

# EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

HISTORIAL

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

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

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

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

FRANQUEO  
CONCERTADO



Reconstituyente muy Enérgico

## CARNINE LEFRANCO

Jugo de Carne de Buey Cruda

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

ESTABLECIMIENTOS FUMOUBE, 78, Fg Saint-Denis, PARIS



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

1 ó 2 cucharadas de las de sopa por día

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 FUMOUBE  
78, Faubourg Saint-Denis, Paris



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

NUESTRA OBRA

# OPOSICIONES

está a punto de ser TERMINADA su impresión.

Próximamente entregaremos:

Los pliegos que restan del tomo CIRUGÍA

Y enviaremos para el mes de junio

Todo lo que resta de LEGISLACIÓN

Todo lo que resta de HIGIENE y

LAS PRÁCTICAS DE LABORATORIO

Es una obra COMPLETA

Todo médico rural debe poseerla

CUATRO TOMOS - Cerca de 1.500 páginas

Ayuntamiento de Madrid

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

# SARNA

◀ (ROÑA) ▶

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

**J. CABALLERO ROIG**

Farmacia-Laboratorio: Calle Rocafort, 135, Barcelona

¿Viene usted a Madrid?

=====  
**Hospédese**

## Hotel Los Leones de Oro

— (entre Puerta del Sol y Gran Vía) —

**Calefacción — Baños :: ::**

**Precios económicos :: Muchas atenciones para los médicos**

**Hotel Los Leones de Oro.- Carmen, 30.- Madrid**

**Sanatorio Psiquiátrico ESQUERDO Carabanchel Alto**  
Director: Dr. Jaime Esquerdo Sáez



Informes y correspondencia... } **AL DIRECTOR** { MADRID, Alfonso XI, 7. Teléfono 16962  
Carabanchel Alto. Sanatorio. Teléfono 20

CARIE  
DISEÑA Y  
DENTARIA  
TUBERCU  
LOSIS - RA  
DUMISMO.

**IONERGOL**  
**LEFEL**  
ELIXIR E INYECCIONES

**PODEROSO**  
**RECONSTITUYENTE**  
**EFICAZ**  
**ANTI-TUBERCULOSO**

**CALCILS**  
**LEFEL**

### Vacantes.

Ponemos en conocimiento a los señores que piensen solicitar la vacante de Alcora (Castellón), existen médicos que tienen contratadas las iguales.

En las mismas circunstancias está la vacante de Nava de Sotrobal (Salamanca), estando contratado por tres años.

Por la Dirección General de Sanidad se anuncian las siguientes vacantes de inspectores municipales. Su provisión en propiedad en armonía con lo dispuesto en la ley de 15 de septiembre de 1932 (artículos primero y 2.º) y Reglamento de 7 de marzo de 1933 (artículos 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 19). Las instancias, en papel de 8.ª clase, se dirigirán a la Inspección provincial de Sanidad respectiva, acompañadas de la ficha de méritos. (Artículo 4.º del Reglamento de 7 de marzo de 1933.)

La de Arzúa (Coruña); Cabeza de partido; separación; 2.ª; 3.300 pesetas; 273 familias; concurso de méritos; 8.722 habitantes; 9 de junio. Por oposición, las siguientes, pudiéndose solicitar hasta el 9 de junio.

—La de Villafranca de la Sierra y Casas del Puerto de Villatoro (Ávila); Renuncia; 3.ª; 2.200 pesetas; 130 familias; 30 pesetas; derechos de oposición; 1.326 habitantes.

—La de la Haba (Badajoz); Separación; 3.ª; 2.750 pesetas; 185 familias pobres; derechos oposición 25 pesetas; 3.053 habitantes.

—La de Peñíscola (Castellón); Renuncia; 3.ª; 2.200 pesetas; 80 familias; 3.204 habitantes

—La de Torreblanca (Castellón); Defunción; 3.ª; 2.200 pesetas; 36 familias; 3.424 habitantes; Guardia civil.

(Continúa en la página XX)

## Sanatorio de la Prosperidad

### Enfermedades mentales

Director: Doctor Suñs. — Cartagena, 67. — Teléfono 57746

desaparecido ya cuando se explora al enfermo. Se han dado casos de epidemias de parálisis del velo del paladar que fueron sencillamente la consecuencia de epidemias de difteria en las que las anginas resultaron poco marcadas y parece que los casos de bacilo largo son los que más predisponen a esta complicación.

Hay una relación notable entre la localización de las lesiones diftéricas y la de las parálisis con que se complican. Y como quiera que la mayoría de las veces asientan las lesiones en las amígdalas palatinas, de ahí que los músculos paralizados sean los del velo del paladar y los constrictores de la faringe. La sueroterapia ha hecho menos frecuentes las parálisis postdiftéricas y, aunque en los casos graves debe el médico ser muy prudente, al establecer el pronóstico y no dejar de hacer constar la posibilidad de esta complicación, si la aplicación del suero se hace con precocidad suficiente, tendrá la satisfacción de evitar las parálisis en la totalidad de los casos.

En los casos graves se presenta del tercero al cuarto día, a contar desde el comienzo de la enfermedad. Lo corriente es que se presente a los ocho o diez días, cuando el enfermo se encuentra ya en plena convalecencia y hasta puede suceder que se produzcan quince a veinte días después del comienzo de la enfermedad, cuando ya el enfermo hacía su vida ordinaria y se consideraba curado. Sucede esto último corrientemente en los casos en que se empleó el suero en cantidades insuficientes que no neutralizaron la totalidad de la toxina.

La parálisis diftérica se suele iniciar por el velo del paladar y puede permanecer limitada o generalizarse. En las formas localizadas se puede limitar dicha parálisis a los músculos del velo del paladar o a cualesquiera otros que fueran los primeros atacados, por ejemplo, los de la mejilla, los motores del ojo o los sacrolumbares. Comienza a manifestarse la parálisis del velo del paladar por la voz débil y nasal, los trastornos de la deglución que acaban muchas veces en el atragantamiento y en la expulsión de los alimentos y, en especial, de los líquidos, por la nariz. El examen demuestra que la motilidad del velo del paladar no ha desaparecido del todo sino que se encuentra reducida; los

motores como nervios sensitivos, y la marcha de la enfermedad es lenta, es decir, subaguda o crónica. El comienzo es lento y sin sintoma alarmante alguno, simplemente fenómenos de hormigueo, de embotamiento de la sensibilidad, de quemadura en los miembros inferiores. No suele haber fiebre. A los pocos días se va sintiendo una debilidad, rápidamente creciente, de los miembros, especialmente de los inferiores, que es por donde suele empezar la enfermedad; rara vez de los superiores, que termina en una parálisis de los músculos de la extremidad distal de esos miembros, la cual se propaga después hacia la raíz de los mismos. Las parálisis son flácidas, son también simétricas. Los primeros músculos afectados son los del pie y de la región anterior de la pierna; en pocas semanas se extiende la lesión hasta la raíz del muslo, pero siempre se halla ésta menos afectada que la extremidad distal. Mientras el enfermo puede andar lo tiene que hacer steppando, o sea haciendo la misma marcha que los caballos cuando están en el agua; para evitar la resistencia que ésta pone a la marcha tiene que elevar mucho la pierna para sacar del agua el pie. Pues bien; el enfermo aludido, que no puede mantener elevada la punta del pie, tiene que flexionar mucho el muslo sobre la pelvis para que la punta del pie no roce con el suelo. Al cabo de unas semanas la incapacidad del enfermo para andar es completamente exaltada; pero al cabo de poco tiempo disminuyen, hasta desaparecer por completo. Generalmente, cuando la parálisis va afectando las raíces de ambos muslos, comienza a manifestarse también en los miembros superiores, donde afecta exactamente la misma disposición que en los inferiores: flácida, simétrica, comienza por las extremidades distales y se va elevando hacia la raíz. Acompaña a la parálisis una atrofia muscular progresiva, pero que muchas veces no guarda relación con la intensidad de la alteración funcional. Por la exploración eléctrica se demuestra una reacción de degeneración total o parcial.

En las masas musculares se producen dolores espontáneos, a veces lancinantes, sobre todo en los gemelos, y al mismo tiempo hay dolor a la presión. En cambio,

la sensibilidad de la piel va disminuyendo, siendo así mismo el trastorno más accentuado en los extremos de los miembros que en la raíz de los mismos. Aparecen después trastornos vasomotores y tróficos; pero aun que la piel se hace muy lisa y muy fina, es excepcional que ocurran escaras en la región sacra y en las de los talones. A partir de este momento, la evolución de la enfermedad es variable. Unas veces se van extendiendo las lesiones a los nervios, las paredes del tórax y del abdomen y, por último, a los humerales, creando entonces trastornos tan graves que el enfermo sucumbe en poco tiempo; pero lo más corriente es, por el contrario, que tras de un período de varios meses que el enfermo ha tenido que pasar en la cama o sentado en un sillón se inicie una mejoría, que podría terminar en curación completa si no se hubieran producido retracciones fibrosas a nivel de las articulaciones. De todos modos, es sorprendente que los enfermos que se hallaban totalmente incapacitados y sometidos a una gran tortura puedan ver desaparecer sus dolores y demás trastornos de la sensibilidad y que recuperen la capacidad del movimiento. El trastorno más pronunciado que suele quedar es un pie equino adquirido no solamente porque la atrofia de los músculos de la región anterior de la pierna, que suele preceder a la de los gemelos y sólo permite a éstos una retracción con producción de gran cantidad de tejido fibroso, sino porque el peso de la ropa de la cama mantiene fijo durante mucho tiempo este trastorno, si no se ha tenido cuidado de salir al paso de él. Esta descripción es la de la norma más corriente de polineuritis, pero existen también otras formas, por ejemplo, la sensitiva y la motora, que se caracterizan porque en cada una de ellas son muy importantes los síntomas de la índole que le dan el nombre, y, en cambio, son muy reducidos los síntomas contrarios; es decir, que en la sensitiva los dolores espontáneos y provocados son muy fuertes, pero la motilidad se conserva, y al revés en la sensitiva. Sin embargo, cuando la evolución es la larga, pocas veces persiste esto en esta forma, en seguida se hace mixta. La forma atáxica o pseudotabética es unas veces se-

que la forma alcohólica que hemos destacado como característica y que hasta puede adoptar la marcha aguda con fiebre, lesión de los nervios bulbares y terminación fatal por trastornos cardiopulmonares. De todos modos, en la parálisis saturnina son excepcionales los trastornos de la sensibilidad y ello constituye un carácter especial de la polineuritis saturnina que la diferencia de las demás polineuritis tóxicas.

La evolución de la enfermedad es generalmente favorable, de modo que hay enfermos que tras de haber tenido varios accesos de polineuritis han curado por completo. Sin embargo, hay casos en los que los trastornos motores y tróficos se hacen muy importantes y persisten indefinidamente, llegando a crear una inutilidad grave. Así, pues, en el miembro superior se ven a veces atroflas importantes de los músculos de la mano y del antebrazo con deformidades consecutivas a las atroflas musculares y a las retracciones fibrosas; en los casos peores se extienden estas alteraciones a los cuatro miembros, creando un trastorno tan impropio de esta enfermedad que en primer lugar resulta el diagnóstico muy difícil, y en segundo, hace suponer que no ha podido ser la intoxicación saturnina la única causa de dichos trastornos.

*Neuritis diftericas.*—Hace realmente poco tiempo que se ha conocido esta complicación de la difteria, porque los autores antiguos no veían la relación de causa a efecto que existía entre dicha enfermedad y las parálisis que dejaba. Solamente cuando se hubo descubierto el bacilo de Klebs-Löffler y cuando más tarde hizo Roux sus trabajos sobre la toxina difterica que habian de llevar al descubrimiento del suero fué cuando se demostró la verdadera naturaleza de estas lesiones nerviosas. Se producen las parálisis en todos los casos en que la aplicación del suero es tardía o por lo menos en una gran proporción de ellos.

Así, por ejemplo, en las difterias de los adultos, en las que muchas veces no se sospecha el verdadero diagnóstico sino cuando los síntomas son muy evidentes, en las difterias de las fosas nasales o de la piel, que unas veces no coinciden con lesiones de la faringe y otras veces fueron dichas lesiones tan ligeras que han

# AGUAS MINERALES NATURALES

DE

# CARABAÑA

« LA FAVORITA »

PURGANTES — DEPURATIVAS — ANTIBILIOSAS — ANTIHERPÉTICAS

PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI

◀ MADRID ▶

## Establecimiento Balneario de Arnedillo (Logroño)

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

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

Aplicaciones completas de Lodos vegeto minerales, únicos en España.

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

Estancia tranquila; clima muy saludable; altura sobre el nivel del mar 652 metros.

Viaje estación de CALAHORRA 15 de Junio a 30 de septiembre

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

## ALZOLA

(Guipúzcoa)

Oligo metálica, marcadamente litínica, radioactiva, 30°

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

Temporada:

15 de junio al 15 de octubre.

## Balneario de Carlos III

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

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

Nervios. - Reuma. - Escrófula. - Piel

Deliciosa estación de verano. — Gran parque y monte

Clima de montaña, 780 metros

Servicio directo desde Madrid en tres horas

INFORMES Y FOLLETOS:

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

## Aguas de MARMOLEJO

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

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

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

Estación de ferrocarril 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 boletines e informes al señor Gerente, en

**MARMOLEJO (Jaén).**

# CESTONA

AGUAS Y BALNEARIO DE CESTONA

(S. A.)

(GUIPÚZCOA) cerca de San Sebastián

# EL CARLSBAD DE ESPAÑA

Médico-director: Excmo. Sr. D. Amallo Gimeno

Únicas indicadas con éxito maravilloso para las enfermedades del

HIGADO, INTESTINOS, ESTREÑIMIENTO, ARTRITISMOS, NEURASTENIA, etc. etc.

Se exportan en botellas de a litro. — De venta en todas las farmacias y droguerías.

Temporada oficial: De 15 de junio a 30 de septiembre

ITINERARIOS: Para viajeros procedentes de la línea del Norte, estación Zumárraga. — Para la línea de los Vascongados de Bilbao a San Sebastián, estación Zumaya. — El ferrocarril eléctrico de «UROLA», de Zumárraga a Zumaya, se une con el Norte en Zumárraga y en Zumaya con el de los Vascongados, pasando por Cestona, con estación en el mismo balneario, llamada CESTONA-BALNEARIO

Pidanse noticias directamente a CESTONA (Guipúzcoa)

# ¿Usa usted gafas?

Para todo uso debe exigir de su óptico despache su receta con los nuevos cristales

## « Puntual Cuyás »

Cristal Puntual ANACTINICO (prácticamente blanco), que filtra la luz y aumenta la agudeza visual.

Cuando deba proteger sus ojos de una luz intensa, debe usar los cristales de color científico

## « Luxtal »

que absorben los rayos infrarrojos sin colorear las imágenes.

**SE FABRICAN EN TODAS LAS GRADUACIONES**

Pida folletos explicativos a todos los ópticos de España.



## SANATORIO NEUROPATICO

Calle de Pablo Iglesias, 11 — CARABANCHEL BAJO (Madrid). — Teléfono 116 0.

Director: Dr. GONZALO R. LAFORA

Plaza de la Independencia, 8. — MADRID. — Teléfono 11280

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

Pídanse reglamentos a la Administración

## INSTITUTO MEDICO-PEDAGOGICO

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

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

Dirección médica: Dr. Gonzalo R. Lafora

## 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

Elxir de bardana y estaño eléctrico

### INDICACIONES:

Estafilococias en todas sus manifestaciones.

Muestras y literatura:

A. GAMIR

Valencia

## BENZOFORMINA

Comprimidos de 0,25 gramos

Exametilenoamina. . . 0,20

Acido benzoico . . . . 0,05

Frascos de 50 comprimidos.

Gramos. Muestras

y literatura:

A. GAMIR

Valencia.

# FOSEFOTIOLCOL

T O S E S Y C A T A R R O S

# TERTULIA MEDICA

HISTORIA - ARTE - CRITICA

AMENIDADES

27-V-1933

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

Las grandes figuras de la Cruz Roja

## El honorable John Barton Payne

(Nació el 26 de enero de 1855)

Cuando el Presidente Harding confió al honorable John Barton Payne la misión de presidir el Comité central de la Cruz Roja norteamericana, podemos decir que estuvo realmente afortunado. El antiguo colaborador del Presidente Wilson estaba, en efecto, muy al corriente de los asuntos públicos y se consagraba ya a la causa de los grandes movimientos huma-

nitarios. John Barton Payne, que había hecho casi toda su carrera en el Foro y la Magistratura, desempeñó durante la guerra importantes car-

Los momentos en que el honorable John Barton Payne inició su nueva carrera eran difícilísimos. La Cruz Roja norteamericana vibraba todavía de un gran entusiasmo, nacido de la guerra; pero su obra de paz estaba por hacer. En cuanto entró en funciones, el nuevo presidente inauguró una vigorosa campaña de economías y adaptó la organización de la Cruz Roja a las exigencias de la post-guerra.

La tarea en absoluto desinteresada que se impuso el juez Payne le deja poco tiempo libre. Permanece en su despacho de Washington todo el día, dirige personalmente todo el engranaje de la potente Institución, comunicando a sus colaboradores su pro-



gos públicos. La manera de cumplir sus deberes le valió la estimación y el respeto de sus conciudadanos. Entró al servicio de la Cruz Roja en 1922, en el momento en que Henry P. Davison se retiraba por motivos de salud, y desde entonces, el honorable John Barton Payne ha dedicado su infatigable actividad a la Cruz Roja norteamericana y a la obra internacional de la Liga.



## RINOGOL

Para antiseptia nasal.

J. DOMINGO CHURTÓ  
C. Libertad, 14, BARCELONA

camisillas y he tenido que llevar a Grenoble mi chaquetilla para tener algún dinero.

—Está bien; ya os enviaré yo algunas camisas.

—¿Está entonces peor el pobre hijo mío?

—No hay que esperar nada bueno, tía Colasa; ha cometido la imprudencia de cantar; pero no le riña usted ni le amoneste siquiera; es necesario revestirse de valor y sufrir lo que se pueda. Si Jacobo se quejase mucho, mándeme aviso por una vecina. Adiós.

El médico llamó entonces a su compañero, y los dos se pusieron en camino.

—¿Ese pobre aldeano está tísico?—preguntó Genestas.

—Sí lo está—respondió Benassis—, y al menos que un milagro no cebre en su naturaleza, la ciencia no puede salvarle ya. Nuestros profesores de la Escuela de Medicina de París nos hablaban con mucha frecuencia del fenómeno de que acabáis de ser testigo. Algunas enfermedades de este género producen en el órgano de la voz cambios que dan momentáneamente a los enfermos la facultad de emitir cánticos cuya perfección por nadie puede ser igualada. La verdad es que le he hecho pasar a usted un triste día—dijo el médico cuando habían llegado ya a los caballos—. Por todas partes habrá visto usted sufrimientos y muertes; pero también en todas ellas habrá encontrado resignación ejemplar. Las gentes del campo mueren todas filosóficamente; sufren, se callan y se acuestan a la manera de los irracionales. Pero dejemos ya de hablar de tantos muer-

tos y apresuremos un poco el paso de nuestros caballos. Tenemos que llegar de día al pueblo para que pueda usted ver el nuevo departamento.

—¿Hay fuego en alguna parte?—dijo el oficial, viendo que en la montaña se elevaban unas llamaradas.

—Ese fuego no es peligroso. Es el tejero que, sin duda alguna, está quemando ahora un horno de cal. Es una industria recientemente instalada que aprovecha muy bien nuestros matorrales.

De pronto se dejó oír un tiro no muy lejano. Benassis soltó una exclamación involuntaria, y dijo con impaciencia:

—Si es Butifer, vamos a ver, en muy poco tiempo, quién de los dos es más fuerte.

—Ha sonado allí—dijo Genestas, señalando un bosque de hayas, situado por encima de ellos en la montaña—. Indudablemente ha sido allá arriba; confíe usted en el cido de un viejo militar.

—Vámonos en seguida donde usted señala—dijo Benassis, dirigiéndose en línea recta hacia el montículo y haciendo volar a su caballo a través de los fosos y de los campos como si se tratase de ganar alguna carrera; tal era su deseo de sorprender al tirador en flagrante delito.

—El hombre a quien usted busca me parece que se ha escapado—dijo Genestas, aunque apenas podía seguir al médico.

Benassis detuvo bruscamente su caballo, volvió hacia atrás, viendo en seguida sobre una roca escarpada y a

pio entusiasmo, y a pesar de su edad avanzada no teme pasar un caluroso verano en Washington para organi-

**CALCINHEMOL ALCUBERRO**  
Poderoso antifanémico  
**ALCALA, 88.—MADRID**

zar la distribución de algodón y harina que el Gobierno de Estados Unidos remitió a la Cruz Roja para los sin trabajo.

Desde que el honorable John Barton Payne preside los destinos de la Cruz Roja norteamericana, ha tenido que hacer frente en varias ocasiones a tristes acontecimientos. Grandes catástrofes han enlutado los Estados Unidos y arruinado a varios millares de seres humanos: inundaciones del Mississipi—para las que se reunió una suma de 17 millones de dólares en favor de las víctimas—, ciclón de la Florida, huracanes, hambre provocado por la sequía en 23 Estados.

La crisis actual vuelve a encontrar

**“MALTOPOL”**

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

al presidente Payne en su puesto dirigiendo con verdadero acierto el reparto de los recursos de la Cruz Ro-

ja para atenuar los innumerables sufrimientos causados por el paro forzoso y para alimentar y vestir a los indigentes.

El honorable John Barton Payne no ha reservado sólo a América la fe que le anima. Desde que el Consejo de Gobernadores de la Liga lo eligió presidente, ha desempeñado un papel preponderante en el mundo de la Cruz Roja internacional. Fué presidente de honor de la Primera Conferencia Panamericana, celebrada en Buenos Aires en 1923, y tres años

**TREPONEMOL**  
SIFILIS

más tarde presidente efectivo de la segunda, que se celebró en Washington. El mismo año presidió en Tokio los debates de la Segunda Conferencia de Extremo Oriente.

\* \* \*

Antes de consagrarse a la Cruz Roja, el honorable John Barton Payne había hecho, como decimos más arriba, una larga y brillante carrera en diversas actividades de la vida pública. Nacido en el Estado de Virginia en 1855, ejerció la carrera de abogado de 1876 a 1893, primero en

su Estado natal y después en Chicago. Formó parte durante cinco años del Tribunal superior de Cook, en el

de médicos de España a los  
CONVALESCIENTES  
el **96%** les recetan **Elixir CALLOL**

Illinois, y después volvió a ejercer su carrera de abogado. De 1917 a 1918 asumió las funciones de presidente del *Shipping Board* y director de Ferrocarriles, puesto que durante la guerra estaba bajo el control del Gobierno. En 1 de marzo de 1920, el Presidente Wilson le confió la cartera de ministro del Interior, cargo que ocupó mientras Wilson fué jefe de Estado.

A pesar del trabajo absorbente de estos importantes cargos, el honorable John Barton Payne desempeñó al mismo tiempo la Presidencia de la Comisión para la conservación de los parques públicos en Chicago y la de

**Jarabe Bebé.-Tetradinamo.-Septicemiol Purgantil (Jarabe de Frutas)**

Véase anuncio. página XX.

un establecimiento de beneficencia municipal.

No es, pues, sorprendente que tras

(Continúa en la página XX)

cien pies por encima de los dos caballeros al hombre que buscaban.

—Butifer—dijo fuertemente Benassis, viéndole su escopeta—. ¡Bájate!

Butifer, al reconocer al médico, respondió con un signo amistoso, revelador de una abnegada obediencia.

—Concibo—arguyó Genestas—que un hombre impulsado por el miedo o por algún sentimiento violento cubra sobre semejante roca; pero ¿cómo se las compondrá para bajar?

—A mí no me preocupa lo más mínimo—dijo Benassis—, porque las cabras tienen justamente envidia a ese galopín, como va usted a ver.

Habituado por los acontecimientos de la guerra a juzgar el valor intrínseco de los hombres, el comandante admiró la singular presteza y la elegante seguridad de los movimientos de Butifer, mientras bajaba por las asperezas de la roca, a la punta de la cual había subido audazmente. El cuerpo esbelto y vigoroso del cazador se equilibraba graciosamente en todas las posiciones que el escarpamiento del camino le obligaban a tomar; ponía el pie sobre una puntita de la roca más tranquilamente que si le hubiera colocado sobre un sillar de piedra, y como si tuviera la seguridad de que no podía fallarle. Manejaba su enorme escopeta como si llevase un fino bastón en la mano... Butifer era un hombre joven, de mediana talla, casi seco, de tipo delgado y nervioso, cuya varonil presencia sorprendieron a Genestas cuando le vio a su lado. Perteneía a esa clase de bandole-

ros que ejercen su oficio sin violencia y no emplean más que la astucia y la perseverancia para defraudar el fisco. Tenía aspecto silvestre quemado por el sol. Sus ojos amarillos claros, tintileaban como los de un águila: con el pico de la cual su delgada nariz, ligeramente encorbada en la punta, tenía mucha semejanza. Los pómulos de su mejillas estaban cubiertos de vello. Su boca roja y medio abierta dejaba vislumbrar unos dientes de blancura sorprendente. Su barba y sus bigotes rulos que dejaba crecer y retorcerse naturalmente, acentuaban más la terrible expresión de su mirada. Todo representaba en él fuerza. Los músculos de sus manos, continuamente ejercitados, tenían una consistencia y un grosor curioso. Su pecho era ancho, y sobre su frente se reflejaba una salvaje inteligencia. Tenía el aspecto intrépido y resuelto, pero dotado de la calma de todo hombre acostumbrado a poner en peligro su vida, y que ha experimentado con mucha frecuencia su poder corporal o intelectual en peligro de todo género, que va no duda de sí mismo. Vestido con una blusa desgarrada por los espinos, llevaba como calzado un par de abarcas que sujetaba a los pies por medio de dos pieles de anguila. Un pantalón de tela azul remendado y despedazado dejaba ver dos piernas rojas, delgadas, secas y nerviosas como las de un ciervo.

—Este es el hombre que otras veces me tiró un tiro—dijo en voz baja Benassis al comandante—. Pero si ahora deseara verme libre de alguno iría él a matarme sin vacilar. Butifer—repitió dirigiéndose al cazador—,



# 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 antisepsia 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 profláctico originalísimo. Purifica, perfuma e inmuniza. El bactericida más nuevo y eficaz. Higiene íntima, optitis, baños, heridas infectadas, etcétera, etcétera. Infalible siempre.

Laboratorio **EGABRO.** - **CABRA** (Córdoba), España.

## LABORATORIOS CAMPOS FILLOL VALENCIA

### LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal

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

Frasco de 250 gramos, 3,65 pesetas en toda España

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día

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

### LACTOBULGARINA

## Jugo de carne Valentine's.

El mejor alimento para convalecientes el  
**JUGO VALENTINE'S**



El mejor jugo de carne el  
**VALENTINE'S**

Para calmar la irritabilidad del estómago, ayudar a la digestión y sostener y aumentar las fuerzas, se emplea el jugo Valentine's en los hospitales y en la práctica privada para tratar las

### ENFERMEDADES DE LOS NIÑOS

**G. E. YARROW M. D.,** Cirujano comadrón del Hospital Lyngin de Londres (Inglaterra).—«El jugo Valentine's ha sido usado en este Hospital durante muchos años y está considerado como insustituible para combatir la debilidad producida en la lactancia de los recién nacidos.»

**PARK B. TUCKER M. D.,** Jefe de Sanidad en Hamilton (Bermudas).—«He encontrado el jugo Valentine's de un valor insustituible para alimentar a los niños; se prepara fácilmente y es retenido cuando cualquier otro alimento no ha dado resultado. Está probado también que es muy agradable al paladar y calma la irritabilidad de estómago, especialmente en las náuseas, que atacan tan a menudo a los que abusan de los licores espirituosos.»

De venta en farmacias y droguerías en Europa y América.

**VALENTINE'S MEAT - JUICE Co.**  
**Richmond, Virginia, U. S. A.**

Los señores médicos pueden pedir folletos conteniendo testimonios clínicos.

