

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

Núm. 4.187.—Tomo 93

AÑO OCHENTA Y UNO

10 Marzo 1934



DIABETES



VINO URANADO PESQUI

Que elimina el azúcar del organismo a razón de un gramo por día, fortifica, calma la sed, evita y cura las complicaciones DIABÉTICAS

OTROS PREPARADOS

SIMIL AZÚCAR PESQUI para el uso de los diabéticos.

DELGADOSE. Contra la obesidad, completamente inofensivo.

Alcohol de MENTA PESQUI. Antiséptico, para la higiene de la boca.

RINONASOL PESQUI. Contra el catarro nasal.

LABORATORIO PESQUI

Alameda, 17, San Sebastián (ESPAÑA)

HIGIENE DE LOS OJOS



OFTALMOL

PODEROSO ANTISEPTICO DE LAS INFECCIONES DE LOS OJOS
LAVADOS Y BAÑOS OCULARES

INDICACIONES: Conjuntivas, úlceras de la córnea, oftalmias, tracoma (granulaciones), orzuelos, dacriocistitis (fístula lacrimal), blefaritis (inflamación de los párpados), caída de las pestañas, formación de forúnculos, costras, abscesos, etc., etc.

EL FRASCO LLEVA UNA BANERITA

Com.: Cía. hidrargvr., 0,02 gr.—Ac. carbazot, 0,01 gr.—Sal. seda.
Homborg, 6 gr.—S. Clorenalina, XX gotas.—Ag. bidestilada, 300 gr.

LABORATORIO IBERIA -:- Rambla Moncada, 29 -:- VICH (Barcelona)

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

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

ELIXIR
SAIZ DE CARLOS

VACANTES

Para su provisión en propiedad por concurso, en armonía con lo dispuesto en la ley de 15 de septiembre de 1932 (artículos 1.º y 2.º) y Reglamento de 7

CUPON REGALO

Solamente por un mes y para que todo el mundo pueda conocer nuestros trabajos, hacemos una ampliación completamente gratis a todo el que nos mande una fotografía y este cupón.

Casa ROTCEN

Apartado de Correos 445
VALENCIA

Precios increíbles para profesionales.

de marzo de 1933 (artículos 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 19), se anuncian las plazas de Médicos titulares-Inspectores municipales de Sanidad siguientes, debiendo enviarse las instancias, en papel de 8.ª clase, 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 Bienvenida (Badajoz); por excedencia; 3.ª categoría; dotación, 2.200 pesetas; 250 familias de beneficencia; población, 6.135 habitantes; provisión por concurso libre de méritos y selección por Inspección. Solicitudes hasta el 28 de marzo. Distrito 2.º

—La de Hervias (Lógrono); por renuncia; 4.ª categoría; dotación, 1.600 pesetas; 10 familias de beneficencia; población, 584 habitantes; provisión por concurso libre de méritos y selección por Inspección. Solicitudes hasta el 28 de marzo.

—La de Castro Urdiales (Santander); por jubilación; 4.ª categoría; dotación, 1.650 pesetas; 10 familias de beneficencia; población, 12.588 habitantes; provisión por concurso libre de méritos y selección por Inspección.

(Continúa en la página XIX.)

¿Viene usted a Madrid?

Hospédese
Hotel Los Leones de Oro

(entre Puerta de Sol y Gran Vía)
Calefacción :: Baños

Precios económicos : Muchas atenciones para los médicos
Hotel Los Leones de Oro.-Carmen, 30.-Madrid

ANALISIS

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

Laboratorio del Dr. E. ORTEGA

Sucesor del DR. CALDERON
Carretas. 14.-Madrid

FUNDADO EN 1866

Aguas Minero-Medicinales de MARMOLEJO

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

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

Abierto al público desde 1.º de abril al 30 de noviembre
Estación de ferrocarril a siete horas de Madrid y cuatro de Sevilla.

GRAN HOTEL BALNEARIO . Todo confort

Venta de agua embotellada en todas las farmacias

Pedidos de botellas e informes al señor Gerente, en

MARMOLEJO (Jaén)

Calle Calvario, 101 - Teléfono 9



lesiones de la vejiga, del útero, etc. Estas congestiones se solían denominar reflejas, quizás porque la causa primitiva actuaba sobre el sistema vasomotor, pero no se debe negar la importancia al factor infeccioso de las mismas. Las congestiones que se producen a consecuencia de las ascensiones bruscas en los aeróstatos o a consecuencia de toracenteresis en las que se vacía el líquido con demasiada rapidez, son la consecuencia de la disminución brusca de la presión a que el pulmón se encuentra sometido.

Las congestiones pulmonares secundarias pasivas se producen siempre a consecuencia de una insuficiencia cardíaca. Van acompañadas de edema y pueden determinar la esclerosis. La hipostasia plmonar va acompañada casi siempre de congestiones pasivas hepática y renal. En estos enfermos, la respiración va resultando cada vez más difícil, sobre todo en la posición echada, y el enfermo se ve obligado a sentarse en la cama para respirar con más libertad. Hay casos en los cuales lo que se observa en vez de los síntomas del éstasis pulmonar son los de un derrame pleurítico. Los esputos son unas veces típicos del edema y otras parecen estrías de sangre roja o mezclados con sangre pardusca. Esto último significa que aquella sangre es el residuo de un infarto pulmonar hemorrágico.

El tratamiento de las congestiones pulmonares primitivas agudas requiere los revulsivos a nivel del tórax, sobre todo por medio de las ventosas secas; si no bastan, mejor que recurrir a las ventosas escarificadas es emplear la sangría. Se provocará la sudación por medio del acetato amónico a la dosis de cinco a 10 gramos en el día, o del nitrato y acetato potásico, a la dosis de dos a cuatro gramos, que se darán con poción de Todd u otro medicamento estimulante. Para que la sudación sea más abundante tomará el enfermo abundantes bebidas calientes, por ejemplo, infusiones de té, tila o manzanilla. Más adelante, cuando el enfermo comienza a

submacidez, desaparición del murmullo vesicular y estertores crepitantes a nivel del foco del infarto. Estos síntomas no se hacen perceptibles más que en el caso de que sean los infartos superficiales, y como con frecuencia son múltiples y bilaterales, hay que buscarlos en puntos diferentes de los dos pulmones. El dolor, la hemoptisis y los signos de la percusión y de la auscultación pueden faltar, y si se trata de un enfermo cardíaco o de una infección intensa es probable que la exageración de la disnea también pase inadvertida. En tales casos, será muchas veces el derrame pleural el primero que llame la atención sobre la anomalía que el enfermo ha presentado. En los cardíacos, estos derrames, cuando no son simplemente un hidrotórax, son la consecuencia de un infarto pulmonar. En los viejos también suelen tener este origen los derrames pleurales. La evolución de la enfermedad depende del número de focos, de la extensión de los mismos y de las infecciones que se les puedan sobreañadir. Algunos infartos por desgarró determinan una hemorragia copiosísima y fulminante. Se deben a la rotura de aneurisma de Rasmussen, o se producen a consecuencia del frío y de la intoxicación alcohólica.

El tratamiento será en primer término profiláctico, y la mejor profilaxia que se puede hacer es tratar convenientemente las cardiopatías, las flebitis, etc.: todo lo que pueda dar lugar a embolias simples o infectadas. Una vez que la apoplejía se ha producido, hay que disminuir la disnea por medio de ventosas secas o escarificadas, inhalaciones de oxígeno, inyecciones de aceite alcanforado. Se tratará la hemoptisis por los procedimientos corrientes, como son las bebidas frías, ipecacuana, inyecciones de morfina, etc. Aunque se haya producido ya la apoplejía, no hay que dejar de tratar la enfermedad causal, con el fin de evitar la reproducción del accidente. En cuanto a las complicaciones, como son el de-



rrame de la pleura y los abscesos pulmonares, cada una requiere un tratamiento especial.

Cáncer pulmonar.—En realidad se incluyen en este nombre las neoplasias malignas del pulmón, lo mismo los carcinomas, o sea los epiteliales, que los sarcomas, y para atenerse a lo que ocurre en la realidad, hay que estudiar conjuntamente los procesos que afectan a los bronquios, al pulmón y a la pleura. Los tumores primitivos de estos órganos son verdaderamente excepcionales y pueden ser epiteliales, de células cilíndricas, de células planas, con globos córneos o de células polimorfas, y conjuntivos, que consisten en sarcomas de células redondas o fusiformes. Como causas predisponentes se han señalado las mismas que en los demás órganos cuando se produce un proceso de éstos. La edad avanzada tiene importancia en el epitelionoma y no en el sarcoma, que se presenta también en los jóvenes; la herencia tiene la misma importancia que en otras localizaciones tumorales, pero presenta en ésta la dificultad de estudio de que el número de casos es muy reducido. Los traumatismos del tórax, las irritaciones y otros procesos tienen una importancia sumamente problemática. Señalar con posible importancia la coincidencia de la tuberculosis con un tumor es buscar una causa donde no la hay, si se tiene en cuenta la enorme frecuencia de la tuberculosis y lo excepcionales que son los tumores. Nos hemos venido refiriendo a los tumores primitivos, porque los secundarios tienen, en cuanto a su naturaleza, la misma que el tumor primitivo que los origina, y en cuanto a la frecuencia, sin ser precisamente muy corrientes, lo son mucho más que los primitivos, puesto que la circulación menor sirve de filtro a la sangre que detiene los fragmentos de neoplasia desprendidos. Sin embargo, estas localizaciones secundarias rara vez tienen importancia clínica, porque acontecen en enfermos en los que el tumor primitivo ha adquirido ya tal magnitud, que atrae por sí mismo toda la atención. Los tumores primitivos no

es la esplenoneumonía, en la que la congestión afecta al pulmón y a la pleura, de modo que los síntomas parecen ser los de la pleuresía con derrame. Fundándose en este diagnóstico, se hace la punción, y a veces se repite, y siempre da resultado negativo. Al parecer, ocurre más a menudo en el hombre, y en el lado izquierdo. La conservación de algunas vibraciones y la existencia de un soplo de broncogefonía, la falta de desviación del corazón y de abombamiento de los espacios intercostales, indican que no se trata de una pleuresía. Por último, la congestión pleuropulmonar se diferencia de la que precede, porque, efectivamente, existe una pequeña cantidad de derrame pleurítico. Pero comoquiera que el pulmón se encuentra congestionado y no se puede retraer, la cantidad pequeña de derrame basta para que toda la superficie del pulmón quede cubierta y dé la sensación de un gran derrame. La existencia de vibraciones debilitadas, la del soplo y la de la expectoración, demuestran que se trata de esta congestión y no de una simple pleuresía con derrame.

A pesar de la evolución rápida de estos procesos y del carácter benigno de los mismos cuando son de forma pura, pueden resultar graves, porque dejan como secuela una pleuresía purulenta enquistada, o porque sirven de campo de siembra para el bacilo de Koch. Las congestiones pulmonares secundarias ocurren muchas veces, surgen como complicaciones en el curso de procesos toxoinfecciosos agudos o en los estados crónicos de insuficiencia renal. Las congestiones pulmonares secundarias activas se presentan en el curso de muchas enfermedades infecciosas. Lo corriente es que se produzcan a consecuencia de infecciones asociadas, pero existen también casos en los que se deben al germen causante de la primera infección, por ejemplo, en la peste y en la fiebre tifoidea. También son de carácter infeccioso las congestiones pulmonares que se producen en los casos de cólicos hepáticos, nefríticos, en las

TERTULIA MEDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

AMENIDADES

10-III-1934

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

Previsión de las erupciones volcánicas

Desde los más remotos tiempos, las erupciones volcánicas han aterrado a los hombres y han provocado toda suerte de supersticiosas preocupaciones. Se veía en ellas una manifestación de la cólera divina, contra la que nada podía hacerse. Mas hoy, aun cuando continuemos siendo incapaces de impedir la repetición periódica del terrible fenómeno, nos encontramos en condiciones de reducir al mínimo sus desastrosos efectos.

Felizmente, es muy reducido el nú-

mero de países donde la Cruz Roja ha de inscribir las erupciones volcánicas en la lista de las calamidades y catástrofes contra las que ha de hallarse siempre presta a luchar. Pero, en cambio, los países donde las erupciones volcánicas son más temibles, figuran entre las más pobladas del mundo. El Japón, Italia y las Indias holandesas son testimonio de este aserto. Después de una erupción volcánica, toda la intervención del hombre se reduce a enterrar a los muertos, cuidar a los heridos y socorrer a los supervivientes. Con estos fines, la Cruz Roja puso siempre en actividad todos sus recursos. Podemos recordar al respecto los casos del Japón, en la erupción del volcán Bandai, en 1888; de Italia, en la actividad volcánica del Vesubio, en 1906, y de las Indias holandesas, en la erupción del Merapi, en 1930.

Omnadina
activa las defensas orgánicas

Es plausible intervenir cuando se produce la catástrofe; pero será aún más útil prevenirse antes del cataclismo. Las desastrosas consecuencias provocadas por la actividad de un volcán podrían, en

deben escapar al observador especializado en estos estudios. Se pueden establecer algunas reglas, que, si no son infalibles, constituyen en todo caso un apoyo del más alto valor. El problema es de orden técnico, y no nos corresponde tratarle aquí. Sin embargo, no parece inútil describir brevemente los métodos empleados y las ventajas que presentan.

La erupción volcánica es un fenómeno natural, que, como todos los demás fenómenos de la naturaleza, se halla regido por ciertas leyes. Del estudio de éstas, unido a la observación de las circunstancias particulares advertidas en precedentes erupciones, pueden deducirse conclusiones que permitirán prever la proximidad de una nueva erupción. Así, se ha podido establecer que, por regla general, la actividad de un volcán es periódica, o, dicho de otra manera: que una erupción se prepara gradualmente durante varios años, y, cuando la tensión ha llegado a cierto límite, viene el estallido que da lugar al cataclismo. Todo el problema consistirá, pues, en poder determinar el momento en que la

por termómetros colocados en las grietas del terreno volcánico. Hay montañas volcánicas que, en algunos de sus puntos, ofrecen siempre una elevada temperatura, y la atenta y constante observación de estas zonas constituirá un señalamiento del peligro. Así, en Java, son siempre objeto de atención las variaciones de temperatura de los lagos que se encuentran en los cráteres de las montañas volcánicas.

Para la predicción de las erupciones se emplean también métodos de orden

BENZOFORMINA
PRODUCE FORMOL
Y DESINFECTA ORGANISMO

químico, que consisten en el análisis de los gases que se escapan del volcán. Este estudio se halla en estrecha relación con la observación de las variaciones de la temperatura. La composición del gas y la proporción de ciertas materias volatilizadas dependen de la distancia que separa el orificio por el cual se escapan del foco de formación, y ello constituye una segura medida para apreciar la actividad del volcán.

Como se halla muy extendido el conocimiento de los diversos métodos de observación, no hemos de desenvolver aquí su descripción. Aparte de las observaciones científicas, hay numerosos signos que anuncian de una manera cierta la proximidad de una erupción. Tales son, por ejemplo, la fusión de la nieve alrededor del cráter, los ruidos extraños, los temblores de tierra, la elevación de la temperatura de los torrentes y los manantiales, la abundancia del humo despedido por el cráter y la expulsión por el mismo de ciertas materias sólidas.

