dificulta la emisión del pensamiento sería ocioso. Tanto valdría decir que es de noche ahora, cuando delatan su existencia la negrura en la calle y las luces que aquí nos alumbran. Hay varias causas que explican la mía: la consideración del gran valer de nuestros muertos, el alto puesto que en esta Corporación ocuparon, y al que dieron prestigio difícil de superar, y la antigua amistad que a ellos me unió.

La casualidad, que algunos llaman caprichosa y que es siempre matemática y fatal; la casualidad, dándose la mano con la muerte, ha venido a reunir y hacer de sus vidas dos vidas paralelas, o mejor, el anverso y el reverso de una rica y valiosa medalla.

El uno, Recaséns, de espíritu práctico y de tenacidad admirable para seguir un camino; el otro, Cortezo, con alas para volar en busca de diversos puntos del horizonte visible, ansiando que se ensanchara ante su deseo. El uno de ruda corteza catalana, que había que romper con el continuo trato a fin de comprenderlo bien; el otro con envoltura castellana, fácil a la curiosidad ajena: dos fases del alma española que la completan, robusta. El uno, un tanto concentrado; el otro, un tanto expansivo. El uno de palabra llana, que al lanzarla dejaba a veces escapar todo lo que llevaba en su interior, sin temor a molestar a quien alababa, y como el Mimo de los "Nibelungos", no ocultaba su juicio, aunque fuera adverso, sinceridad que algunos no estimaban en su justo valor, y que yo encontraba como la quina, que es amarga al curar; el otro, de verbo fácil, claro y tranquilo, buen sabedor de que hay muchas maneras de decir las cosas y de que para algo se hicieron el eufemismo y la ironía. El uno, enfocador fijo de los que eran siempre y a conciencia el mismo campo; el otro, de aptitudes multiformes: médico y también artista y literato. El uno recluso en círculo limitado por su propia voluntad; el otro, extendiendo su labor. El uno, dedicado a los encantos, para él como para mí indecibles, del enseñar en la cátedra clínica; el otro, probando al principio a hacer lo mismo y virando luego rápidamente en dirección distinta para convertir el hospital en cátedra. El uno, dedicado al estudio de las enfermedades que esterilizan y matan por los órganos mismos que dan la vida a generaciones futuras; el otro, sumergiendo el suyo en el inmenso material que la Medicina entera ofrece al que quiere emplear en él su actividad. El uno, queriendo en mal hora salir de la esfera profesional para entrar en la babilónica baráunda de la vida pública, y vuelto prontamente con mejor acuerdo a las excelencias de la profesión; el otro, lanzado al torbellino de la política, en el que la experiencia enseña que, no siendo oro todo lo que reluce, se alimenta quizá más el amor propio que el peculio propio, y se pagan los sinsabores sólo con la satisfacción de haber sido medianamente útil, sí, pero útil, al fin, a su país. El uno, llegado cuando el arte de partear se convertía en ciencia y la ginecología pasaba del capítulo de la patología al dominio de la alta cirugía, hundiéndose también su raigambre en los trascendentales problemas biológicos de la generación, frutos que Recaséns supo científicamente utilizar; el otro, abarcando en su larga vida todo el período transformador de la Medicina moderna, desde que apareció el primer laboratorio modesto hasta el ultramicroscopio actual. El uno y el otro, ambos igualmente ilustres, igualmente honra de la profesión y de la Medicina española, igualmente dignos de nuestro recuerdo cariñoso, de nuestra consideración y de nuestro afecto sincero.

Tan paralelos fueron en su vida como lo han sido en su muerte. La enfermedad es tormento para el profano que la padece, pero es tormento mayor para el médico si la sufre. Conocerse anatómica y fisiológicamente, mirarse por dentro con vista más aguda y certera que la ampolla de rayos X, sentir de qué modo la muerte nos araña y palpa aquí y allá, probando con el dolor que nos avisa cuál ha de ser el punto débil, cuál la rendija para entrar; seguir luego paso a paso sus progresos: cómo corroe los tejidos, ahoga los órganos y aniquila las fuerzas; saber lo que se tiene y de qué se va a morir, y morir sin remedio; ser centinela de la propia agonía y verse al fin vacilar, caer... ¡Ah, señores!... No hay nada en lo humano que pueda llamarse igual.

Entonces... el surgir de las energías ocultas que lleva en su alma dormidas el varón fuerte, como nuestros muertos supieron serlo. Entonces... la resignación, que hace mirar la muerte cara a cara como no se puede mirar el sol. Entonces... la calma que da el estoicismo de una filosofía serena o la tranquilidad que infunde la esperanza de una vida ulterior. Cada uno supo tomar su camino.

Eso es morir valeroso, y el valor, uniéndose al valer, dejan huellas en la admiración de los que quedan. A ambos fallecidos la nuestra, que debe perdurar mientras vivamos nosotros y vivan los que vengan detrás.

La Academia acordó a continuación encargar la redacción de la biografía del Dr. Cortezo a D. Francisco Huertas y Barrero, y la biografía del Dr. Recaséns a D. Enrique Stocker y la Rosa.

Acto seguido se levantó la sesión en señal de duelo.

* * *

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE TISIOLOGIA

Presidencia: Dr. PALANCA

(Sesión del día 8 de junio de 1933.)

¿CUÁNDO DEBE CONSIDERARSE CURADO UN TUBERCULOSO PULMONAR?

Dr. Navarro Blasco (D. Angel).—Comienza haciendo notar la importancia que tiene para el práctico el problema de precisar en qué momento a un sujeto con lesiones fímicas de pulmón claramente demostradas puede considerársele desligado de la obligación de seguir tratándose, en condiciones de reintegrarse de lleno a sus habituales actividades, sin exponerse a recaer; en una palabra: de estar autorizado el médico para pronunciar la bella palabra curación en un determinado caso.

Está hoy día demostrado que la tuberculosis pulmonar puede curar, ya de un modo espontáneo, bien después de seguir un tratamiento debidamente conducido. Estas curaciones ¿son curaciones absolutas? ¿Son curaciones relativas? ¿Qué significado debe darse en la práctica a la palabra curación? ¿Existe la curación anatómica de la tuberculosis pulmonar? ¿Podemos exclusivamente contar con una curación aparente, con una suspensión del proceso, con una especie de armisticio entre lo que Hayeck y Much llaman fuerzas de ataque, representadas por el virus tuberculoso, y las defensas orgánicas, generales y específicas? ¿Qué elementos de juicio sirven con mayor utilidad en un caso determinado para formular el diagnóstico de curación?

La palabra curación debe tomarse en un sentido particular cuando se refiere a la tuberculosis del pulmón. Es crecidísimo el número de sujetos tuberculosos, con lesiones activas en otro tiempo, que, sin necesidad, continúan sometidos a un tratamiento, resultando también elevada la cifra de los individuos con lesiones tuberculosas pulmonares en actividad a quienes se les conside-

ra curados, aconsejándoseles la vuelta a la vida activa, con las gravísimas consecuencias bien conocidas.