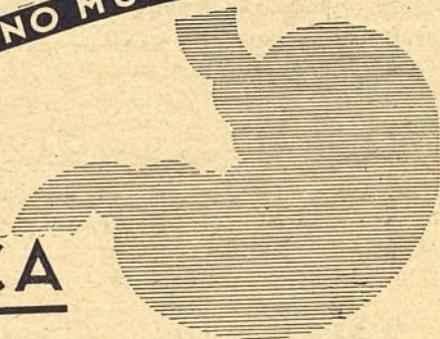
Agentes generales para España y sus colonias  
**E. DURAN, S. en C.**  
Calle de Tetuán, 9 y 11. — MADRID

GASTRITIS DOLOROSAS  
HYPERCLORHIDRIA  
ULCERAS

# KAOLINASE

KAOLIN PURIFICADO EN POLVO FINO MUY ADHESIVO

## CURACIÓN GÁSTRICA



LABORATORIO  
TIO  
Torrente de las Flores, 73  
BARCELONA

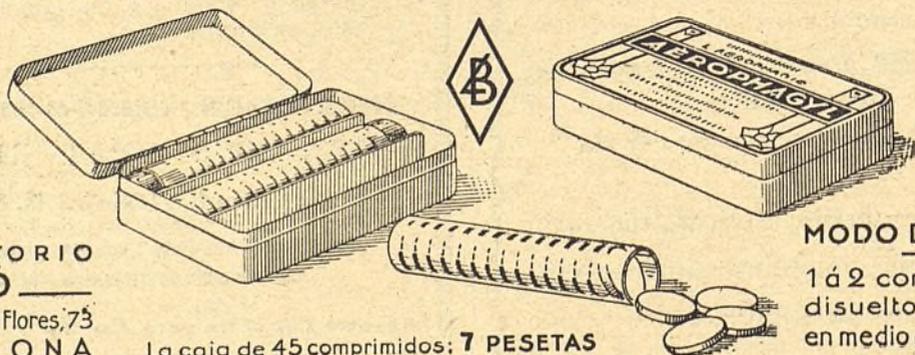


La caja de  
20 dosis  
de 10 gramos  
6 PESETAS

TRATAMIENTO DE LA **AEROFAGIA** Y SUS CONSECUENCIAS:

INSOMNIOS  
TRASTORNOS CARDÍACOS  
TRASTORNOS NERVIOSOS  
TRASTORNOS PULMONARES

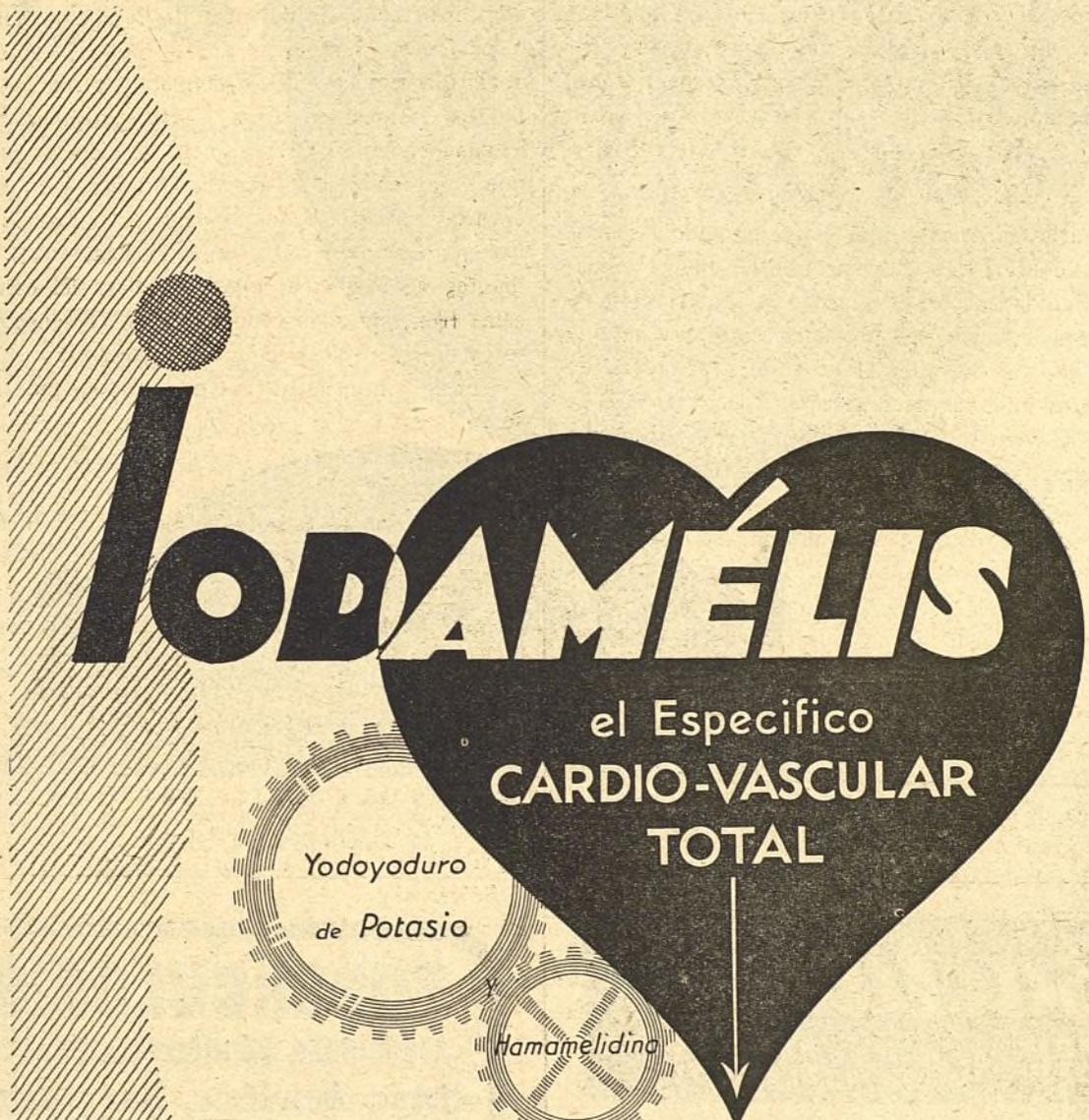
# AÉROPHAGYL



LABORATORIO  
TIO  
Torrente de las Flores, 73  
BARCELONA

La caja de 45 comprimidos: 7 PESETAS

MODO DE EMPLEO  
1 á 2 comprimidos  
disueltos en el agua  
en medio de las comidas



# IODAMÉLIS

el Especifico  
**CARDIO-VASCULAR  
TOTAL**

Yodoyoduro  
de Potasio

Hamamelidina

en los

**ARTERIOESCLEROSICOS**

Uricemicos  
Hyperviscosos.

en los

**HYPERTENSOS VENOSOS**

Cianosicos  
Varicosos



DOSIS :  
20 a 40 gotas,  
tomadas dos  
veces al dia,  
en cada comida

DREVILLON

**LABORATOIRES J. LOGEAIS . BOULOGNE-SUR-SEINE PRÈS PARIS**

**Muestras y literatura: D. Juan Martín. — Madrid - Barcelona.**

**iodaseptine**  
**cortial**

TUBERCULOSIS PULMONAR CRÓNICA  
*Dosis Ligera de 2 a 5<sup>ta</sup> al día en series de 20 días*

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

REUMATISMOS CRÓNICOS  
*Dosis Fuertes de 5 a 20<sup>ta</sup> al día*

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

MUESTRAS Y LITERATURA  
LABORATOIRES  
**CORTIAL**  
15, B<sup>o</sup> PASTEUR  
PARIS (XV<sup>e</sup>)

**iodaseptine**  
salicilada

REUMATISMOS AGUDOS

UNE  
LA ACCION DEL YODO AL EFECTO SALICILADO

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

**Bactilose**

OLIVER  
RODES

PRODUCTO  
DEL PAIS

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

INDICACIONES

**Forunculosis, Septicemias**  
**Antrax, Escarlatina, Gripe.**

NO PRESENTA CONTRAINDICACIONES  
USO.-Casos agudos; Una cucharada grande, diluido en agua, cada dos horas.  
Casos crónicos: De tres a cuatro cucharadas por día en las comidas.

DEPOSITO GENERAL

LABORATORIO  
QUIMICO - FARMACEUTICO  
DEL DR. B. OLIVER Y RODÉS

VENTA EN FARMACIAS

CONSEJO CIENTO 308 - BARCELONA

**TUBERCULOSIS**

AFECCIONES BRONCO-PULMONARES  
**Gripe, Escarlatina, Raquitismo**

**SOLUCIÓN**  
**PAUTAUBERGE**

al Clorhidro-Fosfato de Calcio cristalizado.

La mejor tolerada de todas las preparaciones creosetadas

**ANTIGATARRAL 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.<sup>ta</sup>, Barcelona Sagués, 2 y 4; (S. G.)

# EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

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

## PROGRAMA CIENTIFICO

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 estudios y su ampliación dentro y fuera de España.*

SUMARIO. Sección científica: La gastrectomía, sus indicaciones, técnica y resultados, por el Dr. Alberto Catalina Prieto. — Sobre un caso de ausencia útero-vaginal completa, por D. Lope Bueno Rodrigo. — Sesiones clínicas: Hospital de la Beneficencia. — Bibliografía. — Periódicos médicos.

## La gastrectomía sus indicaciones, técnica y resultados

POR EL

DR. ALBERTO CATALINA PRIETO

ponente del tema en la sesión especial celebrada por la  
Academia Médico-Quirúrgica Española  
el día 9 de mayo de 1933

Repetidamente en Congresos y Academias se vuelve sobre el tema de la "gastrectomía", y ello evidencia una vez más la importancia que dicha intervención tiene en el tratamiento de los procesos ulcerosos gastroduodenales y tumorales de estómago.

Ya en 1929, con ocasión de nuestra tesis doctoral tratamos precisamente sobre "Tratamiento quirúrgico de la úlcera gástrica y duodenal", y después en 1931 publicamos en *Medicina Ibero* unas notas sobre "Normas que deben tenerse en cuenta para el tratamiento quirúrgico de la úlcera gastroduodenal"; en ambos trabajos aludimos especialmente a la "gastrectomía", tanto en sus indicaciones como en sus resultados, y habida cuenta de ello como de nuestra identificación con los Dres. Hernando y Serrada, cuyos informes se han precedido en la exposición de esta ponencia, vamos a tratar con más detenimiento en cuanto se refiere a la *técnica* de la gastrectomía.

\* \* \*

La *gastrectomía*, tal como hoy se practica, es una intervención perfectamente reglada, con técnica bien definida, que permite reducir al minimum la mortalidad, si además se toman previamente las precauciones necesarias para prevenir posibles complicaciones y se sigue atentamente el curso post-operatorio para obrar en consecuencia; por eso, al hablar de técnica de la gastrectomía, no tiene menos importancia que el acto operatorio, los cuidados pre y post-operatorios.

## PREPARACIÓN DEL ENFERMO QUE HA DE SER SOMETIDO A UNA GASTRECTOMÍA

Dejando por ahora los casos "de urgencia", vamos a tratar de los casos corrientes de enfermos ulcerosos, cuya característica es padecer "por temporadas", y en los cuales un tratamiento médico bien dirigido da lugar a mejoras más o menos duraderas.

Decidida la intervención es del mayor interés realizarla precisamente en uno de los periodos de *remisión de síntomas*, pues este periodo de calma o mejoría de la afección ulcerosa coincide, como es consiguiente, con la mejoría del estado local inflamatorio del órgano que ha de extirparse, y por ello con evidente mejoría también de las condiciones sépticas de la lesión, por todo lo cual pasada la fase aguda del proceso ulceroso habrá menos ocasión de complicaciones ulteriores por fallo de suturas al tener necesidad de hacerlas en tejidos dislacerables, con signos de gastritis o de escasa vitalidad y por inflamaciones y edemas de las anastomosis que den lugar a su mal o nulo funcionamiento ulterior; así, pues, *el reposo general del enfermo y local del estómago*, unos días antes de la intervención reducirán al minimum los estados de gastritis existentes en todo proceso ulceroso, siendo preferible para ello el reposo en cama, evitando toda clase de preocupaciones de orden moral (que tanto repercuten en las secreciones digestivas) y recomendando la medicación alcalina y polvos inertes que coadyuvan al mismo fin; si además existen signos de retención es de gran importancia la práctica del *lavado gástrico* (el lavado de estómago es muy conveniente practicarlo con anterioridad y varias veces a todo presunto operado de estómago, a fin de que si es necesario en el curso post-operatorio pueda realizarse con toda facilidad).

Igualmente la desinfección de boca y nariz, y sobre todo *la limpieza de dientes y supresión de todo foco séptico* que pueda dar lugar a aumentar o mantener la infección ulcerosa, ocupan también un buen lugar en la preparación del enfermo.

Estos días de reposo se aprovecharán también para enseñar al enfermo la práctica de la *gimnasia respi-*

ratoria, de tanta importancia para luchar más tarde con la atelectasia pulmonar y complicaciones por hipostasis pulmonar.

Se conservará en alto grado la *moral del enfermo*, adoptando una actitud optimista en cuanto le rodee, y si el enfermo se halla ingresado en una clínica o sanatorio, el hecho de conversar con enfermos recientemente operados y con un buen curso post-operatorio es el mejor procedimiento para levantar su ánimo y fortificarle moralmente.

No olvidaremos plantear *el problema anestésico*, dándole toda la importancia que se merece a la *anestesia local*.

Para darnos cuenta de las condiciones orgánicas del paciente a intervenir se harán los análisis necesarios y sistemáticamente se deberá hacer: *un examen morfológico de sangre e índice de coagulabilidad* (que nos dará idea del grado de anemia o infección si existe y nos pondrá sobre la pista de una posible hemofilia o simple retardo de la coagulabilidad sanguínea); a la vez examinaremos *el grupo sanguíneo* a que el enfermo pertenece y tendremos preparado el donante para caso necesario (las inyecciones de cal intravenosa y la transfusión de sangre y proteínoterapia son armas que usadas convenientemente pueden evitar muchos fracasos); *la investigación de la reserva alcalina*, que demasiado alta o baja nos dará la pauta para tratar al enfermo con supresión de alcalinos o con insulina y suero glucosado, respectivamente, evitará también muchos estados de acidosis y aumentará la reserva del glucógeno hepático tan beneficiosa en el curso post-operatorio; en fin, *un análisis de orina* y a la menor sospecha de retención ureica *la investigación de urea en sangre y constante de Ambard*, son datos de gran importancia para prevenir y tratar complicaciones con el tiempo suficiente a evitar un desenlace fatal.

Huiremos por completo de cuanto signifique *purgar* o debilitar al enfermo en los días anteriores a la intervención, y si lo precisa por no haber evacuación normal a base de régimen alimenticio, se pondrán simplemente enemas evacuadores el día antes de la intervención, y el régimen alimenticio en estos días será a base de líquidos azucarados, jugos de frutas y féculas, evitando una deshidratación. En algún caso puede interesar también el dato de *metabolismo basal*.

Todo cuanto llevamos dicho es perfectamente hacedero en una clínica bien montada, particular u hospitalaria, y el cirujano hará bien en no prescindir de datos tan importantes que pueden ser los decididores del éxito.

Si se trata de enfermos en que la marcha de la enfermedad no permite alcanzar estas condiciones óptimas antes de la intervención, como, por ejemplo, enfermos anémicos por hemorragias anteriores o agotados por un proceso estenosante de píloro o por la naturaleza maligna de la afección, edad avanzada o enfermedades intercurrentes; esta preparación habrá de ser sumamente rápida y entonces *la transfusión de sangre*, las inyecciones de suero salino fisiológico o glucosado subcutáneo, la enteroclasia de Murphy, las inyecciones intravenosas de suero salino hipertónico y los tónicos cardíacos jugarán un papel importante en la evitación de fracasos.

Quedan finalmente los casos de *urgencia* por hemorragias, perforaciones, etc., en los cuales está indicada la gastrectomía, y claro está que en estos casos no podremos disponer de tiempo para preparar al enfermo; pero no obstante, la transfusión de sangre, la inyección de suero, tónicos, etc., podrán *coincidir* con la intervención o inmediatamente a la misma y además extremaremos, si cabe, las precauciones y cuidados en el curso post-operatorio.

(No nos detendremos en detalles sobre la desinfección de la piel en el campo operatorio ni en la preparación del instrumental y material de sutura, por ser cosa común a toda intervención quirúrgica aséptica y por demás conocida; pero sí tendremos especial cuidado en evitar cuanto pueda producir enfriamiento al paciente.)

Ya el enfermo bien observado y en las mejores condiciones de normalidad para resistir el trauma operatorio, decidiremos sobre la *clase de anestesia* que haya de emplearse, y nosotros tendemos, sobre todo, a evitar la anestesia general (a la que creemos culpable de gran número de complicaciones post-operatorias), sustituyéndola por *la anestesia local*, y cada día estamos más convencidos de que la gastrectomía es una intervención que con un poco de paciencia por parte del enfermo y del cirujano puede y debe realizarse la mayor parte de la veces bajo la simple anestesia local de pared y mesos, y cuando más acompañarla de cortas inhalaciones de cloruro de etilo o de éter, pero siempre haciendo que el enfermo, una vez terminada la intervención, se halle en condiciones de seguir las indicaciones del médico conservando el control de sus movimientos y reflejos, sobre todo del vómito, pues con ello evitará que productos digestivos más o menos sépticos puedan pasar por aspiración inconsciente al aparato respiratorio y originen graves complicaciones. De ahí que no insistiremos bastante al recomendar la anestesia local, convenciendo previamente al enfermo (pues es preciso contar con su conformidad) y advirtiéndole que ha de soportar algunas molestias durante el acto operatorio, por su propio beneficio, pero molestias perfectamente llevaderas; nunca le diremos que en estas condiciones la intervención es completamente indolora, pues entonces, al sentir la más mínima molestia, el enfermo se desmoraliza y ya no hay manera de hacer carrera de él; quedando, por tanto, en que ha de sentir algún dolor soportable, y que en último caso, si se hace intolerable, disponemos de medios para evitarlo. (Respecto a la raquianestesia, la poca experiencia que tenemos de la misma y los resultados obtenidos, no nos permiten recomendarla con el mismo entusiasmo con que lo hacemos por la anestesia local.)

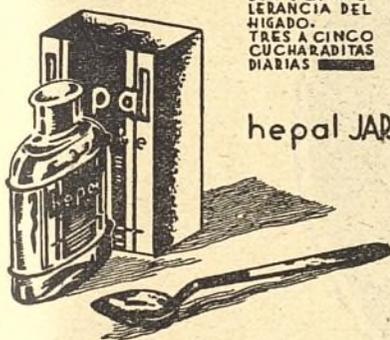
*Anestesia local.*—Con el enfermo perfectamente tranquilo y confiado, habiendo dormido bien la noche anterior (para lo cual, si es preciso, se dará algún hinóptico), se preparará con una inyección de morfina-escopolamina una hora antes de la intervención, e inmediatamente antes una inyección de eserina, previa exploración de reflejo óculo-cardíaco (que contribuirá a calmar la irritabilidad simpática); perfecto silencio en el quirófano, con los ojos vendados y oídos taponados y ya desinfectado el campo operatorio, se procede a la infiltración de pared ante-

PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANÉMIA

# hepal

REALIZACIÓN CLÍNICA PERFECTA DEL METODO DE MINOT-MURPHY

FRASCO DE 100cc EQUIVALENTE A 1kg DE HIGADO FRESCO. ELIMINA EL SABOR Y LA INTOLERANCIA DEL HIGADO. TRES A CINCO CUCHARADITAS DIARIAS



hepal JARABE

principio aislado con hierro

antianémico del hígado y cobre

PRODUCTO NACIONAL

Laboratorio Juste  
APARTADO DE CORREOS 9030



MADRID

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

EN AMPOLLAS DE 2cc CONTENIENDO EL PRINCIPIO ANTIANÉMICO DE 20gr DE HIGADO Y CORRESPONDIENDO EN EFICACIA A 300gr DE HIGADO FRESCO. UNA A TRES AMPOLLAS POR VIA SUBCUTANEA INTRAMUSCULAR O INTRAVENOSA DIARIAMENTE

hepal INYECTABLE

INYECCIÓN INDOLORA



hepal PROPORCION

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

# BELLADENAL

## SANDOZ

Asociación de los alcaloides totales de la belladona (Bellafolina) con la fenil-etil-malonilurea.

### El sedante nervino de los casos resistentes

**INDICACIONES:** Estados de crisis del sistema nervioso, Epilepsia, Agitación mental, Anginas de pecho, Asma esencial, Temblores, Parkinsonismo, Dismenorrea, Vómitos incoercibles, Migraña, Mal de mar, de tren, de avión, etc.

**DOLOGIA:** De 2 a 4 (hasta 6) comprimidos al día.

Los comprimidos están dosificados a 0,25 mgr. de Bellafolina y 0,05 gramos de fenil-etilmalonilurea.

NOTA.—Los comprimidos tienen una ranura en cruz, lo que permite el método de las dosis fraccionadas.

**Tubos de 20 y de 100 comprimidos.**

Productos farmacéuticos Sandoz, Basilea (Suiza).

Oficina científica en España

Apartado núm. 880 BARCELONA Plaza Cataluña, 9

# 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

MEDICAMENTO LAXANTE  
IDEAL PARA NIÑOS,  
ADULTOS Y ANCIANOS.

*1 a 3 Comprimidos  
por día.*

**LABORATORIOS ANDRÉ PÂRIS**  
PARIS • FRANCE

Muestras: Alejandro Riera, Agente General  
Napoles 166 BARCELONA

SAUVILLÉ

rior de abdomen con una solución de novocaína al 1/2 por 100, circunscribiendo un área en forma de rombo que llega por arriba a apéndice xifoides, por abajo a dos centímetros más bajo de la cicatriz umbilical y por los lados al límite más bajo de reborde costal, abarcando de este modo el espacio donde pueden ser necesarias las tracciones en el acto operatorio; con aguja fina y de 12 centímetros de larga, por un mismo orificio en piel, se hará la infiltración "en abanico" del espacio descrito, infiltrando en el primer tiempo los planos profundos (muscular, aponeurótico y aun peritoneo parietal), y a continuación el de tejido celular subcutáneo, después se infiltra particularmente la línea alba (línea de incisión) y se espera pacientemente diez minutos, pudiendo a continuación incidir con toda tranquilidad hasta peritoneo, que se infiltra directamente con la misma solución y se abre sin ningún dolor, procediendo a la protección y aislamiento del campo operatorio colocando el laparostato.

Llegamos al tiempo donde se precisa la mayor delicadeza en la técnica, que es la exploración de la lesión, para juzgar (después de confirmar el diagnóstico) sobre la posibilidad de efectuar la gastrectomía debiéndose para ello incidir el epiplón gastro-cólico, que nos dará cuenta del estado de cara posterior del estómago-duodeno, adherencias a páncreas y extensión de la zona indurada. Decidida la gastrectomía, se infiltrarán también los mesos por donde se ha de liberar, y ello suele ser suficiente para la intervención.

A algunas veces, a las primeras tracciones peritoneales responde el enfermo con un estado de náuseas y sofocación muy molesto, y se combate fácilmente invitándole a hacer respiraciones profundas u obligándole a ello por medio de inhalaciones de anhídrido carbónico, siendo también muy eficaz airear la cara del enfermo con un simple abanico. Muy rara vez hemos encontrado indicado además la infiltración de espláncnicos con la aguja de Finsterer por vía anterior, y en último término bastarán para someter a los pusilánimes las inhalaciones de cloruro de etilo éter, calmando su angustia.

No olvidaremos que la anestesia local requiere una técnica operatoria totalmente distinta a la corriente cuando el enfermo está dormido, ya que la marcha de la intervención habrá de ser mucho más lenta, reduciéndose al minimum las tracciones de vísceras y adaptándose a una *manera suave y dulce* para manejar las vísceras, usando mucho la sonda de Kocher y la pinza de disección, a fin de hacer la separación de vísceras y adherencias por sus planos de clivage, *evitando en todo momento las tracciones bruscas*; en una palabra, es preciso, como dice Pauchet, "una manera especial de operar", que exige de parte del

cirujano calma, paciencia, habilidad y disciplina, lo que se traduce en tiempo, pues es preciso *saber sacrificar el tiempo al éxito*; por ello, la anestesia local no se confiará al último interno llegado a la clínica y deberá hacerse por el propio cirujano o persona que, convencida de su eficacia, lleque a dominar su técnica, si es que se quiere obtener de la misma el máximo resultado.

*Técnica de la intervención.*—Comúnmente empleamos la *incisión media supraumbilical* en una longitud de 10 a 12 centímetros, lo que suele bastar para la exploración y la práctica de la gastrectomía, por amplia que se haga. En la exploración de la lesión, sobre todo en úlceras sin adherencias ni reacción inflamatoria perifocal, no basta con la simple inspección, es necesario hacer una detenida palpación del estómago, en particular de su curvatura menor, que se seguirá desde la zona píloro-duodenal al cardias, maniobra que se facilita grandemente haciendo una abertura en el epiplón gastro-cólico, que nos permitirá abordar plenamente la cara posterior del estómago en toda su extensión; y a veces basta una *ligera induración* para evidenciar una úlcera que de otro modo pasaría desapercibida; también exploraremos el duodeno hasta más allá de la papila de Vater, valiéndonos para ello de separadores planos maleables que se adaptan fácilmente a cada caso y evitan hacer tracciones fuertes de los órganos, consiguiendo una buena exposición e iluminación de la región a explorar; muy excepcionalmente será necesario explorar la muco-

sa del estómago directamente por *gastrectomía*, pero a ello habrá que llegar, sobre todo si se trata de casos con hemorragias repetidas que no obedecen a lesión de otros órganos (apéndice, vesícula biliar, varices esofágicas, etc.), y para ello se hará previamente una detenida protección del estómago antes de abrirlo y vaciando su contenido por aspiración para más limpieza.

Confirmado el diagnóstico, procedemos a la gastrectomía (que, por otra parte, no se procederá a ella sin estar justificada, y contentándonos con la simple laparotomía exploradora, de no estar indicada otra clase de intervención), y para que la gastrectomía se haga no basta que esté indicada, sino que además "sea posible", pues en ocasiones son tales las adherencias y el proceso periulceroso extendido a órganos vecinos (epiplón menor, vesícula biliar, páncreas, hígado, etc.), que al hacer imposible la sección por tejidos sanos comprometerían la buena marcha de las suturas y podría ser preferible "desistir de momento de hacer una gastrectomía y proceder a ella en un segundo tiempo, cuando con un tratamiento médico bien dirigido la intervención fuese posible de modo reglado y con garantías de éxito (esto es

### Avance de sumario para el número próximo

(3 de Junio de 1933)

LA GASTRECTOMÍA, SUS INDICACIONES, TÉCNICA Y RESULTADOS  
(Continuación).

El VII Congreso Internacional de Medicina y Farmacia  
Militares.

Bibliografías.

Prensa extractada.

Sección profesional.

lo que se llama *gastrectomía en dos tiempos*), limitándonos en el primero a la simple exploración o haciendo una intervención de gastrostomía, yeyunostomía o gastroenterostomía que, dejando la lesión en reposo, permita alimentar al enfermo y prepararle para un segundo tiempo, en que se procede a la gastrectomía.

Como *úlceras inextirpables* pueden considerarse las úlceras duodenales bajas y próximas a papila de Vater con gran reacción inflamatoria, pues al intentar su liberación nos quedará un muñón duodenal que se desgarrará con facilidad, de difícil oclusión e imposible peritonización, con riesgo de herir vías biliares o conducto pancreático; pero hemos de confesar que a medida que nuestra técnica se perfecciona y con el mejor conocimiento anatómico de la región en que se opera, son muchos menos los casos inarrodables, y extirpamos muchas úlceras duodenales que a primera vista parece imposible, cuidando, sobre todo, de seccionar adherencias que nos permitan obtener muñón duodenal bien cerrado, y efectuamos su peritonización a expensas de las propias adherencias liberadas, cápsulas de páncreas y cara externa del duodeno, cosa siempre preferible a dejar la úlcera "in situ", seccionar por píloro o antro pilórico y hacer una invaginación difícil de un muñón muy grande con riesgo de que falle la sutura y se establezca la tan temida fístula duodenal o un absceso con todas sus consecuencias.

Igualmente, las úlceras altas de curvatura menor situadas junto al cardias, ante el peligro de que quede poco muñón gástrico y sea imposible la ul-

terior gastroyeyunostomía, pueden considerarse como inextirpables; pero aparte de los procedimientos ideados por Pauchet para ello, es muy frecuente que si liberamos cuidadosamente el epiplón menor, retraído por el proceso periulceroso, el estómago cede y se exterioriza fácilmente, terminando la intervención sin grandes dificultades; insistimos, pues, en una exploración muy detenida antes de considerar inextirpable una úlcera gástrica o duodenal.

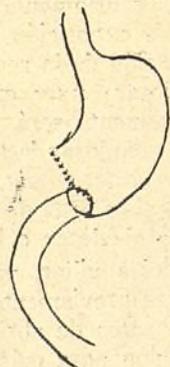
En los casos de cáncer se procurará a todo trance hacer la gastrectomía, y aún si es preciso total, como única garantía de mayor probabilidades de curación.

*Procedimiento de gastrectomía.*—Cada cirujano que ha practicado la gastrectomía ha hecho alguna modificación, pensando en algún detalle de técnica, y así tenemos gran variedad de procedimientos, en los cuales varía sobre todo lo forma de hacer la anastomosis.

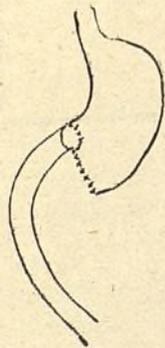
Sin entrar en detalles de cada procedimiento, citaremos las *anastomosis término-terminales*, las *término-laterales* y las *gastro-yeyunales*. (Véanse esquemas).

En las primeras tenemos como tipo el Billroth I que reconstruye el estómago después de la gastrectomía, uniendo el cabo gástrico al duodenal, cabo a cabo; evidentemente, es el procedimiento más fisiológico, pero si se quiere hacer la gastrectomía verdaderamente amplia y teniendo en cuenta que la mayor parte de las veces la zona píloro-duodenal está afectada por el proceso ulceroso, serán contados los casos que pueda conseguirse dicha anastomosis, pues

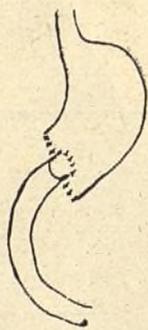
**Distintos métodos de reconstruir el tractus digestivo después de gastrectomía**



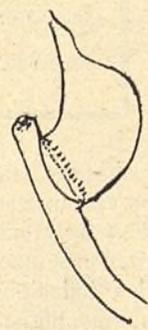
Billroh I.



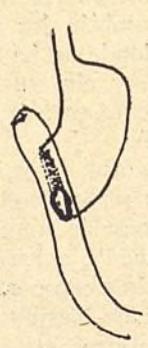
Babcock.



Babcock.



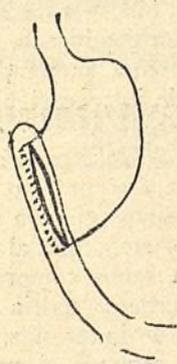
Hebner.



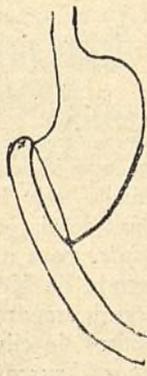
Finsterer.



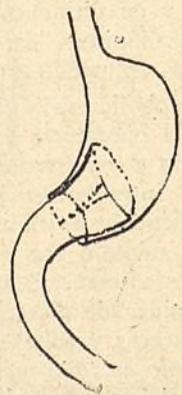
Kocher.



Babcock.



Anastomosis término-lateral.



Babcock (anastomosis telescópica).

*una sola fórmula...*

EN TODOS LOS TRASTORNOS  
DE LA CIRCULACIÓN, DE LA MENOPAUSIA,  
Y DE LA PUBERTAD

# PROVEINASE MIDY

HIPÓFISIS, TIROIDES, SUPRARRENALES

Polvos **titulados** de órganos **frescos**, extraídos en los mataderos, obtenidos en nuestros Laboratorios por procedimiento especial Midy, **Inmediatamente de Fabricados** se hace comprimidos con estos polvos.

RETAMA, CUPRESSUS, CASTEÑA DE INDIAS, HAMAMELIS VIRG.

Extractos secos de plantas **estabilizadas**.

LABORATORIOS DE LA PIPERAZINA MIDY.  
Aragon 228 - BARCELONA



2 a 4 comprimidos diarios.

# Nuevos alcaloides no tóxicos Los "Genalcaloides"

POLONOVSKI Y NITZBERG

en la práctica cotidiana

- ENATROPINE** ..... HIPERACIDEZ
- ENESERINE** ..... HIPOACIDEZ
- ENOSCOPOLAMINE** ..... SINDROME SOLAR
- ENHYOSCYAMINE** ..... PARKINSONISMO
- ENOSTRYCHNINE** ..... ANESTESIA QUIRÚRGICA
- ..... TEMBLORES DIVERSOS
- ..... SECUELAS DE ENCEFALITIS
- ..... ASTENIA
- ..... NEURÁSTENIA
- ..... PARALISIS

Los S<sup>res</sup> Max y Michel Polonovski han designado con el nombre de "Genalcaloides" (C.R. Academie des Sciences, Paris, 1925) una serie de compuestos alcaloídicos de función aminóxida en los que se ha reconocido propiedades idénticas a las del alcaloide fundamental de que derivan, pero con la diferencia esencial de que son muy debilmente tóxicos comparados con él.