Los estudios científicos sobre la acti-

Pluricardiol
Robert
TÓNICO CARDÍACO

descarga del volcán se hace inminente.

El uso del sismógrafo, que registra los temblores de tierra—que muy generalmente preceden a una erupción volcánica—, figura entre los métodos geofísicos y físicos más recomendables para el cálculo de probabilidades sobre el momento de la erupción.

La observación de los fenómenos magnéticos, que se manifiestan en las regiones que rodean al volcán, es igualmente muy instructiva, ya que siempre una erupción va acompañada de condiciones magnéticas anormales. Es igualmente muy probable que de la cualidad de los particulares sonidos emitidos por el volcán puedan obtenerse datos del mayor interés. A este efecto, y en ciertos lugares cuidadosamente elegidos, podrían instalarse micrófonos unidos a un observatorio central.

Cuando es inminente una erupción volcánica, ocurre frecuentemente que la temperatura se eleva bruscamente, y este importante índice podría ser revelado

BARACHOL
Cura Eczemas, Erupciones y Enfermedades Rebeldes de la Piel.

una gran parte, ser evitadas si se pudiera hacer evacuar la población antes de llegar al período álgido de la erupción. Esto no es absolutamente imposible. En general, una erupción volcánica se anuncia por ciertos signos que no

TRATAMIENTO DE LAS DERMITIS DERMIZINA

Sulfato de dibenzotiofeno, almidón, protóxido de zinc y aceite de olivas.

vidad de los volcanes se iniciaron en la segunda mitad del pasado siglo. Fué en esta época cuando el Gobierno italiano hizo construir un observatorio en los flancos del Vesubio. Los estudios emprendidos no adquirieron, sin embargo, una verdadera profundidad hasta la s

erupciones del Monte Pelé en 1902 y del Vesubio en 1906. Se han hecho también algunas experiencias sobre el Etna y el Kilanea, en Hawai, y se han obtenido otras interesantes observaciones en las Indias holandesas.

Mas, en todo caso, la predicción científica no es suficiente. Es necesario considerar, de otra parte, el lado práctico de la cuestión y los métodos que han de aplicarse para la protección de las poblaciones y sus habitantes.

En lo que concierne a las construcciones, no existe ningún medio seguro de preservarlas de la destrucción. Importa, sin embargo, notar que en Java—después del desastre de Kloet, que hizo en 1919 más de 6.000 víctimas, ahogadas en las inundaciones provocadas por la súbita precipitación de las aguas del cráter por

consecuencias del cataclismo, en el que perecieron 36.000 personas—, es necesario adoptar las medidas necesarias para alejar a la población de las costas.

En Java y Sumatra, que son los países más frecuentemente castigados por erupciones volcánicas, el Gobierno dispone desde 1916 de 18 puestos de observa-

CALCINHEMOL ALCUBERRO **PODEROSO ANTIANEMICO** **ALCALA, 88. — MADRID**

ción, donde geólogos, químicos e ingenieros se ocupan en controlar el grado de actividad de los diferentes volcanes. Estos diferentes puestos están unidos por T. S. H. con una estación central. La organización ha dado ya sus frutos, y en 1918 permitió prevenir y hacer evacuar a los habitantes de las regiones que rodean el Papandajan, antes de que comenzase la erupción.

La Cruz Roja tiene una misión perfectamente definida en un caso de erupción volcánica. Pero es necesario que disponga del personal y del material necesarios para intervenir eficazmente. Prevenida por el correspondiente observatorio de la necesidad de actuar, su papel es ayudar a la evacuación de la población y ocuparse de atender a los enfermos.

Es necesario recordar que, por su constante atención, el hombre se halla en con-

Jarabe Bebé.-Telradinamo.-Septicemiol.-Purgantil (Jarabe de Frutas) (Véase anuncio, página IV.)

diciones, si no de reducir el desastre, de disminuir al menos la pérdida de vidas humanas ocasionada por una erupción volcánica. Anunciada ésta a tiempo, sus estragos pueden limitarse muy considerablemente.

HIGIENE RURAL

La tuberculosis en el campo

No hace aún mucho tiempo se consideraba el campo como el más favorable lugar de residencia para los enfermos tuberculosos y, por el contrario, se acusaba a las ciudades de constituir un temible foco de contaminación de la terrible enfermedad. Esta creencia ha subsistido hasta que muy exactas estadísticas han demostrado que la mortalidad por tuberculosis era tan elevada, si es que no la superaba, entre los habitantes del campo que como entre los habitantes de la ciudad. La comprobación parecía inverosímil, y en contra de ella se alegaba que si morían más tuberculosos en el campo que en la ciudad se debía a que los tuberculosos de los centros urbanos iban a terminar sus días a algún rincón rural. Investigaciones más profundas han acreditado que, si este hecho puede

ser en parte exacto, no lo es menos que el campo no ofrece, desde el punto de vista de la salud, todas las ventajas que se le venían atribuyendo.

Varias investigaciones realizadas para saber hasta qué punto el campo podía favorecer la tuberculosis han permitido descubrir algunos hechos particularmente interesantes, y estas observaciones se han registrado y comentado por la Oficina Internacional de Higiene pública, uno de cuyos miembros, el doctor W. Chodzko, ha dedicado a la cuestión un informe.

Los estudios estadísticos han demostrado que, allí donde la agricultura no se halla industrializada, la mortalidad por tuberculosis es más elevada que en las ciudades. El agricultor que cultiva su tierra por procedimientos primitivos,

CATARROS, TOS **JARABE MADARIAGA** **BENZOCINAMICO**

en lugar de recurrir a las modernas máquinas, gasta prematuramente los músculos y los ligamentos de los pulmones de sus obreros.

Prueban también las estadísticas que la mortalidad por tuberculosis es particularmente elevada entre las campesinas jóvenes, porque son más aptas para procrear que las mujeres de las ciudades, y ello favorece su predisposición a la tuberculosis.

Se aceptaba generalmente que la tuberculosis del campo era idéntica a la de las ciudades. Esto es cierto en cuanto concierne al propio bacilo; pero sus reacciones en el organismo humano son muy diferentes. Comprobaciones hechas en Polonia sobre casos de tuberculosis en el campo y la ciudad han probado que la tuberculosis no solamente es más frecuente el campo, sino que sus casos son, en general, de mayor gravedad.

El habitante de la ciudad que se traslada al campo sin más fin que pasar allí algunos días de vacaciones no se da cuenta de todos los rigores que tiene la vida para los campesinos en el resto del año. Una encuesta efectuada en Alemania en 1922 ha probado que, desde la edad de cinco años, los niños se ven obligados a tomar parte en los trabajos campestres. Cuando van a la escuela están extenuados, y caerán muertos de sueño en cuanto el profesor comience su lección. Muy frecuentemente no disponen más que del tiempo justo para ha-

Borolumyl (sin bromuro), medicamento racional y muy activo contra la EPILEPSIA, VOMITOS DEL EMBARAZO. Tolerancia absoluta. Sedante del sistema nervioso.

cer su almuerzo de mediodía; se levantan temprano y se acuestan tarde, y trabajan incluso los domingos. Sus vacaciones de verano las pasan en las duras

(Continúa en la página XVII.)

ARTE GRAFICO

Fotografado. Hortaleza, 21. Tel. 14623
Especialidad en trabajos para Laboratorios

una de sus grietas—el Gobierno de las Indias holandesas adoptó medidas destinadas a evitar la repetición de análogos catástrofes. Con grandes riesgos, se abrió un túnel que debía impedir al lago el volver a formarse en el cráter. Por desgracia, el hombre puede muy poco en la defensa de los habitantes de una región amenazada por las erupciones volcánicas, y lo único que cabe aconsejar es la huida con los ganados y elementos de riqueza que puedan salvarse.

Uno de los mayores peligros cuando se anuncia una erupción es el pavor de los habitantes, que, sin ninguna organización adecuada, complican la evacuación y hacen difícil el salvamento. La imprudencia es otra causa de la pérdida de numerosas vidas. Se citan numerosos casos donde una temeraria curiosidad por ver de cerca el fenómeno ocasionó numerosas desgracias. La única defensa posible consiste en la recogida de observaciones que permitan a los encargados del estudio de los fenómenos volcánicos el dar la voz de alarma y ordenar la evacuación de la región amenazada. Corresponderá a las autoridades locales, al ejército y a la Cruz Roja el organizar y dirigir la evacuación, con toda la rapidez posible. Si se hubiera seguido este camino, se habrían evitado muchas víctimas en las catástrofes de la Martica, en 1902, del Monte Pelé y del Vesubio, en 1906.

En los casos en que una erupción vol-

CONGESTIONES ACTIVAS DEL RINÑO **H I V E R I C A**

Muestras y literatura

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

cánica amenaza el ir acompañada de grandes marejadas, como ocurrió en las Indias holandesas en 1883—la formación de formidables olas, que acompañaron a la erupción agravó considerablemente las

LA ELIMINACIÓN ANORMAL ES CON FRECUENCIA DEBIDA A LA FALTA DE ALIMENTOS DE VO- LUMEN EN EL RÉGIMEN ALIMENTICIO DIARIO

Durante mucho tiempo se ha venido utilizando el salvado para corregir el estreñimiento común. Esta cualidad ya conocida ha sido comprobada en el transcurso de los tres últimos años por varios e interesantes ensayos de laboratorio, que han añadido muchos nuevos datos a los conocimientos que hasta ahora se han tenido acerca de este cereal. Por ejemplo, hoy día se sabe que el salvado, cuando se sirve en las cantidades debidas, proporciona el volumen que se requiere para la debida eliminación. También se sabe que el salvado es una fuente excelente de la vitamina B, pues 28 gramos contienen 45 unidades de dicha vitamina. Además, el salvado ha demostrado ser rico en hierro vigorizante para la sangre.

El salvado ALL-BRAN de Kellogg's tiene la ventaja de ser muy sabroso, gusta a todos los paladares. Servido con leche fría o con nata, es delicioso; también puede utilizarse para la preparación de bizcochos, pan, etc. A cualquier médico que lo solicite se le enviará gratis un paquete entero.



Kellogg's ALL-BRAN

(TODO SALVADO)

el remedio benigno y natural contra el **ESTREÑIMIENTO**

DEPÓSITO: **Casa SANTIVERI, S. A.**

Calle de Call, 22 - BARCELONA

MADRID: Plaza Mayor, 24 - VALENCIA: Campaneros, 26

ORIGINALIDAD TERAPEUTICA

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

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

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

Laboratorio EGABRO

CABRA (Córdoba) España.

LABORATORIOS
CAMPOS FILLOL
VALENCIA

LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal

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

FRASCO DE 250 GRAMOS, 3,65 PESETAS
EN TODA ESPAÑA

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día.

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

LACTOBULGARINA



EXTRACTO
DE
MALTA

"EUMALT"

Aceptado por R.O. de 2 Abril 1913 en los Hospitales Militares

SIMPLE	BLANDO y POLVO	DIPLOMA DE MÉRITO
C/ HIPOFOSFITOS	"	2º CONGRESO DE MÉDICOS DE
C/ HEMOGLOBINA	"	LA LENGUA CATALANA JULIO 1913
C/ PEPSINA Y PANCREATINA	"	GRAN PREMIO EXPOSICIÓN DE
C/ YODURO FERROSO....	"	MEDICINA E HIGIENE
C/ ACEITE HIG. BACALAO	"	2º CONGRESO DE C.M. SEVILLA 1924
C/ ACEITE HIG. BACALAO E HIP	"	DIPLOMA DE HONOR
		VIIº CONGRESO DE MÉDICOS DE
		LA LENGUA CATALANA JULIO 1930

Dr. P. Andreu Lloberes
ESPLUGAS DE LLOBREGAT
(BARCELONA)

"EULAX" Extracto de Malta y Aceite de Parafina
(partes iguales)

LA CONVALECENCIA DE LA GRIPE



Sabido es que todas las infecciones, por leves que sean, provocan un estado de debilidad general a consecuencia de la pérdida exagerada de sustancias orgánicas. La Nevrosthénine Freyssinge, por su poder re-mineralizador, es el reconstituyente más indicado para combatir la depresión nerviosa y el agotamiento físico de los convalecientes.

NEVROSTHENINE FREYSSINGE

TÓNICO DEL SISTEMA NERVIOSO

Solicite muestras y literatura del Laboratorio FEDERICO BONET Apartado número 501 / Madrid



Lea

lo que la revista médica "The Lancet" dice del Antiséptico LISTERINE

El dictamen indicado a la izquierda está avalado por los ensayos realizados por clínicas y doctores en todo el mundo. Los odontólogos han comprobado igualmente que ningún antiséptico iguala a Listerine en poder bactericida. Saben también que ninguno reúne mejores propiedades para la terapéutica bucal porque Listerine es desinfectante, sedante, cicatrizante y desodorante. Una de sus más útiles aplicaciones consiste en combatir la fetidez de aliento o halitosis, tan frecuentes en las enfermedades de las encías y en la caries dentaria.



Concesionario: FEDERICO BONET - Aptd. 501 - MADRID

LISTERINE

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

HISTORIAL

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

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

1854 * AÑO OCHENTA Y UNO * 1934

CONSEJO DE REDACCIÓN CIENTÍFICA

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

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

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

VOCALES

Dr. MARIANO ACEÑA
De la Beneficencia Municipal de Madrid.

Dr. JOSE ALVAREZ SIERRA
Del Hospital de San Rafael.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dr. JOSE GOYANES Y CAPDEVILA
De la Beneficencia provincial. Académico de número de la Nacional de Medicina.

Dr. BALTASAR HERNANDEZ-BRIZ
De la Beneficencia provincial. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

Prof. TEOFILO HERNANDO Y ORTEGA
De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina. Presidente del Consejo Nacional de Cultura. Director del Instituto Nacional de Farmacobiología.

Dr. J. DE ISASA Y ADARO
Pediatra.

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

Dr. JACOBO LOPEZ ELIZAGARAY
De la Beneficencia Provincial. Académico de número de la Nacional de Medicina.

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

Prof. GREGORIO MARAÑON Y POSADILLO
De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina.

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

Dr. M. MARTINEZ SALDISE
Médico titular.

Dr. A. MORANA Y JIMENEZ
Análisis clínicos.

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

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

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

Prof. GUSTAVO PITTALUGA Y FATORINI
De la Facultad de Madrid. Director de la Escuela Nacional de Sanidad. Académico de número de la Nacional de Medicina.

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

Dres. JULIAN Y SANTIAGO RATERA Y BOTELLA
Radiólogos. De la Beneficencia Provincial. Académicos C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

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

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

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

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

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

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

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

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

Dr. RAFAEL DEL VALLE Y ALDABALDE
De la Beneficencia provincial. Académico de la Nacional de Medicina.

Dr. J. M.^a DE VILLAVEVERDE
Psiquiatra del Hospital del Buen Suceso. Neuro-psiquiatra de la Beneficencia Provincial de Madrid.