Para la mayoría de los autores, la tuberculosis pulmonar no cura anatómicamente. Jaquerod considera que la verdadera curación de la tuberculosis, la fundamental,



Dr. J. A. Palanca Martínez y Fortun.
Profesor, por oposición de la Escuela
Nacional de Sanidad.

es la anatómica, considerando que no representan verdaderos fenómenos curativos de esta enfermedad ni la reacción fibrosa, ni el enquistamiento de las lesiones, ni la calcificación. De ahí, pues, que, sean cualesquiera las apariencias clínicas y radiológicas, no debe afirmarse la curación de una tuberculosis en el sentido absoluto de la palabra. Pero en la práctica cambia de aspecto la cuestión, y puede legítimamente hablarse de curación de esta enfermedad, ateniéndose a la definición de Litre: "La curación es la vuelta a la salud."

Se ha hablado de curación aparente, expresión que definió bien Dettwiler diciendo "que no existía curación aparente más que en los casos en que el estado general, el examen del pulmón, el funcionamiento cardíaco y pulmonar dan la impresión de que el tuberculoso está curado".

Quien debe dar la prueba de la curación en un caso dado tiene que ser, a juicio nuestro, la clínica, empleando los diferentes medios de examen y la vigilancia del enfermo durante el tiempo que más adelante se precisará, unido esto a las investigaciones en esputos y sangre.

Los síntomas funcionales y generales es preciso que hayan desaparecido por completo hace mucho tiempo. La temperatura y el pulso deben mantenerse normales después de todo ejercicio muscular, una vez cesado éste. La presión arterial será fisiológica, desconfiando en los casos cuya cifra esté alejada de la normal. Un tuberculoso puede estar curado y seguir expectorando, por procesos de otra naturaleza o dilataciones bronquiales, etc.; pero sería preferible que no hubiera expectoración. Se exigirá también la desaparición de todo estertor, sobre todo después de la tos, buscándolos en la zona de alarma de Chaveay-Sergent y fosas infra y supraclaviculares. La percusión y el estudio de las vibraciones vocales no proporcionan grandes enseñanzas en un tuberculoso curado.

Según M. Piery, en los tuberculosos realmente curados se denota aún el paso de la enfermedad durante mucho tiempo, por roces pleuríticos más o menos exten-

sos, por estertores, respiración ruda, entrecortada, por matidez si hubo esclerosis, sonoridades exageradas si hay enfisema, etc. Existen signos de auscultación que no desaparecen nunca, según hemos podido observar en un crecido número de casos de tuberculosos pulmonares curados, que seguimos desde hace varios años. Los roces pleuríticos, el soplo revelador de esclerosis, el aumento de las vibraciones vocales, la disminución del murmullo respiratorio, el aumento de la resonancia al percudir, etcétera, etc., no indican actividad por sí solos.

El examen radiológico repetido no basta por sí mismo para afirmar la curación de la tuberculosis. El estudio por medio de series de radiografías tomadas a intervalos regulares tiene sus límites, pues existen lesiones no reveladas por tal medio y no siempre puede discernirse si una sombra corresponde a una cicatriz o se debe a un foco en actividad. De gran utilidad será en ciertos casos el empleo del antidifusor.

La ausencia de bacilos en el esputo, aun cuando hayan sido comprobados antes, no permite excluir de modo absoluto la existencia de una lesión activa. Ciertamente que el resultado negativo del análisis de la expectoración, repetido con frecuencia y homogeneizando el producto, es un dato de gran valor, y R. Brunon dice que en ausencia de tuberculosis pulmonar, salvo en casos de granulía, la albuminorreacción del esputo es negativa. La desaparición de ésta, siempre posterior a la del bacilo, constituye un excelente signo de curación de las lesiones pulmonares.

Tienen gran valor los resultados negativos de las inoculaciones, pero no se declarará curado a un tuberculoso pulmonar porque haya sido negativa una sola prueba. La reacción de Wildbolz (autointrodermoreacción) y las reacciones de desviación del complemento constituyen medios útiles para llegar, en unión de los demás datos, a un diagnóstico de certeza.

Las investigaciones en sangre, estudio de la fórmula leucocitaria, esquema de Arneth, hemograma de Schilling, velocidad de sedimentación, tienen un positivo valor cuando las cifras están dentro de los límites normales, pero no deben olvidarse las posibles causas de error interpretativo.

Para cerciorarse de que las zonas al parecer esclerosadas no contienen focos en vías de semiactividad, es preciso someter al paciente a pruebas capaces de revelar o descubrir lo que pudiera estar oculto. La tuberculina sirve para este objeto. De antiguo es sabido que la tuberculina vieja se caracteriza, entre otras cosas, por su intensa acción excitante sobre los procesos tuberculosos progresivos. Si en un tuberculoso se consigue una fuerte anergia positiva para dicha substancia, esto significa, según Hayeck, que ya no existen focos pulmonares progresivos y que los que existían pueden considerarse anatómica y biológicamente curados. La experiencia de miles de casos enseña que un tuberculoso en fase de curación progresiva se hace cada vez más anérgico, más insensible frente a los antígenos naturales existentes en su organismo, manifestándose esta insensibilidad por la desaparición de las reacciones de inmunidad espontánea perceptibles y por resistir, sin reacción apreciable, dosis crecientes de antígenos artificiales. Fuerte alergia no significa fuerte protección, sino lucha violenta que todavía no se decidió.

La anergia positiva intensa contra la tuberculina no debe considerarse como una inmunidad absoluta para la tuberculosis, cosa que no existe, en realidad, para nuestro organismo.

Renan propuso como el mejor medio para asegurarse de la favorable terminación de la tuberculosis pulmonar, y admitir su curación relativa, la prueba de la progresiva adaptación a la actividad. Tal prueba difiere

de las curas de trabajo preconizadas por Paterson, etc., mientras las lesiones están en actividad. La prueba de Renan dura tres meses, tiempo indispensable para juzgar si la pretendida curación puede tenerse por real. Durante ella se vigilará la temperatura, peso, pulso, presión arterial y demás síntomas, examinando al enfermo con frecuencia. Para admitir la curación no debe aparecer nada anormal imputable a la tuberculosis.

Según Sabourin, la piedra de contraste de la verdadera curación es el permanecer un año sin observar el menor incidente que pueda hacer pensar en la vuelta de la enfermedad.

Daremborg dice que "puede considerarse curado a un tuberculoso cuando, dedicado a sus ocupaciones, no ha tenido en diez años un esputo de sangre, un acceso de fiebre, ni expectoración bacilar".

Para apreciar la curación real se requiere, sin duda, la prueba del tiempo. Nosotros, cuando, sin manifestaciones objetivas y subjetivas de la enfermedad, con resultado negativo de todos los exámenes, la curación aparente persiste en toda su integridad, por lo menos durante dos años, a pesar de la suspensión de todo tratamiento y en plena actividad del individuo, consideramos la curación *casi definitiva*, con la reserva de que ninguna causa de profundo decaimiento despierte las viejas lesiones cicatrizadas.

Si este estado se mantiene durante cinco años, de un modo riguroso, estimamos la curación como real, pues la reaparición del proceso tuberculoso pulmonar tras un período de tiempo tan largo, en realidad no sería una recaída, sino una nueva enfermedad.

Resulta, pues, que en la actualidad no poseemos ningún medio que nos permita determinar con seguridad absoluta y anticipadamente, esto es, a raíz de terminar un tratamiento, la curación de la tuberculosis pulmonar, y es de advertir con cuánta precaución ha de expresarse el médico y el tiempo que debe transcurrir después de suspendida toda terapéutica para estar autorizado a emplear la palabra curación en un caso dado de la enfermedad que nos ocupa.