MUESTRAS Y LITERATURAS:

E. BOIZOT, agente general

BARCELONA, apartado 17 ■ MADRID, apartado 2082 (2)

Laboratorio AMIDO. A. BEAUGONIN, farmacéutico, 4, Pl. des Vosges. PARIS (4<sup>e</sup>)

AMIDAL = ENTERITIS  
DIARREAS

BACKERINE = TUMORES  
CANCERES



**CONTRA EL DOLOR!**

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

ACONSEJAD

## CEREBRINO MANDRI

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



Ayuntamiento de Madrid

# 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, CIATICA, 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.

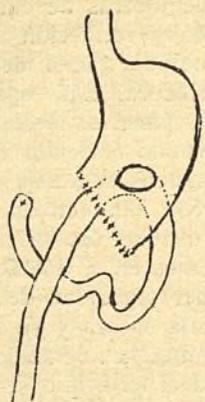
Se halla en todas las buenas farmacias.

Concesionarios Generales para la Exportación:  
**LECZINSKI & C<sup>o</sup>**  
67, Rue de la Victoire  
Paris

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

**LIPIODOL LAFAY**

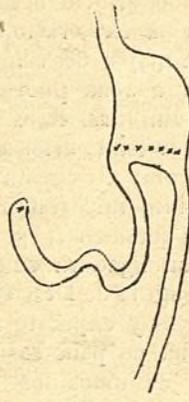
En España : Sr. Juan MARTIN, Calle de Alcalá, 9, Madrid y Consejo de Ciento, 341, Barcelona.  
Islas Canarias : B. APOLINARIO, Farmacéutico, Las Palmas.



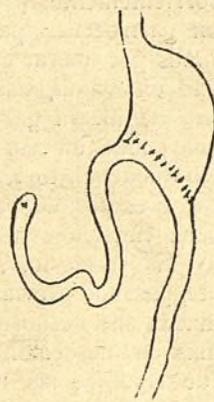
Billroth II.  
(retrocólica isoperistáltica).



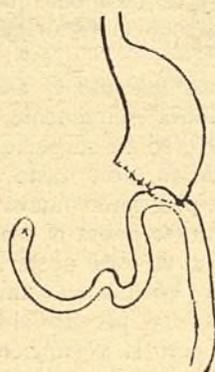
Mikulich.  
(retrocólica isoperistáltica).



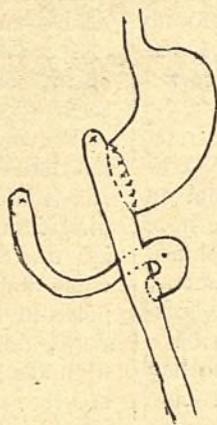
Kronlein.  
(retrocólica antiperistáltica).



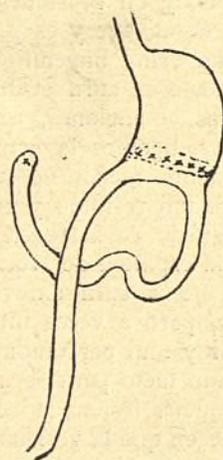
Balfour o Reichel-Polya  
(antecólica o retrocólica).



Hoffmeister-Finsterer  
(antiperistáltica).



Moynihan I  
(con yeyuno-yeyunostáltica)



Moynihan II  
(antecólica e isoperistáltica)

requiere un muñón duodenal perfectamente movilizable o ampliable, a fin de que las suturas no fallen; así Babcock, Haberer, Finney, Schoemaker y otros han ideado modificaciones o instrumentos para hacer más factible este procedimiento, pero su dominio es difícil y por eso no es corriente en la práctica diaria.

Entre las anastomosis término-laterales, en que la abertura gástrica ha sido suturada y el cabo duodenal se anastomosa a la cara posterior del estómago (Kocher), o, por el contrario, se cierra el cabo duodenal y a su cara interna se anastomosa el cabo gástrico (Hebner), son también procedimientos que sólo pueden emplearse en casos particulares, por las mismas razones que los anteriores.

Quedan, finalmente, las anastomosis gastro-yeyunales, en las cuales se anastomosa la cara posterior del estómago al yeyuno (Billroth II), en retrocólica o el cabo gástrico (Polya), en retrocólica o Balfour (en ante-cólica), ambas antiperistálticas, y los métodos de Mikulich, Kronlein, Hoffmeister-Finsterer, Reichel-Polya y Moynihan I y II son variantes de estas anastomosis gastro-yeyunales, en las cuales se ha buscado un detalle, una ventaja, que las haga preferibles.

De todos ellos, ya hemos dicho, cada cirujano deberá hacer sistemáticamente uno de ellos, para llegar a dominar fácil y rápidamente su técnica, sin dejar

de conocer los demás que en un caso particular pudieran ser necesarios.

Nosotros damos preferencia de ordinario al método Moynihan II, por creer reúne grandes ventajas sobre los demás, ya que con buenos resultados ulteriores en cuanto a vaciamiento y buen funcionamiento de la anastomosis, es el que necesita menos traumatismo operatorio, se puede hacer con mayor rapidez dentro de las condiciones de asepsia más óptimas y permite hacer la gastrectomía lo amplia que se desee y, por último, en caso de reintervención, la anastomosis es perfectamente asequible sin necesidad de lesionar otros órganos; se trata, como sabemos, de seccionar píloro-duodeno, cerrar e invaginar muñón duodenal y hacer gastroyeyunostomía con asa aferente no muy larga, antecólica o isoperistáltica; y la técnica tal como la practicamos es como sigue:

No somos sistemáticos para comenzar la gastrectomía por el cabo gástrico o duodenal; desde luego, preferimos hacerlo por este último, y después de cerrado e invaginado seguir liberando estómago; pero en los casos de duodeno difícil por adherencias al páncreas y vesícula biliar, es muy ventajoso comenzar por seccionar el estómago en su parte media (perpendicularmente a su eje mayor), para lo cual es imprescindible el ecrasser D<sup>o</sup> Martell, y después será perfectamente asequible la cara posterior de duode-

no. Corrientemente, por el mismo orificio hecho en epiplon gastroconico para hacer la exploración, comenzamos por liberar curvadura mayor del estómago en gran extension, hasta llegar a zona pilórica, si se trata de úlcera gástrica, y aun más lejos si es duodenal; como en esta parte atraviesa la arteria pancreatico-duodenal, lo tendremos muy en cuenta para evitarla, si es posible, ya que es muy importante para la buena nutrición del muñón duodenal; pero si no hay más remedio, se hará su ligadura cuidadosamente, pasando previamente la aguja de Deschamps, pues dadas sus fleuosidades es muy expuesto a hematomas en mesocolon y capsula de páncreas difíciles de cohibir; las ligaduras de todos los vasos de la curvadura mayor se harán en muñones pequeños, con el mismo fin; liberado así la curvadura mayor del duodeno, seguimos por su cara posterior, comunmente con adherencias al páncreas que es preciso liberar, y en ocasiones el tejido calloso no ofrece plano de clivage y es preciso seccionar a bisturí por pleno callo, huyendo igualmente de cortar el páncreas como de abrir el duodeno.

Ya en estas condiciones, hacemos un ojal en el epiplón menor, ligamos la arteria pilórica y liberamos la curvadura menor de su epiplón, el cual en ocasiones está tan retraído y engrosado que se hace difícil distinguirlo de la pared gástrica, y facilitará la maniobra la espátula de Kocher; queda finalmente la liberación de la cara externa del duodeno, casi siempre libre, pero a veces íntimamente adherida a vesícula biliar y aun perforada en ella; por eso hay que tener sumo tacto para separar sin herir vesícula biliar, y si queda lesionada se sutura y peritoniza (hay ocasiones en que la vesícula participa tanto en el proceso periúlcero, que es cosa de decidir si sería más conveniente su extirpación que no dejar un órgano tan enfermo e infectado; pero aun siendo necesario, si es posible, deberá dejarse para un segundo tiempo).

Con el duodeno liberado fácil será colocar una pinza ecrasser por debajo de la úlcera y seccionar justo por encima de esta pinza (poniendo otra en el cabo gástrico que evitará la salida de contenido); se hace la sutura total del muñón duodenal (no pareciéndonos recomendable la ligadura del mismo, aconsejada por algunos), y se termina con una segunda sutura que invagina la primera, de igual modo que se invagina un muñón apendicular; y cuando no hay para ello suficiente duodeno libre, nos valdrá la capsula del páncreas, los muñones de adherencias liberados y epiplón vecino, todo, en fin, a asegurar una buena peritonización que nos evite posibles fístulas.

Hasta ahora, pues, como hemos visto por este procedimiento, el contenido más o menos séptico del estómago y duodeno no ha tenido casi ocasión de contactar con la cavidad peritoneal, no obstante, los instrumentos usados en este tiempo se retirarán o se esterilizarán de nuevo antes de usarlos; seguros de la hemostasia, dejaremos una compresa sobre muñón duodenal y colocando otra compresa entre cara posterior de estómago y páncreas, continuaremos la liberación de curvadura menor del estómago.

Este tiempo, sumamente fácil y rápido cuando se trata de úlceras pilóricas o duodenales, pues basta con ligar la coronaria y los pocos vasos venosos que acompañan a la curvadura menor, se hace sumamente

difícil cuando se trata de úlceras de curvadura menor con gran espesamiento y retracción de epiplón, y aún más si se trata de penetración del úlcus en páncreas, pues hay que procurar esta separación con la menor lesión para el páncreas seccionando por el callo, o en último término abriendo el estómago y dejando sobre el páncreas la huella del nicho úlcero, que se tocará con iodo (en este tiempo es muy de aconsejar el uso del aspirador si se perfora el estómago); llegaremos en la liberación de la curvadura menor hasta tener seguridad de contar con estómago suficiente para la sutura y su invaginación, y ya sólo queda terminar la liberación de la curvadura mayor (comenzada al principio de la intervención) hasta el punto que trasversalmente corresponda con la curvadura menor, dejando así el espacio que se ha de resecar por sección perpendicular al eje mayor del estómago y colocando un clamp de Doyen para evitar la salida de contenido gástrico al seccionar estómago, y de tal modo que quede por encima de dicho clamp todo el trozo gástrico a resecar.

Previamente habremos buscado el asa yeyunal a anastomosar por maniobra sumamente fácil, esteriorizando el colon trasverso en su parte izquierda y dirigiéndose al fondo de su meso hasta encontrar el asa fija del yeyuno; reintegrando nuevamente a cavidad abdominal el colon, se adosa el asa yeyunal en posición isoperistáltica a la cara posterior de estómago, inmediatamente por encima del clamp de Doyen, fijándola con dos puntos y procurando quede asa aferente no muy larga, pero sí lo suficiente para que siendo la anastomosis antecólica no dé lugar a tirantes o estrangulaciones; hacemos entonces la primera sutura serosa a punto continuo y con hilo fino de lino, y bien protegidos los demás órganos y piel se procede a abrir cavidad gástrica y yeyunal, desprendiendo en este momento la parte a resecar entre dos pinzas coprostáticas, y se hace la sutura total de la anastomosis con catgut, reduciéndose, por tanto, el tiempo séptico al de una simple gastroenterostomía.

(No usamos clamp de coprostasia en el yeyuno por no ser necesario, ya que la hemorragia a que da lugar su sección es insignificante, y desde luego menor que la pasiva que tendría lugar con el clamp aplicado, y en cuanto al contenido intestinal, las mismas compresas que protegen se encargan de impedir su salida. La sección de estómago y yeyuno la hacemos a bisturí o tijera; pueden hacerse también con bisturí eléctrico o termocauterío, que quizá tendría alguna ventaja; pero la sutura se hace mejor por el primer procedimiento y la hemostasia es más segura al hacerla directamente con la sutura.)

La sutura total de la anastomosis la comenzamos por curvadura menor, siendo más fácil con aguja recta; cuidando de comenzar por mucosa intestinal se atraviesan todas las capas, saliendo por serosa y a continuación entrando por serosa gástrica y saliendo por mucosa, procurando dejar el menor espacio libre entre esta sutura y la anterior (sero-serosa), donde pudieran formarse pequeños hematomas o focos sépticos que pusieran en peligro su firmeza; en la sutura total cada 3 ó 4 puntos hacemos uno de festón, y así terminamos la sutura de los bordes posteriores de la anastomosis, llegando a curvadura

mayor de estómago y extremo aferente de la incisión yeyunal. Como ahora quedan separadas las dos superficies o bordes a suturar, continuaremos la sutura del mismo modo que se ha descrito (de mucosa a serosa en yeyuno y de serosa a mucosa en estómago), con lo cual queda perfectamente invaginada, sin que quede invertido ningún trozo de mucosa, o cuando más sólo los últimos puntos, pero fácilmente remediable, cubriéndolo con otro punto seroseroso.

Cerrada la anastomosis, retiramos en seguida la pinza de estómago por si algún punto de la sutura total sangra y hay que reforzarlo; de este modo la pinza en cuestión ha estado colocada en estómago un tiempo mínimo, y, por tanto, es muy problemático el daño que la forcipresión haya podido hacer en la mucosa, pero si así se cree pueden forrarse con goma sus ramas.

(Es buena práctica durante la sutura total de la anastomosis colocar sobre ella una compresa empapada en suero antihemorrágico, que contribuye a la hemostasia de los capilares y evita quede sangre saliendo de la anastomosis.)

Desde luego, los instrumentos usados en la anastomosis se retirarán, así como los guantes empleados para dicha sutura muco-mucosa, cambiando las compresas que rodean el campo operatorio por otras limpias, procediendo a continuación a ejecutar la sutura sero-serosa-anterior, invaginante análoga en un todo a la posterior, y como aquélla con hilo de lino fino y procurando coger con ella los vasos de la serosa que se vean.

Con esto queda terminada la intervención y no resta sino reintegrar la anastomosis a la cavidad peritoneal, revisar por última vez el muñón duodenal y las ligaduras de la coronaria y cerrar pared.

La sutura de la pared del vientre, cuando urge ganar unos minutos, la haremos con hilo metálico y en un plano; pero si no, la hacemos más detenidamente en tres planos, con catgut; primero, peritoneo a punto continuo con catgut fino; después, aponeurosis a puntos separados con catgut más fuerte, y, por fin, el tejido celular subcutáneo y grasa para cubrir la sutura de aponeurosis, aproximar los bordes de piel y evitar espacios libres donde puedan fraguarse hematomas; la piel la uniremos con agrafes.

(No olvidemos extremar la asepsia, si cabe, en el cierre de pared, y para ello usaremos material de sutura, instrumentos y guantes que no hayan intervenido en el resto de la operación, pues ya sabemos que ante una infección hay menos defensas en el tejido celular que en el propio peritoneo.)

Ante la posibilidad de esfuerzos intempestivos (tos, estornudos, vómitos, etc.) que pongan a prueba la solidez de la sutura de pared abdominal, colocamos sobre ella una compresa que se sujetará con unas tiras de esparadrapo, colocadas algo tirantes, y de tal modo que la sutura no pueda resentirse en los esfuerzos. Como apósito exterior, gasas, una capa de algodón y todo ello sujeto por un simple vendaje de cuerpo, que si es necesario puede descubrirse con toda facilidad sin molestar al enfermo al tener que quitar una venda arrollada.

Como hemos visto, pues, reducimos la técnica de la gastrectomía para efectuarla lo más amplia po-

sible con el menor traumatismo visceral y con la más rigurosa asepsia; de este modo los resultados obtenidos son inmejorables, y por ello hemos prescindido de los demás procedimientos más complicados y cuando más de iguales resultados.

La práctica de la anastomosis yeyuno-yeyunal entre las asas aferente y eferente de la anastomosis no la creemos tampoco ventajosa ni necesaria, pues rara vez el enfermo tiene molestias por la presencia de bilis en el estómago; pero si así ocurre ya veremos después el medio de combatirlo.

Hay quien preconiza en la práctica de la gastrectomía el uso constante del aspirador para evacuar contenido gástrico o yeyunal y sangre; pero ya hemos visto que procediendo a la ligadura metódica de los pedículos vasculares y teniendo el estómago vacío y limpio para el momento de la intervención, es perfectamente inútil su uso; en cambio, en casos de urgencia, perforación, etc., en que la preparación del enfermo sea defectuosa, lo consideramos insustituible.

*Las gastrectomía total* con anastomosis de cardias o esófago a yeyuno o duodeno la consideremos de tal dificultad técnica y de tal gravedad, que sólo a título excepcional podemos pensar en su ejecución, y desde luego para casos en que toda norma reglada ha fallado; nosotros solamente hemos tenido ocasión de practicarla en un caso de cáncer, y siendo imposible la sutura del cardias a yeyuno hicimos una yeyunostomía provisional para alimentar al enfermo y en un segundo tiempo reconstruir la continuidad del tractus digestivo, pero no fué seguida de éxito.

\* \* \*

Terminada la intervención queda un capítulo no menos importante, que creemos entra también de lleno en la parte de técnica, que son los

*Cuidados post-operatorios, a todo gastrectomizado, y modo de resolver las más frecuentes complicaciones que puedan presentarse.*

Desde luego, si el enfermo ha sido intervenido bajo anestesia local, se trasladará a la cama colocándole en posición semi-sentado, y si lo ha sido con anestesia general cuidaremos muy mucho hasta que despierte favoreciendo la eliminación del anestésico, haciéndole respirar profundamente, para lo cual se le someterá a inhalaciones de anhídrido carbónico; se trata de uno de los recursos más eficaces para dicho objeto que todavía no ha entrado en la práctica diaria, pero sumamente útil, no tan sólo como queda apuntado, sino también en caso de síncope anestésicos, y aun empleando la anestesia local para obligar al enfermo a respirar amplia y tranquilamente evitando náuseas y vómitos, y su práctica es sumamente sencilla, ya que se reduce a introducir por una ventana nasal la sonda de Nelaton, que comunica con el balón que contiene el anhídrido carbónico.

Si el enfermo está en condiciones de hacernos caso, la *gimnasia respiratoria* previamente ensayada será igualmente de gran utilidad.

En las primeras horas, el silencio y la obscuridad junto con la morfina-escopolamina que se inyectó una hora antes de la intervención, bastará para que el enfermo tenga un relativo bienestar; pero a me-

didada que transcurren las horas, tendrá molestias dolorosas, que es preciso conllevar sin facilitar nuevas inyecciones de opiáceos, a menos que se trate de molestias intolerables, ya que es corriente se produzcan con ello náuseas y paresia intestinal, que a toda costa debe evitarse.

No hay inconveniente ante la sensación de sed humedecer los labios y aun enjuagarse en estas primeras horas.

A las veinticuatro horas (si antes no ha sido necesario, ante la persistencia de vómitos y regurgitaciones) se procederá *sistemáticamente* a efectuar un lavado gástrico, o al menos una evacuación del estómago, pues el contenido estancado (bilis, sangre, jugo gástrico, saliva, etc.), debido a la paresia del estómago que sigue a la intervención, molesta extraordinariamente al distender el estómago y da lugar a náuseas, eructos fétidos y gran malestar; con el lavado gástrico evacuamos dicho contenido y el agua caliente empleada estimula la motilidad gástrica y favorece su ulterior evacuación, y, por consiguiente, el funcionamiento de la anastomosis gastroyunal; también la gastritis y el edema de la mucosa a este nivel se aliviará en gran parte por el lavado.

Seguido a ello *comenzará a alimentarse* el enfermo con sorbitos de agua fría a intervalos de una hora o menos y en los intervalos se enjuagará cuantas veces precise; siguiendo las cosas sin más incidentes, esta ingestión de agua se alternará con la de zumos de fruta (uvas, manzana, naranja) y aun leche aguada, pues claro está que si existe intolerancia gástrica, la supresión de todo alimento con inyección de suero glucosado o fisiológico en grandes cantidades o en enemas gota a gota, deberá ser la regla (observando la orina y reserva alcalina ante la posibilidad de un estado acidótico).

Puede ocurrir que al hacer el lavado gástrico, en lugar de quedar limpio a los pocos embudos de agua, salga ésta más o menos teñida de rojo, e incluso salga sangre en cantidad, evidenciando la existencia de una hemorragia; en este caso debe insistirse en el lavado con agua caliente, si es posible hasta que el agua salga limpia, y si no, se procura evacuar el estómago lo más perfectamente posible, introduciendo por la misma sonda 50 o más c. c. de suero anti-hemorrágico antes de sacarla; se ordenará el mayor reposo posible, hielo sobre el vientre y abstención de toda ingesta; la vigilancia del pulso nos dirá la marcha de la hemorragia (si no se evidencia por nuevos vómitos), y de continuar, no hay que perder el tiempo y se hará cuanto antes la *trasfusión sanguínea* de 200 o más c. c., según el estado del enfermo; y si los síntomas no fuesen tan alarmantes, las inyecciones de Clauden y cal intravenosa podrían bastar; pero es de tal utilidad la transfusión sanguínea en estas ocasiones, que el fracaso puede ser atribuido la mayor parte de las veces a haber dudado y realizarla demasiado tarde. (Como más fácil y rápido empleamos la transfusión de sangre citratada.)

Un incidente muy desagradable es la presencia de *hípo* a raíz de la intervención, que dura más o menos días y a veces con gran persistencia (no siendo debido a infección peritoneal); suele quitarse por sí solo; es sumamente rebelde a cuantos medios se citan para combatirlo, y lo que más resultado da son

los preparados a base de atropina y morfina (Atropaver, Spasmalgine, Bellafolina, etc.)

También en este primer día después de la intervención pueden presentarse (sin acidosis) *repetidos vómitos biliosos*, sea por mal funcionamiento de la anastomosis, sea por una biliorrea debida a otras causas; entonces debe insistirse en los lavados gástricos con agua caliente, todas las veces que sea necesario (hasta cada cuatro horas si es preciso), pues siempre será menos agotador para el enfermo que el esfuerzo de vómito continuado.

Si existen dolores de vientre sin evacuación, la sonda rectal o algún supositorio pueden bastar los dos primeros días.

Cuando el curso post-operatorio transcurre sin incidentes, al siguiente día (tercero) se puede aumentar la cantidad de alimentos y variar ya con bebidas calientes (algún caldo o sopa clarita, te con leche, tila, etc., y al cuarto día purés, papillas, galletas, mermeladas, según el gusto del enfermo; el gota a gota rectal o las inyecciones de suero glucosado o fisiológico se continuarán o no en estos días, según el estado general del enfermo).

Si al tercer día no ha habido expulsión de gases o evacuación espontánea, se procurará facilitarla con un enema de glicerina, y aun si es preciso suministrando un laxante o lubricante ligero.

En los sucesivos ya la alimentación se continuara según la marcha del apetito y tolerancia gástrica, tomando también verduras cocidas, pescados blancos y aun carne blanca al sexto y séptimo día, y si no hay deposición, una irrigación más abundante con agua jabonosa será muy útil.

En cuanto al *reposo*, que se recomendará lo más completo posible el día de la intervención, se procurará, por el contrario, los días siguientes, que el enfermo *se mueva espontáneamente*, y sobre todo los miembros; variará de postura, se sentará en la cama desde el día siguiente a la intervención, y para descansar se echará del lado que más le plazca, pues es muy interesante *conservar la actividad muscular en todo momento*, a fin de llegar al levantamiento precoz. El enfermo puede levantarse sin inconveniente (cuando la sutura de pared está hecha en tres planos) al sexto día; al séptimo y octavo ya puede pasear un poco, y si todo ha ido bien saldrá de la clínica del noveno al décimo día de intervenido.

*El levantamiento precoz* de los gastrectomizados, sin tener ningún inconveniente, es altamente ventajoso, pues ante todo el enfermo se anima grandemente, sus funciones intestinales se regularizan antes, se evitan los accidentes por decúbito y se hace mejorar la circulación combatiendo el éxtasis venoso que tantas complicaciones origina.

El levantamiento precoz, pues, que debe ser norma en todo operado de vientre, se acondicionará desde luego al estado del enfermo en cada caso, de igual modo que ocurre con la alimentación.

En caso de paresia intestinal no olvidaremos los grandes beneficios que puede proporcionar la *inyección de suero salino hipertónico intravenoso* o en *instilación rectal gota a gota*.

\* \* \*

Pasemos ahora revista a las principales y más corrientes *complicaciones* que pueden presentarse después de la gastrectomía, y que pueden ser complicaciones inherentes a toda laparotomía o por el hecho de la gastrectomía.

Desde luego, en las intervenciones sobre estómago, las complicaciones *pulmonares* figuran siempre con un porcentaje mayor, y tanto es así que se ha aconsejado la *vacunación previa* de estos enfermos, bien con autovacuna si se trata de catarrosos crónicos o con una vacuna stock polivalente, a fin de aumentar sus defensas; ahora bien, como la mayor frecuencia de estas complicaciones estriba en las causas coincidentes que puedan determinarlas y que son—en primer lugar la anestesia general, la limitación de movimientos diafragmáticos como defensa propia del enfermo ante el dolor, la aspiración del contenido gástrico con ocasión de los vómitos postanestésicos, pero sobre todo los gérmenes infecciosos que desde la herida visceral o parietal puedan ser transportados al aparato bronco-pulmonar por vía linfática o sanguínea—, a nuestro juicio el mejor medio de prevenir y evitar estas complicaciones será, por tanto: guardar la más escrupulosa asepsia en el acto quirúrgico, usar la anestesia local, realizar la intervención en fase de latencia de síntomas (y, por tanto, de menor virulencia de gérmenes infecciosos), cuidar muy mucho la limpieza de boca, dientes y focos sépticos de garganta o nariz, gimnasia respiratoria, vacunación, inhalaciones de anhídrido carbónico y movilización precoz. Si a pesar de todo llega la complicación se tratará como se hace de ordinario en estos procesos.

La *paresia intestinal* se tratará, como hemos dicho, con las inyecciones intravenosas de suero salino hipertónico (20 c. c. cada cuatro o seis horas de solución de cloruro sódico al 20 por 100) o en instilación rectal gota a gota; con supositorios, enemas, pituitrina y sólo excepcionalmente con purgantes energicos.

El estado de *acidosis*, generalmente pasajero, se combatirá si persiste con suero glucosado e insulina.

Si se presenta síndrome de *retención ureica* (que a veces es el responsable de muertes, cuya causa parece desconocida), que se anuncia por oliguria, amodorramiento, lengua seca, etc., y se puede confirmar con los análisis correspondientes, la inyección de escilarina y suero Hayem en cantidad puede ser de gran beneficio.

La *persistencia en los vómitos biliosos*, no atribuibles a acidosis o peritonitis, puede ser causada por una inflamación de la boca anastomótica, que origina su mal funcionamiento o espasmo de la misma, y para combatirlo, los lavados gástrico y medicación sedante con insistencia acabarán con este enojoso síndrome.

Una complicación grave de la gastrectomía es la *rotura del cabo duodenal*, generalmente, ya en el acto operatorio vemos el peligro de que falle la sutura del muñón duodenal por asentar en tejidos callosos, infiltrados, próximos al páncreas, con difícil o imposible peritonización, y entonces será muy prudente dejar un drenaje y aun marsupializar (Puig-Sureda) dicho muñón, con lo cual y próximo a piel, su fallo sólo constituirá una fístula biliar que durará más o menos tiempo, pero que bien cuidada acaba-

rá por cerrarse espontáneamente, siendo lo más importante proteger la piel contra la acción del jugo pancreático, canalizándolo al exterior hasta su cierre.

Pero puede ocurrir que, al parecer, quedemos satisfechos del muñón duodenal y bien por su poca vascularización o por otra cualquier causa falle la sutura y se produzca la perforación; esto suele ocurrir del cuarto al sexto día de la intervención, y cuando con buen curso post-operatorio el enfermo se ve sorprendido con un dolor fuerte y persistente en base de tórax derecho, con fiebre y disnea, que muchas veces hace pensar en proceso pneumónico y aun en una fase aguda de *colecistitis*, pero que el curso ulterior nos hace ver la existencia de un proceso séptico peritoneal localizado en zona duodenal y la marcha puede ser varia; en unos casos las defensas se organizan rápidamente, se forma *plastón* peritoneal, cede el síndrome agudo y paulatina y lentamente se resuelve sin más incidentes; otras veces, a través de la herida operatoria, se fragua un camino para los exudados y secreción biliar, formándose una fístula biliar como dejamos apuntado anteriormente; también cura lentamente de modo espontáneo y mejor ayudado con insulino-terapia; y, por último, en menos ocasiones (afortunadamente) el enfermo no se defiende, el proceso séptico invade cavidad peritoneal y se produce un estado hipertóxico de tal intensidad, que acaba con el enfermo en pocas horas (al tratar en la técnica operatoria del muñón duodenal hicimos las observaciones pertinentes para prevenir estas complicaciones).

Los *hematomas* y *procesos sépticos de pared* se tratarán de modo análogo a los de toda laparotomía: drenaje precoz, cura aséptica si no hay supuración, con antisépticos del tipo del líquido de Dakin si la hay, compresión y eliminación de cuerpos extraños (puntos de material de sutura no reabsorbible) y tejidos esfacelados, cuidando, sobre todo, de sujetar la herida con tiras de esparadrapo, que, a pesar de la supuración, eviten la ulterior hernia o eversión.

En las *peritonitis*, como de ordinario: hielo, posición Fowler, facilitar la respiración, tónicos, sueros, antisépticos, gota a gota rectal, etc., etc.

En las *hematemesis*, ya hemos dicho: lavado y trasfusión.

En las *hemorragias internas*, los sueros antigemorrágicos, clauden, cal intravenosa, hielo local, reposo y trasfusión, pues la relaparotomía en estas condiciones suele ir condenada al fracaso, a no ser que el diagnóstico se haya hecho precozmente y con toda seguridad para ligar el vaso que sangra.

Las complicaciones y molestias más tardías a *distancia* pueden tener también más o menos importancia; así tenemos las molestias por *reflujo biliar*, que suelen ser pasajeras, dando lugar a molestias de *inflazón* muy penosas, que se resuelven con un gran vómito de bilis; cada vez se hacen más distanciadas y acaban por desaparecer (si persisten, lavado gástrico).

El *vaciamiento rápido* y la falta del antro pilórico da en ocasiones origen a síntomas dispépticos, sobre todo diarrea, que ceden fácilmente a un régimen alimenticio y medicación a base de fermentos gastro-pancreáticos y ácido clorhídrico.

Son raros los casos en que el enfermo, después de operado, persiste con las mismas, parecidas o aun mas intensas molestias que tenía antes de la intervención; son debidas generalmente a la *gastritis residual* y su tratamiento ha de ser el mismo de todo proceso erosivo, siendo corriente que dichas molestias cedan paulatinamente, pues es un hecho de observación que los gastrectomizados se encuentran mejor a medida que pasa el tiempo, y en los operados de ocho o más años (que marchan bien y no ha habido complicaciones) no se encuentran molestias de ninguna clase, a pesar de no guardar régimen alimenticio ni hacer régimen especial de vida; hay, por tanto, un primer período que puede ser sumamente corto o no existir, pero que en ocasiones dura hasta años, en que el enfermo lucha por adaptarse a la nueva mecánica gástrica creada por la intervención, pero al fin lo consigue y llega a verse libre de molestias (náuseas, vómitos biliosos, inflazón después de las comidas, diarrea, estreñimiento, ardores); por lo general todo ello depende del momento de la intervención, y de aquí que la gastrectomía deberá estar indicada para su ejecución, pues si al hacerla la lesión ha dado lugar a poco trastorno en la función gástrica, el extirpar el estómago ha de ir seguido de molestias por la falta de esa función hasta la nueva acomodación; pero si, por el contrario, la lesión ha dado lugar a un nulo o mal funcionamiento del estómago, su supresión no puede más que ir seguida de beneficios.