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

Director: F. JAVIER M.^a CORTEZO y COLLANTES, oficial facultativo de la Academia Nacional de Medicina. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

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

PRECIOS DE SUSCRIPCION

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

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

EL SIGLO MEDICO

Tomo 93

:-

Sábado 10 de Marzo de 1934

:-

Núm. 4187

PROGRAMA CIENTÍFICO

LEMA: PROGRESSI SUMUS, PROGREDIMUS, PROGREDIEMUR

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

SUMARIO: Sección científica: Experiencias acerca de la unidad de acción de la pepsina y fermento lab. por el Dr. Antonio de la Granda.—Las variaciones cíclicas de la fecundidad femenina, por el Dr. Jaime de Hontoria.—Reacciones antisociales de los tuberculosos, por el Dr. Manuel Meléndro González.—De la gripe y su tratamiento, por el Dr. Algorta Nieto.—Sesiones clínicas: Clínica Médica del Dr. Fidel Fernández.—Bibliografía.—Periódicos médicos.

Experiencias acerca de la unidad de acción de la pepsina y fermento lab.

POR EL

Dr. ANTONIO DE LA GRANDA

Es sabido que aún está por dilucidar si la pepsina y la quimosina (fermento lab) son dos enzimas distintos o si, en realidad, son uno solo. Por nuestra parte, hemos realizado unas experiencias con objeto de aportar alguna luz a este problema.

Se han descrito en la secreción gástrica varios fermentos: la pepsina, capaz de actuar en medio ácido; la renina, cuajo o fermento lab, de enorme poder de coagulación sobre la leche; la lipasa gástrica, que Volhard ha individualizado, aun cuando hay autores que siguen identificándola con la lipasa duodenal; por último, en ciertos hervíboros se ha encontrado una amilasa.

Refiriéndonos especialmente a la pepsina y a la quimosina, diremos que la posibilidad de que fuesen una misma diastasa fué anotada ya por algunos autores; la escuela de Pavlov ha sostenido también esa identidad. Sin embargo, las experiencias realizadas por Hammarsten parecen demostrar que, así como la pepsina precipitada por el carbonato magnésico o el acetato de plomo, el fermento lab no precipitaría: la solución sería capaz de coagular la leche, pero carecería de toda actividad proteolítica.

Fenger ha demostrado que la mucosa gástrica de la ternera joven segrega los dos fermentos, y, por el contrario, el estómago del cerdo adulto sólo posee pepsina. Otra serie de experiencias quieren indicar que la pepsina coagula fácilmente por el calor, y la quimosina lo hace con dificultad; además, ya es muy conocido el hecho de que el pH correspondiente al óptimum de actividad de cada fermento difiere notablemente. Y no queremos anotar los trabajos de French y de otros autores sobre la materia que nos ocupa, pero sí deseamos anotar que los hechos hasta aquí enunciados parecen dar la razón a la teoría que considera la pepsina y la quimosina como entes perfectamente autónomos y aislables.

Sin embargo, el resultado de nuestras investigaciones, expuestas a continuación (realizadas en el la-

boratorio de Pediatría, Facultad de Medicina) no parecen ser de esa conformidad, y sin que queramos prejuzgar la cuestión, confesaremos que más bien nos hacen creer que el lab y la pepsina sean un solo fermento: el lab-pepsina.

Varias pruebas hemos realizado a ese fin:

Pruebas de absorción.—El fermento lab y la pepsina tienen la particularidad de ser absorbidos por los mismos cuerpos. Y es interesante señalar que las sustancias que tienen un gran poder de absorción para uno de ellos lo tienen también para el otro, e inversamente: si uno de los dos fermentos es difícilmente o nada absorbido, al restante le ocurre otro tanto. Este es un hecho que habla en favor de su identidad, por cuanto parecen ser muy semejantes en su constitución físicoquímica.

La técnica empleada trata de la absorción de esos enzimas contenidos en la secreción gástrica. A unos cuantos centímetros cúbicos de jugo gástrico se añade una pequeña porción del absorbente que queramos emplear. Como cuerpos que los absorben bien, tenemos el carbón animal, el almidón, el azufre, el caolín, la albúmina de huevo, el hidrato de hierro coloidal (liquor ferri oxidati), el polvo de óxido de cinc, etc... Después de puesto en contacto el absorbente con el jugo, se agita levemente durante unos minutos y se deja en reposo; de media a una hora es ya suficiente para que la absorción sea suficientemente intensa. Entonces se separa el absorbente por centrifugación; se retira la porción líquida del tubo, se lava éste repetidas veces con agua destilada (sin tener cuidado de que se manche el absorbente empleado, pues si la centrifugación fué completa, estará en el fondo del tubo en forma de una masa dura y apelotonada). Se rellena el tubo con agua destilada y se remueve el absorbente, agitando un corto tiempo. El absorbente cede entonces al agua los fermentos que había absorbido (elución). Por nueva centrifugación decantamos el agua que con-



PERCAINAL

"CIBA"

Pomada analgésica

astringente

antiflogística

antipruriginosa

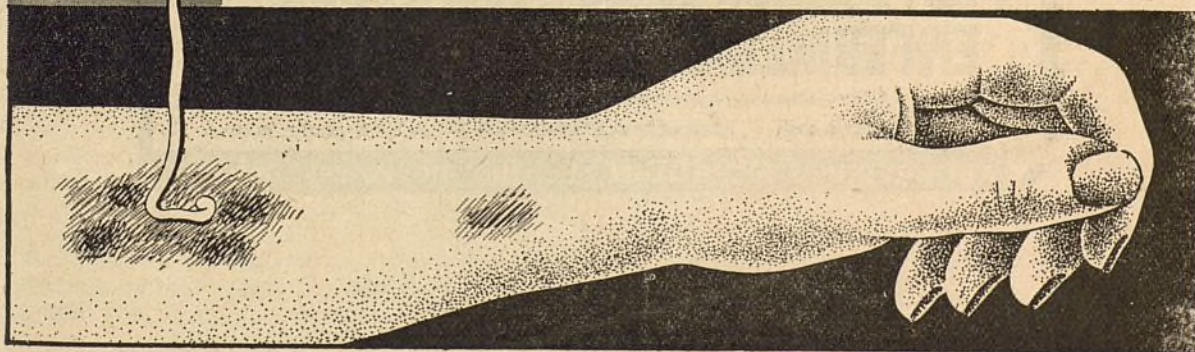
Eczemas
Maceraciones
Herpes
Grietas
Intertrigo
Prurito
Fisuras
Quemaduras
Hemorroides

CIBA SOCIEDAD ANONIMA DE PRODUCTOS QUIMICOS

Aragón, 285

BARCELONA

Apartado 744



TRATAMIENTO DE LAS ANEMIAS

hepal

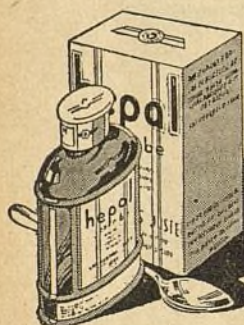
REALIZACIÓN CLÍNICA
PERFECTA
DEL
MÉTODO DE MINOT-MURPHY

principio
aislado
con hierro

antianémico
del hígado
y cobre.

LA EFICACIA DE
600 GR. DE HÍGADO
EN UNA AMPOLLA DE 2 C. C.

FRASCO DE 100 C. C.
EQUIVALENTE A
1 KG. DE HÍGADO
FRESCO
ELIMINA EL SA-
BOR Y LA INTO-
LERANCIA DEL
HÍGADO
TRES A CINCO
CUCHARADITAS
DIARIAS



hepal
JARABE

PRODUCTO NETAMENTE
ESPAÑOL

LABORATORIOS JUSTE
APARTADO DE CORREOS, 9.030

F.º NAVACERRADA, 3



TELÉFONO: 55386

CAJAS DE 10 AMP.
DE 2 C. C. CADA
AMPOLLA IGUAL A
600 GR. DE HÍGADO
FRESCO
UNA A TRES AMP.
DIARIAS POR VÍA
SUBCUTÁNEA O
INTRAMUSCULAR

INYECCIÓN INDOLOR



hepal
INYECTABLE

hepal proporciona las sustancias orgánicas que forman el glóbulo rojo y los elementos inorgánicos que producen la hemoglobina

NUCLÉARSITOL ROBIN

PRETUBERCULOSIS - IMPALUDISMO ENFERMEDADES DE LAS COLONIAS

(Medicación nucleo-arsenical-fosfatada)

GRÁNULOS - COMPRIMIDOS - AMPOLLAS

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

tendrá en disolución los fermentos (agua de elución).

Para verificar la prueba de si, en realidad, fueron absorbidos los dos enzimas haremos entonces lo siguiente: Tomamos cuatro tubos y los disponemos en serie. En cada uno de ellos añadimos: en el 1, un centímetro cúbico de leche, más un centímetro cúbico de agua destilada; en el 2, un centímetro cúbico de leche (1), más un centímetro cúbico de agua de elución; en el 3, un centímetro cúbico de suero de sangre de carnero, más un centímetro cúbico de agua destilada, y en el 4, otro centímetro cúbico de suero de sangre de carnero (2), y uno de agua de elución.

Los tubos 1 y 3, no necesitamos decirlo, son tubos testigo. En el 2, si el agua de elución contenía el fermento lab, habrá coagulación de la leche; en el 4, si contenía pepsina, habrá digestión de las albúminas del suero. Esto último se reconoce porque el contenido del tubo se aclara notablemente, lo que puede compararse con el 3, que, por tener simplemente agua destilada, aparecerá tan turbio como al principio, para facilitar la acción de los fermentos debe colocarse todo el sistema en la estufa, a temperatura de 38 a 40 grados.

Ahora bien: así como la leche coagula en soluciones neutras y ella misma es una excelente solución tampón, en cambio, la proteólisis por la pepsina necesita que ésta actúe en medio ácido. Por esto es necesario añadir al tubo 4, y por tanto también al tubo 3 (testigo), unos cuantos centímetros cúbicos de una solución tampón de un pH 1,5 a 2, que es la concentración de hidrogeniones óptima a la actividad de la pepsina. (Giribaldo da la cifra de 1,7, y Michaelis, de 1,4 a 2,3; para Euler, pH 1,5 a 1,6.) Como soluciones tampón pueden tomarse las dadas por Sørensen, siempre que encuadren en esos límites, y también las de Clark y Lubs.

El poder proteolítico puede también ponerse de manifiesto empleando la ovoalbúmina, la fibrina, etcétera, pero este método es mucho más engorroso. En el siguiente cuadro esquematizamos el conjunto

de los tubos que forman el sistema, empleando en la prueba:

	1	2	3	4
Agua destilada.....	1 cc.		1 cc.	
Agua de elución....		1 cc.		1 cc.
Suero de sangre....			1 cc.	1 cc.
Leche.....	1 cc.	1 cc.		
			solución tampón	solución tampón

La técnica descrita (con las modificaciones convenientes, según la calidad del absorbente) se usará para absorber dichos fermentos por diversos cuerpos y comprobar esa posible absorción. Fué la empleada por nosotros; con ella, y empleando multitud de sustancias, nos fué imposible separar la pepsina del fermento lab.

Pruebas de agotamiento.—No se comprende bien que si la renina y la pepsina son dos fermentos distintos, el agotamiento de uno de ellos (tras su actuación repetida) acarree necesariamente el agotamiento del otro. Y esto es

lo que ocurre. Si una solución que contenga los dos enzimas la hacemos actuar repetidamente frente a la leche, por ejemplo, vemos que, paralelamente a su descenso del poder de coagulación, descende también su capacidad proteolítica, y cuando esa solución ya se muestre incapaz de coagular nuevas cantidades de leche, deja también de manifestarse su acción digestiva sobre las albúminas. Y a la inversa: Si la solución que contenga los fermentos la ponemos en relación con albúminas, anotaremos que al aminoramiento de su capacidad proteolítica sigue también el de la acción coagulante, y si llegamos al límite en que ya le sea imposible digerir nuevas albúminas, en ese mismo momento se detiene su poder de coagular la leche.

Y esto de que al agotamiento de un fermento sigue necesariamente el agotamiento del otro es una prueba en favor de su posible identidad. Claro es que las técnicas empleadas en estas determinaciones son muy delicadas y se prestan a muchos errores.

Puede seguirse este camino: Se toma la solución a ensayar y se afirma su poder de coagulación y proteolítico. Se la pone nuevamente en contacto con leche, separamos el coágulo y en la solución se ensaya su capacidad péptica, tomando para ello una pequeña parte. El resto se vuelve a poner en contacto con nuevas cantidades de leche, y se repite el ensayo del poder proteolítico. Seguimos esta conducta, y observaremos que, simultáneamente al descen-

Avance de sumario para el número siguiente

(17 de marzo de 1934)

DR. F. MURILLO Y PALACIOS: Los enemigos de la Humanidad.

DR. MANUEL BALCÁZAR RUBIO: Consideraciones acerca de un caso interesante de dextrocardia con heterotaxia.

DR. JAIME DE ONTORIA: Las variaciones cíclicas de la fecundidad femenina. (Continuación.)

Sesiones clínicas.

Bibliografías.

Periódicos médicos.

Sección profesional.

(1) La leche para estas experiencias debe ser fresca, recientemente hervida y adicionada de un décimo de su volumen de cloruro cálcico al 10 por 100. Este tiene por objeto sensibilizar la leche a la acción fermentativa.

(2) Este suero debe prepararse así (técnica de Michaelis): Se diluye suero de sangre de carnero al 1 por 200, o suero humano al 1 por 12, y se le añade pequeña cantidad de ácido sulfosalicílico (10/100), hasta que tome un aspecto lechoso y al papel rojo congo dé una coloración violeta sin llegar al azul.

so de su poder coagulante, ocurre el de su capacidad proteolítica, hasta llegar a la anulación de ambos, que ocurrirá simultáneamente. Pero bien, como se comprenderá fácilmente, los fermentos pueden quedar como aprisionados en las mallas del coágulo formado por la leche; por otra parte, las diluciones sucesivas aminoran la actividad fermentativa, cosa que ocurrirá por igual a los dos enzimas. Por eso es conveniente observar esta otra técnica, mucho más depurada:

Puesta la solución en contacto con la leche, se separa el coágulo. Este coágulo es agitado en agua (1), que cederá en parte los fermentos que hubiera aprisionado; se centrifuga, y este agua de elución se une a la solución que quedó de separar el coágulo. Se toma de esta solución una pequeña parte y se le añade carbón, y por las pruebas de absorción comprobamos si todavía subsiste su poder fermentativo sobre las albúminas. Nuevamente se pone el resto de la solución en contacto con leche, y se vuelve a repetir el ciclo descrito. Este otro modo de realizar las cosas es mucho más correcto y no expone a tantos errores como el primero. Si queremos comenzar por la albúmina y seguir, en cambio, como vía colateral la comprobación del poder coagulante, tendremos que filtrar, y luego precipitar, los cuerpos resultantes de la proteolisis péptica (albumosas y peptonas), no empleando el método sin tener cuidado de neutralizar las sustancias empleadas como precipitantes.