Dr. García Romero.—Considera que no se puede afirmar que esté curado un tuberculoso pulmonar sino en el momento actual, es decir, que está curado hoy, pero mañana no sabemos lo que puede pasar. No concede gran valor a la falta o existencia de expectoración, pues puede estar curado el proceso tuberculoso y encontrarse gérmenes de otro tipo por existir una cosa secundaria. Niega valor a los datos de auscultación, y en cuanto a las radiografías, considera que la mayoría de les veces no sirven para nada.

Dr. Cerveró.—Señala el gran valor que tiene el estado de la fórmula leucocítica y la albuminorreacción en los esputos. Alude a la reacción de Roncal, que él no deja de hacer nunca en ningún producto de expectoración, y cuya sensibilidad es extraordinaria. La negatividad de la reacción de Roncal, encontrada repetidas veces, es uno de los síntomas que considera de más importancia para considerar al individuo como clínicamente curado.

Dr. García Triviño.—Le parece casi absolutamente imposible la curación anatómica, porque, a excepción de procesos exudativos pequeños, como algunos infiltrados precoces que pueden evolucionar en un momento determinado en el sentido de una regresión completa, sin dejar signos, por lo menos hasta donde alcanzamos a ver con nuestros conocimientos actuales, en todos los demás casos la curación anatómica resulta un poco problemática. Suele emplear la palabra suspensión clínica del proceso. La radiografía no le parece nunca un dato decisivo para estimar la curación de un proceso, por los

posibles errores de interpretación, por un lado, y, de otra parte, por los errores de técnica.

Dr. Ubeda Sartachaga.—El que pueda decirse que se ha curado o no un tuberculoso depende del enfermo de que se trate; algunas veces podrá contestarse a esta pregunta taxativamente con relación a un enfermo, pero nunca con relación a una generalidad de enfermos. Siempre hay que tener en cuenta que se trata de una infección general y que puede reproducirse; no podemos responder más que del presente, pudiendo aceptar una suspensión del proceso cuando todos los datos nos lo indiquen, cosa no extraordinaria.

Dr. Navarro Blasco.—Considera que las dificultades dependen de manera principal de la deficiencia de nuestros conocimientos actuales y que el día que se pueda determinar la cuantía de las fuerzas específicas de defensa y su calidad se podrá hablar, sin duda, de un tipo de curación clínica en el sentido a que ha hecho referencia anteriormente. A los familiares del enfermo hay que darles una contestación, y aunque no pueda hacerse una afirmación absoluta, es necesario responder a sus preguntas.

SECCION OFICIAL

Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes

DECRETO

Pendiente aún de discusión por las Cortes Constituyentes el proyecto de reforma de los estudios universitarios y en la imposibilidad de ser aprobado antes del comienzo del próximo curso académico, se hace necesario fijar dentro de aquellos estudios, y como piden, por acuerdo unánime, la Junta de la Facultad de Derecho y la Junta de Gobierno de la Universidad Central, el carácter de las disciplinas de los doctorados establecidos, de conformidad con la indicada reforma, por Decreto de 24 de agosto de 1932.

En su virtud, a propuesta del Ministro de Instrucción pública y Bellas Artes y de acuerdo con el Consejo de Ministros,

Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo único. La reforma de los estudios del doctorado, contenida en el Decreto de 24 de agosto de 1932, quedará en suspenso por este curso en espera de la reforma general de los estudios universitarios. En su virtud, los doctorados de las distintas Facultades se obtendrán con arreglo a las disposiciones anteriores al citado Decreto, del que subsistirá, sin embargo, su artículo 1.º, según el cual todas las asignaturas del doctorado tendrán el carácter de voluntarias.

Dado en Madrid a quince de septiembre de mil novecientos treinta y dos.—*Niceto Alcalá-Zamora y Torres.*—El Ministro de Instrucción pública y Bellas Artes, *Domingo Barón Salinas.*—*Gaceta del 17 de septiembre de 1933.*

Ministerio de la Gobernación

DIRECCION GENERAL DE SANIDAD

Escuela Nacional de Sanidad. Convocando a concurso 30 plazas de alumnos.

En cumplimiento de lo dispuesto en Orden ministerial de 13 de julio último y circular de esta Dirección general de la misma fecha, y de acuerdo con lo preceptuado en los artículos 23 y 24 de la Escuela Nacional de Sanidad, aprobado por Decreto de 3 de junio de 1932, se convoca a concurso para la provisión de 30 plazas de alumnos del curso general de dicha Escuela, aspirantes al título de Oficial sanitario, con sujeción a las siguientes normas:

1.ª Los aspirantes habrán de ser españoles, Doctores o Licenciados en Medicina, menores de treinta y seis años, con aptitud física para el desempeño de cargos públicos, no haber sido expulsados de ningún Cuerpo u organismo del

Estado, Provincia o Municipio y carecer de antecedentes penales.

2.ª Si el número de instancias excediese al de plazas convocadas, se realizarán por la Junta rectora de la Escuela los ejercicios de oposición y la valoración de méritos a que se refiere el artículo 23 del Reglamento citado, teniendo en cuenta que los ejercicios mencionados serán eliminatorios.

3.ª Hasta las trece horas del día 30 del próximo mes de septiembre podrán los aspirantes presentar en el Registro general de esta Dirección sus instancias, acompañadas de los siguientes documentos:

a) Partida de nacimiento, debidamente legalizada, cuando sea expedida fuera del territorio de la Audiencia de Madrid.

b) Título académico o testimonio notarial del mismo, pudiendo admitirse igualmente el recibo de haber hecho el depósito de los derechos correspondientes al título.

c) Certificación de aptitud física para el desempeño de cargos públicos.

d) Certificación, bajo palabra de honor, de no haber sido expulsado, ni por causa administrativa ni judicial, de ningún Cuerpo u organismo del Estado, Provincia o Municipio.

e) Certificación negativa del Registro de Penados y Rebeldes.

f) Relación de méritos, especialmente de los que se refieren a:

Trabajos realizados en materias sanitarias.

Expediente académico de Bachillerato y universitario.

Trabajos publicados sobre materias sanitarias.

Estudios en el extranjero.

Idiomas que posee el aspirante.

Otros antecedentes personales.

4.ª Los alumnos satisfarán en el acto de su admisión en la Escuela Nacional de Sanidad la cantidad de 250 pesetas anuales en calidad de derechos de matrícula.

5.ª Los aspirantes tendrán a su disposición, en la Secretaría de la Escuela (calle de Recoletos, 21), los programas que integran el curso de Oficial sanitario.

Lo que se hace público para general conocimiento.

Madrid, 31 de agosto de 1933.—El Director general, *J. Bejarano.* (*Gaceta del 14 de septiembre.*)

ORDEN

Ilmo. Sr.: Con anterioridad a la Real orden de 19 de abril de 1930, creando el título de Auxiliar sanitario, existía determinado número de empleados al servicio de Ayuntamientos y Diputaciones, encargados de las prácticas de desinfección, los cuales, por diferentes causas, se vieron imposibilitados de realizar los cursos organizados por el Parque Central de Sanidad, y a los que no sería justo privar de las ventajas que dicho título otorga, siempre que acrediten, mediante certificación, bien el haber realizado los cursillos dados en los Institutos provinciales de Higiene con aprovechamiento, o el venir desempeñando las prácticas de desinfección desde un período mínimo de cinco años.