Se encuentran casos (por fortuna pocos) en que desde los primeros días que siguen a la intervención comienzan las molestias, que cada vez se hacen más intensas y llegan a crear en el paciente un estado de *neurosis* agravado por la preocupación, que supone el fracaso de un acto en el que tenía puestas todas sus esperanzas, y claro está, que entonces, aparte del plan del gastropatólogo, precisa un tratamiento psicoterápico.

Después de la gastrectomía no es corriente la presencia de *úlcera yeyunal*; pero no es imposible, y ya se han citado varios casos, nosotros mismos publicamos un caso de *úlcera yeyunal* consecutiva a una resección "económica", efectivamente son mucho más raros en las resecciones amplia, y aun cuando nosotros no hemos tenido ocasión de ver ninguno, desgraciadamente existen y constituyen el fracaso y la desesperación de médicos y enfermos; se trata de enfermos con *enfermedad ulcerosa* en que, a pesar de todo, persiste la formación de úlceras por una idiosincrasia especial, y que hasta el momento sobrepasa todo nuestro control; de todos modos, como decimos, es sumamente excepcional esta complicación cuando la gastrectomía se hace de verdad amplia y siguiendo la técnica más escogida; pero si a pesar de todo surge, el tratamiento será quirúrgico, mientras sea posible y dirigir todos nuestros esfuerzos por el lado de la investigación patogénica en cada caso para evitar en lo posible nueva recidiva.

Respecto a la *nutrición* de los gastrectomizados, corrientemente se realiza sin inconvenientes, y si se trata de enfermos agotados y con *síndrome pilórico*, es frecuente aumenten de peso rápidamente; en cambio, en los otros casos en que la evacuación del es-

tómago no estuvo comprometida, después de la gastrectomía, aun cuando coman bien y se encuentren bien nutridos y fuertes, no suelen engordar, explicándose ello por las alteraciones que el metabolismo de las grasas sufre al suprimir gran parte del estómago.

Se ha hablado de un *síndrome anémico* consecutivo a la gastrectomía; pero es tan poco frecuente, que en realidad no se debe tener en cuenta, y si se presenta combatirlo con los medios corrientes (extracto hepático, arsénico, hierro, mucosa gástrica y aun transfusión sanguínea).

Y para final, algunas palabras sobre la *alimentación en los gastrectomizados*: Con la gastrectomía tendemos a suprimir una gran parte del estómago ya afecta de gastritis o que pudiera inflamarse más tarde; con ello la secreción del ácido clorhídrico es prácticamente nula, sobre todo si se trata de gastrectomía amplia, y si la boca funciona bien, la evacuación gástrica será perfecta; pues bien, teniendo en cuenta todas estas circunstancias, al alimentar a un gastrectomizado no le deberemos aconsejar que coma "de todo" y sin tasa ni medida, pues confiado el enfermo, al encontrarse con buen apetito, se cederá y pronto tocará las consecuencias.

Deberá comer poco y a menudo, para evitarse sensaciones de plenitud e inflazón; deberá masticar bien y comer despacio; reposará en lo posible después de las comidas; de preferencia tomará papilla; o purés no espesos (pues no es conveniente tomar feculentos en cantidad); las mismas legumbres bien cocidas y deshechas, las carnes y pescados blancos, verduras (exceptuando las de tipo flatulento, como la col y coliflor), quesos frescos suaves y mantecosos, postres de leche y hueyos, frutas, etc., y desde luego los alimentos bien sazonados y sabrosos; no convienen los líquidos en abundancia y la leche sola (puede tomar requesón, kefir, yogourt), y puede permitirse alguna bebida (sidra, cerveza, poco vino blanco) y desde luego los jugos de fruta. Si la resección ha sido económica quizá convenga frenar la secreción gástrica y entonces los cuerpos grasos (mantequilla, crema, aceite de oliva, serán de gran utilidad. Deberán suprimirse, sobre todo en los primeros meses, las carnes rojas, pescados azules, mariscos y excitantes, que, como es consiguiente, exigen gran cantidad de jugo para su digestión.

\* \* \*

Terminaremos nuestra aportación recordando que todavía estamos muy lejos de distinguir en cada caso cuándo se trata de una úlcera como enfermedad local o simple accidente en un proceso morboso y cuándo se trata de enfermedad ulcerosa en que la úlcera no es sino un síntoma de la misma, y a distinguir esto deben dirigirse todos los esfuerzos de la investigación, pues ello aclararía muchas dudas, nos explicaría muchos fracasos y pondría en su punto los casos en que deben ser tratados médicamente, aquéllos en que es suficiente una gastroenterostomía o una piloroplastia o los que necesitan la resección; en tanto, y en gran parte de modo empírico, insistiremos en cuanto hemos expuesto.

APÉNDICE

*Resultado de la gastrectomía (según nuestra experiencia):*

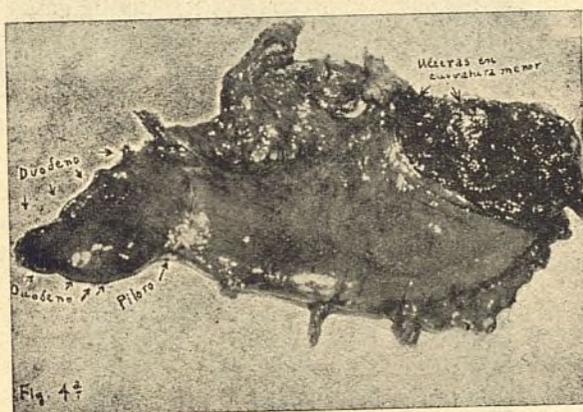
Hasta la fecha (desde 1920) hemos tenido ocasión de efectuar 430 gastrectomías. De las primeras 140 ya publicamos los resultados obtenidos con ocasión de nuestra tesis doctoral (1929); posteriormente los resultados son mejores; la mortalidad en los casos de úlcera, con previa preparación para la intervención, alcanza a un 4 por 100 y la mortalidad global de la gastrectomía (incluyendo los casos de cáncer,

perforación, hemorragias, etc.) alcanza a un 12 por 100.

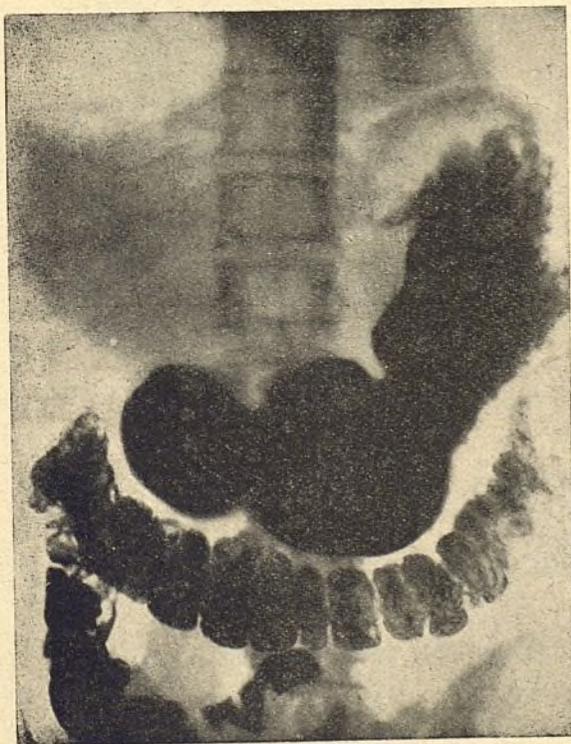
Hemos hecho una encuesta sobre los resultados "a distancia" de la gastrectomía, contestándonos los enfermos operados de hace más de dos años, y sus contestaciones (que pongo a la disposición de los señores académicos) son verdaderamente satisfactorias; la mayoría no tienen molestias de importancia, hacen régimen de vida normal y comen sin restricción, fuman y beben (a pesar de nuestra recomendación en contrario). Un escaso número, que puede alcanzar al 5 por 100, tienen molestias de pesadez, inflazón, vómitos biliosos de vez en cuando y aun dolores, que obedecen más o menos si el enfermo sigue un tratamiento adecuado (quizá en algunos pudieran identificarse sus molestias como debidas a un proceso de colecistitis); un caso con resección amplia consecutiva a doble úlcera yeyunal postgastrectomía económica, continuó con molestias y aun hematemesis a los pocos meses después; tenemos también un caso de anemia (no perniciosa) que obedeció pronto al tratamiento con hígado y hierro y en un enfermo de tara fímica se presenta con frecuencia crisis disenteriformes, que obedecen a medicación ácida y fermentos pancreáticos.

Desde luego, quedan mejor y más rápidamente los enfermos que más han sufrido con su úlcera, y, por el contrario, los enfermos que han tenido temporadas largas de bienestar y se han sometido a una intervención por las periódicas hemorragias (casi siempre por úlcera duodenal), son los que más tardíamente encuentran el beneficio de la gastrectomía, pues desde luego hay un período de adaptación más o menos largo hasta encontrar el alivio completo.

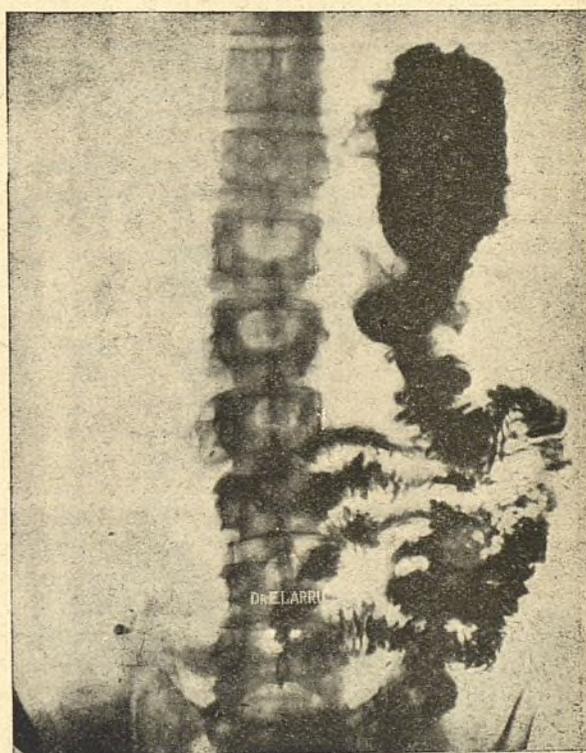
**Documentación gráfica de dos casos interesantes de úlceras de boca anastomótica (post-gastroenterostomía y post-gastrectomía económica) tratados por «gastrectomía amplia»**



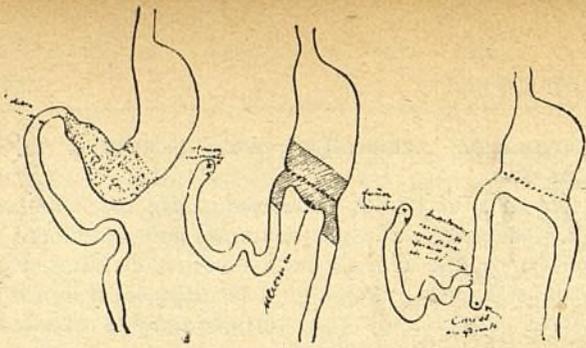
Pieza de amplia piloro gastrectomía que da idea de la cantidad de estómago que debe resecarse.



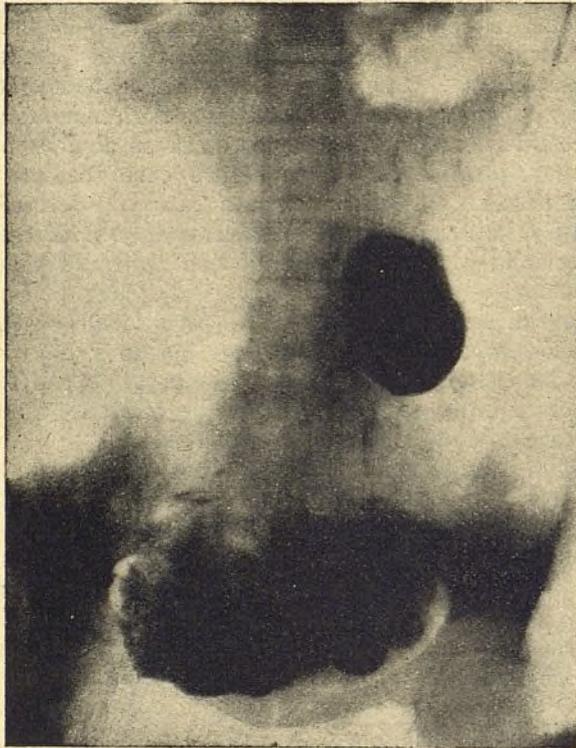
Caso de úlcera duodenal.



El mismo, después de resección económica con úlceras de boca anastomótica.



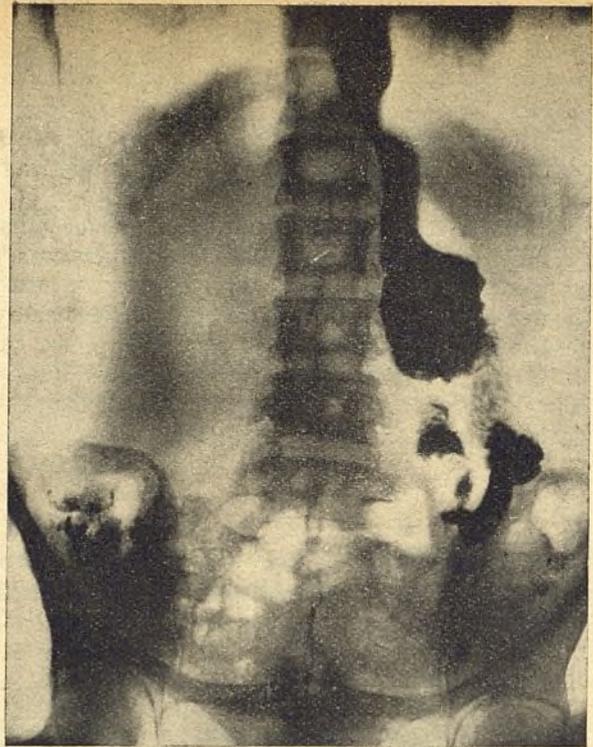
Esquema indicando las fases de la resección amplia.



Caso de estómago bilocular por úlceras de curvatura menor.



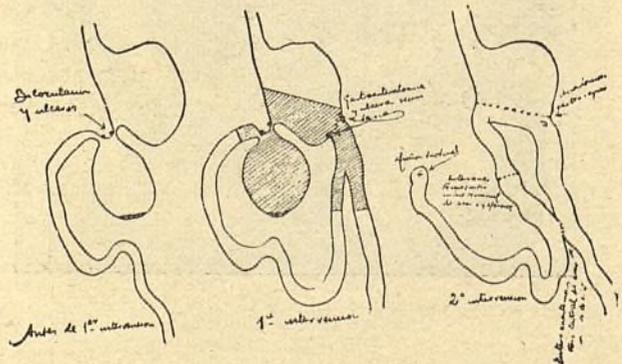
El mismo, después de gastroenterostomía en bolsa superior y con dos úlceras de boca-anastomótica.



El mismo, después de resección amplia de estómago y boca anastomótica.



La pieza reseçada.



Esquema indicando las fases de la resección amplia.



# 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

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.

**Neyol n.º 2**  
Antifímico

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

**Neyol n.º 3**  
Niños

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

**Neyol n.º 4**  
Procesos agudos

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

**Neyol n.º 5**  
Antiasmático

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

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**

Un nuevo producto *Schering*

# NEOTROPINA

Indicado especialmente en el tratamiento de la blenorragia.

Proporciona buenos resultados en los casos de pielitis y cistitis rebeldes a otros tratamientos.

Preparado colorante para el tratamiento de las infecciones del aparato génitourinario

- 1 *Intensa acción bactericida*
- 2 *Alto poder de penetración*
- 3 *Efecto sedante en las inflamaciones*

Envase original: Frascos con 30 grageas de 0,1gr.



SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIN

PRODUCTOS QUIMICOS SCHERING, S. A.

Apartado 479 - Madrid

Apartado 1030 - Barcelona



# ÆTHONE

PODEROSO SEDATIVO, no TOXICO

**TOS** espasmódica

**Tos** Ferina

**TOS** de los Tuberculosos

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

## Sobre un caso de ausencia útero-vaginal completa

POR

D. LOPE BUENO RODRIGO

Alumno interno de la clínica Ginecológica de la Universidad de SALAMANCA

Indudablemente son muchos los casos operatorios difíciles que pueden presentarse a un médico ginecológico y, en general, a todos los médicos; pero, a mi juicio, uno de los más difíciles problemas que se pueden dar en ginecología son aquéllos como el caso en cuestión.

Es difícil por dos razones: una, por lo que se refiere a la parte material, que pudiéramos decir, o sea a la construcción de una vagina artificial, que a ninguno se nos oculta la cantidad de dificultades con que se tropieza para llevar a la práctica esta intervención; y otra, por lo que se refiere al orden moral, pues es este un problema tan discutido y tan oscuro todavía que, forzosamente, hemos de quedarnos perplejos e indecisos ante uno de estos casos.

Indudablemente en una ausencia vaginal completa, pero con preexistencia de los demás órganos genitales internos, el problema moral está completamente descartado, pues no será esta una de las operaciones llamadas de complacencia, sino una de resultados francamente positivos, morales y científicos, pues es convertir una mujer estéril en una con probabilidades, por lo menos, de posible fecundidad; pero el verdadero problema se nos presenta en un caso como el que voy a describir, o sea en una ausencia de vagina, acompañada, además, de ausencia de útero, o cuando menos con una existencia rudimentaria (pues, probablemente, sólo es un cordón fibroso) que, prácticamente, viene a ser lo mismo.

En estos casos, en los que parece que sólo se va a favorecer y hacer posible el acto del coito, parece a primera vista que debiera estar descartada toda intervención, y, en efecto, así aconsejan la mayoría de los ginecólogos, los cuales se fundan para ello en las razones morales anteriormente aducidas, y en que consideran absurdo el hacer una intervención peligrosa de por sí con el solo objeto de favorecer y hacer posible el coito. Pero si todos estos autores que recomiendan la no intervención en estos casos hubieran tenido ocasión de oír a enfermas, como la que describe el doctor Fargas en su "Tratado de ginecología", y la que recientemente ha pasado por la clínica de Ginecología de este hospital, quizá cambiaran de manera de pensar y no harían tan rotunda y general su opinión en estos casos; pues no creemos ni humano ni racional el abandonar estas enfermas a su desgracia, dando lugar con ello en muchos casos, por no decir todos, a que estas enfermas tengan que soportar una vida llena de sinsabores y sufrimientos morales, pues forzosamente tienen que comprender, más tarde o más temprano, que son inútiles para ser madres (cosa ya irremediable), y quizá lo que es peor, o sea inútiles para ser esposas, circunstancia por la cual se ven sujetas muchas de ellas (Ginecología del Dr. Fargas) "a humillaciones injustas y a tolerancias matrimoniales verdaderamente heroicas". Es necesario, a mi juicio, oír relatar a estas pobres enfermas los sufrimientos morales de su enfermedad, antes de dedicirse a dar una sentencia como es la de si se debe o no operar.

Por mi parte creo, sin quererlo hacer extensivo a todas las enfermas, que cuando el médico con su intervención puede aliviar o curar estos sufrimientos debe hacerlo, máxime hoy día que puede contar como descartados todos los peligros de infección y complicaciones graves,

*Embriología genital femenina.*—Próximamente entre los tres y cuatro meses de la vida fetal empieza a manifestarse el sexo del feto. Los órganos genitales internos están instituidos o representados en aquella época por dos glándulas, una a cada lado de la línea media y en la parte anterior inferior del cuerpo de Wolf, y, además, por dos conductos que no son otros que el de Wolf y el de Miller, los cuales, juntamente con los del lado opuesto, van a abrirse en la cloaca, que es una cavidad común que da origen a la alantoides y al recto.

Estas dos clases de conductos son muy distintos, pues los de Wolf dan origen a los órganos genitales masculinos, mientras que los Muller lo son para el femenino, y, por tanto, según se atrofien unos u otros, así se dará origen a una hembra o a un macho.

En las hembras, que en este caso son las que nos interesa como se comprende, se atrofian los conductos de Wolf, aunque no totalmente, pues se ha visto que quedan las extremidades de dichos conductos para dar origen, después, al conducto horizontal del cuerpo de Rossemuller y a los conductos de Gartner.

Por el contrario, los de Muller se desarrollan para formar en su parte superior las trompas y en la inferior, o sea donde se fusionan, forman la vagina y el útero.

Respecto a la formación de los genitales externos diremos que al principio están representados, tanto en el sexo masculino como en el femenino, por el *tubérculo genital o glándula*, y al igual que en los internos éstos se diferencian también a la mitad del tercer mes de la vida intrauterina.

En la parte inferior del glándula aparece la hendidura genital. Esta hendidura tiene a los lados dos rebordes longitudinales, que son los repliegues genitales. Este tubérculo genital que hemos descrito se desarrolla muy poco en la mujer y da lugar, posteriormente, al clitoris, formando los repliegues genitales los grandes labios.

Respecto a la cloaca vemos que está dividida en dos partes por un tabique trasversal, que es el espón perineal, dando lugar con ello a que se forme dos cavidades: una anterior, que es el seno urogenital encargado de formar la uretra y la vagina, y otra posterior, que formará el recto. Después, el seno urogenital o parte anterior de la cloaca es dividido, a su vez, en dos por otro tabique para formar la uretra, delante, y la vagina, detrás; pero entonces todavía están comunicados con el exterior por existir allí una membrana llamada croacal y un tapón llamado también croacal, los cuales, posteriormente, reabsorben, dando con ello paso a estas cavidades con el exterior.

Estas nociones de embriología permitirán explicarnos luego, cuando describamos las características de la enferma en cuestión, el por qué ha podido existir esa ausencia de útero y vagina, así como en otras ocasiones que se dan más frecuentemente nos explicaremos la ausencia de la vulva, sola, o de la vagina, aislada, etcétera. Por lo que se refiere a este caso, nos limitaremos a decir las causas que habrán intervenido para la no formación de útero y vagina, juntamente.

*Ausencia de vagina.*—Puede ocurrir que haya ausencia de vagina con persistencia de útero, y, en efecto, casos como éstos se ven en la literatura médica; pero por lo que se deduce de los datos embriológicos anteriormente expuestos, se comprenderá que lo corriente es que se presenten unidas estas dos aplasias. Asimismo diremos que se pueden presentar casos de una ausencia incompleta de vagina, o sea que no ha desaparecido en su totalidad; estos casos son mucho más frecuentes que la ausencia completa, hecho en verdad bien raro, pues son contadísimos los casos que se han presentado. Pero se comprende que si en el curso de la vida embrionaria sobreviene una atrofia de los con-

ductos de Muller, lo normal será que todas las formaciones que sabemos irían a formarse, luego no aparecerán, o cuando más estarán representadas por un cordón fibroso, o sea los restos de dichos conductos, los cuales serán los que en el adulto estarán representando a la vagina, útero y trompas; pero, en cambio, los ovarios pueden estar indemnes, porque, como sabemos, no tienen origen en los conductos de Muller, sino en los cuerpos de Wolf, los cuales muy bien puede ocurrir que sean ajenos a la atrofia de los conductos de Muller, y, por tanto, los ovarios podrán continuar su desarrollo normal, cosa que se puede apreciar bien en muchos casos por la presencia de molimen menstrual. Esto mismo que decimos de los ovarios podríamos decir de la vulva y del himen, que, como sabemos, no tiene relación alguna con los conductos de Muller. Por tanto, observando a estas enfermas podremos ver que la vulva es normal; pero entreabriendo los labios veremos que la entrada a la vagina no existe, así como tampoco el útero, cosa que podemos comprobar mediante el tacto rectal combinado con la palpación externa.

*Ausencia de útero.*—Aun cuando hayamos visto la ausencia vaginal y comprobado por el tacto rectal que no existe útero, no nos aventuraremos nunca a decir que no existe, pues la mayoría de las veces, como ya antes hemos dicho, lo que pasa es que está representado por un cordón fibroso que, aunque prácticamente pudiera decirse que no existe, es necesario incluirlo, sin embargo, entre los úteros rudimentarios, pues la falta completa no la podremos diagnosticar hasta que no se hiciera una autopsia detenida, pues está a veces tan tenue ese cordón que en vida es imposible reconocerlo, dando con ello lugar a diagnosticar la falta completa, cuando pudiera ocurrir que no era más que un útero atrésico, que es lo más frecuente. Una vez visto el mecanismo por el cual no se presenta a veces ni útero ni vagina, pasaré a describir el caso clínico, visto por mí, que creo se ajusta por completo a la descripción anterior.

*Descripción del caso clínico.*—Se trata de una joven que próxima a contraer matrimonio y dándose cuenta de su impotencia sexual, por la cual ve esfumarse sus ansias amorosas de ser esposa, consulta en nuestra clínica y suplica a toda costa "se le haga mujer como a las demás para poderse casar".

Es reconocida, y en dicho reconocimiento se observa por inspección y tacto rectal que hay una ausencia completa de vagina, la cual sólo está representada por un fondo de saco en el cual apenas entra el extremo de nuestro dedo meñique y una ausencia también completa (?) de útero, pues por tacto rectal y palpación no se ha podido encontrar el cordón fibroso que sustituye en estos casos. Vulva completamente normal, así como también sospechamos le ocurrirá lo mismo a los ovarios por la presencia del molimen menstrual doloroso y periódico que manifiesta haber padecido desde los quince años.

Ante estos síntomas queda diagnosticada de padecer una ausencia útero vaginal completa.

El problema terapéutico quedó completamente resuelto por las razones dichas al principio y como en todos estos casos el tratamiento consiste en hacer una vagina artificial. El procedimiento aquí elegido es el de las autoplastias por crearlo el más racional en vista del éxito obtenido ante un caso análogo a éste por el doctor Kirschner en colaboración con el doctor Wágner en el año 31; así, pues, se procedió a hacer la vagina artificial por el procedimiento citado.

Introducidos dos dilatadores, uno en el recto y otro en la uretra, para guiar la intervención se fué despegando el tejido que correspondía a la vagina del recto, para lo cual se utilizó bisturí, tijera y disección roma

con gasas para despegar; con estas maniobras se pudo formar una vagina de unos siete centímetros de longitud y de anchura normal; pero como se le cerraría irremisiblemente en seguida si se dejara así se procedió entonces a hacer injertos valiéndonos para ello del siguiente procedimiento: construyó previamente un cilindro de goma esponjoso de unas dimensiones apropiadas al tamaño de la vagina que queremos construir; este cilindro es taladrado en su centro y de uno a otro polo, valiéndonos para ello del termocauterio al rojo, con lo cual, al quemar la goma, hacemos un conducto central del grosor de un lapicero corriente; este conducto tiene por objeto el colocar allí un tubo de cristal del grosor adecuado para que ajustando bien pueda además de favorecer el drenaje conseguir que ya con este esqueleto de vidrio el tallo quede distendido. Una vez bien esterilizado todo el conjunto se procedió a obtener injertos a lo Tiers y sujetando los colgajos obtenidos con puntos de cagut al tallo de goma de tal modo que la superficie avivada fuera a ponerse en contacto con la superficie cruenta vaginal; una vez bien cubiertas las superficies del tallo con estos injertos se introdujo en la vagina recientemente formada con ánimo de sostenerlo así durante ocho días, fecha en que suponemos habrán prendido los injertos.

Efectivamente, a los ocho días fué retirado el tallo pudiendo entonces ver que muchos de los injertos no habían prendido, pero sí otros, los cuales se consideran como suficientes para que la superficie cruenta vaginal se epitelice en totalidad, con lo cual se evitarán las retracciones cicatriciales y el cierre total de la vagina. Pero como había muchos espacios todavía cruentos por no haber prendido allí los injertos, los cuales fatalmente se unirían cerrando por lo menos parcialmente a la vagina, fué conveniente que durante veinticinco días se le hicieran taponamientos de gasa impregnada en glicerina para evitar con este medio mecánico que se unieran esas cicatrices y al mismo tiempo dar lugar a que los islotes de injertos que habían prendido se fueran propagando juntamente con la proliferación que resulta de la mucosa vulvar y de este modo suspender los taponamientos cuando estuviera totalmente recubierta de epitelio.

Como puede verse, es un procedimiento larguísimo y laborioso de por sí, pero lo consideramos necesario cuando no se pueda recubrir por primera intención toda la superficie vaginal de epitelio.

Este procedimiento había sido puesto en práctica antes y por primera vez en un caso tratado por el doctor Kirschner en colaboración con el doctor Wágner con resultado positivo; posteriormente se ha hecho otras dos veces por los doctores A. Ostreil y L. Kraul, también con resultado positivo. Con éste creemos son cuatro los casos tratados hasta ahora por este procedimiento; como se ve, todos han ido seguidos de un resultado positivo, en efecto, pero para su obtención se ha requerido un tratamiento esmeradísimo lleno de cuidados e inconvenientes sin fin. Creemos, por tanto, que el procedimiento resultará ideal el día que podamos hacer más sencillo el curso posoperatorio. Hasta ahora la construcción de una vagina había tenido muchas más dificultades y era raro el caso seguido de curación; por tanto hoy día, y en espera de un nuevo procedimiento, nos conformaremos con el presente, que si bien hemos dicho es difícil, también es curativo, que es lo que nos interesa.

Salamanca, 3 de marzo de 1933.

# GRANULOS CHANTEAUD

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

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

Hidrastina ..... miligr.  
 Hiosciamina ..... 1/4 miligr.  
 Iodoformo ..... miligr.  
 Juglandina ..... centigr.  
 Lobelina (sulfato) ..... ½ miligr.  
 Picrotoxina ..... ½ miligr.  
 Pilocarpina (nitrato de)... miligr.  
 Podoflino ..... centigr.  
 Quasina ..... miligr.  
 Quinina (arseto de). miligr.  
 Quinina (hidroferro-  
 cinato de). miligr. centigr.  
 Quinina (bmhto. de) Sulfato.  
 Quinina valetto. de). 2 centigr.  
 Scilitina ..... mil'gr.  
 Sal de Gregori..... miligr.  
 Sosa (arseniato de). miligr.  
 Zinc (fosfuro de)... miligr.



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

## SEDLITZ

# CH. CHANTEAUD

Laboratres CHANTEAUD, 54, Rue des Francs-Bourgeois, Paris

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

Depósito en España: I. URIACH y C.º. - Bruch, 49. BARCELONA.