Crítica de las experiencias realizadas por Hammarsten sobre la precipitación de la pepsina por el acetato de plomo y el carbonato magnésico.—Como anteriormente hemos anotado, se debe a Hammarsten el hecho de que la pepsina (y no la quimosina) precipita por el acetato de plomo y carbonato de magnesia. Nosotros no hemos podido comprobarlo, empleando las técnicas reseñadas a continuación. Si los fermentos absorbidos de un jugo gástrico y disueltos en agua destilada se les añade acetato de plomo, y más tarde precipitamos totalmente ese metal, comprobaremos que aún continúan en pie sus poderes enzimáticos y que sus acciones no se han aminorado ostensiblemente. En cambio, si hemos observado que el catión Pb tiene una acción intensa sobre la digestión de las albúminas, retardando su desdoblamiento, y esto aun a débiles concentraciones; sobre la leche actúa en sentido opuesto, aumentando su velocidad de coagulación, y a concentraciones fuertes, él solo la coagula.

De tal modo que, si a la disolución que contenga los fermentos añadimos acetato de plomo, se observa un retardo de la actividad proteolítica y un aumento en la coagulación de la leche. Pero si separamos completamente el plomo, la solución conservará casi íntegros sus dos poderes enzimáticos. Esto se comprende fácilmente teniendo en cuenta que

(1) Es mejor hacer la elución en medio ligeramente ácido.

el plomo, como otros muchos metales, como los ácidos también, etc., coagula la leche; su acción inversa, retardo sobre la digestión de las albúminas, yo me la explico teniendo en cuenta que, en presencia de las albúminas, puede formar albumatos de plomo, más difícilmente atacables por los fermentos.

Esta experiencia se ha realizado del siguiente modo: Se toman unos cuantos centímetros cúbicos del agua destilada que contiene los fermentos absorbidos (25-30 c. c.) y se le añade un centímetro cúbico próximamente de una solución de acetato de plomo al 10 por 100. Se toma de esta solución una pequeña parte y se examina su capacidad proteolítica y de coagulación: observaremos que el plomo ha influido en el sentido de acelerar débilmente la coagulación de la leche y retardar de manera ostensible la digestión de las albúminas. Si ahora precipitamos el plomo y lo separamos por la filtración (nos aseguraremos previamente de que todo el plomo ha sido precipitado), observaremos que los líquidos filtrados continúan conservando sus poderes de coagulación sobre la leche y proteolítico, que es tanto como decir sus dos enzimas: lab y pepsina. Y lo que es más interesante: esas dos capacidades fermentativas no han disminuído notoriamente.

La precipitación del acetato de plomo es un problema algo complejo, por cuanto las sustancias empleadas en esa precipitación no deben lesionar los fermentos, y, por otra parte, deben tener una acción precipitante muy intensa y arrastrar completamente el metal. Al principio habíamos empleado los ácidos fuertes: añadíamos ácido clorhídrico, por ejemplo, se formaba así un precipitado de cloruro plúmbico, que separábamos por filtración. Pero este procedimiento no es bueno, pues el voluminoso precipitado formado arrastra parte de los enzimas y, además, con la adición de los ácidos fuertes, se diluye aún más la solución, si queremos más tarde darle por neutralización o por las soluciones tampones, el pH debido.

Por lo cual escogimos la precipitación del acetato de plomo por el ácido carbónico: Se hace pasar por la solución una corriente de ese gas, que precipita el plomo al estado de carbonato de plomo. Se comprueba que ha sido precipitado todo el plomo por sus reacciones características con el ácido sulfúrico, cromato potásico, etc. La obtención del ácido carbónico se puede realizar partiendo del ácido sulfúrico o, mejor, del ácido clorhídrico y del carbonato de calcio, que dan cloruro o sulfato cálcico y dejan el ácido carbónico en libertad. Hay aparatos que se suelen usar para eso, como el de Deville, el de Kipp, etcétera. Pero si no se tienen a mano, un simple frasco de dos bocas es ya suficiente: en una se coloca el tubo de salida del gas, y en la otra, un embudo que sirve para echar el ácido y, al mismo tiempo, de válvula de seguridad. El carbonato cálcico se pone en el fondo del frasco.

La electiva acción precipitante del carbonato magnésico sobre la pepsina tampoco hemos podido po-

nerla de manifiesto. Lo que sí ocurre es que el carbonato de magnesia tiene una gran acción frenadora sobre la proteólisis péptica, y también sobre la coagulación de la leche (al contrario de lo que ocurre con el acetato de plomo). Pero si se precipita el carbonato magnésico en su totalidad, los líquidos en cuya solución se encuentran los fermentos siguen conservando sus poderes enzimáticos, si bien es verdad que aminorados. Mas este descenso se refiere por igual a los dos fermentos.

La precipitación del carbonato magnésico puede conseguirse empleando los precipitantes corrientes de las sales magnésicas. Su descripción no la desarrollamos aquí, por estar en cualquier tratado químico. Claro es que hay que tener en cuenta que los cuerpos usados no dañen grandemente los fermentos. Si se emplean las sales del ácido oxálico, hay que tener en cuenta que no queden en exceso, porque pueden más tarde emplearse, sin darnos cuenta, en precipitar el calcio de la leche y, por tanto, no tener lugar la coagulación de ésta (1).

Las variaciones cíclicas de la fecundidad femenina

POR EL

Dr. AIME DE ONTORIA

Con este mismo título ha publicado muy recientemente el Dr. Guchteneere, de Bruselas, un interesante trabajo, que nos sirve de cañamazo y guión para la información científica que sobre estas cuestiones queríamos desde hace muchos meses dedicar a nuestros lectores de EL SIGLO MÉDICO.

Desde hace más de veinticinco años es clásico considerar que la fisiología genital de la especie humana es algo diferente de la del resto de los mamíferos, distinguiéndose por una serie de caracteres verosíblemente adquiridos en el curso de la evolución. En tanto que en la mayoría de las especies animales la hembra no acepta al macho más que en momento del celo, es decir, cuando una puesta ovular reciente da al acoplamiento el máximo de posibilidades de ser fecundo, la mujer presenta un aptitud constante para el coito; la ovulación ha perdido en su mayor parte su regularidad, y el ritmo sexual está únicamente marcado por el retorno de la menstruación. Este no corresponde a la ovulación, como creían los antiguos autores, por analogía con el ciclo cestral de determinados animales, sino que significa el fracaso y cierre del ciclo. Puede, por lo tanto, aplicarse la frase clásica de que es el aborto de un óvulo no fecundado. Contrariamente a la opinión de los profanos, el optimum concepcional no se encuentra en la inmediata

proximidad de las reglas. Si existe, debe buscarse en el intervalo entre dos períodos menstruales. Por el contrario, no existe un período verdaderamente estéril, pudiendo afirmarse que la mujer puede concebir en cualquier momento de su ciclo menstrual. Tal es, como dice Guchteneere, la opinión de Fraenkel, uno de los fundadores de la doctrina clásica, en su interesante comunicación al Congreso de ginecólogos de lengua alemana. Nurnberger, en un estudio monográfico dedicado a estas cuestiones, opina del mismo modo terminante.

Resulta extraordinariamente interesante pasar una revista a los fundamentos en que se basan estas afirmaciones, cuya importancia práctica es evidente, con el fin de distinguir lo hipotético de la verdad y deducir lo que hay que retener de los trabajos recientes.

Contrariamente a lo que pudiera creerse, las bases objetivas y demostradas son poco numerosas, reduciéndose a tres en realidad:

1.º *La extrema variabilidad de la fecha de la ovulación en relación con la menstruación precedente.* El mismo Fraenkel ha tratado de sorprender la rotura del folículo en el curso de las laparotomías y ha deducido que la fecha de la ovulación se encuentra entre el once y el veintiún día después del comienzo de las reglas. Numerosos ginecólogos, entre los que se encuentran Schoeder, Halban y otros, han repetido estas investigaciones, encontrando cifras en extremo discordantes, existiendo, sin embargo, un máximo de frecuencia hacia la mitad del ciclo menstrual.

2.º *La larga viabilidad del espermatozoide en los órganos genitales femeninos.* Diversos autores, y entre ellos el ya repetidas veces mencionado Fraenkel, han encontrado espermatozoides vivos en las trompas y en el cuello uterino de dos a tres semanas después del último coito.

3.º *Las observaciones efectuadas por diversos autores, sobre todo durante la guerra, de coitos practicados en fechas fijas en relación con el ciclo menstrual.* Muestran éstas que, si bien la concepción es posible en cualquier momento del ciclo menstrual, existen, sin embargo, diferencias considerables entre los períodos favorables o desfavorables, siendo en este sentido la semana postmenstrual la que más, mientras que la semana premenstrual lo es menos. Todas estas estadísticas observadas objetivamente a la luz de la más rigurosa crítica, no carecen de causas de error que disminuyen su valor demostrativo.

La doctrina clásica reposa igualmente sobre hipótesis:

1.º *Al lado de la ovulación espontánea, esencialmente irregular, frecuentemente a mitad del ciclo, existen otras ovulaciones artificiales provocadas especialmente por el coito.* Estas se producen con mayor frecuencia en la primera mitad del ciclo, aproximadamente una semana antes de la ovulación espontánea. Pudieran igualmente producirse en el período premenstrual, siendo ésta la opinión tanto de ginecólogos como de anatómicos eminentes. Este hecho encuentra una confirmación en lo que ocurre en algunos animales, como el gato y el conejo principalmente, en los que la ovulación provocada es la regla.

2.º *El óvulo no fecundado permanece vivo durante un tiempo prolongado en las vías genitales.* Según Meyer, que ha sido el primero en defender la primacía del óvulo, éste mantendrá el cuerpo amarillo en actividad, pro-

(1) Algunas de las experiencias reseñadas a continuación pueden realizarse, a título de ensayo simplemente, con las llamadas pepsinas comerciales. A este respecto, diremos que se debe andar con gran cautela, porque muchísimas veces no responden al título que traen y hay que comprobarlo cuidadosamente, y, segundo, porque no es raro que se encuentre alguna que sea totalmente inservible. Por otra parte, las pepsinas "farmacéuticas" no debemos emplearlas para nuestro objeto: ya se comprenderá por qué.

duciendo la muerte la regresión luteínica y el desencañamiento menstrual.

Estas hipótesis, particularmente la primera, han sido emitidas *a posteriori* para justificar los resultados estadísticos de Siegel, y también de un modo general, para explicar la extraordinaria fecundidad de muchas mujeres, que parece incompatible con una ovulación única y espontánea en el curso del ciclo.

Como todas las hipótesis científicas, no son aceptables más que cuando son verosímiles, es decir, conformes con las leyes generales de la fisiología y si a ellas no se opone ningún hecho establecido.

La hipótesis de la primacía del óvulo no llena ninguna de estas condiciones. Es, en efecto, una ley de biología general señalada desde hace largo tiempo por Van Herwerden, Grosser y otros, dice que en todos los animales de sangre caliente, el óvulo pierde muy rápidamente su aptitud para ser fecundado, y en consecuencia, muere rápidamente si la fecundación no interviene como mecanismo salvador. Esta fragilidad se explica por el hecho de que, por lo menos en los mamíferos, la segmentación del óvulo comienza en el folículo y se continúa durante la emigración bajo el impulso de la conjugación. Si falta ésta, el óvulo muere en algunas horas en el estado de la segunda división de maduración.

Experimentalmente, este hecho ha sido demostrado por Hammond. Provoca este autor la ovulación en una coneja por el coito con un macho vasectomizado, haciendo seguir a este coito estéril otro fecundante, a intervalos variables. Si el óvulo, puesto en libertad, no encuentra espermatozoides entre las dos y cuatro horas, degenera y se destruye. En una serie de experiencias análogas, Pincus ha podido demostrar el mecanismo por el que el óvulo pierde tan rápidamente su aptitud para ser fecundado; en el curso de las primeras horas se recubre de un producto albuminoso, que impide la penetración de los espermatozoides.

Por lo tanto, verosíblemente no puede defenderse la teoría de la primacía del óvulo. Fraenkel mismo no cree en ella. Sin embargo, el golpe decisivo lo ha recibido esta teoría de Hartman, Allen y sus colaboradores, los cuales han demostrado que en la mona y en la mujer se podían quitar los óvulos en emigración en las trompas en el curso de una laparatomía, sin modificar el ritmo de la menstruación. Esta ingeniosa experiencia demuestra la supervivencia efímera del óvulo no fecundado; las células germinales recogidas en el dieciséis día del ciclo presentan ya evidentes signos de degeneración.

Si la hipótesis de una larga supervivencia del óvulo ha sido claramente negada, la de las ovulaciones provocadas es más difícil de discutir. Indudablemente que no ha sido jamás demostrada en la especie humana. Por otra parte, es admitida por un gran número de clínicos y de fisiólogos, y su verosimilitud es grande, ya que la ovulación provocada es la regla en todos los mamíferos, con exclusión únicamente de tres especies. No es, por lo tanto, lógico admitir leyes de excepción para la fisiología genital de la especie humana. Las estadísticas alemanas de fecundación a fecha fija demuestran la aptitud constante de la mujer para ser fecundada. Ya indicamos la falsa seguridad de estos períodos de esterilidad fisiológica, y volveremos repetidas veces sobre ello en el curso de este trabajo. Intentemos, a pesar de esto, con lo que actualmente se sabe sobre la autonomía del cuerpo amarillo, y después de rechazada la primacía del óvulo,

conciliar la hipótesis de las ovulaciones provocadas con la constancia del ritmo menstrual en muchas mujeres antes y después de iniciadas las relaciones sexuales.

Abordemos mientras tanto el examen de las bases objetivas de la teoría clásica de la reproducción humana. Hemos descrito tres: la irregularidad de la ovulación espontánea, la larga viabilidad de los espermatozoides en los órganos genitales femeninos y los resultados de las estadísticas alemanas sobre las concepciones consecutivas a coitos escalonados en un período determinado del ciclo.

I. Se ha demostrado, efectivamente, por numerosas investigaciones, que si se cuenta a partir de las últimas reglas, la ovulación se coloca en días muy variables en el curso del ciclo. Sin embargo, debe considerarse errónea una tal manera de contar, porque se basa sobre la falsa presunción de que todas las mujeres tienen un ciclo menstrual de veintiocho días. El mérito más relevante de Ogino en este sentido consiste en haber demostrado que para establecer con certidumbre la fecha de la ovulación es preciso calcular, tomando como punto de partida la menstruación siguiente, con la cual aquélla tiene un lazo causal por intermedio del cuerpo amarillo y de la hormona luteínica de la hipófisis anterior. Por el contrario, no existe ninguna relación causal entre la ovulación y la menstruación precedente.