Entendiéndolo así, este Ministerio ha tenido a bien disponer lo siguiente:

La concesión del diploma de "Auxiliar Sanitario", a que se refieren las Ordenes de este Ministerio de 19 de abril de 1930 y la de 20 de enero del corriente año, en su artículo 6.º, apartado e), queda ampliada a los que acrediten, mediante certificación librada por los Directores de los Institutos provinciales de Higiene, haber realizado los cursillos dados para Auxiliares sanitarios, con aprovechamiento, y a los que por medio, asimismo, de certificación, acrediten venir desempeñando por un período no menor de cinco años prácticas de desinfección y saneamiento al servicio de Ayuntamientos o Diputaciones.

Lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos. Madrid, 7 de septiembre de 1933.—P. D., *J. Bejarano.*—Señor Director general de Sanidad.—*Gaceta del 8 de septiembre.*

INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE

El día 5 del próximo mes de octubre dará comienzo en el Instituto Nacional de Higiene (Moncloa) el curso trimestral de Bacteriología, siempre que, a juicio de la Junta Técnica de dicho Centro, se reúna el número suficiente de alumnos para ello.

Las matrículas podrán hacerse en la Secretaría del Instituto todos los días hábiles, de cuatro a siete de la tarde.

GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 703,2; idem mínima, 700,1; temperatura máxima, 23° 3; idem mínima, 11° 4; vientos dominantes SO. NO. No han cesado las perturbaciones atmosféricas de que dábamos cuenta en nuestro último número, y, como consecuencia, persisten los efectos de las mismas en los procesos crónicos. De las diversas localizaciones tuberculosas, las que más se han agudizado han sido las peritoneales, especialmente en el sexo femenino.

Con el regreso casi total de los veraneantes, han cesado las importaciones de casos de tifoidea y paratíficos.

En los niños se han reducido al mínimo los procesos gastrointestinales.

CRONICAS

II Congreso Internacional de Cirugía Ortopédica.—

Durante los días 19, 20, 21 y 22 del próximo pasado mes de julio ha tenido lugar en Londres el II Congreso Internacional de Cirugía Ortopédica, el cual se ha desarrollado en un grado de perfección y de trabajo máximos.

Fué presidido por el profesor lionés Nove-Josserand y actuó de secretario y alma del mismo nuestro muy querido amigo, redactor jefe de "Le Scalpel", de Bruselas, Mr. Delchef. Entre los españoles concurrentes al Congreso, en grupo muy numeroso, se encontraban los doctores San Ricart, Cortés Lladó, Bastos, Aguilar, Salaverry y Castelles, haciendo todos ellos honor a la cirugía de nuestro país.

En el orden del día figuraron como puntos oficiales del mismo los dos temas siguientes: "El mecanismo de los movimientos articulares en general", teniendo éste por ponentes los doctores Von Baeyer, Delitala y Ehrb, y "El tratamiento de la coxitis tuberculosa", por los doctores Erlacher, Maffei, Henderson y Sorrel.

Ambos fueron en extremo interesantes, siguiéndoles una muy animada discusión con intervención de un gran número de congresistas. Se pusieron también a discusión un gran número de comunicaciones del más alto interés.

Se visitaron y fueron objeto de la general admiración los hospitales de St.-Thomas y St.-Bartholomews y el Ortopédico de Alton.

En la sesión de clausura se eligió como presidente de la Sociedad Ortopédica Internacional al doctor Murck-Jansen, de Holanda, y se designó como lugar del III Congreso a la ciudad de Roma en septiembre del año 1936.

Coincidiendo con las sesiones científicas y operatorias, se desarrolló un amplio programa de visitas, recepciones y banquetes.

J. H.

Colegio de Médicos de Madrid.—Para dar cumplimiento a lo dispuesto en la ley de bases de 11 de mayo de 1926 (base 36), y a lo consignado en los artículos 77, 78, 79, 80 y 81 del Reglamento de esta entidad y al especial de tributación, se pone en conocimiento de los señores colegiados que el día 30 del corriente, a las siete de la tarde, se verificará el sorteo de los clasificadores que han de formar la Junta Gremial de Tributación para el año 1934.

Ficha de méritos.—Rogamos a los señores que deseen tal documento se dirijan directamente a la Dirección general de Sanidad, negociado de Inspectores municipales de Sanidad, pues así lo desea tal Departamento para ahorrar trámites y consultas que retrasan considerablemente la expedición de las fichas de méritos y demás documentos.

Necrología.—Ha fallecido en Eibar, donde venía ejerciendo desde hace más de treinta años, nuestro antiguo suscriptor don Vicente Villar. Enviamos nuestro sincero pésame a su viuda e hijos.

Donativo generoso.—Nuestro ilustre compañero el marqués de Pelayo y su esposa, la benemérita dama, sobrina del inolvidable marqués de Valdecilla, han entregado la cantidad de 25.000 pesetas al alcalde de Santander para que alivie la situación de los obreros parados en la capital de la Montaña. Una vez más los marqueses de Pelayo demuestran con su noble generosidad cuánto merecen el plauso y amor de los españoles y la veneración que conservan al recuerdo de aquel marqués de Valdecilla, que tanto hizo por la cultura y la beneficencia española.

Como en las tribus.—Comunican del pueblo de El Pedroso que Manuel García Cortés requirió al médico titular, don Francisco Lara Calero, para que le asistiera de lesiones sufridas en un supuesto accidente de trabajo.

El médico se negó a certificar, y entonces los novios de las dos hijas de Manuel, que se hallaban presentes, trataron de obligarle por la violencia.

Se originó una lucha, en la que el médico sacó una pistola, que se le disparó, hiriéndole en el costado derecho.

Los novios de las hijas del supuesto lesionado no dejaban marchar al médico, pero hubieron de ceder ante la presencia de otro médico y vecino.

El Seguro de Enfermedad y las Asociaciones profesionales.—Tiene especial interés la información que se está llevando a cabo entre las Sociedades obreras y patronales, a fin de conocer sus puntos de vista respecto a si podrá incluirse en los beneficios del Seguro de Enfermedad a todos los obreros o sólo a los que no tuvieran un salario o sueldo que se creyera suficiente para defenderse ellos solos contra las consecuencias del riesgo de enfermedad.

La Subponencia encargada de asesorar al Instituto Nacional de Previsión, y, por tanto, al Estado, sobre los resultados de esa información se ha dado cuenta de que es corto el plazo concedido a las Sociedades para que contesten, principalmente porque muchas han de reunirse previamente en junta general. En vista de ello, ha decidido prorrogarlo "durante todo el mes de octubre".

Así, pues, las entidades patronales y obreras que quieran colaborar con su asesoramiento a la preparación de este seguro social tienen tiempo hasta el 1.º de noviembre próximo para enviar el cuestionario contestado al señor secretario general de la Ponencia Nacional de Unificación de Seguros Sociales, calle de Sagasta, 6, Madrid. Las que no hayan recibido el impreso pueden solicitarlo por el mismo conducto.

BARDANOL

Compuesta de extracto de raíces de LAPPAMAJOR L. y Estano coloidal.

Laboratorio Gamir, San Fernando, 34. - Valencia.