**GOTAS:** en dosis de 10 à 25.  
**COMPRIADOS:** de 3 a 6 por día.  
**AMPOLLAS:** 5 cc. Intra-venosas cada dos días.

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

# Silicyl

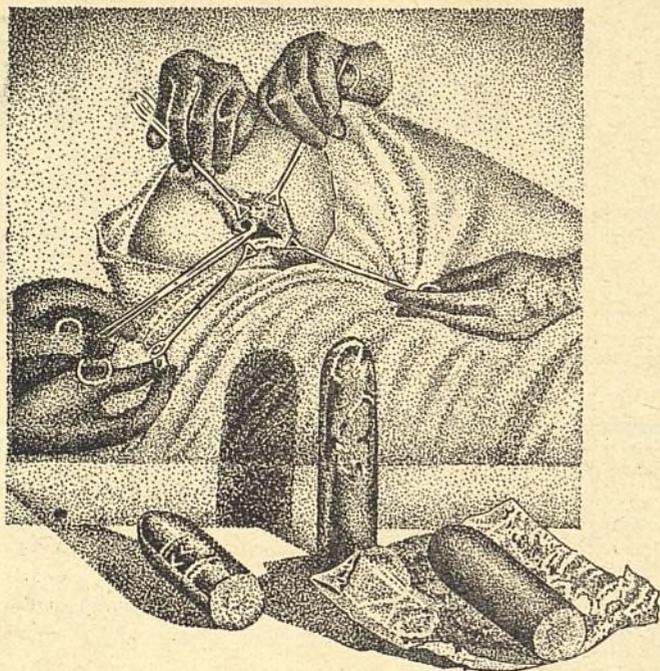
Medicación  
 de **BASE** y de **RÉGIMEN**  
**Estados Arterioesclerosos**  
 y **Carencias Siliceas**

# PYRÉTHANE

## GOTAS

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

**Poderoso Antineurálgico**



# ANUSOL - Goedecke

## A N U S O L

disminuye el catarro de la mucosa inflamada y ejerce una acción astringente sobre la superficie secretante,

por su gran poder antiséptico impide la infección de los nódulos hemorroidales y la formación de abscesos perirrectales,

provoca la granulación y estimula la reparación epitelial,

determina la resolución de los procesos flebíticos agudos, sub-agudos y crónicos del ano,

hace que la evacuación de las materias fecales no sea dolorosa, gracias al reblandecimiento que sufren las heces duras.

No mortifica los tejidos. No es tóxico.

GOEDECKE & CO. LEIPZIG, ALEMANIA

Para literatura y muestras gratuitas dirigirse a:  
LABORATORIO Y COMERCIO SUBSTANCIA, S. A.  
Apartado 410 Barcelona

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

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

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

Solución coloidal  
fagógena  
polivalente.

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

2 FORMAS:  
MICOLISINA BEBIBLE  
MICOLISINA INECTABLE

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

SOLUCION de FLUOROFORMA  
ESTABILIZADO EN LOS  
EXTRACTOS VEGETALES

## G E R M O S E

No Tóxico

SABOR  
AGRADABLE

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

*Comprimidos compuestos de Hipófsis y Tiroides en proporción prudencial, de Hamamelis, Castaña 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

## BIBLIOGRAFIA (1)

CIRUGÍA PLÁSTICA ÉSTICA Y REPARADORA. Deselaers. H. Editorial Científica Médica. Barcelona, 1933. Precio 4 pesetas.

Es hoy en el ancho campo de la cirugía figura de primer plano e interés primordial la rama de la éstica, plástica y reparadora, que es la que se halla dedicada al breve opúsculo que, con gran deleite, acabamos de leer. Bien que en él no se trata más que de aquellos puntos concernientes a la estética de los órganos de la cara, si también de pasada ligera y al final de la obra se hace sobre los vientres en alforja y los pechos, colgantes, asuntos ambos de los más interesantes de la éstica, ya que son donadores de máximos clientes.

El valor de esta pequeña obrita se halla avalado por la gran cantidad de buenas fotografías que la ilustran. Será ella, en fin, para el cirujano que quiera hacer estética del rostro, un buen punto de partida para remontarse a estudios más detallados.

H. S.

\* \* \*

BIOGRAFÍA DE PASTEUR, por Antonio Gómez Izquierdo, Abogado del Colegio de Madrid, acaba de publicar un folleto que contiene la biografía de Pasteur. Estimamos muy útil la obrita de referencia por ser la única biografía del sabio francés que se ha publicado en nuestra lengua.

## PERIODICOS MEDICOS

## Extranjeros

C. Bennholdt Thomson. EL MONGOLISMO Y OTRAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS EN SUS RELACIONES CON LA EDAD AVANZADA DE LA MADRE.—El autor ha observado que la mayor parte de los niños afectos de mongolismo tratados en su clínica habían nacido cuando la madre tenía cuarenta años y más. Sospecha que la idiocia mongoloide puede ser muy bien consecutiva a un agotamiento general de la madre, y como pruebas da, entre otras, la de que casi todos los mongoloides tienen un gran número de hermanos de mayor edad. Otras veces son niños que aparecen en familias pobres cuando la madre tiene edad avanzada y hace cinco a quince años que no ha tenido hijos. Aparte de esto hay que tener en cuenta otra serie de causas que favorecen la aparición de esta anomalía, como la sífilis, la tuberculosis, el alcoholismo y los traumas psíquicos durante el embarazo. El autor cree muy poco probable la acción predisponente de la esterilización temporal previa por los rayos Roentgen o del uso de sustancias químicas anti-concepcionales como causa de esta enfermedad, y estima asimismo que se ha dado demasiada importancia a las alteraciones de las glándulas endocrinas.

Para él la predisposición hereditaria es una de las causas más ciertas. Aunque es una rareza que aparezcan varios hermanos mongoloides en la misma familia, y tampoco parece demostrada la consanguinidad, sin embargo son frecuentes las coexistencias familiares de mongolismo y otras enfermedades o lesiones degenerativas. El estudio del mongolismo en los gemelos habla en el mismo sentido. De los 49 casos de hermanos

gemelos con idiocia mongólica que ha podido encontrar en la literatura, en 30 se trataba de gemelos del mismo sexo y en 19 de gemelos de sexo distinto. Entre los primeros, 20 eran gemelos biovulares y 7 monoovulares. Mientras en los biovulares sólo uno de los gemelos padecía de mongolismo, en los 7 pares de gemelos monoovulares estaban afectos los dos hermanos.

Aunque son pocas las observaciones para sacar deducciones en firme, son lo bastante llamativas para que deban tenerse en cuenta. La herencia dominante no se comprueba ni para estos idiotas ni para ninguna afeción congénita cerebelosa. La edad avanzada de la madre se ha señalado, en cambio, como factor de gran importancia en todas estas enfermedades hereditarias, no sólo por lo que la edad significa, sino también por las mayores lesiones que con el tiempo hayan originado otras causas que vienen actuando desde edades anteriores.

De todos modos los efectos fisiológicos de la edad pueden alterar muy bien el óvulo, y causan no pocos trastornos en su emigración desde el folículo de Graaf hasta su nidación en la mucosa uterina.

Todavía son mayores los trastornos que la edad, por sí sola, es capaz de originar durante las primeras épocas de la nidación en dicha mucosa. (*Zeitschr. f. Kinderheilk.* 53 4).—F. G. D.

Ch. Dejean. LA ACETILCOLINA EN LA JAQUECA OFTÁLMICA.—En enero de 1930 el autor tuvo la idea de inyectar 10 centigramos de acetilcolina a un enfermo de jaqueca en plena crisis de escotoma centelleante. La crisis amblíopica que duraba habitualmente tres cuartos de hora cesó bruscamente a los doce minutos de la inyección intramuscular, y la cefalea consecutiva, que duraba de ordinario cuarenta y ocho horas, no hizo su aparición.

El autor, alentado por este resultado tan satisfactorio, ha vuelto a aplicar esta terapéutica en cuantas ocasiones se le han presentado, y en todas ellas los signos que caracterizan las crisis han desaparecido a los doce o diez y seis minutos, cuando más, después de la inyección de acetilcolina.

De los diversos casos tratados por este procedimiento sólo uno ha podido ser seguido con regularidad durante un año en el que se presentaron once crisis de escotoma centelleante tratadas todas por la inyección de acetilcolina en cuanto se manifestaron. El tratamiento parece haber hecho desaparecer la aptitud para la jaqueca, pues ha transcurrido ya año y medio sin que hayan vuelto a presentarse nuevas crisis.

La inyección de acetilcolina ha yugulado constantemente todas las crisis, mostrándose como un agente terapéutico fiel, que puede ser considerado como remedio específico de la jaqueca oftálmica o al menos de sus crisis.

Esta medicación, por otra parte, es lógica, pues desde los trabajos de Valery-Radot en 1925 sobre la patogenia de las jaquecas se admite en general que la jaqueca oftálmica es debida a un angioespasmo de la región calcarina. Todos los fenómenos concomitantes y las pruebas experimentales y terapéuticas parecen poner de manifiesto que la jaqueca oftálmica es provocada por un angioespasmo de la corteza occipital, o más precisamente, de las ramas de la arteria cerebral posterior que irrigan los labios de la cisura calcarina. La acción clara y fiel de la acetilcolina es un nuevo argumento de peso en favor de esta explicación patogénica. (*La Presse Medicale*, número 103, diciembre, 24 de 1932).—T. R. Y.

M. Dalla Palma. EL TRATAMIENTO ESPLÉNICO EN LAS ENFERMEDADES ALÉRGICAS.—Expungamos algunas tentativas de tratamiento esplénico en enfermedades acom-

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

pañadas, casi siempre, de hemoeosinofilia y, generalmente, consideradas expresión de estados alérgicos en sujetos predispuestos.

Nuestros estudios recientes nos permiten establecer relación entre bazo y eosinofilia por un lado y bazo y estados anafilácticos por otro.

Son conocidos los trabajos sobre la influencia de la esplenectomía sobre el cuadro hematológico en el sentido de una eosinofilia más o menos acentuada; es la eosinofilia observada en órganos internos por Luzzato en caviaes esplenectomizados; es la eosinofilia esencial o constitucional en el curso de linfogranulomas en enfermos con alteraciones esplénicas más o menos intensas; es la hemoeosinofilia de los animales esplenectomizados que cede cuando se tratan con extractos esplénicos. Son los estudios de Mayr y Moncorps sobre la influencia de los extractos esplénicos en los estados anafilácticos. Varios autores han empleado este tratamiento en procesos anafilácticos; urticarias, eczemas; utilizando extractos esplénicos desalbuminados a diferente concentración (40 a 150 por 100) y dosis de dos a veinte centímetros cúbicos.

Hemos sometido a la terapéutica esplénica parenteral 24 enfermos: 13 de asma bronquial; tres de urticaria; dos de eczema crónico; un caso de prurito de la cabeza y miembros superiores, acompañados de eosinofilia variable. Los enfermos asmáticos elegidos han sido los rebeldes a otros tratamientos, con eosinofilia en expectoración y en sangre y siempre realizada la esplenoterapia en su propio domicilio para separar la posibilidad de mejoría por cambio de ambiente.

Los resultados conseguidos, en cuanto al asma bronquial, han sido nulos o casi nulos, aun empleando muy diversos extractos esplénicos y por vía parenteral (intramuscular e intravenosamente) y aun por vía gástrica, administrando bazo fresco durante cinco a veinticinco días y en dosis de 150 a 300 gramos, según tolerancia gástrica.

También han sido precarios los resultados en los casos de urticaria crónica y eczemas. (*Minerva Médica*, Turín, 10 de marzo de 1931, año XXII, volumen I, número 10, página 385).—M. A. C.

*Walker*. TROMBOFLEBITIS MIGRATORIA. —Fue descrita dicha tromboflebitis por vez primera por los doctores Abrahamson y Moorhead en el año 1928. Comienza ésta—casi siempre—por localizarse en las venas profundas o superficiales de los miembros para extenderse luego a las venas del abdomen y del tórax y en casos muy extraños a las del corazón y el cerebro.

Walker hace historia de una observación por él realizada a ésta; sobreañade quince casos más, de los que realiza una historia abreviada. Tan sólo en tres de ellos comenzó la tromboflebitis por la vena visceral, espermática, mesentérica y cerebral. En nueve enfermos se observaron complicaciones de índole pulmonar.

En otros cinco se pudo, si no con gran certeza, sospechar del estreptococo, aunque no se logró poner de manifiesto ningún foco y todos los hemocultivos fueron de resultado negativo.

El autor nos dice, al terminar su trabajo, que esta tromboflebitis puede ser debida a una alteración de la composición físico-química de la sangre—venosa—. (*The Lancet*, número 5, 696, 1932).—J. H. S.

*Fidanza, Schujman y M. Fernández*. PROFILAXIS DE LA LEPRO Y FICHA DE COHABITACIÓN.—En un 80 por 100 de casos de infecciones de lepra son éstos debidos a los coitos realizados por leprosos.

En igual proporción se ve que el período de incubación suele ser de tres a cinco años como máximo. Según los autores, los medios profilácticos son el examen periódico y riguroso de los individuos que cohabi-

tan o han cohabitado con leprosos; dicha medida permite diagnosticar la enfermedad en sus primeros tiempos cuando aún no supone peligro alguno para las personas que les rodean.

Es muy conveniente realizar un examen total del paciente, tanto clínico como bacteriológico—el primero consiste en una buena inspección y rebusca de reflejos y ganglios—y el segundo en la investigación del bacilo en el moco nasal; si por casualidad existiese algún elemento sospechoso se realizará una escarificación para buscar localmente el bacilo; si dicho examen diera un resultado negativo se practica entonces una biopsia. No estará nunca de más verificar una reacción intradérmica—test leprolin o histaminico—. (*Revista Argentina de Dermatología*, tomo XVI, número especial y conmemorativo, 1932).—J. H. S.

*D'Halluin*. FISIOTERAPIA Y ANGIOMAS.—El radium es para D'Halluin el tratamiento de elección de las formaciones angiomasas a causa de su indolencia y de los perfectos resultados estéticos que proporciona. Presenta en este trabajo, y en apoyo de esta tesis, multitud de fotografías que son perfectamente demostrativas. Pienso, sin embargo, que la electrocoagulación subcutánea es también un método que debe reservarse especialmente para las formas voluminosas, en las que proporciona igualmente resultados bastante estéticos. (*Les Cahiers de Radiologie*, núm. 6).—TOMÉ BONA.

*A. Ratti*. LA RADIUMTERAPIA DE LOS ANGIOMAS.—Pasa el autor revista amplia en este trabajo a los diferentes procedimientos físicos empleados en el tratamiento de los angiomas de la piel, deteniéndose particularmente en la técnica y magníficos resultados que la radioterapia proporciona. Considera que en estas formaciones vasculares deben emplearse las dosis pequeñas y repetidas. (*L'Ospedale Maggiore*, febrero 1932).—TOMÉ BONA.

*Collez*. TRATAMIENTO DE LOS ANGIOMAS POR CURIETERAPIA.—Efectúa el autor en este trabajo un detenido estudio del tratamiento de los angiomas por la acción de la curieterapia. Efectúa la distinción entre las modalidades terapéuticas que han de seguirse en los angiomas planos, tuberosos y cavernosos. Insiste particularmente en la necesidad de iniciar el tratamiento lo antes posible, antes que éstos hayan alcanzado un desarrollo extraordinario que impidan la operación sin dejar una cicatriz poco estética. Este tratamiento precoz se basa igualmente en la mayor sensibilidad de los angiomas pequeños a la acción de los rayos emitidos por el radium. (*Jour. de Méd. de Paris*, núm. 50).—TOMÉ BONA.

*L. Escalante Bravo*. CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DEL TÉTANOS EN LA INFANCIA.—En su trabajo hace el autor el estudio y la presentación de su casuística, consistente en 16 casos de tétanos en los niños, de los cuales 13 se dieron de alta por curación, dos a petición y uno solo por defunción.

De esta serie de casos ha podido ver que se presenta esta enfermedad con más frecuencia en los niños que en las niñas (15 por 1).

El período de incubación de este proceso es muy variable, siendo los términos medios aproximadamente de cuatro a doce días; en todos los casos se les ha aplicado el suero antitetánico a dosis fuertes, y empezando por la vía intravenosa o intramuscular, obteniendo, como se puede ver, unos excelentes resultados.

De pronóstico el A. hace notar que no ha encontrado relación entre los casos de fiebre alta con la gravedad de la enfermedad, lo mismo que al contrario casos graves sin fiebre. (*Archivos de Medicina Infantil*, número 3, año 1932).—J. I.

# 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 ex-*  
*tractos del aceite de hig. de bacalao. Es un licor*  
*no alcohólico, ni azucarado, de sabor gratisimo y*  
*tolerado perfectamente.*
- D/ *Medicación YODADA por excelencia.*  
*Depurativo. Reconstituyente*

**SE EMPLEA EN TODAS LAS  
ÉPOCAS DEL AÑO.**  
ES EL RECONSTITUYENTE PREDILECTO DE LOS  
SRES. MÉDICOS PARA USO DE SUS HIJOS.

*Eficaz en el*  
*tratamiento de las* Adenopatías  
Linfatismo  
Escrofulismo  
Raquilismo  
Diabetes  
Hereditosis  
Ameno y Dismenorrea  
Convalecencias  
*Estados llamados "retuberculosos"*



**LABORATORIO MIRABENT BARCELONA**

**ESPECIALIDAD NACIONAL**

**CLOROFORMO  
DAKSA**  
PURÍSIMO ANESTÉSICO  
RESPONDE A TODAS LAS FARMACÓPEAS

DESTILERIAS  
**ADRIAN-KLEIN S.A.**  
BENICARLÓ (Castellón)

Asociación  
gitalina-Uab

**DIGIBAINÉ**

Reemplaza con ventaja  
la Digital y Digitalina.

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

LABORATOIRES DEGLAUDE

6, Rue d'Assas  
PARIS VI.

Muestras y  
literaturas:

José M.<sup>a</sup> Balasch Cuyás (Farmacéutico)  
Avenida 14 de Abril, 440.—BARCELONA

Terapeutica Cacodilica Intensiva e Indolora

**CYTO-SERUM**

A BASE DE CACODILATOS ALCALINOS

Una Inyección intra-muscular cada dos días

*Poderoso Estimulante  
de la Hematopoyese y de la Fagocitosis*

GRIPE  
TUBERCULOSIS  
PALUDISMO  
NEOPLASMA  
NEURASTENIA  
CONVALESCENCIAS

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

Solicítense Muestras Gratis

EN  
AMPOLLAS  
5  
CENTI-  
CUBOS

EN  
AMPOLLAS  
5  
CENTI-  
CUBOS

Elaborado por D. E. Molina Gatteau en el Laboratorio BOIZOT, Luis Cabrera, 47, Madrid

**= BARACHOL =**

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

LABORATORIOS FAUS. — VILAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)

● **RECHACE IMITACIONES**  
**USE Y RECOMIENDE LO MEJOR**  
**PRUEBE SUS EXCELENCIAS** ●  
**PIDA SIEMPRE** ↗

N  
A  
R  
A  
N  
J  
A  
D  
A

L  
I  
M  
O  
N  
N  
A  
T  
U  
R  
A  
L



Sucesor, Aurelio Talens Gil

**Productos higiénicos, nutritivos y refrescantes**  
**Tesoro de Vitaminas. Vigilante de la salud**

Como alimento, dice el renombrado doctor Sandoval Amorós en su trabajo intitulado COMED NARANJAS: "La naranja es la fruta que contiene *mayor cantidad de vitaminas*, destacando, especialmente, la vitamina antiescorbútica, y que será el procedimiento más agradable y más natural de prescribir las vitaminas a los niños, a los adultos sanos, a los viejos, a las embarazadas, a las madres lactantes, a los enfermos crónicos, a los tuberculosos, a los que viven en casas insalubres, donde no reciben las caricias solares..."

La naranjada y limón natural VALENCIA está preparada con productos escogidos, yendo directamente a sus envases y recogiendo todas las propiedades del fruto.

Rechace imitaciones. Pruebe y recomiende

**NARANJADA Y LIMON NATURAL VALENCIA**

LABORATORIO FARMACEUTICO

PONS, MORENO Y C.<sup>A</sup>

Director: D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA  
ESPAÑA

Jarabe Bebé

Tos ferina de los niños. Tos crónica y rebelde de los adultos. Infa-  
lible e inofensivo.

Agentes exclusivos, J. URIACH Y C.<sup>a</sup>, S. A.—Barcelona.

Tetradinamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

Insustituible en la terapéutica de las enfermedades infecciosas. Esti-  
mulante general de las defensas orgánicas a base de colessterina, go-  
menol, alcanfor y estricnina.

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

Mutasán

(INYECTABLE)

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

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación de ferrocarril.

# Vias respiratorias

**JARABE FAMEL**  
à base de Lactocrocoto soluble

**ACCION  
RÁPIDA  
Y  
SEGURA**

calma la tos  
facilita la expectoración  
reanima el estado general

Depósito general para España  
Catal y Martín-Aragón 228 - Bar

—La de Robledillo de la Vera (Cáceres); Renuncia; 4.<sup>a</sup>; 2.000 pesetas; 15 familias; 632 habitantes.

—La de Almadén (Ciudad Real); Renuncia; 2.<sup>a</sup>; 2.750 pesetas; 200 familias; 30 pesetas derechos de opo-  
sición; 9.829 habitantes.

—La de Medrano, Daroca y Sojuela (Logroño); De-  
función; 4.<sup>a</sup>; 1.650 pesetas; ninguna familia pobre; 30  
pesetas derechos de oposición; 775 pesetas; iguales:  
4.625 pesetas.

—La de Aller (Oviedo); Renuncia; 1.<sup>a</sup>; 4.000 pes-  
etas; 150 familias; 4.182 habitantes; 4.<sup>a</sup>; distrito Collan-  
zo; 300 pesetas, gratificación voluntaria.

—La de La Cañiza (Pontevedra); Defunción; 1.<sup>a</sup>;  
3.300 pesetas; 15 familias; 30 pesetas derechos de opo-  
sición; 9.640 pesetas.

—La de Salceda de Caselas (Pontevedra); Defunción;  
2.<sup>a</sup>; 2.750 pesetas; 173 familias; 30 pesetas derechos de  
oposición; 4.411 habitantes.

—La de Santibáñez de la Sierra y Molinillo (Sala-  
manca); Renuncia; 3.<sup>a</sup>; 2.200 pesetas; 40 familias; 30  
pesetas derechos de oposición; 1.047 habitantes.

—La de Villar de Ciervo (Salamanca); Renuncia; 4.<sup>a</sup>;  
1.650 pesetas; 33 familias; 30 pesetas derechos de opo-  
sición; 1.200 habitantes.

—Yunclor (Toledo); Renuncia; 4.<sup>a</sup>; 1.650 pesetas; 40  
familias; 30 pesetas derechos de oposición; 1.250 ha-  
bitantes.

una carrera tan repleta, el presidente Payne sea un enemigo de la pasividad y que dedique aún todas sus fuerzas en pro de una causa a la que tiene tanto cariño, la de la Cruz Roja en Estados Unidos y en el mundo entero.  
(Comunicado por el Secretariado de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja.)

## DECEPCION

¿Vivir, cuando la Vida no ofrece ya atractivo, ni proporciona el bálsamo que ha de curar el mal, ni hace llegar al alma el suave lenitivo que mata las tristezas y alienta el ideal?

¿Vivir, desengañado de todo lo que existe, sin sueños, ¡sin un rayo de luz el corazón!, sin bellas esperanzas, eternamente triste, sin el calor dulcísimo que trae una ilusión?

¿Vivir, cuando ya el alma parece una flor mustia, pródiga, en vez de mieles, en néctares amargos, cuando muere el ensueño y aparece la angustia y son los días sombríos, monótonos y largos?

¡Antes morir, que es esa la redención más bella! Volar hacia otros mundos do no exista el Dolor, donde el alma se expanda y se trueque en estrella y esté exenta de penas... ¡y no sufra de amor!

COSME R. BENAVIDES

Tacuarembó.

## La cartera de Decio Carlan

El órgano de la economía sobre el cual el hombre ejerce menos poder es

el pene; cuando es joven se impone pidiendo gozar, y cuando es viejo no sabe contener la orina.

Ich.

\* \* \*

te he considerado otras veces como un verdadero hombre de honor y he comprometido mi palabra porque me diste la tuya. Mi promesa al fiscal en Grenoble se fundaba sobre tu juramento de no volver a cazar, de convertirte en un hombre ordenado, cuidadoso y trabajador. ¿Eres tú quien acaba de tirar el tiro que ha sonado en las tierras del conde Labranchoir? ¿Y si te ha oído su guarda? ¡Qué va a ser de tí, desgraciado? Felizmente para tí yo no entablaré proceso y te librarás de la cárcel y de perder para siempre tu escopeta. Pero no debieras haber olvidado que si la conservas aún, es por haber condescendido yo a tus súplicas. Es muy hermosa, dijo el comandante reconociendo en ella una escopeta para cazar patos.

El contrabandista levantó la cabeza para mirar a Genestas, como para darle gracias por aquel elogio.

—Butifer—dijo Benassis continuando—, tu conciencia debe reprochar tus acciones; has vuelto a comenzar tu oficio antiguo y quieres volver a verte en seguida encerrado en un calabozo, para que nadie pueda librarte de las galeras, donde serás marcado e infamado. Esta misma tarde espero que me llesves a casa tu escopeta que yo te la guardaré en adelante.

Butifer, por un movimiento convulsivo, cogió el arma por el cañón diciendo:

—Tiene usted sobrada razón, señor Alcalde; soy un miserable que he faltado a mi palabra. Mi escopeta debe permanecer en su casa, y con ello regularé mi vida. El primer tiro que vuelva a tirar, el hijo de mi madre,

será para levantarme la tapa de los sesos. ¡Qué quiere usted! Hice todo cuanto usted me mandó y permanecí tranquilo y contento durante el invierno; pero en la primavera me he derramado como la savia por la Naturaleza. No sé trabajar la tierra, y no tengo la paciencia suficiente para pasarme la vida cuidando las gallinas y los conejos del corral; no puedo agacharme para cavar las legumbres, ni empolverar el aire conduciendo carros por estos caminos, ni permanecer limpiando los caballos en ninguna cuadra; ¿hay, pues, que morir de hambre? No vivo a gusto más que en lo alto de las montañas. Llevaba ya en ese pico ocho días; había visto una gamuza, que no he conseguido matar y que está allí a vuestra disposición en aquella roca. ¡Déjeme usted mi escopeta, señor Benassis, por algunos momentos! Por la salud de Butifer, abandonaré el Cantón, y me iré a los Alpes, donde los cazadores de gamuzas me permitirán estar, recibíendome con el mayor gusto y allí podré reventar en medio de algún glaciar. Hablando francamente, quiero mejor pasar un año o dos viviendo en lo alto de la montaña sin tropezar con autoridad alguna, ni con los aduaneros, ni con los guardas de montes o fiscales, que vivir cien años en estas tierras pantanosas. Solamente usted me merece respeto y consideración en este mundo. Pues aunque le sobre la razón, castiga siempre con la mayor dulzura.

—¿Y Luisa?—dijo entonces Benassis.

Butifer permaneció un poco pensativo.

—¡Buen mozo!—añadió Genestas—, aprende a leer y

## CARABAÑA: el mejor purgante

El duñar es condición superior en el individuo a la del saber, porque agrega a ésta la condición de probidad reconociéndose incapaz de acierto absoluto.

Ich.

**Teligan** <sup>fem.</sup>  
"Hemming"  
Desordenes de la menstruación  
frigidez etc.

El hombre, al salir de la mano de Dios, me parece un terrón poroso de azúcar; nacer, es sumergirse en el mundo ambiente que va impregnándole y deformándole hasta apoderarse completamente de él. Por eso, cuanto

## IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico  
**BALDACCIPISA**

más se aleja de la niñez, más se encanalla confundiendo con el mundo.

Ich.

**JARABE ALMERA**  
a base de fosfato de cal gelatinoso, el más asimilable

Hay hombres que han intentado el espejo continuo, como han inventado otros el papel continuo. A cualquiera parte que dirijan su mirada no encuentran otra cosa que la reproducción de su propia personalidad. Hay que estar agradecidos a estos tales, pues son grandes proveedores de lo cómico, creyendo ellos que nutren lo sublime. ¡Pobrecillos!

Ai posteri la comica sentenza.

*Ich.*

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

La juventud y la primavera son las secreciones internas de que vivimos, pero la opoterapia farmacológica quiere reducir las al provecho de los médicos cursis y ganosos de reputaciones improvisadas.

*Ich.*

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

Dice Octavio Feuillet "que no hay situación por humilde que sea, donde la dignidad personal no pueda sostenerse y elevarse". Y yo digo también lo contrario: que no hay situación,

sobre todo improvisada, en que no se muestre miserable quien siempre lo fué respecto a los demás.

*Ich.*

**PAIDOTROFO**  
TONICO INFANTIL

El hombre es como ser zoológico, imperfecto y contrahecho; como ente psicológico, imposible de redención, y como entidad ideal moral absolutamente monstruoso y despreciable. Su mejoramiento es y será en la historia indefinido por la industria; confuso por el concepto moral e irrealizable por la conducta definitiva.

*Ich.*

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

No respondas al necio según su necesidad, porque no te hagas semejante a él.

Responde al necio según su necesidad, porque no se crea que es sabio. (Proverbio.)

**Antiséptico Glorógeno Lumen.**

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

**Autocar**

Autocar es una guía de servicios interurbanos de autobuses. Es una obrita tan útil como económica: cincuenta céntimos. Por riguroso orden alfabético, se inserta al final un índice indicando los pueblos, con distancia en kilómetros que les separa de Madrid, y el número de líneas que hacen servicio a los pueblos. Al principio presenta un admirable mapa de

Fábrica especializada en Productos Dietéticos y de Régimen Vegetariano.

**CASA SANTIVERI, S. A.**  
Call, 22. — BARCELONA

España, con indicación de las carreteras, y aprovecha el reverso de este mapa para ilustrarlo con preciosas fotografías de lugares más interesan-

**ION-CALCINA**  
PALLARES

A base de Cloruro de Calcio  
Frasco e inyectables.

tes. También se indican los precios de cada viaje, el lugar de partida y horas de salida y llegada.

La Guía Autocar es utilísima para todo viajero y precisa a toda persona que necesite encargos desde cualquier punto por donde circulen estos autos.

a escribir y te vienes a mi regimiento, aprendes a montar a caballo y te hacemos después carabinero. Si alguna vez suena el clarín para una guerra, verás que Dios te ha hecho para vivir en medio de los cañones, de las balas y de las batallas y podrás llegar a ser general.

—Sí, como Napoleón hubiese vuelto, no tendría nada de particular—respondió Butifer.

—¿Conoces tú nuestras convenciones?—dijo el médico—. A la segunda contravención me prometiste hacererte soldado. Te concedo seis meses para que te enseñes a leer y escribir; después yo encontraré alguien que te pueda alistar.

Butifer echó nuevamente una mirada hacia las montañas.

—¡Oh!, en modo alguno irás a los Alpes—dijo Benassis—. Un hombre de tus condiciones, un hombre de honor, lleno de hermosas cualidades, debe servir a su país, mandar una brigada y no morir persiguiendo gamuzas. La vida que llevas te conduce rectamente al presidio. Tus excesivos trabajos te obligan a largos reposos; a la larga adquirirás las costumbres de una vida ociosa que destruirá en ti toda idea de orden, acostumbrándote a abusar de tus fuerzas, a hacerte justicia a ti mismo, y mi deseo está en conducirte por el buen camino aun a tu pesar.

—Me será preciso que reviente de apatía y de pena. Me ahogo cuando estoy un poco tiempo en cualquier

ciudad. Cuando llevo a Luisa a Grenoble, me veo y me deseo para poder pasarme allí un día.