Este descubrimiento de Ogino se ha conseguido simplemente repitiendo las experiencias de sus predecesores (exéresis del folículo o del cuerpo amarillo, seguidos de exámenes histológicos confrontados con los del endometrio) en un material de 118 laparotomías. No retiene de ellas más que 81, en las que el ciclo menstrual era regular (de veintitrés a cuarenta y cinco días), y en ellas la fecha de la ovulación estaba escalonada entre el once y el treinta y cuatro día. Pero si se calcula a partir de la menstruación siguiente, cuya fecha es conocida, ya que se trata de ciclos regulares, la más precisa regularidad preside la puesta ovular. Esta se produce siempre entre el doce y dieciséis día que precede a la próxima regla.

El cuerpo amarillo menstrual tiene, por lo tanto, una vida estrictamente circunscrita y medible en los casos normales. Por intermedio suyo y por el de la hormona del lóbulo anterior de la hipófisis, la ovulación condiciona la menstruación siguiente. Este hecho lo han podido comprobar exactamente Corner y Allen en la hembra del *Pithecus Rhesus*, cuyo ciclo es de veintisiete días. Durante la estación de fertilidad, cuando la ovulación tiene lugar, se produce siempre en una fecha fija, precediendo doce a catorce días a la hemorragia menstrual. El mismo hecho ha podido ser comprobado por Spiegel en el macaco de Java, gracias a la presencia de una pequeña hemorragia intermenstrual análoga a la que se observa en algunas mujeres.

Siguiendo otro camino, ha podido Knaus precisar en la mujer, con ciclos menstruales regulares de veintiocho días, que la ovulación se producía siempre entre el catorce y el dieciséis día del ciclo, lo que corresponde a lo afirmado por Ogino si se traspone el cálculo a la menstruación siguiente. En el curso de estas experiencias sobre la coneja, comprobó este último autor que el cuerpo amarillo de menstruación o de embarazo ejerce una acción inhibidora sobre la fibra uterina, la cual se hace refractaria a la pituitrina. Esta inhibición se manifiesta ya veinticuatro o cuarenta y ocho horas después de la ovulación.



debe administrarse **una tableta**
de 0.1 g. de

PIRAMIDÓN

en el tratamiento de las infecciones
tíficas, llegando, si esto fuera preciso,
hasta quince tabletas de Piramidón al
día. Este tratamiento, en apariencia
sintomático, hace desaparecer rápida-
mente el estupor, la inquietud, el sub-
delirio y los trastornos respiratorios.

Envase original

Bayer-Meister Lucius

Frasco de XX tabletas de 0.1 g Tubo de X tabletas de 0.3 g.

Piramidón





Pielitis Cistitis

Schering

En estas afecciones, como en todas las de naturaleza infecciosa-inflamatoria del aparato urogenital, proporciona la Neotropina los mejores resultados debido a su acción antiséptica, su poder de penetración y su efecto sedante en las inflamaciones.

ENVASE ORIGINAL:
Frasco con 30 grageas de 0,1 gr.



SCHERING - KAHLEBAUM A. G. BERLIN

NEOTROPINA

SUSTANCIA COLORANTE BACTERICIDA

PRODUCTOS QUIMICOS SCHERING, S. A.

Apartado 479, Madrid — Apartado 1030, Barcelona

ANTALGOL DALLOZ

Granulado

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

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

Un dispositivo de histerografía interna, utilizando una inyección de aceite yodado, permite aplicar esta adquisición a la especie humana, habiéndose obtenido resultados muy demostrativos en una treintena de casos.

Estos hechos prueban claramente el valor extraordinario de las investigaciones de Ogino, habiéndose con ello aclarado las pretendidas contradicciones existentes en las estadísticas publicadas por sus predecesores. No quiere esto decir que se hayan desvanecido todas las dificultades. Obsérvase un buen número de casos que se separan completamente de la regla de Ogino. Fraenkel, Schickrlé, Meyer y otros autores han encontrado folículos maduros a algunos días de distancia de la fecha presumida de las reglas. Es verdad que su exéresis ha suprimido la prueba material de que la menstruación debía producirse en la fecha presumida, siendo posible, como afirma Ogino, que ésta se hubiera producido trece días más tarde. Además, muchos de estos casos eran patológicos y no podían, por lo tanto, servir de base para conclusiones fisiológicas.

Por otra parte, el estudio de los estadios de desarrollo de los embriones humanos conocidos conduce a Grosser a negar toda fijeza a la ovulación espontánea. Sin embargo, el carácter aproximado de las estimaciones sobre las que se fundan poco valor a su argumentación.

La ausencia de fijeza de la ovulación se deduce también de las investigaciones de Schoederer sobre las modificaciones del endometrio en el curso del ciclo. El estadio característico de la ovulación se encuentra en todo él con un máximo hacia la mitad del intervalo. Tratando de investigar la fecha de la ovulación por numeración de los folículos en maduración, método cuya exactitud ha sido comprobada en los animales, Evans llega a las mismas conclusiones.

Por otra parte, Corner ha demostrado que la menstruación era posible en el mono sin ninguna destrucción de la mucosa uterina ni ovulación precedente. El mismo hecho ha sido señalado por diversos actores en la mujer. Estas adquisiciones hacen pensar que la correlación utero-ovárica se reducirá a modificaciones cíclicas del endometrio, ligadas a las fases de actividad ovárica: la proliferación corresponde al estadio folicular, y la secreción glandular, al estadio luteínico. La menstruación no sería en estas condiciones más que un epifenómeno de determinismo desconocido.

No cabe duda que tal hipótesis, si se tienen en cuenta determinados hechos, no aclara en nada el problema, no haciendo más que trasponerlo y aun oscurecerlo más todavía. ¿Cómo justificar, en efecto, la gran regularidad de la menstruación en la mujer normal, si ella no tiene ninguna relación con el ciclo menstrual? La teoría de Ogino es seguramente la más acertada. Schoederer mismo admite que la menstruación debe ser avanzada o retrasada conforme a las variaciones de la puesta ovular. Si ésta, por cualquier razón, no se produce, es imposible la producción del embarazo: la menstruación vendrá a sorprender al huevo fecundado antes de que haya podido producirse la anidación, y detiene así el proceso de degeneración del cuerpo amarillo.

En suma, si no es posible conciliar todas las observaciones de los autores con las ideas de Ogino, éste, sin embargo, ha logrado poner de acuerdo a todos los que creían en una fijeza relativa de la ovulación y encadenar

de una manera verosímil los elementos del ciclo reproductivo. A los adversarios de la fijeza de la ovulación resta justificar el mecanismo del ritmo menstrual y mostrar cómo los óvulos liberados al azar y hasta la víspera de la menstruación pueden todavía ser punto de partida de un embarazo.

La larga viabilidad de los espermatozoides en las vías genitales femeninas es un hecho que parece sólidamente establecido. Las antiguas observaciones de Sims y Duhrser y las más recientes de Fraenkel y Nurnberger, que han encontrado espermatozoides vivos en las trompas diez y quince días después del último coito, prueban claramente esta afirmación. Otros autores, como Haussmann Runge y otros, fijan un término más modesto de tres días como medio para la vida de los espermatozoides en el útero y las trompas. Aun siendo así, la especie humana sería una excepción entre los mamíferos, cuyos gametos machos son siempre de una viabilidad relativamente corta en los órganos genitales femeninos, mientras que permanecen largo tiempo vivos y aptos para la fecundación en las vesículas seminales.

Esta diferencia de resistencia se explica por intervención de diversos factores, concentración iónica, fagocitosis y, sobre todo, como han demostrado Crew y Moore, por el cambio de temperatura ambiente, mucho más elevada en la vagina y útero que en los testículos. El mismo hecho se comprueba para los espermatozoides humanos *in vitro*.

Pero existe todavía algo más. Hammond y Asdell han demostrado que, para los espermatozoides, motilidad y fecundidad no son sinónimos, persistiendo la primera mucho más que la segunda.

Es muy probable, aunque falte la prueba experimental, que no pase de otra manera con los espermatozoides humanos. Una vez más, y en ausencia de demostraciones definitivas, es más lógico colocar la especie humana en el cuadro de la fisiología animal que intentar a toda costa crear una categoría nueva.

Queda aún por efectuar el examen crítico de la tercera base de la teoría clásica: las estadísticas alemanas de concepciones a fecha fija. Es éste, ciertamente, el más sólido fundamento de la teoría, ya que se trata de una importante observación clínica referida a gran número de casos y efectuada en las condiciones más favorables, lo que le da una especie de valor experimental. Por ello, los autores alemanes la conceden gran crédito, basándose sobre ellas principalmente para afirmar la aptitud concepcional invariable de la mujer y para establecer sus hipótesis referentes a la ovulación provocada a la viabilidad de los gametos.

Entre todas las investigaciones efectuadas en este sentido, las más a menudo citadas son las de Siegel, Jaeger y Nurnberger, por ser las primeras en fecha, las más minuciosas y por no comprender más que ciclos regulares de veintiocho días. Las de Zangemeister y Pryll tienen menos valor, por comprender ciclos irregulares o prolongados. Todos los demás dan resultados bastante concordantes, ya que muestran que la mujer puede concebir en todo momento, aunque con mayor facilidad en la semana premenstrual, alcanzando un máximo hacia el octavo día, y seguido de un descenso gradual hasta finales del ciclo.

(Continuará.)

Reacciones antisociales de los tuberculosos

POR

MANUEL MELENDRO GONZALEZ

Ex alumno interno por oposición

Una de las grandes plagas sociales, seguramente la que más estragos ocasiona a la humanidad (puesto que la mayoría de los autores admiten que, de cada siete muertos por los diversos procesos, uno sería originado por la tuberculosis), es la producida por el bacilo de Koch; esto hace que la humanidad tenga verdadero pánico a esta enfermedad, pero ese pánico no está fundamentado solamente en su frecuencia, sino más en lo sombrío de un tratamiento; es de convencimiento vulgar que el sujeto afecto de tuberculosis no se cura, y aunque actualmente se quiere propagar lo contrario, sin embargo, poco se consigue con la cura de reposo, con las sales de oro, con la colapsoterapia, etc., y que caso de conseguirse algo es después de mucho tiempo, y sería una curación temporal, que volverá a ponerse en actividad tan pronto, por cualquier circunstancia, sus resistencias orgánicas disminuyan o sea afecto de una nueva dosis masiva de infección exógena.

Solamente serían los sujetos tratados en el primer período de Hauke los que podríamos tener seguridad de curación mediante un tratamiento adecuado; pero sabemos con cuántas dificultades se lucha en este caso para poder diagnosticarles, la mayoría de las veces por falta de síntomas subjetivos y objetivos, otros porque los síntomas les aquejan en otro aparato que no es el respiratorio, y no pocos por falta de medios diagnósticos; por todas estas y otras muchas razones es el horror que todos tenemos de esta enfermedad, y de aquí la causa que muchos tuberculosos reaccionen en algún período de su enfermedad de una manera antisocial.

Así, los trastornos mentales y de afectividad son muy frecuentes en los tuberculosos, de tal manera, que es raro que haya enfermos de larga evolución que no los presenta alguna vez, teniendo en cuenta que es un proceso crónico que engendra en el sujeto ideas tristes, reflexiones pesimistas nacidas en el sentimiento de la propia debilidad, se fija en la situación de inferioridad para la lucha por la vida en que el mal le coloca, se fija también, sobre la muerte posible, sobre la situación de sus allegados, etc., y todo esto ocasiona verdaderos estragos en el sistema nervioso del sujeto, constituyendo el complejo de inferioridad de Adler.

Algunos autores, como Zalla, dicen que es muy frecuente la mortalidad en los locos por tuberculosis, especialmente aligofrénicos, pues este autor buscó lesiones tuberculosas en 2.093 enfermos mentales, y las encontró con mucha frecuencia; otros, como Gessen, dicen que las afecciones degenerativas del sistema nervioso son frecuentes en las familias fímicas.

La esquizofrenia, para algunos, como Wolfer dice, de la esquizofrenia fimatógena; sin embargo, Brender apenas habla de influencia fímica, y Kraepelin niega en absoluto el parentesco etiológico entre esquizofrenia y tuberculosis. Vallejo Wajera, en su monografía sobre demencia precoz, dice que en un 60 por 100 de sus enfermos encuentra historia de tuberculosis en sus ascendientes o descendientes, pero desde que Lowenstein llamó la atención sobre la frecuencia de la bacilemia tuberculosa en gran número de enfermedades de etiología desconocida, entre ellas la esquizofrenia, todas las orientaciones se han

dirigido en este sentido, con poco resultado hasta ahora; pero no sabemos lo que el porvenir reserva a esta hipótesis; pero excepto Lowenstein, casi todos los demás resultados han sido negativos.

La tuberculosis a veces también crea síndromes neurasténicos; así, algunos autores han llegado a exagerar este concepto, entre ellos Sapillón, que dice que ante un neurasténico debemos pensar en una tuberculosis latente; análoga opinión tiene Head y Fishberg, que ha sido el que con más amplitud y más clínicamente ha estudiado la tuberculosis, dice que a menudo el proceso fímico se nos presenta como una neurastenia, y que no es infrecuente el que muchos tuberculosos sean tratados como neurasténicos durante muchos años; es decir, que son de esos enfermos que van de especialista a especialista; en un sitio le someten a corrientes eléctricas, en otros le aconsejan duchas, baños, o le aconsejan viajes, etc., hasta que, por último, se pone en claro que se trata de un tuberculoso; así, pues, el síndrome neurasténico puede ser el indicador de las primreas metastasis pulmonares, y como la hemoptisis o la fiebre, pueden ser en él un síndrome de alarma.

En los tuberculosos se desarrollan también síndromes melancólicos o depresivos. Así, a veces, basta el que un fímico se fije en la manera cómo evoluciona un síntoma determinado para que le de la seguridad interior de que se trata de un fímico incurable y se desarrolle en él un síndrome afectivo deprimente; y es principalmente en los enfermos inteligentes y de cierta cultura en los que se suele observar esto. En ocasiones se trata de estados afectivos permanentes, de sujetos con temperamento cicloide con tendencias habitualmente tristes, acentuándose esta depresión por la influencia de la tuberculosis. Pero en estos sujetos hay un fondo temperamental. Así hay autores, como Enger, que dicen que la afección tuberculosa exagera, exalta el temperamento del sujeto de tal manera, que el optimista se hace más optimista, y más triste el habitualmente deprimido; es decir, que considera siempre un fondo constitucional. Con esto, la mayoría de los autores no están conformes. Fishberg también ha llamado sobre esto la atención, diciendo que sorprende ver el cambio de carácter y lo depresivo que se nos aparece un tuberculoso, y que ese estado depresivo disminuye a medida que el enfermo mejora; enfermos fímicos, un síndrome melancólico, es muy frecuente encontrarlos en salas hospitalarias, y más todavía en los sanatorios, y ver cómo el flujo de ideas, de pensamiento y de asociación están en ellos inhibidos, es decir, que aparece lo que se ha llamado la viscosidad del pensamiento.

Con todo esto que anteriormente hemos expuesto, ponemos en claro la importancia que la tuberculosis juega en la aparición de determinadas afecciones mentales que, si no siempre es su etiología, sí la causa ocasional que hace estallar el proceso mental; y si, por otra parte, tenemos en cuenta la manera como estos enfermos mentales reaccionan socialmente, deduciremos el papel que la tuberculosis desempeña.