BOLAÑOS Y AGUILAR • Talleres gráficos • Altamirano, 50, MADRID

HERIDAS SUPURANTES

SE HAN usado numerosas aplicaciones en el tratamiento de heridas supurantes, pero recientes investigaciones han probado de hecho que la aplicación de glicerina químicamente pura es de un valor definitivo para disminuir el volumen de los exudados, evitando el desarrollo de la linfagitis y reduciendo la hinchazón que comúnmente se presenta en estas heridas.

Los emplastos de

Antiphlogistino

con su alto contenido de glicerina y sus propiedades antisépticas y osméticas, son de positivo valor para disminuir el volumen de los exudados y reducir la hinchazón, mientras el cambio de estos emplastos no resulta doloroso.

SOLICITE MUESTRA Y LITERATURA

The Denver Chemical Mfg. Co., 163 Varick St., Nueva York, E. U. A.

Agentes exclusivos de venta para toda España:

HIJOS DEL DR. ANDREU. — Calle de Folgarolas, 17. — BARCELONA

La Antiphlogistine se fabrica en España



SANATORIO NEUROPATICO

Calle de Pablo Iglesias, 52 - CARABANCHEL BAJO (Madrid) - Tel. 116 C.

Director: Dr. GONZALO R. LAFORA

Plaza de la Independencia, 8.—MADRID.—Teléfono 11380

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.

PIDANSE REGLAMENTOS A LA ADMINISTRACION

INSTITUTO MEDICO - PEDAGOGICO

CARABANCHEL BAJO.—Calle de Pablo Iglesias, núm. 12.—Télf. 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

AGUAS MINERALES NATURALES

DE

CARABANÑA

«LA FAVORITA»

PURGANTES ~ DEPURATIVAS ~ ANTIBILIOSAS ~ ANTIERPÉTICAS

PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI

== MADRID ==

Antiasmático 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 CRONICOS, haciendo cesar la FATIGA y produciendo UNA SUAVE EXPECTORACION.

PRECIO: 6,50 pesetas frasco

DEPOSITO CENTRAL: Sr. Medina, Serrano, número 36, Madrid, y al POR MENOR, en las principales farmacias de España y América.

ALMORRANAS



Producto español a base Hamam-virg.^a Æsculus hippocast, 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.

VACANTES

Por oposición, y en armonía con lo dispuesto en la ley de 15 de septiembre de 1932 y Reglamento de 7 de marzo de 1933 (artículos 23, 24, 25 y 26), se anuncian a oposición las siguientes plazas de Médicos titulares:

—La obra "Oposiciones", editada con el mayor detenimiento por EL SIGLO MEDICO, es la única que responde a todo el programa oficial vigente. Cuatro tomos, 1.600 páginas. Precio, 25 pesetas.

—La de Hoz de Barbastro (Huesca) y sus anejos Coscojuela de Fantova, (Continúa en la página XIX)

Sanatorio Psiquiátrico ESQUERDO. Carabanchel Alto DIRECTOR: DR. JAIME ESQUERDO SAEZ



Informes y correspondencia AL DIRECTOR { MADRID. — Alfonso XI, 7.—Teléfono 1696.—Carabanchel Alto. Sanatorio. Teléfono 20.

HIERRO QUEVENNE

Unico aprobado por la ACADEMIA DE MEDICINA. A causa de su pureza y de su poderosa actividad para curar Cloro-anemia. Inalterable en los países cálidos. — 14 rue de Basse.

TINTURA COCHEUX cura la Gota, Reumatismo y el Mal de Piedra.

EXITO EN LOS HOSPITALS DESDE 1843

En todas las farmacias. Al por mayor TAVERNIER & AGUETANT.-LYON (Francia)

Se vende APARATO DE DIATERMIA de la Casa SANITAS (CARLOS KNAPPE)

Modelo "PANTOTHERM STANDARD"—seis amperes—, para corriente alterna, con accesorios (electrodo para recto, ídem vagina, electrodos flexibles, cables por rosca y borna, pinzas para electrodos flexibles... y un estuche completo de NAGELSCHMIDT para electrocoagulación.— Todo en perfecto estado, por haber funcionado muy poco, comprado en 1931 y garantizando el perfecto funcionamiento.

Dirigirse a NICOLÁS MEDINA PÉREZ, Médico,—BERJA (Álmería)

DISPEPSIA
DOLOR DE ESTÓMAGO
ACIDEZ
VÓMITOS
INAPETENCIA
DIARREAS
DILATACIÓN y
ÚLCERA DE ESTÓMAGO

se curan con este famoso medicamento.
Es inofensivo y de gusto agradable.

ELIXIR

SAIZ DE CARLOS

ANALISIS

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

Laboratorio del Dr. E. ORTEGA

Sucesor del DR. CALDERON

Carretas. 14.-Madrid

FUNDADO EN 1866

mieros socorros debe no olvidar que en todos estos casos una intervención prudente y metódica es siempre más eficaz que una precipitación y una actividad estériles.

Veraneando en Illescas

El seco ambiente — de este verano es asfixiante, — tenaz e insano, sin que tormentas — lo ozonifiquen y electrizado — lo purifiquen.

Si gozar quieres — noches amenas, ve a la plaza — de Las Cadenas; en ella abundan — poyos y bancos muy tentadores — firmes y francos que entre el follaje — de la arboleda, movable siempre — que el aire rueda y ensombrecido — por la penumbra de luz que apenas — tímida alumbra,

Ioduros Bern De (K y Na), químicamente puros. No provocan IODISMO. Fabricación nacional.

esparcimientos — a los amantes.

En ellos posan — amarteladas niñas que anhelan — verse casadas con los polluelos — que, enardecidos, juegan valientes — a ser maridos, brindan inmóviles — y asaz constantes y de curiosa — mirada huyendo, vanse ocultando... — vanse encogiéndose...

Antiséptico Glorógeno Lumen

Muestras gratis.

Centro Farmacéutico Jienense.
Apartado 22.—Jaén.

Cuando la media — noche es pasada y el reloj vibra — su campanada, ya los amantes — dejan con penas la alegre plaza — de Las Cadenas. Allí hay mirones, — entes curiosos de ajenos goces — siempre envidiosos, que en sus severas — necias censuras ridiculizan — ciertas posturas de los amantes — y muy ufanos pasar pretenden — por puritanos.

ION-CALCINA

PALLARES

A base de Cloruro de Calcio

Frasco e inyectables

No muestra nunca — la intención buena el que exagera — la falta ajena y ocultar quiere — que el fuero interno de los más castos — raya en infierno.

Que amor en sombra — teje su nido, porque insensato, — loco perdido, a todos juzga — como él se siente en lo abstraído — e indiferente, y no precave — con tal demencia que es pregonero — de su inconsciencia.

TODOS los niños debieran saber nadar, porque desde muy pequeños debiera haberse cuidado esta enseñanza con la misma diligencia y cuidado con que se les enseñó a caminar en dos pies.

La enseñanza de la natación en la primera infancia habituaría a la buena práctica higiénica de bañarse con frecuencia.

Fábrica especializada en Productos Dietéticos y de Régimen Vegetariano

CASA SANTIVERI, S. A.

Call, 22. — BARCELONA

Si envidiar quieres — dichas ajenas, ve a la plaza — de Las Cadenas, finge que duermes — en cualquier banco para que observes — que amor no es

[manco,

que no comulga — con la pereza: todo lo palpa — con gran presteza, disimulando — su intento avieso con entusiasmo — que marca... exceso, siempre mostrando — que es atrevido, desnudo y ciego — como Cupido.