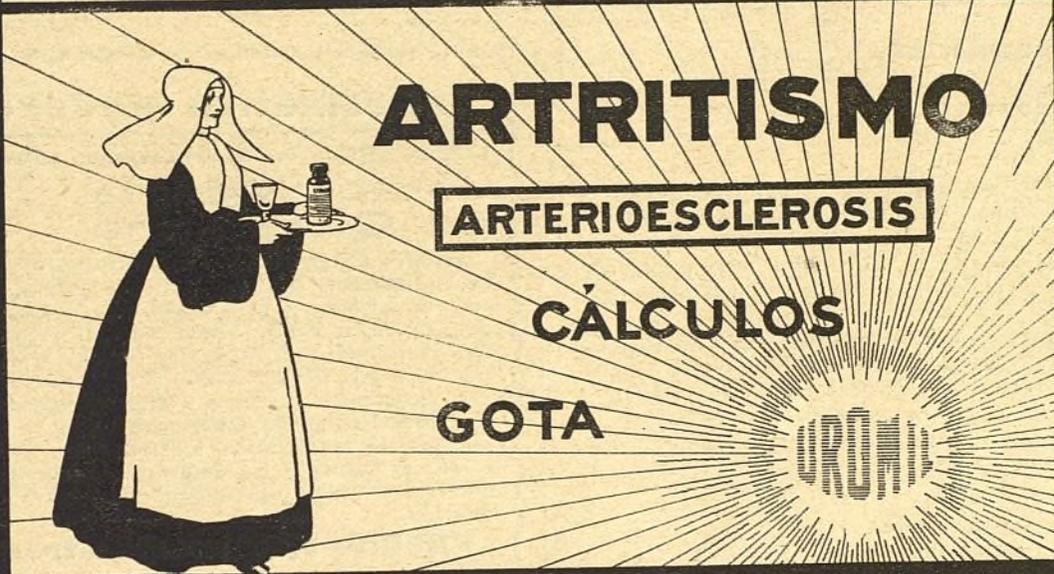
—Todos tenemos en el mundo pensamientos que necesitamos saber combatir o hacer útiles para nuestros semejantes. Pero hoy ya es tarde, mañana irás a verme a casa y me llevarás la escopeta; allí hablaremos de todo lo que te convenga hacer.

Con aquello los dos caballeros se retiraron para seguir su camino interrumpido. He aquí lo que yo llamo verdaderamente un hombre—dijo Genestas.

—Sí, pero un hombre en malos caminos—respondió Benassis—. Pero, ¿qué le hemos de hacer? Ya ha oído usted sus modos de pensar. ¿No es una lástima considerar de qué manera tan miserable se pierdan tan buenas cualidades? Como el enemigo invadiese nuestro país, Butifer, a la cabeza de cien hombres, detendría en la Mariana una división durante un mes; pero en tiempos de paz no puede desenvolver sus energías más que en los casos en que falte a la ley. Necesita siempre estar luchando contra alguna fuerza poderosa; cuando no corre peligro su vida, lucha contra la sociedad ayudando a los contrabandistas. Este granuja sabe pasar el Ródano en una mala barquichuela, con el único fin de introducir zapatos de contrabando en Saboya; salva cualquier cargamento en cualquier pico inaccesible, donde permanece los días necesarios viviendo con unas cortezas de pan. En fin, que es tan partidario de los mayores peligros como otros muchos pueden serlo de los mejores sueños. A fuerza de disfrutar del placer que propor-

# Uromil

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



**ARTRITISMO**

**ARTERIOESCLEROSIS**

**CÁLCULOS**

**GOTA**

**URONIA**

# REUMA

LABORATORIOS VIÑAS - CLARIS, 71 - BARCELONA

## LIBROS DE INTERES

Los suscriptores de EL SIGLO MÉDICO pueden solicitar de la Administración los libros que deseen. No serviremos ninguna obra sin previo pago. Los libros siguientes son los únicos que se pueden remitir contra reembolso, cargando 75 céntimos por esta forma de envío:

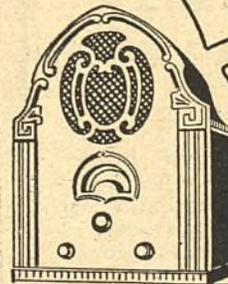
*Pesetas*

<i>Sinónimos de medicamentos modernos</i> , por Gustavo López y García. Rústica.	4
<i>El problema médico-social de la tuberculosis</i> , por Tomás de Benito. Rústica...	7,50
<i>El bandido de Fontfreda</i> , por R. Comenge. Novela (parte II). Rústica.....	6
<i>Programas y Reglamentos de Médicos titulares, Lucha antivenérea</i> (dos pesetas). <i>Sanidad Militar, Estatutos de los Colegios Médicos, Provisión de vacantes de médicos y farmacéuticos</i> , cada uno .....	1,50
Monografías .....	1,50
<i>Contestaciones al Programa de médicos titulares</i> , 4 tomos. Rústica .....	25
<i>Paseos de un solitario. Hombres y mujeres de mi tiempo</i> , por C. M. <sup>a</sup> Cortezo. Rústica.	
Primera serie .....	5
Segunda serie .....	6
<i>Indicaciones del Forceps y técnica operatoria del mismo</i> , por el doctor Paulino A. Pons. Rústica .....	4
<i>Tratado práctico de etiqueta y distinción</i> . Rústica .....	4

# 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

# JARABE Cloofosfato ALMERA

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

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



Más de 37 años de éxito creciente

De venta en: Xucá, 21, Barcelona, en la Farmacia Almera y Laboratorio, Plaza de Guimerá, 14, Vilasar de Mar y en las principales Farmacias y Droguerías.

## Correspondencia administrativa

Sólo la correspondencia que venga acompañada del franqueo correspondiente será contestada por carta directa.

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

- D. Luis Sines Gómez.—Pagado fin diciembre 1933.
- D. Mancio Mulero.—Id.
- D. Eusebio Juárez.—Id.
- D. Baltasar Bugeda.—Id.
- D. Jesús López de Castro.—Id.
- D. Víctor Corral y Jorge.—Id.
- D. Juan Lombardo.—Id.
- D. Eusebio Cuadrado.—Id.
- D. Enrique García.—Id.
- D. Antonio Porta.—Id.
- D. José del Río Martínez.—Id.
- D. Jesús Témez y Témez.—Id.
- D. Anesio Gutiérrez Pastor.—Id.
- D. Ladislao Ortega.—Id.
- D. Fermín Hervella Gómez.—Id.
- D. Eduardo Peláez.—Id.
- D. Antonio Téllez Afuado.—Id.
- D. Alfonso Paz Gallego.—Id.
- D. Francisco Ogando.—Id.
- D. José Antonio Cabado.—Id.
- D. Claudio Carrasco.—Id.
- D. Francisco Lloret.—Id.
- D. Manuel Jesús Torres.—Id.
- D. Máximo Viana.—Id. fin marzo 1934.
- D. Luis Díaz.—Id. fin diciembre 1933.
- D. Manuel Gago.—Id.
- D. José Llangort.—Id.
- D. Juan A. González.—Id.

Continúa en la página XXIII.)

### Dos libros de gran interés para los médicos

#### Anatomía Patológica y Patogenia de la Tuberculosis

por el DR. VALDES LAMBEA

El concepto actual de la evolución de esta enfermedad, expuesto en forma sencilla e ilustrado con grabados y radiografías.—Obra de gran sentido práctico. Primer tomo de la Biblioteca de *Revista Española de Tuberculosis*.—Interesante colección que ha de componer un tratado completo de la especialidad, escrito por los mejores autores.— Precio: 10 pesetas.

**Trabajos del Hospital Nacional** (Tercer volumen) contiene documentados originales del DR. M. TAPIA y sus colaboradores y gran profusión de grabados.

Precio: 16 pesetas.

Pedidos *Revista Española de Tuberculosis*, Alcalá, 84.—MADRID o a EL SIGLO MEDICO Serrano, 58, 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 crónicos, haciendo cesar la fatiga y produciendo una suave expectoración.

**PRECIO: 6,50 pesetas frasco**

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



## ALMORRANAS



Producto español a base Hamam-virg.<sup>a</sup> Æsculus hippocast, novacaína, anestésina, etc. Cura Hemorroides internas, externas, sangrantes y padecimientos del recto.

**Tubo con cánula, 3,60 pesetas; correo, 4,10**

De venta en farmacias

cundaria y se presenta durante el periodo de mejoría de la enfermedad y otras veces es primitiva, iniciándose por hormigueos y sensación de inseguridad y de torpeza en los miembros. El enfermo que padece esta forma no tiene la marcha en forma de *steppage* como el caso corriente, pero anda dando talonazos en el suelo como el enfermo tabético porque lanza su pierna hacia adelante y no puede evitar que caiga pesadamente al suelo. Se presenta el sintoma de Romberg y hay ataxia, tanto en los movimientos del miembro superior como en los del inferior. Los reflejos tendinosos y cutáneos están abolidos. Hay una atrofia ligera de la musculatura de los miembros inferiores, pero estas masas musculares no son dolorosas a la presión.

En cambio, tiene el enfermo a veces dolores vivos y terebrantes, hasta fulgurantes y en las extremidades los trastornos de la sensibilidad pueden acabar en una anestesia completa. Si a esto se añade, como sucede algunas veces, la existencia de trastornos oculares se comprenderá que fácilmente se cree en la existencia de una tabes, que es la pseudo-tabes neurítica. Los trastornos cerebrales dan a la polineuritis caracteres especiales.

Algunas veces se ha dado al proceso el nombre de psico-polineuritis, pero este nombre está mal dado. La amnesia es corriente en el curso de la polineuritis, y como quiera que quien hizo los principales estudios sobre este sintoma fué Korsakoff, de ahí que se suele llamar a la combinación de la polineuritis con la amnesia síndrome de Korsakoff. Se presenta de preferencia en las neuritis consecutivas a la intoxicación alcohólica. Claro está que tratándose de un proceso tóxico se puede presentar en otras intoxicaciones que no sean la alcohólica y hasta en algunas infecciones. Además, los trastornos cerebrales coinciden en estos casos con los de la polineuritis por tener el mismo origen, pero no con consecutivos a ellos.

Comienza este trastorno por apatía y cambio de carácter. Los trastornos más destacados son la amnesia, el estado de confusión y las alucinaciones. La amnesia puede ser total, pero lo más corriente es que afecte a los hechos nuevos en tanto que los más antiguos se conservan bastante bien. El enfermo olvida inmediata-

tensor común de los dedos y como quiera que en este primer periodo se encuentran libres todavía los extensores propios del meñique y del índice, cuando se solicita del enfermo un esfuerzo de extensión solamente lo logra en estos dedos, quedando en flexión el anular y el medio. Poco a poco van quedando afectos asimismo los demás músculos del antebrazo inervados por el radial, que son todos los de las dos capas de la región posterior y los de la región externa, pero lo característico de este proceso es que casi siempre queda libre el supinador largo. En realidad, este músculo no se debe llamar supinador. Solamente cuando el antebrazo está en pronación forzada produce la supinación y para eso a medias. En cambio si el antebrazo se encuentra en supinación completa produce algo de pronación y en realidad su acción es flexora.

Para explorar este músculo basta descubrir el miembro superior hasta un poco por encima del codo e intentar al enfermo a que ponga el antebrazo en flexión en ángulo recto con el brazo. Si en esta posición se carga un peso en la mano dirigida, la palma hacia arriba, o se le ruega que haga un esfuerzo de flexión contra un objeto resistente, se verá que en la parte externa del codo se marca un relieve que muy prominentemente junto al brazo se va reduciendo poco a poco hacia el centro del antebrazo.

Es mucho más raro que la parálisis afecte a los músculos inervados por el circunflejo (deltoides) y por el músculo-cutáneo (biceps, córaco-humeral); braquial anterior. Asimismo se ha descrito algún caso, pero estos más excepcionales aún, en los que la parálisis afectaba a los músculos pequeños de la mano inervados por el cubital y por el mediano. Tras de haber atacado al miembro superior se extiende la parálisis al inferior, donde suele comenzar afectando a los músculos peróneos laterales y tras de ellos a los de la región anterior de la pierna. Aparte de estos casos localizados hay otros de parálisis motora generalizada, pero en la que la incapacidad funcional y la atrofia atacan sobre todo a los músculos extensores de los dedos de la mano y del pie. Por último hay casos de polineuritis sensitiva sensitivo motriz que evolucionan del mismo modo

tamente lo que se le acaba de decir y no se da cuenta de las alteraciones de su memoria. A estos trastornos amnésicos se añade muchas veces un estado de confusión, por efecto del cual se encuentra el enfermo desorientado en el tiempo y en el espacio. Completan los trastornos las ilusiones y las alucinaciones sensoriales, especialmente las de la vista, pero algunas también del oído. En los alcohólicos es muy corriente la visión de animales extravagantes, que tiene lugar especialmente al anochecer, de modo que el enfermo que estaba todo el día en estado indiferente entra, al llegar esta hora, en un estado de excitación que necesita una vigilancia especial, porque muchas veces presentan fobias con tendencia a las fugas. La mayoría de los enfermos presentan polineuritis graves y más sensitivas que motoras, especialmente cuando son de origen alcohólico, pero esto no quiere decir que no haya casos en los que los síntomas son ligeros y hay necesidad de explorarlos detenidamente. La psicosis tiende a la curación, pero la memoria y la capacidad de atención no se restablecen por completo. Otras veces las ideas delirantes se van haciendo más claras y esta psicosis polineurítica se hace la primera fase de un delirio sistematizado.

La última fase de este trastorno es una demencia que puede afectar el aspecto de una parálisis general de origen alcohólico o en una persistencia de los síntomas que se iniciaron, o sea de la pérdida de la memoria y de la atención.

La primera afectó, como hemos dicho, a los hechos recientes en tanto que suele haber un recuerdo normal de los hechos antiguos. El enfermo tiene también tendencia a la fabulación.

Por la localización de los síntomas se distinguen una polineuritis generalizada y simétrica y otra diseminada que afecta a uno o varios territorios nerviosos periféricos de un miembro, pero respeta los homólogos del otro lado. Lo corriente es que empiece por los miembros inferiores para extenderse después a los superiores, y en último período, si el enfermo llega a él, a los nervios bulbares. Es muy poco común que sea descendente.

Hasta aquí hemos considerado una enfermedad de

marcha lenta, porque así suele ser, pero existen casos de marcha aguda en los que el proceso comienza como infección con fiebre y tiene una evolución brusca. Los trastornos se inician tras de una enfermedad ocasional cualquiera (gripe, entriamiento, etc.), tras de un esfuerzo, una mojadura o sin que se puedan encontrar motivos a los que achacar el proceso. La elevación brusca de la temperatura se acompaña de los trastornos de quebrantamiento que son usuales en los brotes febriles. Al principio existen en los miembros inferiores algunos hormigueos, al cabo de pocos días se inician los síntomas de localización. Tales síntomas son los dolores en los músculos a los que sigue de una manera inmediata una parésia que se transformará en seguida en parálisis completa. Los síntomas que son rápidamente ascendentes, inmovilizan al enfermo en pocos días y acaban por alcanzar los nervios bulbares. En los casos típicos presenta el enfermo, clínicamente, el aspecto de la parálisis ascendente aguda de Landry. En los casos excepcionales la evolución es muy rápida; los trastornos bulbares son precoces e intensos y en menos de una semana muere el enfermo por asfixia o parálisis del corazón. Si la marcha ascendente se detiene antes de que haya llegado el proceso a los nervios bulbares puede la enfermedad tomar la marcha crónica corriente y hasta evolucionar hacia la curación. Desde luego no es el proceso tan grave como la parálisis ascendente aguda de Landry de origen mielítico.

La etiología de cada caso puede dar a este un aspecto especial. Hemos de hacer algunas consideraciones sobre la misma, si bien en la mayoría de ellas seremos breves por corresponder en líneas generales con la marcha típica que hemos escogido para la descripción.

La polineuritis saturnina común es una neuritis motor que suele afectar a los miembros superiores, de los cuales ataca muy especialmente al radial. Aunque hay casos en los que es primitiva, lo corriente es que vaya precedida de otras manifestaciones de la intoxicación saturnina, por ejemplo, cólicos de plomo, nefritis o artralgias. Las lesiones comienzan de una manera insidiosa.

El primer músculo que se encuentra afecto es el ex-



# PARA CLINICA O SANATORIO

En lugar adecuado, a cuatro kilómetros de Cibeles, con tranvía y autobús a la puerta, véndese hotel tres plantas (y ático apropiado para laboratorio). Edificio de construcción moderna en el centro de terreno cuadrado, rodeado de jardín y huerta. Superficie total, 20.000 pies. Agua de Lozoya y pozo con motor de aire; calefacción central, gas, electricidad, alumbrado y uso doméstico; saneamiento perfecto a alcantarilla general. Garaje dos o tres coches. Pabellón de portería. Lavadero. Cobertizo para aves.

**Libre de todo gravamen véndese contado o plazos garantía**

**Peticiones e información: APARTADO 822**

- D. Segundo Velasco.—Pagado fin diciembre 1933.
- D. Saturnino Rivera.—Id.
- D. Luis Pérez Olea.—Id.
- D. José García Fraga.—Id.
- D. Antonio Núñez.—Id.
- D. Bienvenido Sánchez.—Id.
- D. Cipriano Villalonga.—Id.
- D. Tomás Gómez.—Id.
- D. Eudaldo Martínez de Bourio.—Idem.
- D. José Carrero Blázquez.—Id.
- D. Angel González Cambor.—Id.
- D. José Antonio García.—Id.
- D. Benito Cuadrillero.—Id.
- D. Domingo Vellilla.—Id.
- D. José Abadía.—Id.
- D. Fernando García.—Id.
- D. Vicente Val.—Id.
- D. Joaquín García.—Id.
- D. Jesús del Hoyo.—Id.
- D. José Pérez Albaladejo.—Id.
- D. Leovigildo Camacho.—Id.
- D. Francisco Olmo.—Id.
- D. Eduardo Vallejo.—Id.
- D. Francisco Paje.—Id.
- D. Luis García López.—Id.
- D. Abilio Vinuesa.—Id.
- D. Francisco González Marruenda.—Idem.
- D. César Borrachero Tena.—Id.
- D. Ramón Torrabadella.—Id.
- D. Jesús Fernández.—Id.
- D. Santiago López Martín.—Id.
- D. Abilio Hidalgo Cabezudo.—Id.
- D. Jesús Rodríguez.—Id.
- D. Félix Núñez.—Id.
- D. Fernando Montejo.—Id.
- D. Ramón Rubio.—Id.
- D. Saturnino Roselló.—Id.
- D. José Burgos.—Id.
- D. Fernando G. del Rosal.—Id.
- D. Ventura Morón.—Id.
- D. Angel Galbán.—Id.
- D. Francisco Sieyra.—Id.
- D. Francisco Gandía.—Id.
- D. Antonio Ferraz.—Id.
- D. Juan Luengo.—Id.
- D. Manuel Vicente.—Id.
- D. Federico Ruiz Buendía.—Id.
- D. Toribio Reguero.—Id.
- D. Angel Castellanos.—Id.
- D. Domingo Boás.—Id.
- D. Angel Hernández.—Id.
- D. Francisco Gutiérrez.—Id.
- D. Leandro García López.—Id.
- D. Manuel García Blázquez.—Id.
- D. Carmelo Navarro.—Id.
- D. Rafael Sánchez Fernández.—Id.
- D. Marcelino García.—Id.

- D. Luis A. Peña Rubio.—Pagado fin diciembre 1933.
- D. Evaristo Toimil.—Id.
- D. Antonio Requena.—Id.
- D. Antonio Vidal.—Id.
- D. Albano Fernández.—Id.
- D. Pedro Coco Rodríguez.—Id.
- D. Felipe Serrano Torres.—Id.
- D. Luis Ruiz de Arcaute.—Id.
- D. Juan Garrido.—Id.
- D. José Capilla y Conde.—Id.
- D. Demetrio Laguna.—Id.
- D. Dionisio Martín y Martín.—Id.

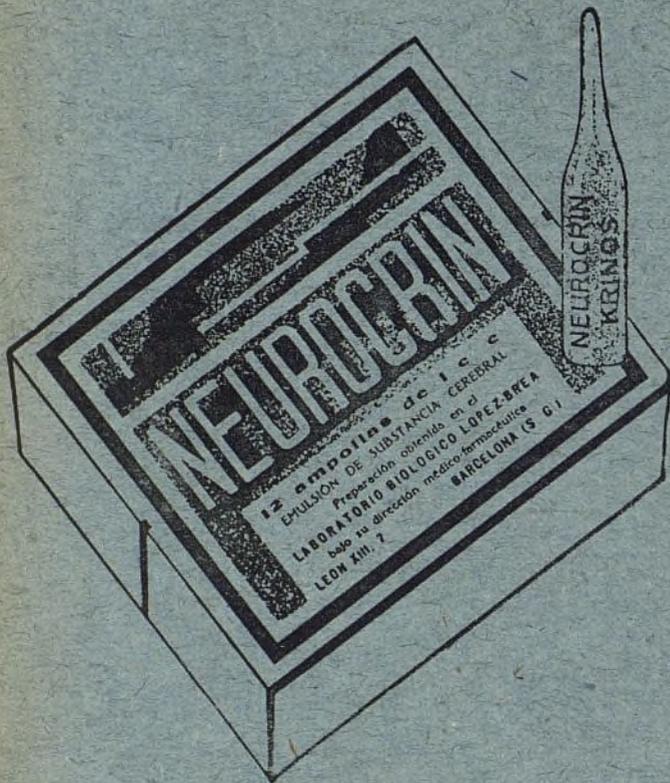
- D. Pedro Plaza.—Pagado fin diciembre 1933.
- D. Francisco Ruiz Miguel.—Id.
- D. Emilio Fernández Gómez.—Id.
- D. Luis Varela.—Id.
- D. Carlos Pino.—Id.
- D. Julio Sobrino Gutiérrez.—Id.
- D. Policarpo Pérez Delgado.—Idem fin febrero 1934.
- D. Otilio Feliz de Vargas.—Id. diciembre 1933.
- D. Tomás Cabezudo.—Id.
- D. Antonio Garrido.—Id.
- D. Manuel Virseda y Diego.—Id.
- D. Salvador Pena Perales.—Id.
- D. Francisco Viseras López.—Id.
- D. Arminio Guajardo.—Id.
- D. Inocente García Montoro.—Id.
- D. Luis Torralba.—Id.
- D. Víctor Cancela Noguero.—Id.
- D. Enrique Fernández.—Id.
- D. Estanislao Bronte.—Id.
- D. Antolín Caballero.—Id.
- D. Santiago Bañuelos.—Id.
- D. Teodoro Bragado.—Id.
- D. Ricardo Asunc.—Id.
- D. Joaquín Girón Jiménez.—Id.
- D. Félix Alegre Mata.—Id.
- D. Joaquín Qüeral.—Id.
- D. Ricardo González Pérez.—Id.
- D. Francisco Gómez Blanco.—Id.
- D. Antonio Cruz Burgueño.—Id.
- D. José Parra Bustos.—Id.
- D. Gil García.—Id.
- D. Enrique Friero Amor.—Id.
- D. Ceferino de la Fuente Martín.—Idem.
- D. Roberto Bazán.—Id.
- D. Primitivo Martínez Marcos.—Id.
- D. Tomás de Menchaca.—Id.
- D. José María Mayor Jiménez.—Id.
- D. Eustaquio Lozano.—Id.
- D. Anselmo Segarra.—Id.
- D. Justino del Villar.—Id.
- D. Salvador de Urrutia.—Id.
- D. Bonifacio Menéndez.—Id.
- D. José Tasande Mato.—Id.
- D. Juan Guerra Valdés.—Id.
- D. Fortunato Fernández.—Id.
- D. Aurelio Sáiz Aldama.—Id.
- D. Pedro Zarallo.—Id. fin marzo 1933.

(Se continuará.)

**ANALISIS**  
de orinas, esputos, leches, sangre, aguas, etc.  
**Laboratorio del Dr. E. ORTEGA**  
Sucesor del DR. CALDERON;  
**Carretas, 14.-Madrid**  
**FUNDADO EN 1866**

*Las enfermedades del*  
**Estómago e**  
**Intestinos**  
*dolor de estómago, dispepsia, acedías y vómitos, inapetencia, diarrea, úlcera del estómago, etc., se curan positivamente con el*  
**ELIXIR ESTOMAAL**  
**SAIZ DE CARLOS**  
(STOMALIX)  
*Poderoso tónico digestivo que triunfa siempre.*  
Venda: Principales farmacias de España.

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



**Terapéutica Biológica de las Jaquecas**

# Neurocrin Krynol

(Emulsión aséptica de sustancia cerebral)

### INDICACIONES

- Antineurálgicas (jaquecas)**
- Anticonvulsivas (síndromes epilépticos)**
- Antigénicas (disonias 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, Surmenage, Desnutrición y Raquitismo**

### ADMINISTRACION Y DOSIS

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

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

MUESTRAS PARA EXPERIMENTACION CLINICA  
 LEON XIII, 7  
 Laboratorio Biológico LÓPEZ-BREA  
 Ayuntamiento de Madrid

## TERAPEUTICA DE LAS ALTERACIONES MENSTRUALES

# OVARIOTONO

COMPOSICIÓN { Sustancia ovárica, 0.10; Sustancia (froides, 0.08; Viburnum prunif. extr., 0.06; Piscidia erythrina extr., 0.06; Hyoscyamus niger ext., 0.01.



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

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

# HEMOSTONO

COMPOSICIÓN { Sustancia mamaria, 0.10; Sustancia placentaria, 0.05; Secale cornutum extr., 0.06; Hamamelis virg. extr., 0.04; Hidratis 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)

## SECCIÓN 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 Carlán. — Las Universidades de América: Baltimore, por J. Álvarez Sierra. — III Semana de Higiene Mental, por J. H. Sampelayo. — Academias, Sociedades y Conferencias. — Sociedad Española de Tisiología. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Vacantes. — Correspondencia. — Por las clínicas de Europa. — Tertulia Médica. — Anuncios.

## BOLETIN DE LA SEMANA

*El nuevo director de Sanidad.—La enseñanza médica en París.—Agasajo a un gran maestro de la cirugía.*

Hasta el día 20 no ha publicado la *Gaceta* el Decreto nombrando director general de Sanidad a don Julio Bejarano Lozano.

Muchos días antes ya se comentaba en los centros políticos y médicos esta decisión del Gobierno, que se daba por acuerdo firme.

Pudimos, pues, hablar antes de ello, y no lo hicimos por temor de ser indiscretos con el elegido.

Pero hoy ya es lícito manifestar aquí plenamente cuanto nos satisface y esperanza, por la clase médica, la designación del Dr. Bejarano para tan difícil cargo como es la Dirección de Sanidad, difícil sobre todo en los momentos en que el Dr. Bejarano llega a ella.

Desde luego, que este es el primer elogio que merece el actual director. Llegar a un puesto así cuando nada se tiene que perder, puede uno permitírselo todo y se cuenta con amplias posibilidades de éxitos, es cosa fácil y que no merece señalamiento. Pero llegar a la Dirección de Sanidad cuando llega Bejarano, dejando a un lado cuanto Bejarano tiene que dejar, y aceptando todos los graves peligros que tendrá que sortear su gestión sin que sea responsable del planteamiento de ninguno de ellos..., *apachugar* con una situación así, cuando no se necesita, cuando todo le brinda a uno otro camino, más suave, más florido, más gustoso y más provechoso... Cuando se hace eso (que ya tiene otros casos la historia de la Dirección de Sanidad), cuando se hace todo eso es que se tiene un gran corazón y una gran inteligencia, y eso es lo que primero hay que aplaudir a Julio Bejarano, aunque no nos sorprendan tales dotes en quien es hijo de nuestro fraternal amigo D. Eloy.

Julio Bejarano tiene una de las más bellas historias profesionales de nuestra juventud médica. Es hoy en España un verdadero profesor de la especia-

lidad dermo-sifiliográfica. Es un valor conocido y real para todos los médicos. *Es un médico*, y es un *sanitario*. En toda España no habrá hoy nadie, que tenga pie en las cuestiones de nuestra profesión, a quien precise correr de puerta en puerta preguntando: *¿Quién es este señor?* Y, caso también curioso, el nuevo director es uno de esos *perseguidos* por el estúpido prejuicio de "EL HIJO DE DON FU-



Dr. Julio Bejarano Lozano.

LANO", que significa algo terrible entre los médicos, pero que a Julio Bejarano le tiende una fresca sombra de simpatía sobre el abrasado batallar de sus grandes méritos personales.

Es público y notorio cuán cordial y sincera tiene que ser nuestra enhorabuena desde estas líneas, y cuántos ecos de sentimentalidad y de recuerdos florecidos en llanto trae a nuestro espíritu esta verdad del día que parece trastornarnos el curso implacable del pasado: —¿Quién es el Director general de Sanidad?—preguntamos, y cuando nos contes-

tan: —¡El Dr. Bejarano!, sentimos, primero, como la reacción del ánimo contra una chuscada de nuestra memoria, y luego una fuerte emoción que nos anuda la voz en la garganta cuando, frente al retrato de nuestro viejo amigo muerto, murmuramos: —¡Pobre amigo mío!

\* \* \*

En París ocurre algo que ha conmovido las actividades de M. Jorge Hayem. Ocurre que el ministro de Sanidad acaba de acordar la construcción de una nueva Facultad de Medicina en París, la que supone al contribuyente francés un desembolso de ochocientos millones de francos.

Jorge Hayem se ha levantado en plena Academia y ha dicho: —¿Ustedes creen que esto no nos atañe a nosotros? Porque a mí me parece que cuando se decide un ministro a derribar por un lado y a construir por otro una Facultad de Medicina de 800 millones de francos, se ha debido antes detener muy despacio en un plan de organización de la enseñanza y del cultivo de la Medicina.

Pero como el ministro no habla de ello, y a Jorge Hayem le parece que es lo principal, entiende oportunas sus muy atinadas consideraciones ante la Academia de París.

Parte Hayem del recuerdo de un informe de Léon Bernard sobre los Institutos médicos:

“La medicina comporta, como todas las ciencias análogas, dos especies de enseñanza: la enseñanza elemental profesional y la enseñanza superior. La primera forma los prácticos, les enseña la técnica de su profesión, les inculca las nociones clásicas de aplicación práctica innegable. La segunda se propone contribuir al progreso de las diversas ramas de los conocimientos médicos. Estas dos enseñanzas, de finalidad diferente, deben producirse en organismos distintos, apropiados a sus fines. Reclaman cada una una escuela diferenciada de la otra. Las dos enseñanzas están actualmente confiadas a los mismos hombres, y así tal organización peca por su base y seguirá pecando hasta que se reconozca la verdad de estos razonamientos.”

Y Jorge Hayem argumenta en firme sobre la concepción de Léon Bernard y convence y atrae a su campo a Emilio Sergent y a Marfan y a Lapique y a Roux...

Antes de sentar sus conclusiones, Jorge Hayem exclama doliente: —¡Yo me pregunto cómo es posible enseñar prácticamente enfermedades infecciosas a los DIEZ MIL estudiantes de la Facultad de Medicina de París! ¡Y según la estadística del año actual, en 1938 habrá DIECISIETE MIL DOSCIENTOS!