No es ésta la única manera de reaccionar el tuberculoso (es decir, mediante el proceso mental que en él se puede desarrollar), sino que a veces, a consecuencia del convencimiento interior que él tiene de que no se ha de curar o de que ocasiona un gran sacrificio a su familia, principalmente cuando se trata de enfermos pobres, entonces atentan contra su vida por los diversos procedimientos, pero es principalmente la intoxicación al me-

dio que suelen recurrir; si son enfermos cultos y que con facilidad pueden adquirir opio, es con éste o sus derivados con lo que se intoxcan, y si no, por lo que esté a su alcance. Así, el año pasado, en el mes de julio, estando yo de guardia en el Hospital Provincial de Valladolid, fui llamado para ver al enfermo que se encontraba en el número 9 de la Sala de San Luis, porque estaba peor; este enfermo tenía cincuenta y ocho años; hacía catorce que venía padeciendo su tuberculosis, y cuando estaba hospitalizado tenía lesiones cavitarias bilaterales muy extensas, por lo que aquejaba una gran disnea. Al acercarme a su cama me dijo que se había intoxicado con sublimado en pastillas que él tenía, pues decía que hacía tiempo que estaba desesperado porque no se moría, y se oponía a que se le diera ningún antídoto ni se hiciera con él ningún tratamiento. A las dos horas el enfermo fallecía, y en la autopsia se pudo comprobar que, efectivamente, se había intoxicado con sublimado, y que eso había sido la causa de su muerte. Este mismo enfermo, cuatro días antes quiso suicidarse con una navaja que él tenía, pero lo observaron los enfermos próximos y lo impidieron.

De la gripe y su tratamiento

POR EL

Dr. MANUEL ALGORA NIETO

La gripe es una enfermedad infecciosa, febril, aguda. El enfriamiento y la fatiga reducen la resistencia a la infección gripal. Las grandes variaciones térmicas diarias favorecen la aparición de la gripe. Esta causa es común a todas las enfermedades agudas del aparato respiratorio, y explica la simultaneidad con que suelen estallar las pandemias gripales en las zonas geográficas de grandes oscilaciones térmicas.

Tras una incubación de unos a tres días, la temperatura sube bruscamente de un modo rápido, con síntomas de malestar general, dolores en los miembros y región lumbar, gran laxitud, escalofríos. La forma más frecuente se acompaña de trastornos del aparato respiratorio.

La enfermedad en su forma benigna cura en pocos días, dejando tras sí un estado de astenia bastante pronunciado.

Dice Domarus: "Los individuos ancianos, especialmente si coexiste bronquitis capilar, ofrecen gran disnea y debilidad cardíaca precoz, asociada con parálisis de los vasos motores. Esta también es la causa que tome un giro desfavorable la gripe grave en enfermos jóvenes."

Esta parálisis vasomotora inmoviliza la sangre en determinados territorios vasculares, especialmente en el territorio del esplácnico, de manera que otros órganos, ante todo el corazón y el cerebro, quedan relativamente desprovistos de ella, teniendo el corazón que desempeñar un mayor trabajo a título de compensación.

El colapso de la circulación es siempre un acontecimiento muy serio en el curso de la enfermedad: puede intervenir bruscamente, con gran agitación o debilitamiento del enfermo, con aumento de la diarrea y de la cianosis, con sudor frío y disminución más o menos marcada de la presión arterial, mientras que el pulso se hace pequeño y frecuente, hasta el punto de escapar a una exacta apreciación palpatoria.

Puede presentarse también, y hasta llegar a ser mortal, aun en la convalecencia.

Por todas estas causas expuestas es de gran importancia el tratamiento lo más precoz posible de la debilidad circulatoria, para lo cual deben emplearse, a veces hasta profilácticamente, sobre todo los medicamentos que aumentan el tono vasomotor: alcanfor, cafeína, estricnina, adrenalina, digital, estrofantina.

El reposo es el principal recurso de que disponemos contra la insuficiencia circulatoria, evitando la fatiga funcional del corazón. Por lo tanto, el reposo en cama es indispensable, y lo prolongaremos cuanto podamos para evitar las fáciles recaídas de convalecencias mal cuidadas.

A este respecto de la estancia en cama dice Beckman: "Creo que todos los que tienen experiencia dilatada de la pandemia de 1918 a 1921, y que no se empeñan en atribuir una influencia maravillosa a cualquier medicamento empleado por ellos, convendrán en la afirmación de que las complicaciones graves (que son las únicas temibles, porque fuera de ellas, la gripe misma no es prácticamente mortal) se presentaron casi exclusivamente en aquellos que no quisieron o no pudieron meterse en la cama desde el primer momento que se les presentó la enfermedad."

Los cardíacos de edad madura no deben permanecer en cama más que el tiempo necesario, para evitar el debilitamiento del corazón por falta de ejercicio. Si hubiera sido necesaria una larga estancia en cama, los cardíacos harían primero ejercicio estando incorporados para acostumar al corazón poco a poco. Todavía más que para sujetos sanos es valedera para los cardíacos la regla de que, tras una larga estancia en cama, se abandonará el lecho al principio sólo después del mediodía.

El tratamiento ideal en las enfermedades infecciosas es el específico. Los ensayos de sueros y vacunas antigripales no parecen tener eficacia. Los sueros antineumocócico, antiestreptocócico y antidiftérico, empleados en el tratamiento de la gripe, no pasan de tener más acción que la de una proteinoterapia general no específica. Son muy de tener en cuenta antes de decidir su uso los accidentes causados por la enfermedad del suero. Obran asimismo como proteínas los metales coloidales.

Si bien es muy recomendable aprovechar la propiedad que tienen las proteínas administradas por vía parenteral de aumentar las defensas del organismo, debemos temer su empleo cuando puedan producir reacciones orgánicas exageradas, y de ellas, principalmente la hipertemia excesiva y el colapso vasomotor.

Evitaremos en lo posible el empleo de antitérmicos analgésicos, pues disminuyen la resistencia orgánica, y en especial la del aparato circulatorio.

El poder curativo de la quinina en la gripe continúa siendo discutido y, sin embargo, es real.

Arnozan dice: "Es ir demasiado lejos creer con Gillie (de Burdeos) que este alcaloide es tan específico de la gripe como de la fiebre palúdica. Pero, por otra parte, es innegable que los enfermos tratados por este medicamento curan mejor, más rápidamente y con menos complicaciones que aquellos a quienes se prescriben vomitivos, purgantes, antipirina y, sobre todo, vejigatorios. En la gran epidemia de 1890, en unos 150 enfermos que he tenido ocasión de visitar en condiciones muy distintas de edad, sexo, de estados patológicos anteriores, etcétera, he recurrido constantemente a la quinina, y sólo he registrado una defunción en una mujer de setenta y

dos años. Es conveniente graduar la dosis según el grado del termómetro, 0,50 gr. a 38,5, 0,75 gr. a 39 y 1 gr. a 39,5, dividido en obleas de 0,25 gr."

Landouzy (*Presse Médicale*, 29 enero 1898), a propósito del valor curativo de la quinina en la gripe, dice: "El peligro es la astenia, y el escollo la poca reacción y defensa de los atacados de gripe. Por eso, tanto la medicación estimulante como la reconfortante deben pasar por delante de las demás. Si debiese procurarse a los facultativos un arma segura que contra la gripe fuera la mejor de todas las defensivas y la menos ofensiva me inclinaría a que este arma fuese la quinina."

Estas observaciones clínicas son ratificadas por la experimentación. La quinina a pequeñas dosis aumenta el número de leucocitos y exalta el poder de éstos, y de esta doble manera queda aumentado el poder fagocítico de la sangre.

Las pequeñas dosis de quinina actúan como tónico del corazón, aumentan la energía y la amplitud de las contracciones cardíacas, y el pulso aumenta de frecuencia; estas pequeñas dosis de quinina producen efectos vasoconstrictores periféricos en los vasos sanguíneos, lo cual, asociado a la acción ténicocárdica, provoca cierta elevación de la tensión sanguínea de duración más o menos larga.

También debemos desde el principio de la enfermedad utilizar el alcanfor a dosis convenientes: ampollas de aceite alcanforado de 0,20 gr., dos, cuatro o seis al día, o más si fuese necesario.

La utilidad del alcanfor se demuestra: 1.º, por excitar directamente el corazón, intoxicado por los venenos microbianos, de modo análogo a como lo hace en la zona intoxicada por el cloral; 2.º, por excitar el sistema nervioso y producir contracciones musculares que indirectamente elevan la presión, y 3.º, por producir una dilatación de las arterias que riegan el cerebro y los miembros sin influir o, tal vez estrechando, los vasos del territorio esplácnico, con lo cual favorecen la circulación, pues resta al corazón debilitado obstáculos que se oponían a su funcionamiento.

Sobre la pequeña circulación, Liebman demostró que producía una dilatación de los vasos pulmonares por acción directa sobre ellos, y, por tanto, al disminuir la resistencia se verificaba mejor la circulación pulmonar. Esta vasodilatación explica la mejoría de síntomas subjetivos: disnea, etc. El alcanfor tiene cierta acción antiséptica sobre el neumococo (*in vitro* al 1 por 1.250).

Respecto al uso de la digital, la práctica más seguida es la de usar la digital desde el principio de la enfermedad a las dosis usuales en las cardiopatías para mantener satisfactorias las condiciones de la circulación, recurriendo a la inyección endovenosa de estrofantina, o intramusculares de adrenalina, cuando los signos de insuficiencia circulatoria lleguen a ofrecer un aspecto alarmante.

Esta práctica de administrar la digital desde el principio de la enfermedad debemos rechazarla, porque cuando las fibras musculares del corazón están saturadas de digital rechazan la estrofantina, que en casos desesperados pueden actuar de medicación salvadora. La inyección será endovenosa, de 0,3 gr. a 0,5 gr., que puede repetirse a las cuarenta y ocho o setenta y dos horas.

Con lo dicho queda expuesto lo fundamental en el tratamiento de la gripe. Para la bronquitis haremos revulsión torácica y pondremos una poción expectorante, a la

que podrá añadirse un estimulante, un balsámico y un sedante de la tos, según se crea oportuno.

Obtendremos deposiciones regulares por enemas o supositorios de glicerina. Cuando la fiebre haya desaparecido administraremos un purgante (Savy).

Alcalá de Guadaira. Enero, 1934.

BIBLIOGRAFÍA

ARMOZAN: *Manual de Terapéutica*, 3.ª edición.

DESTOUCHES: *La quinina en Terapéutica*.

DOMARUS: *Manual práctico de Medicina interna*.

GONZALEZ DELEITO: *EL SIGLO MÉDICO*, 21 octubre 1933.

HARRY BECKMAN: *El tratamiento de las enfermedades en la práctica médica general*.

MORA: *Lecciones de Terapéutica*, 3.ª edición.

ROMBERG: *Tratado de enfermedades del corazón y de los vasos*.

SESIONES CLÍNICAS

Clínica Médica del Dr. Fidel Fernández (Hospital de San Lázaro, Granada)

(Sesión científica del jueves 9 noviembre 1933.)

NUESTRA CASUÍSTICA DE AORTITIS.—LA AORTITIS ENTRE 1.500 ENFERMOS DE MEDICINA INTERNA.

Dr. D. Antonio Aspilante Rubio.—Las dos afecciones más frecuentes de la aorta son la arteriosclerosis y la sífilis. Si dejamos a un lado las lesiones de la media aórtica descritas por Siegmund en infecciones estreptocócicas diversas, las manifestaciones reumáticas de la pared arterial, estudiadas por Klinge, y las degeneraciones mucoidísticas, procesos todos que o son raros o aún no accesibles fácilmente a la clínica, preciso es confesar que la patología de la aorta se puede reducir a los dos procesos citados en primer lugar.

Admitido esto, precisa, de todo punto, admitir una diferenciación tajante entre la arteriosclerosis y la sífilis aórtica. Debido, sin duda, a las ideas mantenidas por los autores de habla francesa, frecuentemente se habla de "aortitis", confundiendo en esta denominación genérica a la arteriosclerosis y a la sífilis de la aorta. Sabido es que los cardiólogos franceses (Vaquez, Laubry, Aubertin, etc.) establecen tres grupos de aortitis: agudas, subagudas y crónicas. Las aortitis agudas carecen, en realidad, de fisonomía propia; se trata en ellas de lesiones de la íntima arterial que tienen el mismo carácter etiológico, patogénico y clínico que la endocarditis concomitante; más propio sería denominarlas "endocarditis propagadas a la aorta", ya que la estructura propia del vaso no se encuentra, fundamentalmente alterada. La mesaortitis sífilítica constituye, por sí sola, el grupo de las aortitis subagudas, y la aortitis crónica no es sino la arteriosclerosis aórtica, propiamente dicha, o aortitis ateromatosa de autores franceses.

Esta nomenclatura es absolutamente desacertada. Desde el punto de vista anatómico es, a todas luces, erróneo calificar de "aortitis" a un proceso aórtico en el que, como en la arteriosclerosis, para nada juega la inflamación. Este nombre debemos reservarlo para la única y genuina aortitis, que es la aortitis luética. Pero aún tiene esta diferenciación mayor importancia clínica. La ar-

Remineralice con

JARABE de FELLOWS

HIERRO
SODIO
POTASIO
FOSFORO
MANGANESO
CALCIO

para contrarrestar la merma de minerales tan marcada en tales infecciones agudas como: bronquitis aguda, coriza, la debilidad de la vejez, y las condiciones post-operativas.

El Jarabe de Fellows contiene todos los elementos esenciales en cantidades científicamente proporcionadas. El metabolismo defectuoso de las células ocasionado por la merma de minerales, se contrarresta rápidamente supliendo estos elementos en una forma que el cuerpo pueda asimilar con prontitud.

El Jarabe de Fellows lo hace rápida y eficazmente. Por eso es la preparación de más valor para estas condiciones.

Dosis que se sugiere: Una cucharadita tres veces al día bien diluida en agua.

MUESTRAS A PETICION

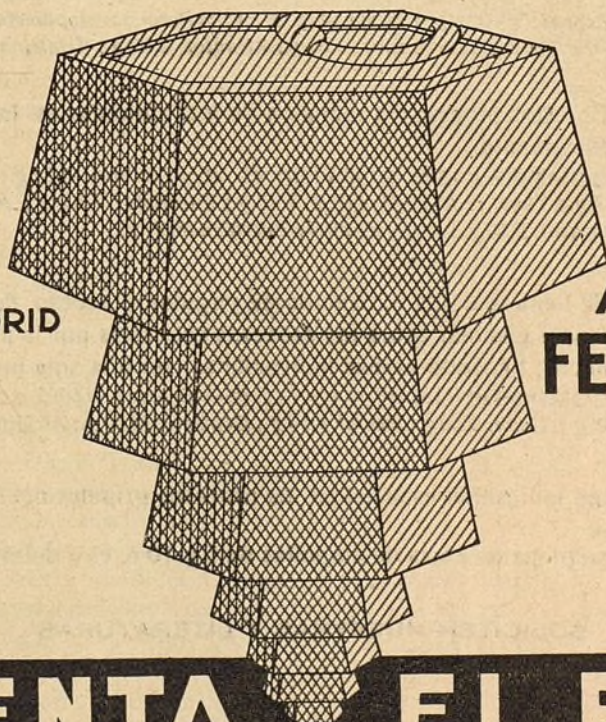
Distribuidores en España:

SOCIEDAD ANONIMA DE DROGUERIA VIDAL-RIBAS,

Cortes, 639 — Barcelona

BIOTRIGON

Delegacion
6, Calle Larra. MADRID



**ELIXIR
A BASE DE
FENU GRIEGO**

AUMENTA EL PESO

NEYOL

AUTOR DOCTOR R. FERRIS MEDICO
MEDICACION BALSAMICA INTENSIVA

INYECCION INDOLORA



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.