WENCESLAO BORRACHERO.

Illescas, agosto 1933.

DE Kant, el gran filósofo alemán, son las nobles palabras que reproducimos a continuación:

"Jamás olvidaré que ha sido mi madre quien ha hecho germinar el bien que existe en mi alma."

Y Napoleón, por su parte, reconocía que el porvenir del niño es obra de su madre, y se complacía en aseverar que era deudor a la suya de haberse elevado hasta tal altura.

IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico.

BALDACCI - PISA

diatamente hecho. Al pasar por el mar tomamos la isla de Maloa, como un órgano a quien había que calmar su sed de victoria, porque era un hombre que no podía estar sin hacer nada. Henos aquí ya en Egipto. Allí se nos dió otra consigna. Los egipcios son hombres que desde que el mundo es mundo tienen costumbre de tener gigantes por soberanos y ejércitos tan numerosos como hormigas; porque es un país de divinidades y de cocodrilos, en el que se han construido pirámides tan grandes como nuestras montañas, dentro de las que metían a sus reyes para conservarles frescos, cosa que les complace en general. Cuando nosotros desembarcamos el pequeño caporal nos dijo: "Hijos míos: los países que vais a conquistar tienen un montón de dioses, a los que hay que respetar, porque el francés debe ser el amigo de todo el mundo, batiendo a las gentes sin vejarlas. Formaos ahora el propósito de no tocar a nada, porque después lo tendremos todo." Vamos, pues, adelante. La cosa marchaba divinamente. Pero todas estas gentes, a las cuales Napoleón estaba predicho bajo el nombre de Kebir-Bonaberdis, una palabra de su dialecto que quiere decir *el sultán hace fuego*, tienen de ella un miedo como del diablo. En aquel día, el Gran Turco, el Asia, el Africa, tienen recurso para la magia, y nos envían un demonio llamado Mody, sospechoso de haber bajado del cielo sobre un caballo blanco, que, como su dueño, era incombustible a las granadas y que los dos vivían del aire del tiempo. Ha habido algunos que le vieron; pero yo no tengo derecho a introducirlos en ciertos detalles. Se tra-

taba de las potencias del Arabia y de los mamelucos, que querían hacer creer a sus soldados que el Mody era capaz de impedirles morir en la batalla, con el pretexto de que él era un ángel enviado para combatir a Napoleón y volverle a tomar el sello de Salomón, unas de sus fortunas, que pretendía haber sido robado por nuestro general. Ya comprenden ustedes que se les hizo hacer el artificio por ellos mismos.

—Díganos usted: ¿dónde habían podido saber ellos el pacto de Napoleón? ¿Era natural que lo supieran?

—Sin embargo, pasaba por verdadero en sus espíritus el que mandaba a los genios y que con un golpe de vista vigilaba de uno a otro sitio todos los lugares como si fuera un pájaro. Pero la verdad es que se encontraba siempre en todos los sitios. En fin, que acababa de robarles una reina, hermosa como el sol, por la que había ofrecido todos sus tesoros y unos diamantes tan grandes como huevos de paloma; pacto que el Mameluco, de quien era esposa, aunque tuviese otras, había rehusado positivamente. En estos términos, los negocios no podían satisfacerse más que por serios combates. Pero esto para nuestro genio no representaba ningún inconveniente, ya que siempre tenía palos para todo el mundo. De modo que enseguida nos vimos atacando Alejandría, Gisch y, por fin, estábamos ya delante de las Pirámides. Fué preciso caminar bajo aquel sol abrasador y sobre la arena, adonde las gentes, acostumbradas a ver encandilamientos, veían aguas que no se podían beber, aunque todos íbamos sudando la gota gorda. Por último, nos apodera-

La Cruz Roja protege la salud

La campaña antivenérea (Conclusión.)

La rama del Transvaal de la Cruz Roja de la Unión Sudafricana anunciaba en 1931 que, habiendo englobado el "Transvaal Social Hygiene Council", había constituido un Comité especial de propaganda encargado de dar a conocer a la población indígena las facilidades existentes para el tratamiento de las enfermedades venéreas. La Cruz Roja argentina, aparte de sus propagandas orales y escritas, ha tomado a su cargo la venta, al precio de coste, de un producto profiláctico, y regularmente publica en su revista una nota informativa sobre este elemento de previsión. Un análogo esfuerzo ha sido emprendido por la Cruz Roja noruega, que ha obtenido que todos los barcos sean dotados de una provisión de otro producto profiláctico, acompañado de una noticia con algunos consejos, y puesto a disposición de los marineros a un reducido precio. Por otra parte, se proporciona a los capita-

nes de todos los barcos carteles de propaganda antivenérea. Recientemente la Cruz Roja noruega ha editado un folleto de vulgarización sobre las enfermedades venéreas, redactado por el doctor Engelsen. Señalaremos, finalmente, la propaganda educativa que realiza entre los marineros por mediación de sus 17 oficinas de información para agentes de mar. Análogos centros han sido creados por la Cruz Roja sueca en 11 puertos del país.

Otras varias sociedades nacionales de

FIMONAL

Vías respiratorias.

la Cruz Roja han editado igualmente folletos de propaganda. Pero, salvo un trabajo publicado por la Cruz Roja japonesa hace dos o tres años y una instrucción destinada a sus Comités, editada por la Cruz Roja alemana, des-

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

pués de la votación de la ley sobre enfermedades venéreas, todas estas publicaciones datan de más de diez años.

Entre los medios utilizados por las sociedades nacionales de la Cruz Roja para sus propagandas, debe señalarse el empleo de proyecciones luminosas como ilustración de conferencias, o presentadas bajo la forma de representaciones cinematográficas recreativas.

Solamente una quincena de sociedades poseen dispensarios o servicios antivenéreos especializados. Ha de observarse que el tratamiento y, en ciertos casos, el señalamiento de la enfermedad son además practicados frecuentemente en otros establecimientos de la Cruz Roja, como, por ejemplo, los dispensarios y hospitales generales, los dispensarios-escuelas, los consultorios prenatales, etcétera. Así sucede en ciertos establecimientos de Francia, y, aunque los informes no lo mencionen expresamente, en muchos dispensarios generales de la Cruz Roja de España y de América latina, donde figuran en las estadísticas crecido número de inyecciones aplicadas indudablemente como tratamiento de la sífilis.

Sería de una alta conveniencia que todas las sociedades nacionales de la Cruz Roja examinasen si el armamento antivenéreo del país es suficiente. Y en el caso de que se descubrieran importantes lagunas, la intervención de la Cruz Roja, en pleno acuerdo con los poderes públicos, las obras privadas y el cuerpo médico, podría remediar en gran parte las deficiencias y prestar los más inapreciables servicios.