Después propone: 1.º Crear, de un lado, la enseñanza profesional completa, produciéndose ésta casi

por entero en los hospitales. Por otro lado se organizará la enseñanza superior en los Institutos. 2.º Se admitirán como estudiantes de Medicina solamente a los jóvenes que hayan pasado por el severo, duro, noviciado siguiente: a) Obtención de los dos bachilleratos (franceses), letras, *latín, griego* y ciencias, lenguas vivas; b) Preparatorio de ciencias naturales que comprenda la Física, la Química y la Historia Natural médicas, *dadas por profesores de la Facultad una vez para siempre* y separando a los estudiantes de Medicina, *una vez tales*, del estudio de estas tres ramas de conocimientos. (Fijense los lectores en esto que tiene mucho fondo.)

Por lo tanto, Jorge Hayem propone que se conserve la actual Facultad, en la que se darán las enseñanzas del P. C. N., la Anatomía, la Histología y la Fisiología.

El resto de los estudios se producirán en hospitales universitarios tomados de los de Beneficencia, y teniendo por profesores a los médicos y cirujanos de esos hospitales, comenzando por los agregados a la Facultad.

Al lado de esta enseñanza profesional se crearán los Institutos de enseñanza superior, considerando las clínicas médicas actuales existentes como Institutos médicos, para investigaciones especiales, *especializadas eternamente*, hasta constituir colecciones de libros, piezas, dibujos, etc., etc.

Se crearán aparte todos los Institutos médicos necesarios, especialmente el de Higiene, organizado del modo más amplio posible y el Instituto de Hematología bacteriológica y química.

La Academia se ha hecho cargo del problema, y Hayem, Roux, Roger, Balthazard, Roussy y Cuneo van a trabajar un proyecto de reforma de la enseñanza médica.

¿Cuántas cosas no les sugiere a usted esto?

\* \* \*

La Prensa diaria, de una forma modesta, ha dado cuenta, estos días, de la comida familiar, sin pretensiones, con que sus alumnos obsequiaron a uno de los más ilustres maestros de la Cirugía española.

El Dr. Blanc y Fortacin nos tiene acostumbrados ya a esos viejos modos de querer quitar importancia a todo señalamiento de su labor. Pero nosotros, aplaudiendo el espíritu aristocrático de esa actitud suya, ya casi legendaria, no podemos pasar de puntillas la noticia.

Es verdad que tal banquete goza de ambiente recogido, íntimo, familiar y cordial, que no se lleva a él entre bayonetas a la gente ni se avisa a nadie, mismo a quienes como nosotros somos tan amigos de calidad y de bulto. Es verdad todo eso. Pero también es verdad que a Blanc le pagan sus discípulos

con este rendimiento filial toda una formidable labor de enseñanza que nos veríamos y nos desearíamos para encontrarla pareja en España por las condiciones especialísimas que la valoran.

Ser discípulo de Blanc Fortacin, acudir a la en-



Dr. Blanc Fortacin.

señanza pura, limpia, selecta, de este gran cirujano *no conduce más que a aprender*, y esto será poca cosa para los estudiantes de *modos nuevos* o para los médicos inquietos y trepadores, pero no hay duda de que quienes son discípulos de Blanc son discípulos y no *arimados*. Por eso tienen tal carácter los banquetes de fin de curso a Blanc Fortacin, y por eso nosotros, *que no queremos ir a banquetes*, hemos sentido no ir a éste. Pero nos vengamos diciéndole a Blanc estas cuatro verdades que le hemos dicho.

DECIO CARLAN

**Las Universidades de América**

**Baltimore**

El tipo de las Universidades americanas es una cosa totalmente distinta al concepto clásico que tenemos de las Universidades europeas. Desde el régimen interno de cátedras y laboratorios, hasta la construcción de los edificios, sin olvidar la alegría sana y el movimiento comercial de la vida que se desenvuelve en torno a la actividad docente, todo cuanto se relaciona con la formación cultural causa sorpresa al visitante que ha cruzado el Océano, creyendo encontrar una civilización, hija legítima de la que allí llevaron nuestros conquistadores.

Existen el alumno *pigre* y el *cuspollan*, el catedrático competente y el camelo con toga, las asignaturas útiles y las de una efectividad dudosa; los estudiantes conscientes de su misión y la bohemia juvenil, que conoce todos los teatros, cines, *cabarets* y garitos, sin haber

abierto jamás un libro de texto. Igual que por España. Pero, en cambio, el efecto útil de la obra científica es muy diferente, la cantidad de trabajo que se rinde semanalmente, superior a la de los calendarios escolares de don Fernando de los Ríos y del ministro Callejo. Al terminar las carreras, los doctores están en condiciones de ejercer su profesión y de investigar por cuenta propia.

Tres circunstancias concurren en las Universidades americanas, que a mi juicio han preparado su esplendor actual:

1.<sup>a</sup> El haber dispuesto con abundancia de todo el dinero necesario para no escatimar material pedagógico, profesorado, intercambio con otros países, etc., etc.

2.<sup>a</sup> Haberse situado en un plan ecléctico ante las luchas y antagonismos de la cultura francesa y alemana, pudiendo, por lo tanto, recoger lo mejor de la intelectualidad latina y de la germanosajona.

3.<sup>a</sup> El criterio de división del trabajo, que permite la especialización verdadera y la selección entre los profesores. Estos cuentan, además, con un grupo numeroso de repetidores, auxiliares, que están en contacto con los alumnos y los preparan las lecciones de cada materia día por día.

Baltimore es uno de los centros intelectuales más sugestivos de América del Norte. Su Universidad, se denomina Universidad de John Hopkins en recuerdo de su fundador. Actualmente las familias yanquis que quieren dar a sus hijos una ilustración profunda, allí los envían.

El claustro directivo está formado por un rector gobernador, cuatro decanos y seis consejeros. El número de catedráticos pasa de ciento y en el curso de 1930 tuvieron que enseñar a 971 alumnos de Facultad, es decir, un profesor por cada diez discípulos.

Esta Universidad se fundó el año 1907 sobre la base de la Escuela de Medicina que se creó en 1887.

Las dependencias de este Centro son las siguientes:

- Facultad de Medicina.
- Facultad de Derecho.
- Facultad de Ciencias.
- Facultad de Humanidades.
- Escuela Normal.
- Dos Colegios de Segunda enseñanza, católicos.
- Escuela Metodista.

Fácilmente se comprende que en Baltimore todo es ultramoderno. Los edificios, con todos los adelantos higiénicos y técnicos, pero con belleza decorativa compatible con la sobriedad americana.

Los vecinos de la población parece que viven sólo para su Universidad. Abundan grandes hoteles, casas de huéspedes. El comercio es rico en librerías y establecimientos de lujo. Abundan los cafés y lugares de conversación. Los catedráticos son los grandes señores, a quienes todo el mundo respeta y reverencia. El industrialismo y positivismo norteamericano sufre una excepción en el idealismo soñador de esta ciudad.

Como dato importante debemos hacer constar que abundan los católicos, y, por tanto, están en minoría las iglesias de rito protestante. Hubo un tiempo en que imperó el calvinismo. Sus doctores en Leyes tienen fama de ser los mejores civilistas, y sus médicos gozan de una fama extraordinaria. En concursos de provisión de vacantes se considera mérito preferente el proceder de la Universidad de John Hopkins. La Facultad de Medicina tiene los más elegantes quirófanos, existiendo, además, sanatorios particulares con todo confort.

Baltimore es la ciudad mayor del Estado norteamericano de Maryland. Está situada junto al río Patapson en su desembocadura. La primera casa se edificó en 1682, y ya en 1726 se componía de algunas casas fuer-

tes. En 1729 la legislatura Maryland la dió el nombre que tiene por agradecimiento a Lord Baltimore.

En el pasado siglo sirvió de sede para la celebración de varios Concilios. En 1776 tuvo lugar en su catedral la Conferencia de Colonias unidas, de donde salió una de las Constituciones legislativas más importantes y avanzadas de la República. Su situación geográfica en las costas de la bahía de Chesapende y en los confines de la Pensilvania justifican su extraordinario movimiento comercial.

La fundación de la Universidad tiene una leyenda romántica. Su fundador, John Hopkins, era un filósofo, teólogo, nacido en Waterburg, que con sus predicaciones dió origen a la secta religiosa de los hopuisianos, siendo pastor de la Iglesia, congregacionista del Newport. En su doctrina sentaba el principio de que la sabiduría es el único camino para conseguir la perfección espiritual, y que los estudiosos tienen abiertas siempre las puertas del cielo. Todos los bienes que logró reunir con su catequisis los dedicó a fundar la Universidad y su biblioteca. Esta cuenta actualmente con 600.000 volúmenes y es consultada por numerosos viajeros, que acuden expresamente desde las más apartadas localidades. Por uno de esos raros contrasentidos de la fatalidad, las cátedras que se levantaron con el dinero y el entusiasmo de unos teósofos escolásticos, escuchan hoy las explicaciones racionalistas de médicos, abogados y geólogos.

J. ALVAREZ SIERRA

### III Semana Nacional de Higiene Mental

Se inauguró ésta el día 16 del corriente, en el anfiteatro grande de la Facultad de Medicina, bajo la presidencia del decano de la Facultad, profesor Sánchez Covisa, y los doctores Fernández Sanz y Germain, presidente y secretario de la Liga de Higiene Mental, respectivamente, y el doctor Sadi de Buen, en representación del ministro de la Gobernación.

Abierta la sesión por el doctor De Buen, el profesor Covisa dirige un saludo lleno de cordialidad a todos los psiquiatras, y expresa la satisfacción que siente de poder acoger en su Facultad las primeras tareas de esta interesante Semana Mental.

Habla a continuación el doctor Germain, quien comienza haciendo historia de la Liga y de los que fueron impulsores de ella, doctores Fernández Sanz, Lafora y Escalas, tiene palabras de sincero agradecimiento para Pascua, que permitió, merced a sus certeros trabajos, la creación de la misma, a más del Servicio de Asistencia Psiquiátrica. Enumera las normas y sugerencias que la Prensa debe llevar a todos para que el pueblo tenga un estado de opinión favorable a la creación de asilos-colonias, etc. Termina solicitando de los poderes públicos los créditos a ello necesarios.

El profesor Pittaluga, en un breve, pero bello discurso, aboga por la creación de la enseñanza universitaria psiquiátrica, y marca el papel del médico general de esta forma educado cerca del enfermo mental.

El doctor Fernández Sanz insiste en los puntos del discurso del doctor Germain, si bien es más partidario de una organización regional; a continuación expone muy acertadas ideas acerca de la creación de frenocomios, para alcohólicos, toxicómanos y tuberculosos.

Por último, el doctor Sadi de Buen excusa la presencia del ministro, y en nombre del Gobierno felicita a la Liga por su ímproba labor y la ofrece la más incondicional ayuda oficial, declarando, acto seguido, abierta

la III Semana Nacional de Higiene Mental, la que deseo—dice—vea convertidas en realidades los deseos de sus organizadores.

Por la tarde, en el local de España Femenina y bajo



Dr. Fernández Sanz.

la presidencia de la señora doña Dolores Rivas Cherif de Azaña, tuvo lugar la primera sesión, después de la de apertura. Disertó en ella en primer término, con la galanura que la caracteriza, la señora María Martínez Sierra, acerca de la higiene mental en el hogar. La joven universitaria Mercedes Rodrigo, con un gran conocimiento del tema, desarrolló el concerniente a la higiene mental y la orientación profesional. Por último, el culto psiquiatra doctor De Montagut habló de las infecciones y psicosis. El presidente de la Liga Mental, doctor Fernández Sanz, cerró el acto, agradeciendo a España Femenina todo cuanto por el mejor desarrollo de la Liga viene haciendo desde su creación.

#### Sesión del día 17

Por la mañana, a las doce, en el salón de actos del Museo Pedagógico se celebró la primera sesión del día, bajo la presidencia del doctor De Buen. La primera conferencia estuvo a cargo del joven psiquiatra doctor Garma; se ocupó de "Los sueños de angustia en los niños", presentando a éstos como una verdadera expresión de la lucha terrible que se entabla entre las tendencias morales y la personalidad inconsciente; habla de las tendencias amorales en ellos existentes y da normas educativas para su corrección. La señora María L. Navarro de Luzuriaga, eminente pedagoga, disertó muy bellamente acerca de "La educación global y la higiene mental"; justifica el que los maestros entren en el campo de la higiene mental, y hace muy atinadas observaciones sobre la psicología del niño, fundándose en las ideas de Decroloy. Se adhiere acto seguido a las ideas del doctor Garma acerca de las nuevas normas pedagógicas. Ambos conferenciantes fueron muy aplaudidos.

A las siete de la tarde, en el salón de conferencias de Lyceum Club Femenino se celebró la segunda sesión del día, bajo la presidencia de la señora doña Dolores Moya de Marañón, vicepresidenta del Patronato de Asistencia Psiquiátrica.

En primer término, realizó su breve discurso acerca de la influencia de la mujer en la higiene mental del niño doña Isabel Oyarzábal de Palencia; trató de la bienhechora influencia que ésta puede ejercer sobre aquél y la necesidad de darla los conocimientos para ello necesario.

El culto psiquiatra doctor Villaverde, en un discurso

reducido, pero maravilloso, como todos los suyos, comparó la psiquiatría y la higiene mental actual con las de hace años, y señaló el bello progreso por éstas realizado, que permitirán, sin duda alguna, un porvenir radiante de las mismas.

El doctor Esquerdo cerró el acto con unas breves palabras acerca del valor colectivo como factor en la psiquiatría. Todos los oradores fueron fervidamente aplaudidos.

#### Sesión del día 18

En la Casa del Pueblo y bajo la presidencia del doctor Ruesta, inspector general de Sanidad Interior, se celebró, a las siete de la tarde, el acto correspondiente a este día. El doctor Juarros trató de la "Influencia del ambiente familiar en la anormalidad infantil", desarrollando el tema desde un punto literario-científico. El doctor Estellés realizó un detenido estudio de la toxicomanía, y dió cuenta de diversas estadísticas, a más de los planes para desarraigar esta terrible plaga de nuestro país.

#### Sesión del día 19

A las seis de la tarde tuvo lugar la sesión de este día, en el salón de conferencias del Centro Cultural del Ejército y la Armada, bajo la presidencia del excelentísimo señor general de la primera división.

La primera conferencia estuvo a cargo del culto y prestigioso comandante médico don Antonio Vallejo Nágera, que con la amenidad que él acostumbra dar a todas sus conferencias, desarrolló el tema de "Prejuicios vulgares sobre locos y locuras".

Comienza diciendo que dos clases de locos—fingidos

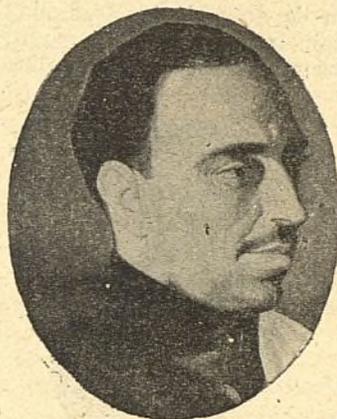


Dr. José M.<sup>a</sup> de Villaverde

y verdaderos—han hecho sentir su influencia en épocas diversas para lograr humanizar la existencia de los enfermos mentales; tenemos—dice—casos diversos de ambos, entre los primeros el de San Juan de Dios, deambulando por las calles de la bella ciudad de Granada fingiéndose enajenado para lograr ser encerrado en el año de gracia de 1558 y poder conocer los horro-

res de los manicomios de entonces; entre los segundos tenemos el caso del inglés Beers, que, lleno de terror por los sufrimientos pasados en el sanatorio donde estuvo recluso, escribió a su salida un libro que ejerció de modo notable suma influencia sobre los éxitos de la Liga Internacional de Higiene Mental.

Continúa diciendo que los conceptos que las gentes tienen acerca de los locos y sus locuras son todos ellos apasionados, inexactos y insensatos y que nacen en su mayor parte de cuentos folletinescos y literatura trucu-



Dr. Vallejo Nágera.

lenta. Causa de todo esto es la imposibilidad de hacer llegar al pueblo las realidades científicas favorables a su curación.

Los enfermos mentales—prosigue—han quedado en la lucha contra la terrible parca totalmente abandonados y en último plano cuando deben ser ellos los más necesitados de protección.

Los estudios y la voluntad de los psiquiatras han logrado echar por tierra dos dogmas falsos: el de la degeneración y el de la fatalidad de la herencia por enfermedades mentales, basándose en las leyes biológicas de Mendel y Galton.

Acaba diciendo que la locura es una enfermedad accasible como otras cualquiera y que las terribles "casas de orates" habían sido reemplazadas por manicomios-sanatorios, donde el loco goza de libertad suficiente para el trabajo y la diversión y donde se le inculca la idea de que en un día cercano sanará y podrá volver a la vida, a semejanza que se hace con el enfermo de hospital.

Acto seguido se celebró la segunda conferencia, que estuvo a cargo del inteligente y eminente teniente coronel médico del Manicomio de Ciempozuelos don Federico González Deleito.

Empieza haciendo notar la importancia suma que tiene la propaganda de la higiene mental dirigida no sólo a las cualidades de memoria e inteligencia, sino a las de voluntad y conducta.

Habla de las causas predisponentes a las enfermedades mentales y hace relación de las características de la profesión militar y influencia que su vida agitada y emotiva ejercen sobre neurópatas y psicópatas, que sólo quieren encontrar en el soldado la incostancia sin llegar a comprender que inadaptados a la vida corriente lo son más y con riesgos mayores en la vida militar.

Alude después a la neurastenia, terrible encubridora a veces de verdaderas enfermedades de la mente. Termina exaltando a todos a que descubran cuanto antes estos pacientes en su época aún de curabilidad, y que esa selección llegue a su grado de máximo rigor en las Academias militares, verdaderos noviciados donde se forja y se modela el espíritu de la oficialidad.

Ambos conferenciantes fueron aplaudidísimos por el distinguido público a ellas asistente.

A las siete de la tarde, en el mismo local y bajo la presidencia del inspector general de Sanidad se celebró la penúltima sesión de la semana, disertando el doctor Durán acerca de "La guetra y la locura", y el doctor Velasco sobre "Peligros del alcohol. Ambos conferenciantes fueron muy aplaudidos.

#### Sesión de clausura

En el salón de actos de la Academia Nacional de Medicina y bajo la presidencia del ministro de la Gobernación, director general de Sanidad, doctor Julio Be-



Dr. González Deleito.

jarano; presidente de la Academia y doctores Ruiz Mayá, Fernández Sanz y De Buen, tuvo lugar la sesión de clausura de esta III Semana Nacional de Higiene Mental.

Abierta la sesión, el joven psiquiatra doctor Prados leyó un bello trabajo acerca de la asistencia psiquiátrica. Fue avalado éste por diversas e interesantes fotografías proyectadas.

El doctor Gimeno, con su galana frase, dirigió a todos los psiquiatras allí reunidos un saludo en nombre de la Academia, y los felicitó por sus tareas. El doctor Fernández Sanz dió lectura a un breve resumen de la Semana, agradeciendo a todos los que en ella han intervenido su colaboración, y leyó, acto seguido, las conclusiones aprobadas en la misma y elevadas a la superioridad.

El ministro, en nombre del Gobierno, prometió en bellas frases su colaboración y ayuda eficaz, declarando a continuación clausurado el acto.

JUAN H. SAMPELAYO

## Academias, Sociedades y Conferencias.

### ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Sesión del 20 de mayo de 1933

#### TRAUMATISMOS DEL CRÁNEO

*Dr. Slocker:* En nuestra estadística de fracturas de cráneo, que ascienden a 46, algunos publicados, merecen cita, sobre todo en su aspecto médico legal.

De éstos, el de una niña que cae de la cama al suelo, desde una altura de medio metro, recibiendo el traumatismo en región frontoparietal. Rápidamente la llevan a la Casa de Socorro; después ingresar en nuestro servicio del hospital de la Beneficencia General. En las primeras horas ocupa solamente la intranquilidad propia de los niños que se retiene en cama; bien de ideación; pulso algo frecuente; no tendencia al vómito; pupilas bien. En ningún momento pérdida de conocimiento. El accidente traumático craneal ocurre en 2 de febrero del presente año. En los días sucesivos la enfermita acusa algo de dolor en región traumatizada. Al cuarto día tendencia al vómito; lengua saburral; nada desaparece con purga. Es el momento que se hace punción lumbar.

Punción lumbar que se acompaña de radiografía. Práctica aquella que realizamos en los fracturados de cráneo con síntomas clínicos de compresión y la radiografía craneal de manera sistemática. La radiografía craneal en nuestra enfermita nos confirma la existencia de fractura de cráneo.

Hasta el 19 de febrero no se modifica el cuadro clínico; la tendencia al vómito se acentúa, con pulso más lento, pero sin cefalea y mayores las molestias en el foco de fractura.

Con este cuadro clínico nos decidimos a la intervención encontrando en el foco de fractura porciones óscas a manera de escamas y un extenso hematoma. Terminada la intervención la enfermita se recupera rápidamente, siendo alta por curación al octavo día.

Los puntos más interesantes de las fracturas de cráneo son el clínico y el médico-legal. Hay de estos fracturados con tan escaso cuadro clínico que no obliga a la intervención quirúrgica, aunque ésta sea el proceder sistemático, y, sin embargo, fallece, encontrando lesiones (hemorragias, meningitis, etc.) en la autopsia que justifican no haber intervenido. Se comprende el interés médico legal de estos traumatizados de cráneo, así como el de la colaboración de médicos clínicos y médicos legistas para establecer la relación de los cuadros clínicos con las lesiones de autopsia.

*Dr. Pascual:* Los casos de fracturas de cráneo en medicina forense cuando se llega al juicio oral provocan discrepancias y la mayor parte de las veces se sale con la impresión del poco caso que se hace al médico.

Como ejemplo de ello el caso siguiente: Un obrero en un tranvía discute con el conductor; éste le da una bofetada, cae al suelo y sufre una herida contusa en región occipital y otra en región parietal derecha. Lesiones diagnosticadas en la Casa de Socorro así como un estado de coma profundo. Le llevan a su domicilio, donde presenta vómitos, y a las cuarenta y ocho horas del accidente recibo la orden de autopsia. En ésta se comprueban las heridas contusas craneales y además se halla una fractura de parietal prolongada a base craneal. Fractura de base de cráneo por el choque de la cabeza sobre el suelo. Es nuestro informe, pero en la defensa los peritos médicos afirman que no se puede admitir la realización de la fractura de base de crá-

neo en el momento del accidente por la imposibilidad de encontrar y explicar un caso de tal naturaleza con una supervivencia de cuarenta y ocho horas; que seguramente dicha fractura se produciría después en su propio domicilio y por traumatismo sufrido. Fué la tesis admitida.

*Dr. Garcia del Real:* En el siglo xvi el doctor Fragosa, insigne médico español, es el primero que habla de fracturas de base de cráneo y advierte los cuidados a tener en su pronóstico. Hace unos cuantos siglos, médicos españoles afirman la existencia de graves traumatismos de cráneo sin manifestaciones sintomáticas.

*Dr. Maestre:* En los traumatismos de cráneo en sus relaciones con la Medicina legal hay que tener especial cuidado; existen casos clínicamente muy graves que curan y otros al paracer de buen pronóstico que tienen terminación fatal.

El médico legista en los Tribunales, somos de opinión, contestará escuetamente a las preguntas que se le realizan, si bien extendiéndose en consideraciones, en apreciaciones, cuando en tal sentido sea preguntado él por el Tribunal.

#### INDICACIONES TERAPÉUTICAS EN LOS CÁLCULOS DEL URETER

*Dr. L. de la Peña:* Voy a hablar solamente de las indicaciones terapéuticas en los cálculos ureterales, porque cualquiera de los capítulos de esta cuestión, por ejemplo, la técnica, invertiría más tiempo del que se dispone.

El tratamiento de los cálculos ureterales es de gran interés, sobre todo porque para muchos médicos pasan desapercibidos incluso para los especializados. Los enfermos muchas veces toleran perfectamente estas formaciones calcúlosas, pero dando lugar a trastornos renales bien conocidos hoy por los procedimientos exploratorios y de tal importancia que acaban con el riñón.

Pretendemos contribuir a la difusión de los conocimientos de los cálculos ureterales y fijar la conducta a seguir, siempre interesante y muy útil, pues se trata de evitar que los enfermos por abandono propio, a veces del médico, pierdan lentamente uno o los dos riñones.

Los cálculos ureterales han sido objeto de una porción de trabajos, algunos de fecha lejana y bien conocidos, como los de Jeanbreaux, de Marion, de Legueu, de Freyer, de Israel, de Littenberg, de Bumpus, de Braasch, etc.

Vamos a aportar nuestra experiencia personal. Para establecer las indicaciones de tratamiento hay que conocer la causa, las lesiones, anatomía normal y la sintomatología. El que esté bien o mal hecha la indicación del tratamiento producirá un beneficio o perjuicio al enfermo y sobre todo cuando se trata de cálculos ureterales. Lo importante en este proceso es fijar que el cálculo pueda o no ser expulsado espontáneamente o por prácticas realizadas por el médico o bien por la operación cruenta; ésta sabemos puede provocar accidentes, aun funestos para el enfermo. De aquí la necesidad de establecer bien la indicación y con el proceder más útil al enfermo.

Hay que tener en cuenta que cálculo ureteral por pequeño que sea ocasiona trastornos en la anatomía y fisiología del riñón correspondientes del lado donde se encuentra; alteraciones que acaban por producir una dilatación ureteral por encima de donde está el cálculo así como de pelvis renal; trastornos congestivos, inflamatorios y supuratorios que terminan con el riñón. Así, Yambro dice que si en cálculos renales se puede demorar la operación, en cambio en cálculos uretrales hay que actuar de manera activa, pues si tal no se hace el proceso acabará alterando y destruyendo el riñón. De modo que estas lesiones que la presencia de

cálculo ureteral producen en el riñón; estas alteraciones anatomopatológicas obligan a actuar rápidamente para quitarlo.

A propósito del tratamiento de los cálculos ureterales hay que fijar una indicación en el momento del cólico, que suele acompañar a la emigración del cálculo; es decir, una indicación en el momento del dolor; es la inyección de morfina. Sabido es que la morfina quita el dolor pero generalmente se olvida que paraliza la contracción de las fibras musculares lisas del ureter y que, por tanto, se anula la actuación directa de esta tónica media muscular del ureter y con ello entorpecemos, dificultamos, anulamos el mecanismo natural de emigración del cálculo al exterior. Razón por la cual no se debe dar morfina en estos enfermos; sí, bella-dona, que calma el dolor pero no suprime la contracción de fibras ureterales lisas; con ello emigrará el cálculo ureteral al exterior.

Dada la presencia del cálculo en ureter la conducta difiere. Hay que vigilar su forma, tamaño y situación; son condiciones distintas para esperar la expulsión espontánea de estos cálculos. Hay que actuar y pronto por vías naturales pensando siempre que con nuestras actuaciones es lo primero hacer el menor daño o no hacer daño al enfermo, pues de esta manera mereceremos el título hermoso de médico.

De mi experiencia personal presentamos unos ejemplos de cálculos expulsados espontáneamente. El médico puede contribuir a la expulsión natural. El organismo tiene tendencia a ella. Para esta expulsión el médico ayuda con bebidas abundantes; aguas minerales (Alzola, Corconte, Vehín, Jaraba, Mondáriz), administración de los medicamentos llamados eliminadores. Es como podemos esperar la expulsión espontánea. Siempre que la creamos posible estamos en la obligación y se precisa el examen radiológico repetido; la única manera de demostrar la presencia del cálculo ureteral; fijar su posición en ureter y llegar al convencimiento de su posibilidad de expulsión. El tamaño y sitio del cálculo ureteral permite la posibilidad de su expulsión; lo mismo diremos si el uréter está en condiciones de dilatarse. Ahora bien, aunque se señala el tamaño de medio a un centímetro de diámetro como susceptible de expulsión espontánea, presentamos tres cálculos de tamaño mucho mayor que han sido expulsados espontáneamente del ureter.

A propósito de las condiciones ureterales que permitan pensar en la espera de la expulsión espontánea hay una serie de circunstancias que lo favorecen. El sitio que se encuentra el cálculo en ureter permite enjuiciar sobre su expulsión espontánea; si lo está en su primera porción hace desconfiar de ello sobre todo si al esperar unas semanas la radiografía demuestra que el cálculo no ha descendido; desde esta parte alta del ureter ha de recorrer para su salida espontánea una serie de obstáculos, de estrecheces ureterales que acaso no pueda franquear. Si la radiografía sitúa el cálculo en parte baja del ureter, en la más cercana a vagina cabe la posibilidad de la expulsión espontánea. Cuanto más alta sea la localización del cálculo en ureter tanto más difícil será su expulsión espontánea.

Otra circunstancia es el tamaño del cálculo; en cualquier sitio que el cálculo se encuentre el tamaño de aquél tiene que estar en relación con el diámetro del conducto a recorrer; de medio a un centímetro puede esperarse que el cálculo salga espontáneamente al exterior; cuando tiene mayor tamaño es casi imposible, aun- que tengo en mi colección uno muy voluminoso que lo ha sido espontáneamente.

Interesa decir que el cálculo ureteral, cualquiera que sea su tamaño, casi nunca se suele enclavar de manera que impida el paso de la orina; entre cálculo y ureter

siempre queda un sitio para el paso de la orina; ésta logra labrar especie de canal por el cálculo para su paso.

La dirección en que el cálculo está situado en ureter, a precisar previa radiografía, también permite fijar la posibilidad de la expulsión espontánea. La inmensa mayoría de estos cálculos tienen forma alargada, aunque en su principio son más o menos redondeados, la permanencia en ureter por sucesiva superposición de sales le darán forma alargada. Generalmente el eje mayor del cálculo visto en radiografía sigue paralelo a la dirección del ureter; todo hace suponer la posibilidad de su salida espontánea al exterior.

El estado del ureter también influye en la salida espontánea del cálculo ureteral. Cuando el ureter tiene paredes normales con susceptibilidad de dilatación y poseyendo su normal contractibilidad, es posible su salida espontánea al exterior. Es la necesidad y la utilidad de la pielografía endovenosa, al demostrar los engrosamientos de las paredes ureterales así como su tortuosidad y el que haya o no ureteritis, sobre todo periureteritis; son circunstancias para pensar que el cálculo no pasará espontáneamente.

El tiempo que lleva el cálculo en ureter también es circunstancia que habla en favor o en contra de su expulsión espontánea. Si por las radiografías sucesivas, hechas con intervalos de una semana, vemos que el cálculo ureteral no progresa en su descenso, no hay que esperar la expulsión espontánea; debemos disponer a su extracción con maniobras.