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

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.

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

Neyol n.º 3
Niños

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

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

Neyol n.º 4
Procesos agudos

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

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

Neyol n.º 5
Antiasmático

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

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

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

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

SOLICITEN MUESTRAS Y LITERATURAS

teriosclerosis de la aorta y la ortitis sifilítica son procesos tan distintos en lo que se refiere a su etiología, a su tratamiento y, sobre todo, a su pronóstico, que esto sólo bastaría, a falta de razones de mayor peso, para imponer la necesidad de una nomenclatura que cabe, por completo, y de un modo rotundo, con la confusión a que induce la hasta ahora por numerosos clínicos usada.

Este criterio es el que impera en la nomenclatura de la "American Heart Association", publicada en 1929 y recogida recientemente por el "Comité alemán de investigaciones y lucha contra las enfermedades circulatorias", concentrado en el Instituto Kerckhoff, nomenclatura que, por sus aciertos, sería de desear que fuera adoptada como internacional.

Por todas las razones apuntadas sería muy conveniente que, en lugar de denominar a la esclerosis de aorta "aortitis ateromatosa", se la designara con el nombre más preciso de "arteriosclerosis aórtica", o quizá mejor con el "aortopatía deformante crónica" (Aschoff), reservando el nombre de "aortitis" para el proceso inflamatorio genuino de la aorta, más frecuente en la clínica, esto es, para la "aortitis sifilítica", de la que queremos hacer unos comentarios sugeridos por nuestra estadística.

La aortitis sifilítica es uno de los procesos más importantes de la cardiología. Habida cuenta de ello, ha sido objeto de copiosa literatura desde que el cuadro anatómico descrito por Heller y Dohle, a finales del siglo pasado, tomó carta de naturaleza en la clínica. Parecería, por tanto, superfluo insistir sobre una cuestión ya bastante bien estudiada; no lo es, sin embargo, ya que todos tenemos el deber de contribuir con nuestra casuística al esclarecimiento de los numerosos problemas que plantea la afección que nos ocupa, enriqueciendo y matizando con nuestros casos sus diferentes aspectos clínicos.

Nuestra estadística se refiere a los casos de aortitis sifilítica observados entre los 1.500 primeros enfermos de Medicina interna vistos en la sección de hombres de la Clínica médica de nuestra Universidad.

El material de entre el cual están recogidos nuestros casos de aortitis lo constituyen enfermos de procesos médicos heterogéneos del tipo de los pacientes que nutren comúnmente las consultas de nuestros hospitales, es decir, campesinos, obreros, etc., todos de escasos medios económicos y de cultura muy deficiente. Algunos son ambulatorios, pero la mayor parte de ellos han sido sometidos a un estudio más cuidadoso desde su internamiento en la clínica.

El número total de aortíticos encontrados entre estos 1.500 enfermos es de 13. Esto arroja una proporción de 8,66 por 100 de aortitis entre todo el resto de los procesos médicos. Esta proporción resulta bastante mayor que las indicadas en las estadísticas de Heller y Schrumpf, y se aproxima, aunque la sobrepasa, a la más reciente de Herxheimer, que da una proporción del 6 al 7 por 100. Sin embargo, aún sería mayor el número de nuestros aortíticos si no hubiésemos desechado algunos casos dudosos, que no resistían bien la rigurosa crítica a que fueron sometidos.

Por lo que hace a la edad, nuestros casos de aortitis concuerdan con los datos estadísticos corrientes. Nueve de ellos estaban comprendidos en el quinto decenio de la vida, edad en que, según Mubert, se dan el mayor número de lúes aórticas; tres correspondían a edades

entre los cincuenta y los sesenta años, y sólo uno alcanzaba los sesenta y cinco años.

Otro punto interesante es el que se refiere a la existencia o no de antecedentes de una infección sifilítica anterior. Como han hecho notar diferentes autores (Fournier, Romberg, Woldrich, Redlich, Steiner, etc.) para las sífilis viscerales en general, y para la aortitis en particular, no siempre se encuentra en la amnesis de estos enfermos datos de una contaminación específica anterior. En nuestros casos, en la mitad de ellos, se echaban de menos esta clase de antecedentes específicos.

La suerología—Wassermann y Meinicke (MTK)—y, en algunos casos, KANH, fué positiva en todos menos en dos casos, y de estos últimos, en uno de ellos se tornó positiva después de la reactivación.

El tiempo transcurrido desde el accidente primitivo sifilítico hasta nuestra observación del enfermo oscila en nuestra estadística entre los diez años y los treinta, correspondiendo en su mayoría a un término medio de veinticinco años. Según la estadística más fidedigna a este respecto, que es la de Hubert, este término medio se debe de fijar alrededor de los veinte años; podríamos, pues, hablar nosotros de un retardo en la aparición de nuestras aortitis en el mismo sentido de lo expresado por Kopraang para el desarrollo de la lesión aórtica en los individuos intratados específicamente, pero la escasez en número de nuestras observaciones no nos permiten sentar ninguna clase de afirmaciones en dicho sentido.

La mayor parte de nuestros enfermos presentaba una aortitis complicada. Sólo tres de ellos aquejaban el cuadro de la aortitis simple. Los 10 restantes, ofrecían los siguientes tipos de complicación: tres, insuficiencia aórtica simple; otros tres, insuficiencia aórtica con participación coronaria; uno, participación coronaria aislada, y tres, aneurismas de las diversas porciones de la aorta torácica (ascendente, cayado y descendente).

Todas las participaciones coronarias fueron evidenciadas electrocardiográficamente. Su gran frecuencia en nuestros casos se halla en contraposición con el escaso número de angor encontrados; sólo uno de los enfermos presentaba la sintomatología típica de la angina de pecho. Ya hemos hecho constar en otra ocasión la extrema rareza del angor pectoris entre nuestros enfermos hospitalarios, y hoy volvemos a insistir sobre ello. La afección coronaria en estos casos sólo se podrá sospechar ante una insuficiencia cardíaca de origen desconocido, es decir, para la cual no encontremos ninguna otra causa demostrable; su confirmación queda reservada al estudio electrocardiográfico.

Más de la mitad de nuestros enfermos de lúes aórtica llegaron a nuestras manos descompensados. Esta descompensación era debida, en la mayor parte de ellos, a la participación coronaria concomitante, y en los demás, a la lesión valvular sobreañadida.

Con respecto a los resultados de la terapéutica específica, no podemos afirmar nada de un modo concreto. El tiempo de tratamiento transcurrido es, en general, demasiado escaso para poder sentar ninguna afirmación. Por otra parte, de algunos de nuestros enfermos no hemos podido adquirir noticias posteriores de la continuación del tratamiento. Únicamente hemos podido corroborar las afirmaciones de R. Fischer en lo que se refiere a la extrema prudencia, que debe llegar en ocasiones hasta la abstención en el uso de los medios específicos en los casos de participación coronaria.

Estas son las consideraciones que nos sugiere el estudio de los casos de aortitis sífilítica que hemos tenido ocasión de observar. De ellas quisiéramos hacer resaltar dos hechos, para que el práctico los tuviera siempre presentes: primero, que la aortitis sífilítica es un proceso bastante frecuente, que debe acudir siempre a la mente del médico a la hora de hacer el diagnóstico diferencial de un proceso circulatorio, y segundo, que si puede hacerse algo en contra de esta afección, que, según Oberndorfer, va en mortalidad después de la tuberculosis y del cáncer, es a base de un diagnóstico y de un tratamiento lo más precoces posibles, a contribución de los cuales deben ponerse todos los recursos que la clínica cardiológica posee en la actualidad.

(Sesión científica del jueves 16 noviembre 1933.)

Dr. D. César Sebastián González: Un caso de fiebre exantemática de Marsella, o enfermedad de Olmer-Pieri. "Señores: Yo ocupó, muy agradecido y muy honrado, la ilustre tribuna de este Servicio del Hospital de San Lázaro, brindada por mi querido amigo el sabio internista D. Fidel Fernández, para ofrecer a ustedes las primicias de un caso de enfermedad de Olmer, que es el primero descrito en la provincia de Granada, y que me fué dado descubrir y diagnosticar en funciones inherentes a mi cargo de Inspector provincial de Sanidad.

Y permitidme que, antes de describir la historia clínica, y de fundamentar el diagnóstico de la enfermedad, yo os haga una ligera reseña histórica del proceso, lo más brevemente posible.

Reina gran confusión al clasificar las enfermedades tíficas exantemáticas. Al lado de individualidades clínicas bien manifestadas, hay otras no completamente definidas, y por si fueran pocas las dificultades con que se tropieza para una buena clasificación, viene a enmarañar la cuestión y a complicarla las denominaciones con que se las conoce en cada país donde se las padece y se las estudia.

Ya en 1930, decía Toulleg que la confusión reinante en las fiebres tifoexantemáticas depende de que no era demostrable la unidad etiológica por *Rickettsia*, ni la suerológica por reacción de Weil-Félix, ni la epidemiológica por los agentes de transmisión. Es lo cierto que los estudios recientes van dando claridad y, como el mismo Toulleg sostenía, todas las transmitidas por piojos dan Weil-Félix positivo, mientras que las transmitidas por garrapatas dan Weil-Félix negativo. Es también cierto que se han estudiado bien sus características clínicas, y muchas pruebas suerológicas que permiten diferenciar bien unas de otras como entidades nosológicas independientes, sin que neguemos que en su evolución influye de modo poderoso el huésped intermedio. Dejemos aparte el tifus recurrente, producido por el "Ornithodoros", y cuyo agente causal es un espirilo de longitud variable y espiras regulares muy bien estudiado en España por Sadi de Buen. Veamos el modo de establecer en una ligera reseña las distintas fiebres exantemáticas de que se oye hablar y cuyos distintos nombres son los que llevan la confusión al ánimo de los médicos.

Tifus tropical, tifus mejicano, tifus de los Andes, tifus brasileño.

Fiebre tatuada o púrpura de las Montañas Rocosas o

del Este de los Estados Unidos; fiebre fluvial del Japón, enfermedad de Bric, etc.

Hay una individualidad clínica bien establecida: el tifus exantemático europeo, producido por virus que muchos autores se inclinan a creer que es la *Rickettsia prowazekii*, transmitida por picadura de los piojos, de cuyo organismo es huésped habitual y con reacción de Weil-Félix positiva.

El tifus tropical es una modalidad clínica del tifus exantemático europeo, sin más diferencia que, en su etiología, hay que considerar, además del valor del piojo como factor epidemiológico, la picadura de los parásitos de las ratas, especialmente pulgas. No es tan mortífero, y también con Weil-Félix positivo.

El tifus de los Andes y el tifus mejicano es igual al tifus de Sao Paulo, sin más diferencia que la *Rickettsia* puede ser transmitida por pulgas de ratas, como la *Xenopsylla cheopis* y el *Ceratophilus fasciatus*. Parece, sin embargo, que el tifus mejicano va acompañado de reacción de Neill Moser (orquitis cuando se inyectan cavia machos con virus mejicano, que no se obtiene si se repite la experiencia con virus europeo o africano, encontrándose en las células endoteliales de la túnica vaginal *Rickettsia*, al colorear con Giemsa.

La fiebre de las Montañas Rocosas se padece no sólo en la región Oeste del Misisipi, sino en las regiones del Este de los Estados Unidos. Está producida por una garrapata: el *Dermatocentor reticulatus* de los perros y de muchos roedores.

El Dr. Ricardo Jorge, de Portugal, publicó hace ya muchos años un precioso trabajo, tratando de restablecer un poco de orden en el complicado asunto de las enfermedades tíficas y, al efecto, después de recordar, a propósito del tifus marsellés o fiebre exantemática mediterránea, que debe llamarse enfermedad de Olmer, por ser el primero que la descubrió, o de Olmer Pieri, por haber sido este último el que primero llamó la atención sobre la mancha o escara negra con linfangitis y adenitis que la acompañan, y que en su concepto merece sea considerada como un verdadero chancro de inoculación, dice con razón que de todas las denominaciones, la que menos le cuadra es la de tifus marsellés, porque se han registrado casos en toda la Provenza, y en Roma, Túnez, Argelia, y que tampoco se le debe llamar fiebre mediterránea, pues la enfermedad traspasó las columnas de Hércules y llegó al Atlántico, apareciendo en Casablanca y Lisboa, y que Tapia, en el Hospital de Infecciones de Madrid, historió otros muchos casos, así como también la han encontrado en nuestra nación Colombia de la Villa y Suárez Puga, en Guadalajara.

Pues bien: para Ricardo Jorge, las fiebres exantemáticas podíanse dividir en dos grandes grupos:

Primero. Fiebres con erupción maculosa, pero sin pápulas, ni escara, ni adenitis, y con reacción de Weil-Félix positiva. Pertenecen a este grupo:

- a) El tifus exantemático del Viejo Mundo, producido por picadura de piojos.
- b) El tifus o enfermedad de Brill, producido por picadura de piojos.
- c) La fiebre de las Montañas Rocosas, producida por picadura de garrapatas.

La prueba de la inmunidad cruzada entre las dos primeras demuestra la identidad de origen. En cambio, es negativa la inmunidad cruzada entre la primera y la última.

Segundo. Fiebres de erupción máculopapulosa, con escara, linfagitis y adenitis:

a) Fiebre exantemática mediterránea, producida por picadura de las garrapatas.

b) Tifus fluvial del Japón, producido por picadura de un acárido, el *Akmushi trombicola*.

Respecto al tifus fluvial del Japón, el Dr. Trsurumi, dice que es endémico, sólo se produce en dos departamentos y en lugares próximos a las riberas de dos ríos, y mientras no se descubra el agente productor es aventurado identificarlo con la enfermedad de Olmer, ni suponer que la fiebre de Marsella ha sido importada del Extremo Oriente.

Con estas aclaraciones previas, que hemos estimado indispensables, vamos ya directamente a la historia clínica de nuestro caso, y de las circunstancias en que tuvimos conocimiento de su existencia.

En 19 de agosto de 1933 voy a Motril, llamado por el Subdelegado de Medicina, quien me avisa la posible iniciación de una epidemia de tifoidea. Visitados los cinco enfermos de que él tenía conocimiento, me dice: "¿Quiere usted ver un caso curiosísimo?" "¿De qué se trata?"—preguntó. "De un exantemático muy raro. Venga usted."