DR. T. DZIERKOWSKI

RINOGOL

Para antisepsia nasal

J. DOMINGO CHURTÓ

C. Libertad, 14.—BARCELONA

Intestínol
"Hemming"
Dispepsia, Meteorismo etc.

mos de los mamelucos con bastante facilidad, y todo se doblegaba desde entonces a la voz de Napoleón, quien se adueñó del Bajo y del Alto Egipto y de la Arabia con increíble rapidez; con decir que hasta de las capitales de los reinos que ya no existían, pero en donde se conservaban millares de estatuas, los quinientos diablos de la Naturaleza y, cosa particular, una infinidad de lagartos, era un país tan particular que en él cada uno podía coger sus fanegas de tierra donde mejor le pareciese. Mientras él se ocupaba de sus asuntos en el interior, adonde pensaba hacer cosas soberbias, los ingleses le quemaban sus naves en la batalla de Aboukir, porque no sabían ya qué inventar para que nos contrariase. Mas Napoleón, que se había ganado ya la estimación del Oriente y del Occidente, que el Papa le llamaba su hijo y el primo de Mahoma su querido padre, dijo que se vengaría de Inglaterra y que le quitaría las Indias para cobrarse de su flota. Iba a conducirnos al Asia por el mar Rojo, en aquel país donde hay tantos diamantes y pepitas de oro para pagar a los soldados, y los palacios por etapas; cuando Mody se vió atacado por la peste que nos comunicó a los demás, para interrumpir las victorias que habíamos emprendido tan brillantemente. ¡Alto! Todo el mundo desfila ante aquella parada, en la que nadie podía ir por su pie. Santa Juana de Arco no puede ser tomada por soldados moribundos, aunque fuese intentado tres veces con un tesón generoso y marcial. La peste era allí más poderosa que nadie; no podía más que decirse: ¡amigo mío! Todo el mundo se encon-

traba bastante enfermo. Unicamente Napoleón permanecía fresco como una rosa y todo el mundo le ha visto bebiendo la peste sin que le hiciese la menor impresión.

"Y esto, amigos míos, ¿pensáis que puede ser natural?"

"Los mamelucos, sabiendo que estábamos todos en la ambulancia, quisieron barrernos el camino; pero con Napoleón no pueden tomarse esas farsas. Se adelantó y dijo a sus enfermos, a los que de entre todos tenían la piel más dura: "Vamos a limpiar el camino." Junot, que era un valiente de primer orden y un verdadero amigo de Napoleón, tomó mil individuos y con ellos deshizo todo el ejército de un bajá que tuvo la pretensión de atravesársenos. Desde allí nos vinimos otra vez al Cairo, nuestro cuartel general. Aquí tiene lugar una historia muy diferente. Ausente Napoleón de Francia iba siendo destruida poco a poco por las gentes de París, que guardaban el sueldo de las tropas, el caudal de línea, sus vestimentas, dejándoles morir de hambre, y pretendiendo hacer las leyes del Universo sin que les preocupase otra cosa. Eran una colección de imbéciles que se pasaban la vida charlando en lugar de ocuparse en resolver los asuntos. Y entretanto, nuestras fronteras se veían combatidas, Francia se veía atacada y el Hombre no se encontraba en ella. Si yo he dicho el Hombre es porque se le llamaba así, pero era más una bestia, porque tenía una estrella y todas sus particularidades; los que eran hombres éramos todos los demás. Reanuda la Historia de Francia con la famosa batalla de Aboukir, en la cual, sin perder más de trescientos hombres, y no teniendo

trarse al interior; en todo caso, sus indicaciones serían la *uricemia* y la *litiasis renal*, y las dosis, de 10 a 30 centigramos de *carbonato de potasa químicamente puro* para tomarlo en una tisana.

AL EXTERIOR se emplea en Dermatología como *antipruriginoso* y *disolvente de las materias grasas*, en pomadas o lociones.

Incompatibilidades.—Ácidos y sales ácidas (plata, mercurio, hierro, etc.), magnesia, agua de cal.

LOCIÓN

Carbonato de potasa.....	2 a 5 gr.
— destilada.....	aa 50 —
Agua destilada de laurel-cerezo.....	

Para fomentos locales.—*Prurito*.

POTASIO (CLORATO DE)

Farmacología.—Grandes cristales incoloros, de sabor salado y amargo, *solubles* en 17 partes de agua y en 30 de glicerina, casi insolubles en alcohol y en éter.

Acción fisiológica.—*Absorción y eliminación* rápidas. Se elimina casi en su totalidad por la *orina* (aumento de volumen con las dosis terapéuticas), y accesoriamente por la *saliva*.

Acción LOCAL.—El clorato de potasa puro o en soluciones concentradas no ejerce acción alguna sobre la piel, *pero irrita las mucosas* (especialmente la digestiva), las cuales, si la dosis es elevada, son asiento de *diversas lesiones*, como congestiones, erosiones, etc.

Acción GENERAL.—Ingerida una gran dosis, cierta parte del clorato de potasa *se reduce*. En la sangre el oxígeno *naciente altera gravemente la hemoglobina* y determina la *destrucción de los hematíes*. De aquí la hemoglobinuria y la formación de metahemoglobina, hematina, etc.

Toxicidad.—Desigualmente tolerado cuando se ingiere a pequeñas dosis (*mal si se toma concentrado*), el clorato de potasa fácilmente es tóxico; una dosis de 25 gramos basta para determinar la muerte.

La *intoxicación* se anuncia por *trastornos digestivos*

Acción fisiológica.—Aplicada a los tejidos, obra como *cáustico enérgico* por su acción *deshidratante* y produce una grande escara, al principio blanda, que después va endureciéndose poco a poco. Saponifica las grasas y coagula la albúmina.

No se aplica al interior.

Aplicaciones terapéuticas y modos de administración.—Sólo se emplea *al exterior* como *cáustico* para destruir los *tejidos morbosos*, y también algunas veces para tocar las ulceraciones del cuello uterino.

La potasa destinada a estas aplicaciones siempre va mezclada con cierta proporción de cal. Se emplea en *lápicos* (cáustico de Filhos: 100 de potasa por 20 de cal) o en *polvo* (polvo de Rinne: 6 de cal por 5 de potasa).

POTASIO (ACETATO DE)

Farmacología.—Cristales blancos, ligeros, de sabor picante y salino, *muy deliquescentes y solubles* en agua y en alcohol.

Acción fisiológica.—*Ingerido*, excita enérgicamente la *secreción urinaria*, y con menos intensidad las secreciones sudoral e intestinal.

Igualmente, cuando la dosis es elevada, de 12 a 16 gramos, también aumenta la secreción intestinal.

Se elimina principalmente por la orina, dándole reacción alcalina, y en parte por la secreción bronquial.

Aplicaciones terapéuticas e indicaciones.—Se prescribe como *diurético y diaforético* en todos los casos de *puración urinaria insuficiente*: edemas e hidropesías de origen cardíaco o renal, diátesis úrica (uricemia, litiasis renal, etc.).

Contraindicaciones.—Cuando haya que evitar la alcalinidad de la orina (pielo-nefritis, cistitis, arenillas fosfáticas, etc.).

Modos de administración y dosis.—De 1 a 5 gr. (y hasta 10 gr.) al día, en poción, etc.

Incompatibilidades.—Ácidos, sales ácidas (de plata, de mercurio) y sales férricas, frutas ácidas.

POCIONES

Polvero reciente de hojas de digital..... 40 centig.
 Agua hirviendo..... 120 gr.

Filtrese y añádase:

Oxímil escitífico..... 25 —
 Acetato de potasa..... 4 —

Una cucharada de las de sopa cada hora.—*Edemas, anuria, pleuresía serofibrinosa, etc.*

NIÑOS DE UNO A DIEZ AÑOS:

Polvero reciente de hojas de digital..... 2 a 20 centig.
 Agua hirviendo..... 80 gr.