Cuando la expulsión del cálculo ureteral no se realizó espontáneamente hay que proceder a intervenir. El cálculo ureteral puede ser de pequeño tamaño si bien generalmente son grandes cuando nos vemos obligados a intervenir. La primera condición para la extracción del cálculo ureteral por vías naturales es que su localización no sea muy alta. Serán los cálculos en ureter pelviano. No es posible esperar la extracción por vías naturales del cálculo alojado en ureter lumbar. Es su distancia a la vejiga y las estrecheces naturales del ureter las dificultades que fracasan nuestras maniobras y aun a la colocación de cálculos en condiciones mucho peores que antes de intentar la extracción. Con estas maniobras, en algunos casos, se han producido enclavamientos en ureter y aun imposibilidad de sacar sondas ya colocadas, que provocando anurias obligan a intervenciones de urgencia. También se han producido perforaciones ureterales extraperitoneales o intraperitoneales.

La extracción del cálculo ureteral por vías naturales tiene que ir rodeada del éxito, dada la situación y forma del ureter, de condiciones tales, pues su fracaso siempre provoca trastornos al enfermo.

La técnica de extracción de cálculos por vías naturales se puede comparar por su precisión a la extracción de los cuerpos extraños de bronquios, exófago o estómago. Es técnica delicada; su instrumental es variado. La primera condición es la dilatación del ureter. Hay que hacerla gradualmente con el paso de sonda cada vez más gruesa así como acompañado de inyección de sustancias lubricantes (aceite, glicerina), de sustancias que disminuyan el dolor (novocaína, estovaina, papaverina) para no sólo lubricar el conducto sino también anular la contractilidad uretral y llegar a donde está alojado el cálculo. A veces, el catetismo uretral hemos de realizarle en haz; no sólo llegar al cálculo, sino también sobrepararle. Existen sondas especiales para extracción de cálculos uretrales; siempre hemos fracasado con ellas. No es el momento de exponer el instrumental.

Cuando no se puede extraer el cálculo por vías naturales ni es expulsado espontáneamente hemos de realizar la extracción cruenta. Tampoco diremos nada de

esta técnica; es la ureterotomía; para describirla convenientemente necesitaríamos mucho tiempo; sólo diremos que es intervención delicada y que realizada intra o extraperitonealmente exige técnica cuidadosa; de ello depende su éxito.

Cuando el cálculo uretral está en la desembocadura de ureter en vejiga hacemos su extracción por método cistoscópico y abertura del ostium uretral.

La indicación operatoria en cálculosis ureteral siempre estará en relación con la función renal; la determinaremos en todos los casos y por varios procedimientos, comprobándose unos a otros, ya que en algunos casos de muy limitado funcionalismo renal será precisa la nefrectomía para conseguir la curación radical del enfermo.

M. ACEÑA

\* \* \*

## ACADEMIA MEDICO-QUIRURGICA ESPAÑOLA

Sesión del 23 de mayo de 1933

### DIENCEFALOSIS PROBABLE (caso clínico)

*Dr. Vallejo Nágera:* Enfermo de veintidós años con probables lesiones de núcleos encefálicos; tiene de interés presentar, entre otros síntomas vegetativos, una enfermedad de Raynaud. Por ésta y sus lesiones ulcéricas de manos y pies ha sido tratado por la serie de los hipotensores y vasodilatadores conocidos en el día durante cuatro años sin lograr la cicatrización. Habiendo leído un trabajo sobre hiperemia pasiva de Bier con grandes ventosas; los resultados conseguidos por su autor nos llevaron a su empleo, iniciándole por sesiones de media hora, mañana y tarde y progresivamente hasta lograr dos horas, consiguiendo la cicatrización completa de las ulceraciones de dedos de pies y manos. Lo interesante es que no disponiendo en el comercio de grandes ventosas para esta hiperemia de Bier se han utilizado unas de fortuna: un irrigador de cristal en cuya boca iba adaptado un trozo de cámara de motocicleta, a su vez, en el otro extremo, al brazo o pierna del enfermo; al pitorro del irrigador una válvula con llave de bomba neumática.

### UN CASO DE RESURRECCIÓN DESPUÉS DE UN ACCIDENTE ANESTÉSICO

#### Discusión. Comunicación del Dr. Stöcker

*Dr. Luna:* Lo que vamos a exponer no tiene estrecha relación con el tema sometido a discusión, pero sí con los accidentes que se presentan en raquianestesia. En la práctica de ésta hemos llegado a la conclusión de que los operados con hipertensión son los que los presentan más graves. Se dice que unas de las contraindicaciones de la raquianestesia es la hipotensión arterial. Nosotros los accidentes más graves los hemos visto en obesos e hipertensos. Hemos tratado de llegar a conocimiento de las modificaciones arteriales en estos casos; en el siguiente operado, hernia escrotal bajo raquianestesia en obeso e hipertenso arterial con 22 de máxima y 14 de mínima, la sucesiva valoración de las modificaciones tensionales nos permitió ver que sus cifras, paulatinamente, iban descendiendo hasta 6, 5 y 4 centímetros, respectivamente. Es el momento que, por el estado alarmante del enfermo, en vez de utilizar efedrina hacemos inyección intravenosa de Digalen; la tensión se mantiene algunos minutos y a los cinco de la inyección los valores tensionales eran 10 y 6 centímetros.

Este caso hace ver la utilidad de la inyección intra-

venosa de cuerpos digitálicos, igual de ouabaina, de mejor resultado que la etedrina.

*Dr. Casullo de Lucas:* En un caso de hernia estrangulada con estado circulatorio defectuoso observamos un síncope cardíaco clorofórmico; como en otros dos casos realizamos la inyección intracardiaca de adrenalina, en los primeros minutos del accidente, sin el menor resultado.

*Dr. Vital Aza:* Hemos asistido a algunos síncope anestésicos; se utilizó la inyección intracardiaca de adrenalina, como en uno personal (operada por flemon de ligamento ancho bajo raquianestesia, por su estado general precario). Apareció el síncope hicimos inyección intracardiaca de adrenalina pudiendo apreciar los movimientos de la aguja alojada en pleno corazón; contracciones cardíacas que duraron quince minutos; no hubo supervivencia. En verdad vimos la eficacia de la inyección. En un operado en nuestro sanatorio fué tratado el síncope anestésico por adrenalina intracardiaca; se consiguió la supervivencia. Es lo mismo que sucedió en una operada de cáncer de mama bajo anestesia clorofórmica.

Al tratar de conocer el mecanismo de acción de la inyección intracardiaca en los síncope anestésicos, si es por la adrenalina o por la acción de la aguja, recordemos el mecanismo de acción de las inyecciones intramurales o miométrales de pituitrina. Es hoy por hoy el tratamiento eficazísimo en las hemorragias del alumbramiento; resultados excelentes que se consiguen cuando la inyección es miométral pero que falla cuando la pituitrina cae fuera del tejido uterino.

*Dr. Comenge:* Aunque con poca relación con el tema a discutir, creemos interesante recordar lo visto en un caso de insuficiencia cardíaca gravísima que, ante la inminencia de muerte, se hizo, hace bastantes años, inyección intracardiaca de adrenalina; el resultado fué maravilloso. Comprendemos que es indicación a estudiar y no a prodigar en estas indicaciones médicas.

*Dr. Perera:* Son bastante los trabajos existentes sobre patogenia y mecanismo de acción de la inyección intracardiaca de adrenalina en casos de síncope anestésico. La escuela de Baltimore en 1931 y la literatura alemana contienen trabajos sobre inyección intracardiaca de adrenalina, de hiposulfito sódico y de substancias diferentes, tratando de fijar si los resultados conseguidos en estos casos son por la acción del medicamento o por la acción traumática excitadora de la aguja que penetra en corazón. Se ha llegado a la conclusión de que los mejores resultados se obtienen cuando se actúa sobre aurícula que cuando sobre ventrículo y que en muchos casos basta el estímulo mecánico sobre todo cuando se ejerce sobre aurícula. Existen también experiencias en animales que han venido a confirmar estos hechos.

Hemos asistido a cuatro casos de síncope cardíaco; dos de fracaso; en el tercero la inyección intracardiaca de adrenalina determinó latidos cardíacos durante una hora pero murió la enferma; pudimos observar claramente los movimientos de la aguja enclavada en corazón. El cuarto caso se refiere a una niña; un caso de asfixia por sumersión y en el que después de más de una hora de respiración artificial, sin resultado, hicimos inyección intracardiaca de adrenalina; bien por ésta o por la respiración artificial, logramos la recuperación.

*Dr. López Brenes:* En cuanto al mecanismo de acción de la adrenalina en el síncope raquianestésico, no olvidemos que la adrenalina tiene un efecto sobre el estímulo cardíaco pero que también hay una acción más intensa de estímulo cardíaco por el pinchazo, al estímulo de esta viscera. En los laboratorios es fácil ver cualquiera de estas acciones mecánicas sobre el corazón ais-

lado de la ranana, sin inyección de medicamento, provocar latidos.

#### BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR COMPLETO CON RITMO IDIOVENTRICULAR TAQUICÁRDICO

*Dr. J. López Brenes:* Lee un extenso trabajo sobre la cuestión con motivo de un caso clínico aportando abundante material electrocardiográfico.

*Dr. A. Crespo Alvarez:* Sólo para recordar un caso clínico semejante observado por nosotros, publicado en 1925. Casos interesantes por su rareza, pues en la actualidad se cuentan en la literatura médica unos 25.

M. ACENA

\* \* \*

#### HOSPITAL DEL NIÑO JESUS

Sesión del 14 de mayo de 1933

Este Hospital celebró la última sesión clínica el domingo 14 de mayo, bajo la presidencia de su ilustre decano, el doctor Sarabia.

Hizo uso de la palabra el doctor Velasco Pajares, disertando sobre las "Alopecias en la infancia", haciendo una exposición detenidísima de la enfermedad, refiriéndose principalmente a la alopecia areata.

Comentó las distintas teorías dadas hasta la fecha, que pretenden explicar la etiopatología de la enfermedad, de las que nosotros sólo las enunciaremos: Primero, parasitaria; Segundo, trofonurótica. Tercero, tóxica. Cuarto, endocrina y vago simpática.

Dió en su nota previa un adelanto de los trabajos que viene realizando en el Hospital del Niño Jesús, en los que considera la alopecia como una enfermedad alérgica, mostrando algunos casos por él tratados con un alérgeno obtenido con pelos peládicos, habiendo obtenido resultados excelentes.

Nos prometió darnos una comunicación más amplia sobre la materia cuando termine sus experiencias.

El doctor Sarabia, como decano y en nombre del Cuerpo médico dió las gracias al doctor Velasco Pajares, alentándole en sus trabajos.

JUAN DE ISASA

\* \* \*

#### SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

Sesión del 16 de mayo de 1933

Preside el doctor Mariscal. Continúa la discusión de la comunicación del señor Alarcón sobre "Vulgarización de máximas y preceptos higiénicos que deben conocer los padres de familia", dando lectura el señor Benito Landa a las conclusiones que formula, quedando sobre la mesa para su discusión. Intervinieron los doctores Mariscal, Palanca, Decréf, Franco y los ponentes señores Alarcón y De Benito.

El doctor Palanca desarrolló el tema "Seguro de enfermedad en relación con la tuberculosis", exponiendo alguno de los muy diversos e interesantísimos aspectos que ofrece el seguro social en esta modalidad, sobre todo en su posible carácter estatal, como pudiera ser el que se pretende implantar en España. El asunto, de una actualidad e importancia no sólo médica, sino social, fué acogido con gran interés por los socios, y después de unas palabras del doctor Benito Landa, la Presidencia estimó conveniente su ampliación en sesiones sucesivas.

## PROGRAMA DE PREMIOS PARA EL AÑO 1933

Premio del Ministerio de la Gobernación  
(Dirección General de Sanidad)

Tema: "Evolución en la práctica cuarentenaria".

Habrà para este tema un premio de *mil pesetas*, con diploma de socio corresponsal, un accésit y las menciones honoríficas que acuerde el Jurado.

Los trabajos que aspiren al premio no deberán exceder de cinco pliegos de impresión (140-160 cuartillas mecanografiadas de 14-16 líneas).

Esta podrá llevarse a cabo por cuenta del Estado, si la Dirección General de Sanidad lo estima así oportuno, y de los 500 ejemplares de que constaría en su caso la tirada, se entregarán 150 al autor.

## Premios Roel

Primer tema: "Vacunación antituberculosa en la infancia".

Segundo tema: "El seguro social de enfermedad ante la Sanidad pública".

Habrà para cada uno de estos temas un premio de *quinientas pesetas*, con diploma de socio corresponsal, un accésit y las menciones honoríficas que acuerde el Jurado.

Los trabajos que aspiren a recompensa en estos premios *Roel* no deberán exceder de tres pliegos de impresión, ni componer menos de dos. Los premiados serán impresos por cuenta de la Sociedad y se entregarán 50 ejemplares al autor. El exceso de texto sobre tres pliegos y las ilustraciones, si las hubiere, le será deducido al autor, mediante factura de la imprenta, del importe del premio.

## Reglas generales

Todos los trabajos que se presenten al concurso se remitirán al secretario general de la Sociedad, Sr. D. José Paz Maroto, Avenida de Eduardo Dato, 29, hasta el día 30 de septiembre, no debiendo sus autores firmarlos, ni rubricarlos, ni escribirlos con su propia letra, distinguiéndolos con un lema igual al del sobre de un pliego cerrado, lacrado y sellado que acompañarán, y en el cual consignarán su nombre y residencia.

No se admitirá al concurso ninguna Memoria que no se halle escrita en letra muy clara y perfectamente legible, siendo preferible el *mecanografiado en negro*.

Podrán aspirar a los premios todos los españoles o extranjeros que cumplan las condiciones arriba expresadas, pero el idioma empleado en la redacción no podrá ser sino el español, el portugués, el francés, el inglés o el italiano.

Los diplomas se entregarán en la solemne sesión de apertura de curso de 1933 a 1934.

Siendo uno de los principales móviles de estos concursos fomentar el amor al estudio en la mayor extensión posible, no podrán aspirar a nuevo premio los que hayan obtenido tres seguidos en concursos anteriores, hasta que hayan transcurrido dos años desde el último recibido.

Los sobres correspondientes a las Memorias no premiadas se quemarán en la primera sesión que la Junta directiva celebre después de la inaugural. Los trabajos no premiados se conservarán hasta fin del año 1934 a disposición de sus autores, quienes acreditarán serlo con el resguardo que la Secretaría habrá expedido al recibir cada uno de los trabajos presentados, y en el que se consignará el lema que le distingue. A partir de 1.º de enero de 1935 carecerá de validez toda reclamación sobre los mismos.

Las Memorias que hubieren obtenido recompensa—cualquiera que esta fuere—se considerarán como pro-

iedad de la Sociedad y no podrán ser publicadas por sus autores sin permiso de la misma.

Ningún trabajo presentado al concurso podrá retirarse.

\* \* \*

DISPENSARIO ANTITUBERCULOSO  
MUNICIPAL

## Curso de divulgación científica

Conferencia del Dr. Enrique A. Sáinz de Aja

LO QUE PUEDE HACERSE EN LA PIEL PARA EVITAR LA  
TUBERCULOSIS

A pesar de la disparidad anatómica entre los pulmones y la piel, existe gran relación funcional entre ellos, ya que a la piel se la denomina el *tercer pulmón*, y efectivamente realiza función vicaria cuando aquéllos flaquean. Es indiscutible y fácilmente explicable el papel defensivo de la piel, y esta protección, para que sea eficaz, debe ser realizada con la piel en perfecta integridad. Para esto estará en contacto con el aire (vestidos holgados); el *desnudismo* es razonable sin exageraciones. Las generaciones actuales tienen un desarrollo de sus órganos más razonable que las anteriores; el conferenciante, en su función municipal de reconocimiento de reclutas, advierte este hecho y lo relaciona con el uso actual de deportes (alpinismo, natación, etc.) La piel durante la enfermedad trabaja más que normalmente, y para ayudarla en este sentido se procurará que circule más sangre por los territorios cutáneos, y esto se consigue con la exposición al aire y el sol; las fricciones y la aplicación de algunas sustancias, como el alcohol con tintura de iodo al 1 por 100, que no irrita la piel y la estimula.

Describe pròlijamente cómo debe tomarse el baño de sol, el cual no debe aplicarse solamente en la parte enferma, sino en la mayor cantidad de superficie cutánea; hay casos que la acción del sol es perjudicial en territorios dérmicos enfermos. El baño del sol será tanto más eficaz cuanto más superficie cutánea afecte.

Hace el conferenciante un elogio de la piel áspera y pigmentada por la acción de los agentes exteriores, mucho más eficaz y protectora que la piel blanca cuidada y fina; así, la madera barnizada es más sólida que la que no tiene barniz ni pintura protectora.

Hace el autor consideraciones sobre la administración de medicamentos a través de la piel, citando sus experiencias de tratamiento de tuberculosis con sales de oro en pomada y fricciones; es remedio caro, pero las dosis que se necesitan son menores que por otras vías. Hace un elogio de las pomadas mercuriales iguales o superiores en acción terapéutica al mercurio en inyección. Preconiza un preparado en pomada a base de bálsamo (del Persiele), ácido písogálico y nitrato de plata, que aplicado sobre la piel la curte, tonifica y pigmenta, vigorizando el organismo.

Las fricciones con aceite de hígado de bacalao son dignas de tenerse en cuenta como vía de administración, en los niños, de este fármaco.

\* \* \*

LAS PRIMERAS VÍAS RESPIRATORIAS EN EL DESARROLLO DE  
LA TUBERCULOSIS

Conferencia del Dr. Adolfo Hinojar.

La cultura y la salud son los dos factores más importantes en la lucha contra los enemigos externos. Por eso aquellos que conozcan bien los fundamentos de conservación de la normalidad biológica están en la obli-

gación de divulgarlos, pues son de interés común y no pertenecen sólo al que los posee.

Describe el autor pintorescamente el bacilo de Koch, diciendo con palabras y frases llenas de humorismo que es "polígota", "ambidextro" y "cosmopolita", y esto da idea de su tenacidad agresiva. Ataca, además, con predilección a las clases modestas, y, por lo tanto, mejorando a éstas de condición se hace lucha antituberculosa.

Así como a las antaño temibles enfermedades de la difteria, peste, viruela, tífus, cólera, etc., ya no se las teme, pues se las previene y combate con eficacia dejando de ser peligros sociales, ¿se podrá llegar a conseguir esto en la tuberculosis?

Hace unas breves consideraciones sobre la actual organización de la lucha antituberculosa.

Su lenguaje comprensivo hace una descripción del organismo humano, que sería "una cavidad entre dos paredes" (piel y mucosa). Y así como el aparato digestivo tiene en su funcionamiento una salida total y topográficamente distinta a la entrada, en el aparato respiratorio, el aire que penetra vuelve a salir por el mismo camino, resultando de esto un remanso aéreo en el lugar del cambio brusco de rumbo (pulmón), que coloca a esta región orgánica en condición de menor resistencia a la acción agresiva de los gérmenes patógenos; de ahí la frecuencia de la tuberculosis en el pulmón.

Hace una descripción vulgarizadora de los elementos defensivos del organismo, que son *mecánicos* (piel, mucosas, etc.), y *biológicos*, (células especializadas en destruir gérmenes, leucocitos, sistema linfático, ganglios).

El aparato respiratorio tiene organizada una serie de líneas de defensa que empiezan en la nariz; así, si respiramos por la boca, dejamos sin actuar sobre el aire respirado una serie de defensas de extraordinaria importancia.

La nariz tiene primeramente: a), una barrera de pelos que hacen su primer filtrado de los elementos de relativo tamaño que pueden flotar en el aire además; b), *senos*, cavidades que calientan el aire y lo purifican, reteniendo en un barniz viscoso que segregan y en que son retenidos y destruidos los gérmenes del aire.

El pulmón al abrigo de sus defensas exteriores se encuentra casi indemne. *Utilicemos, pues, siempre esas defensas respirando por la nariz.*

Hace el autor consideraciones sobre las vegetaciones adenosídeas y las amígdalas inflamadas, y cree que hay un excesivo vigor operatorio en su tratamiento. No deberán extirparse más que cuando sean perjudiciales por su tamaño excesivo o por su estado (infección crónica, etcétera).

## Sociedad española de Tisiología

Haciéndose eco la Sociedad Española de Tisiología de la comunicación presentada en la sesión última por los doctores Navarro y Blasco sobre "Asistencia médico-social a la tuberculosa pulmonar embarazada", y de la proposición a este respecto formulada por el doctor García Triviño, adoptó por unanimidad el acuerdo de expresar públicamente:

1.º La necesidad de que con la mayor rapidez posible se proporcione en nuestro país a las embarazadas tuberculosas la asistencia médico-social a que en el estado actual de la ciencia tienen derecho, mediante la continuada y estrecha colaboración y vigilancia de fisiólogos y ginecólogos.

2.º Que en tanto no haya maternidades para tuber-

culosas, se habiliten sin pérdida de tiempo en las actuales maternidades generales del país departamentos aislados para esta clase de enfermas, dirigidos por tisiólogos y tocólogos, con personal auxiliar de enfermeras especializadas en tuberculosis.

3.º Que los hijos de tuberculosas pulmonares gestantes, ingresadas en las maternidades, sean separados de sus madres inmediatamente de nacer, entregándolos a las instituciones de puericultura para su cuidado y protección.

4.º Que se impone la necesidad de establecer en los dispensarios antituberculosos consultas para embarazadas fímicas, procurando a estas enfermas, con las mayores comodidades permitidas, los dobles cuidados que su estado requiere desde el comienzo del proceso.

## GACETA DE LA SALUD PUBLICA

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 706,8; ídem mínima, 701,2; temperatura máxima, 30,4 ídem mínima, 9,4; vientos dominantes, NE y N.

Las variaciones de la temperatura ocurridas en la última semana han agudizado numerosos procesos crónicos, especialmente los catarrales. En algunos casos de tuberculosis fibrosas se han presentado hemoptisis pequeñas.

En los niños, los procesos dominantes han sido el sarampión y algunos casos de tos ferina.

## CRONICAS

**Sentido pésame.**—El día 24 falleció en Madrid la virtuosa dama doña Estéfana M. y Ruiz de Velasco, madre de nuestro muy querido amigo y compañero el doctor Manuel Bermejillo. La noticia nos ha sorprendido muy dolorosamente y, lamentando no haber podido acompañar al Dr. Bermejillo en estos amargos días, le enviamos nuestra más cordial adhesión a su pena inconsolable.

Las muchas simpatías de que goza el Dr. Bermejillo en los centros médicos y sociales de Madrid se han manifestado con motivo de este duelo en participación muy crecida y emocionada.

### Vacantes:

"Gaceta" del 20 de mayo de 1933.—Dirección general de Sanidad.—Publicados en la "Gaceta de Madrid" correspondiente a la fecha de 9 del actual los anuncios de las plazas de Médico titular-Inspector municipal de Sanidad de las agrupaciones constituidas por el Ayuntamiento de Beltéjar y sus agregados Radona y Blacona, y la de Aldealpozo y sus agregados Villar del Campo, Valdegeña y Calderuela, todas de la provincia de Soria, para su provisión en propiedad, en cuyos anuncios figura que la provisión tendrá lugar por concurso libre de antigüedad, y no ajustándose al texto remitido por este Centro para su publicación, en el que se hacía constar que la provisión de ambas plazas tendrá lugar por concurso restringido de antigüedad, de conformidad con el acuerdo de las respectivas Corporaciones.

Esta Dirección general ha tenido a bien disponer que den anulados los anuncios de referencia, los cuales son nuevamente publicados, una vez hecha la rectificación correspondiente a cada una de ellas.

Solicitudes hasta el 20 de junio:

—Valenzuela de Calatrava (Ciudad Real); renuncia; 4.ª; 1.650 pesetas; méritos; selección por Tribunal; 1.776 habitantes.

—Negreira (Coruña); nueva creación; 2.ª; 2.750 pesetas; antigüedad; selección por Inspección; 2.242 habitantes.

—Moneſterio (Badajoz); nueva creación; 2.<sup>a</sup>; 2.750 pesetas; méritos; 6.948 habitantes; selección por Inspección.

—Nava de Sotrobal (Salamanca); renuncia; 4.<sup>a</sup>; 1.650 pesetas; méritos; 607 habitantes; selección por Tribunal.

—Litago, Lituénigo y San Martín de Moncayo (Zaragoza); renuncia; 3.<sup>a</sup>; 2.200 pesetas; méritos; 1.262 habitantes; inspección de Sanidad.

—Beltéjar, Radona y Blacona (Soria); nueva creación; 3.<sup>a</sup>; 2.200 pesetas; antigüedad; 913 habitantes; selección por Inspección.

—Alcubilla de Nogaes (Zamora); nueva creación; 3.<sup>a</sup>; 2.200 pesetas; méritos; 601 habitantes.

—Aldealpozo, Villar del Campo, Valdegeña y Caldeuella (Soria); partido judicial Agreda; renuncia; 3.<sup>a</sup>; 2.200 pesetas; antigüedad; 930 habitantes.

—Fuenlabrada (Madrid); renuncia; 3.<sup>a</sup>; 2.200 pesetas; méritos; 4.954 habitantes.

—Galera (Granada); jubilación; 2.<sup>a</sup>; 2.750 pesetas; méritos; 4.954 habitantes.

—San Martín y Mudrián (Segovia); renuncia; 4.<sup>a</sup>; 1.650 pesetas; méritos; 677 habitantes; selección por Inspección.

—Benquerencia de la Serena (Badajoz); renuncia; 3.<sup>a</sup>; 2.250 pesetas; méritos; 1.711 habitantes; selección por Inspección.

—Villalobón (Palencia); renuncia; 4.<sup>a</sup>; 1.650 pesetas; 553 habitantes.

—Arzúa (Coruña); separación; 2.<sup>a</sup>; 3.300 pesetas; 872 habitantes.

Se reproduce la plaza de Médico titular-Inspector municipal de Sanidad de Arzúa, por haberse advertido un error, pues se hacía constar pertenecer a la provincia de Cuenca en lugar de la de Coruña. ("Gaceta" del 20 de mayo.)

**Hospital de San Rafael.**—En el cursillo sobre Tuberculosis organizado para los médicos de dicho Hospital, pronunció una conferencia acerca de las diarreas en los tuberculosos, el culto gastropatólogo Dr. Dámaso Gutiérrez Arrese que con su competencia habitual desarrolló tan interesante tema. Estuvo ilustrada la misma por microfotografías y radiografías personales y dibujos, y gráficas muy diestramente realizadas, unos y otras por el interno de gastropatología de la Facultad de Medicina, D. José M. Esteban de Marqués, joven estudioso y promotor de altos valores. El profesor Arrese fué muy felicitado por los médicos cursillistas. Nuestra más sincera felicitación al maestro y a su joven colaborador, que en sus planos respectivos trabajan con el maravilloso entusiasmo a que todos debía llenar.

**Jornadas médicas en Málaga.**—Organizadas por la Asociación de Antiguos Alumnos de la Facultad de Medicina de Granada, durante los días 8 al 12 del próximo mes de octubre, tendrán lugar en Málaga unas Jornadas Médicas, con motivo de la celebración de la IV Asamblea reglamentaria de la citada Asociación.

A juzgar por el entusiasmo reinante, tanto entre los colegas malagueños como entre todos los que fueron alumnos de la gloriosa Facultad granadina, la reunión de Málaga promete ser un éxito, como las celebradas en años anteriores en Granada, Almería y Jaén.

Oportunamente iremos dando a nuestros suscriptores cuenta detallada del programa que se desarrollará en dicho certamen, en el que una vez más se ha de poner de manifiesto el alto nivel científico de la escuela granadina y en el que aparte de la labor eminentemente universitaria, se estrechan los lazos de confraternidad de cuantos convivieron en la época escolar bajo las mismas aulas.

**La normalización de las funciones cardíacas por medio de la electricidad.**—El profesor Kouwenhoven catedrático de Física de la Universidad Hopkins de Baltimore, acaba de hacer público el resultado de sus experiencias para normalizar por medio de la electricidad las pulsaciones del corazón humano atacado de convulsiones.

Aunque teóricamente era conocido que una corriente

eléctrica puede eliminar las convulsiones del corazón, aún el experimento no había sido llevado a la práctica. El doctor Kouwenhove hizo funcionar normalmente un corazón herido de una puñalada y después cosido, aplicándole una fuerte corriente eléctrica.

Los resultados del experimento han sido tan regulares y seguros que en todas las salas de operaciones de Baltimore serán colocados aparatos eléctricos que permitan, en caso de necesidad, devolver el corazón a sus funciones normales.

**Colegio de Médicos de Madrid.**—Se recuerda a los señores colegiados que aún no lo han hecho, la necesidad de que antes de finalizar el corriente mes nos presenten en estas oficinas (Esparteros, 9), las declaraciones de Utilidades correspondientes al año 1932, para no incurrir en responsabilidad ante la Administración de Rentas públicas.

**Un cursillo de obstetricia.**—El día 15 de próximo mes de junio dará comienzo en la Casa de Maternidad de Santa Cristina un curso eminentemente práctico y exclusivo para médicos, en el cual los alumnos harán guardias y asistirán partos bajo la dirección del personal facultativo y ayudarán en las intervenciones. La duración de este cursillo será de un mes. La matrícula podrá hacerse a partir del 1.<sup>o</sup> de junio en la Administración de la Maternidad, Fuente del Berro, 53.

Los honorarios son 250 pesetas, incluido el certificado.

**Catedráticos.**—Han sido nombrados don Pedro Ará y Sarriá catedrático numerario de Anatomía descriptiva y topográfica con su técnica de la Facultad de Medicina de Cádiz, y don Fernando de Castro y Rodríguez catedrático numerario de Histología, Técnica micrográfica y Anatomía patológica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla.

**Comed naranjas.**—El doctor Sandoval Amorós acaba de publicar un interesante folleto de 90 páginas, en octavo menor, dando interesantes detalles referentes al uso, empleo y resultado de las naranjas.

Su trabajo es muy interesante; encontramos datos botánicos sobre este fruto, así como históricos, alimenticios, terapéuticos, infecciosos, digestivos, etc., etc.

Reúne en este folleto, muy bien presentado, todo cuanto se debe conocer a este particular, aconsejando insistentemente la conveniencia de comer naranjas para bien de los niños, de los viejos, de los sanos y de los enfermos.

La edición de la obrita muy bien hecha por la Casa Chena y al precio reducido de 1,50 pesetas ejemplar.

**Obras recibidas.**—"L'histogenèse du cancer selon la théorie leucoblastique", por el doctor Francisco Riudavetz. Extracto del II Congreso Internacional de Patología Comparada, celebrado en París.

**Médico** aceptaría cargo, aunque fuese burocrático, o sustitución en Madrid. Razón en esta Administración

### SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados)

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Unico preparador en España: DOCTOR GIRAL  
Catedrático y Académico.-Atocha, 35.-Teléf. 10.028. Madrid.  
Forma emulsionable en frío: 2,90 ptas., caja de 150 gramos.

Forma cremosa: 4,40 ptas., frasco de 250 gramos.  
Ambas formas: A granel por kilos.—Muestras gratuitas.

### BARDANOL

Compuesta de extracto de raíces de LAPPAMAJOR L., y Estafío coloidal.

Laboratorio Gamir, San Fernando, 34. — Valencia.

Imprenta Zola Ascasibar, Martín de los Heros, 69, Madrid.