Filtrese y añádase:

Acetato de potasa..... 2 —
 Jarabe de las cinco raíces..... C. S. p. 100 cent. cúb.

(N. B.—*Dos centigramos de digital por año de edad.*)

Una cucharada de las de café cada hora.—*Pleuresía aguda sero-fibrinosa (después del período febril).*

Tisana.

Acetato de potasa..... 4 gr.
 Jarabe de las cinco raíces..... 50 —
 Cocimiento de grama..... 1 litro.

Para tomar a tazas durante el día.—*Litiasis renal, reumatismo articular agudo, pleuresía con derrame, edemas.*

POTASIO (BICARBONATO DE)

Farmacología.—Cristales blancos de sabor soso y desagradable, solubles en 4 p. 100 de agua e insolubles en alcohol.

Acción fisiológica.—*Ingerido* a dosis moderadas, el bicarbonato de potasa obra como alcalino, de una manera análoga al bicarbonato de sosa; en primer lugar neutraliza el jugo gástrico, y a esta acción sigue después una hipersecreción rica en HCl, etc.

PARTICULARIDADES.—Sin embargo, la sal de potasa es mucho más diurética y alcaliniza con más facilidad

la orina. Es algo colagogo; pero a dosis elevada es purgante.

CORAZÓN.—A pequeñas dosis sus efectos recuerdan los de la digital: lentitud del pulso e hipertensión pasajera.

Pero si la dosis es grande la acción que desarrolla es, por el contrario, depresiva: debilidad del pulso e hipotensión.

NUTRICIÓN.—Es un buen disolvente de los uratos. *Tolerancia, toxicidad.*—Bien tolerado a las dosis terapéuticas, es tóxico a dosis elevadas.

Conviene que al manifestarse la intoxicación provocada vomitos, por lo general queda reducida a los síntomas premonitorios.

Aplicaciones terapéuticas e indicaciones.—El bicarbonato de potasa puede emplearse como alcalino, asociado al bicarbonato de sosa y en las mismas condiciones que este último.

Se administra principalmente como coadyuvante de las sales de litina en la *diatesis úrica*: uricemia, gota, areñillas, aunque evitando alcalinizar la orina de una manera permanente.

También se emplea cuando hay que estimular la función renal.

Modos de administración y dosis.—De 1 a 4 gr. al día en solución, poción, aguas minerales (Vichy, Vals), etcétera.

POTASIO (CARBONATO DE)

Farmacología.—Polvo deliquescente, blanco, cáustico, muy soluble en agua e insoluble en alcohol.

Acción fisiológica.—Aplicado a la piel, es más irritante que el carbonato de sosa; para las mucosas es cáustico.

Saponifica activamente las materias grasas.

Ingerido a pequeñas dosis es un buen disolvente del ácido úrico, pero con la mayor facilidad determina accidentes tóxicos: trastornos gástricos, depresión del corazón, hipotensión, etc.

Aplicaciones terapéuticas y dosis.—No debe adminis-

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, etcétera.

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

Estación de ferrocarril a siete horas de Madrid y cuatro de Sevilla. - Alquitranada la carretera que conduce a los manantiales.

Gran Hotel del Balneario.—Todo confort

Pedidos de botellas e informes al señor Gerente, en

MARMOLEJO (Jaén)



Costeán y Cregeuzán; por nueva creación; 3.^a categoría; dotación, 2.200 pesetas; con 20 familias de beneficencia y población de 1.740 habitantes. Solicitudes hasta el 21 de octubre.

—La de Bédar (Almería); por renuncia; 3.^a categoría; dotación, 2.200 pesetas; con 20 familias de beneficencia y población de 5.299 habitantes. Solicitudes hasta el 21 de octubre.

—La de Roquetas de Mar (Almería); por renuncia; 3.^a categoría; dotación, 2.200 pesetas; con 300 familias de beneficencia y población de 3.569 habitantes. Solicitudes hasta el 21 de octubre.

—La de San Vicente de Arévalo (Ávila) y su anejo Pedro Rodríguez; por concurso anterior nulo; 4.^a categoría; dotación, 1.650 pesetas; con 12 familias de beneficencia y población de 563 habitantes. Solicitudes hasta el 21 de octubre.

—La de Jaca (Huesca); por nueva creación; 2.^a categoría; dotación, 2.750 pesetas; con 30 familias de beneficencia y población de 5.226 habitantes. Solicitudes hasta el 21 de octubre.

—La de Puerto de Santa María, distrito 4.^o (Cádiz); por jubilación; 1.^a categoría; dotación, 3.300 pesetas; con 300 familias de beneficencia y población de 19.817 habitantes. Solicitudes hasta el 21 de octubre.

—La de Puerto de Santa María, distrito 5.^o (Cádiz); por nueva creación; 1.^a categoría; dotación, 3.000 pesetas; con 300 familias de beneficencia y población de 19.847 habitantes. Solicitudes hasta el 21 de octubre.

FORENSIAS

—En los Juzgados de primera instancia e instrucción de Noya, Sigüenza, Ocaña y Caravaca, le categoría de ascenso, se hallan vacantes, por promoción, las plazas de Médico forense, que, de conformidad con lo prevenido en el artículo 10 del Decreto de 17 de junio de 1933, deben proveerse por traslación en el más antiguo de los de igual categoría que lo soliciten.

Las instancias deberán tener entrada en este Ministerio antes de las catorce horas del último día del plazo de treinta naturales, a contar desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid* (22 de septiembre).

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.

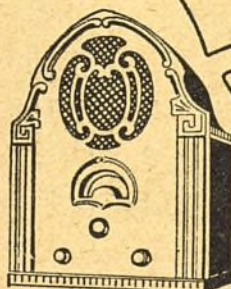
DEPOSITARIOS PARA ESPAÑA:

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

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

Hemorrotia Murreysa
Pr Mayor 3

TUBERCULOSIS · NEURASTENIA · ANEMIA

TRICALCINE

RECONSTITUYENTE

El Mas Poderoso - El Mas Científico - El Mas Racional.

MEDICACION
LA MAS EFICAZ
PARA EL TRATAMIENTO
DE

BRONQUITIS BAJO VARIAS FORMAS
ANEMIA
ENFERMEDADES DEL ESTOMAGO
NEURASTENIA
RAQUITISMO
ESCROFULA
LACTANCIA Y CRECENCIA DE LOS NIÑOS
DEBILIDAD

TUBERCULOSIS

TRICALCINE

A BASE DE SALES CALCICAS CONVERTIDAS EN ASIMILABLES
DU DOCTEUR E. PERRAUDIN
Ex-Chimiste Expert de la Ville de Paris
Ex-Élève de l'Institut Pasteur
DE VENTA EN TODAS LAS DROGUERIAS Y FARMACIAS DEL PAIS

Laboratoire des Produits "Scientia" 21, rue Chaptal - PARIS

· ESCROFULA · RAQUITISMO ·



PRIMER PREMIO - DIPLOMA DE MEDALLA DE ORO EN EL SEGUNDO CONGRESO ODONTOLÓGICO
LATINO AMERICANO. EXPOSICIÓN UNIVERSAL DE ODONTOLOGÍA. BUENOS AIRES 1925