Nos dirigimos a la casa de la enferma en una tarde de verano rigurosísimo, y muy próximos a la Rambla de Capuchinos encontramos sentada en la cama, vociferando y delirando, a una enferma, cuya historia clínica es la siguiente:

Luisa López Sánchez, de treinta y tres años, casada y madre de tres hijos sanos, el mayor de los cuales tiene siete años.

Padre sano, de sesenta años de edad; madre muerta hace ocho años, de pleuresia; han sido cinco hermanos, de los que viven tres en perfecto estado de salud. Los otros dos murieron de uno y cinco años, de enfermedades propias de la infancia.

Su historia genital queda condensada en los siguientes datos: en siete años de casada tuvo cuatro hijos, de los que tres viven, y una niña murió a los dieciocho meses, de kala-azar. No ha tenido ningún aborto, y ha sido siempre bien reglada. No recuerda haber estado enferma nunca.

En la segunda decena del mes de julio se trasladó, en compañía de su marido y su modesto ajuar, al anejo de Motril llamado Tablones, para trabajar en un cortijo, en unión de otras familias, en la recolección y limpieza de la almendra. El ambiente en que vivía era de hacinamiento. Con ella, y con las restantes familias vivían en contacto íntimo varios perros, algunos, entre los que se encontraban los suyos, fuertemente parasitados por garrapatas. A los catorce días de estancia en el mencionado cortijo se siente enferma con mucho calor y fiebre de 38,5 a 39,5°, fuerte dolor de cabeza y dolores fuertes en los miembros inferiores y columna vertebral, con insomnio, pero sin delirio. Al tercer día del comienzo de la enfermedad aparece una erupción que, comenzando por la cara, se extiende rápidamente por el tórax, abdomen, miembros superiores e inferiores, sin respetar las palmas de las manos ni las plantas de los pies, aunque aquí menos intensa.

Este exantema está constituido por elementos máculopapulosa de tamaño diverso, desde una lenteja a una cabeza de alfiler, de forma redondeada, de color variado, desde el rosa intenso hasta el rojo vinoso, como sangriento, conservándose límpida la piel entre los elemen-

tos eruptivos. Correspondiendo a este exantema se observa una interna congestión de las fauces, bóveda palatina, amígdalas, pilares y pared posterior de la faringe. La fiebre es continua, con remisiones matutinas hasta de un grado, el pulso se mantiene blando e hipotenso, y su frecuencia no está en relación con la temperatura, oscilando entre 80 y 84.

A los ocho días de enfermedad hay un sudor intenso y una mayor remisión de la fiebre, la cual va de nuevo a su altura primitiva pasadas apenas dieciocho horas, acompañada de delirio de palabra y movimientos desordenados, que obliga, para proporcionarle algún descanso, a inyectarle morfina. Es en este momento cuando yo la veo por primera vez, y reconozco la erupción que queda descrita, con la particularidad de que siendo todavía bien manifiesta, en la cara comienzan ya las máculopápulas a desaparecer y a borrarse, mientras se encuentra en todo su apogeo en el tórax, abdomen y extremidades. Así continúa la enferma sin ningún otro síntoma digno de mención, hasta doce días después, en que, disminuyendo paulatinamente la fiebre y borrándose la erupción, desaparece también el delirio. No hubo descamación. He buscado durante mi visita por brazos, piernas y cuello la escara, y no he tenido la fortuna de encontrarla. He de decir, en honor a la verdad, que el examen fué ligero, imperfecto e incompleto, porque no era posible desnudar completamente a una mujer rodeada de sus vecinos, y porque la luz era muy mala, y no era posible abrir la ventana de la habitación por el gran número de curiosos que a la misma se agolpaban. En una visita posterior, cuatro días después, realizada en las mismas condiciones, tampoco fué posible hallarla. No sé qué la hubiera encontrado el Subdelegado de Medicina, que era su médico de cabecera, de modo que hay que argumentar como si no se hubiera presentado. Falta añadir que el bazo está ligeramente hipertrofiado, que no hay complicación pulmonar alguna y que la orina no es albuminosa.

Dos análisis de sangre hechos por el Dr. Suárez Peregrián han resultado negativos para el bacilo tífico, paratíficos A y B y melitense. La reacción de Weil-Félix, negativa también en ambos casos (período eruptivo y convalecencia). La inoculación intraperitoneal de suero de la sangre al cavia y en la conjuntiva de otro, previo traumatismo, son igualmente negativos.

La fórmula leucocitaria al noveno día es la siguiente: polinucleares neutrófilos, 58 por 100; eosinófilos, 4 por 100; basófilos, 0,5 por 100; linfocitos, 36 por 100, y monocitos, 1,5 por 100.

¿Cuál fué mi diagnóstico? Yo no lo dudé un solo instante, y así lo comuniqué al acabar la exploración de la enferma al jefe de Epidemiología Dr. Robles y a los médicos de Motril que me acompañaban: "Fiebre exantemática mediterránea o tifus marsellés"; y tan firmemente lo creí, que ni en la primera ni en la segunda visita adopté ninguna medida de aislamiento ni profilaxis, y la enferma curó sin haber dado lugar a ningún contagio.

Era cierto que faltaba la escara, pero ésta no se presenta de un modo constante. Tapia, en Madrid, sólo la observó cuatro veces, entre 11. Los médicos portugueses, cinco entre 15. Pero por lo demás, el ambiente en que la enferma vivía en el cortijo donde se sintió enferma, con perros llenos de garrapatas que dormían en su habitación, el comienzo de la enfermedad con aquellas algias tan molestas, la marcha de la temperatura y

el carácter de la erupción, no permitían dudar. En efecto, ésta había comenzado por la cara, interesando palmas de las manos y de los pies, y era máculopapulosa, sin ningún género de duda, lo que se apreciaba mejor malaxando la piel entre los dedos, de color rojo vinoso, como si hubieran sufrido una infiltración hemorrágica muchos elementos, y sin petequias en los espacios de piel sana.

Faltaba el estupor característico del tifus exantemático, que no se olvida fácilmente para los que, como yo, han tenido que habérselas con tres epidemias de esta clase, alguna tan extensa y tan grave como la que padeció Motril en 1920 y 1921. La enferma tenía delirio de vociferaciones y movimientos desordenados; pero ni de cerca ni de lejos nada que se pareciera al estupor. Contestaba, aunque con incoherencia, a lo que se le preguntaba: oía perfectamente. El curso de la fiebre era también característico: una fiebre subcontinua con remisiones hasta de un grado por la mañana, y que luego, a partir del décimosegundo día, va disminuyendo hasta la apirexia, y desaparece con ella el exantema y el delirio a los veinte días. Ha sido, pues, una terminación en lisis clarísima. Interesa hacer notar, sin embargo, la brusca remisión observada por el Dr. Puertas al octavo día, coincidiendo con una crisis sudoral, para volver a ascender pocas horas después; y al día siguiente, en que yo la veo por primera vez, está el termómetro en 39,4 grados.

Hablan de igual modo en favor del tifus marsellés o enfermedad de Olmer la negatividad de la reacción de Weill-Félix, practicada al entrar la enferma en la convalecencia, cuando de ser caso de tifus exantemático debía ser positiva y a título muy alto de dilución del suero; la inocuidad de la inyección de sangre en el peritoneo del cavia y en la conjuntiva de otro y, por último, la leucopenia, que descubre la fórmula leucocitaria hecha en pleno período eruptivo. Por último, la estación estival, la falta de *pedículos capitis, corporis y vestimenti*, y el número de perros parasitados por garrapatas, son hechos también muy dignos de tenerse en cuenta.

Debo una explicación de por qué pedí al Laboratorio la prueba de la conjuntivitis provocada en un cavia. Esta prueba es positiva si se realiza con triturado de *Rhicephalus sanguineus*, tal como la instituyó Caminopetros; pero no teníamos tiempo ni material para buscar las garrapatas y prepararlo. Buscamos por eso la prueba negativa cuando se realiza con sangre de los enfermos, tal como le ocurrió al Dr. Brumpt, cuyo trabajo sobre el particular habíamos leído.

Del tifus exantemático nos separan muchos datos. El acné de la fiebre exantemática mediterránea es en el estío; el del tifus exantemático, en invierno. Este ataca a gentes que están llenos de piojos o han tenido contacto con ellos y es muy contagioso, al revés de la enfermedad de Olmer. La fiebre en el tifus exantemático se inicia de golpe, y llega a 40 grados, manteniéndose así con ligerísimas remisiones durante toda la evolución de la enfermedad; la cara bultosa y la erupción casi constantemente respeta la cara y es petequial, no desapareciendo con la presión, con estupor profundo y muy acentuado, y la terminación, en los casos favorables, del décimosegundo al décimoquinto día, bruscamente, por crisis. La reacción de Weill-Félix positiva y las experiencias de inmunidad cruzada permiten diferenciarlas siempre.

El dengue es muy contagioso; ataca en general a un gran número de individuos a la vez, y el ambiente do-

méstico y peridoméstico de los enfermos permite encontrar siempre los *Stegomyias* causantes de la epidemia. Su incubación es más corta, y si bien el período prodrómico va acompañado de dolores fuertes de los músculos y articulaciones, la erupción es una rubicundez, un *rash* maculoso, o extensas manchas rojas con edema de los párpados, de la cara y de otras partes del cuerpo. Esta erupción dura mucho menos tiempo y va acompañada de descamación, que falta siempre en la fiebre botonosa. La erupción del sarampión va precedida del catarro óculonasal y un enantema con signo de Koplik, y es maculosa, rosácea, constituida por elementos redondeados del tamaño de una lenteja, y dura mucho menos tiempo. Es muy contagioso en el período prodrómico. Recuérdese que los hijos de esta enferma, todos pequeños, y dos de ellos que no habían pasado el sarampión y entraban de continuo en la habitación de su madre, no fueron contagiados. Por último, la erupción, al borrarse, deja una descamación furfurácea, y en nuestro caso no hubo descamación.

La roséola es más bien enfermedad de niños y de invierno y primavera; la fiebre es mucho menos intensa, y a veces no existe, y la erupción es parecida a la del sarampión, cambiándose en las partes del cuerpo sometidas a roces y presiones por placas granujientas que suelen ocasionar picores. Hay, además, adenitis múltiples, y su duración total suele ser de dos o tres días. También al borrarse la erupción sobreviene descamación furfurácea.

Con la escarlatina, dos palabras solamente. Va precedida de enantema y angina, con infarto de ganglios retromaxilares, y la erupción son manchas extensas de color rojo escarlata, que suelen respetar la cara y van seguidas de descamación en escamas.

No creo que sea preciso hacer hincapié en establecer un diagnóstico diferencial con la virulencia ni varicela y varioloide y sudor miliar, porque no hay posibilidad, creo yo, de llegar a semejante confusión: tan distinta es la sintomatología y el curso de estos procesos.

Para muchos autores, incluso los italianos, enfermedad de Briel y enfermedad de Olmer, son una misma cosa, y seguramente producida por una misma *Rickettsia*, sin más diferencia que el paso de ésta y su modificación, por tanto, a través de distinto huésped intermedio: el piojo para la enfermedad de Brill, y el *rhicephalus sanguineus* o garrapata del perro para la enfermedad de Olmer y Pieri. La sintomatología clínica de ambos procesos es tan parecida, que es imposible una diferenciación entre ellas. De esta manera de pensar se aparta de Carducci, porque en la enfermedad de Brill la erupción comienza siendo una roséola, que luego se transforma en petequias, y en la fiebre exantemática la erupción es siempre pápulonodular y, además, porque la inoculación de la sangre de la primera al cavia le produce algún trastorno, mientras que la de la segunda no le ocasiona ninguno. Por último, la enfermedad de Brill da Weill-Félix positivo.

Lo dicho basta, a mi modo de ver, para que no abriguéis dudas respecto a que la enferma vista por nosotros en Motril el día 19 de agosto pasado estaba afectada de tifus marsellés, enfermedad de Olmer Pieri o fiebre exantemática mediterránea; y mi propósito, al relataros esta historia, no es otro sino el llamaros la atención, porque abrigó el convencimiento de que el caso historiado no ha sido el primero ni será el último.

BIBLIOGRAFIA

DANS LE RYTHME DU MONDE. Dr. Dartigues.—Doin. Editeurs. París, 1934. Precio, 30 francos.

En su muy bello y emocionante prólogo, el autor se defiende de publicar, después de tan bellos ejemplos, llenos al par de celebridad, una nuevo libro de pensamientos y de máximas. Pero adopta esta forma de escritura fragmentaria, porque le parece capaz de abordar una infinidad muy variada de sujetos o motivos bajo una condensación más grande de lo que le ha sido ofrecido por su meditación y su reflexión. Nos da en este libro una muy grande cantidad de impresiones recibidas en una ascensión de la conciencia, en el curso de su existencia, del espectáculo universal exterior y del mundo interior del alma y del espíritu. Fuera de una imaginación a veces radiante, se apercibe en la forma y en el fondo no llegados, que el autor nos trae una nota verdaderamente nueva por el empleo y la extensión del dominio donde su reflexión se ha ejercido. Y lo que verdaderamente emociona es la vida llena de intensidad que se separa de todo esto, bien que si su espíritu se encuentra siempre en quietud de claridad, es un alma vibrante y al mismo tiempo clarividente, un corazón que hace latir con ritmo poderoso la bondad y la simpatía para todo lo que sea un esfuerzo o un sufrimiento sobre la tierra.

Se ve y se siente en Dartigues un alma de apóstol para todo aquello que tienda a elevar al hombre, las razas y las naciones hacia la grandiosidad, la belleza, el favor mutuo, la simpatía y el amor. Es necesario a todos leer esta magnífica sinfonía verbal llena de sonoridades magníficas, y donde el autor nos lleva, por virtud de su batuta mágica, a los ritmos del mundo, del universo, del cielo, de la belleza, de la tierra, de la humanidad, del destino humano, de las razas y los pueblos, del corazón, del sentimiento, del cerebro, del pensamiento y de la actividad humana.

Existen en este libro curioso y bello, donde muchos podrán reconocer su propio pensamiento y sus propias aspiraciones, meditaciones sobre la vida, el dolor, la felicidad, el amor y la muerte, verdaderamente dignas de mención.

La edición, cuidada, y la bella portada realza el volumen.

X. X. X.

* * *

OBRAS RECIBIDAS

Habiendo recibido en esta redacción cuatro números del presente año de una nueva revista francesa, titulada *Revue Française de Phoniatrie* (publicada trimestralmente), haremos el comentario de esta nueva revista, nacida sin duda de la necesidad de publicar las actas de la Sociedad Francesa de Foniatría, cuyo origen e iniciativa fué debido al Dr. Tarneaud, en una reunión de la Comisión de higiene y profilaxis local de la Sociedad Francesa de Otorrinolaringología, y que tuvo el apoyo de todos, y fué aceptada por los miembros de la Comisión.

En el discurso de inauguración de esta Sociedad, su presidente, el Dr. Moure, hizo una historia de esta nueva agrupación, que es más bien filial de la antigua Sociedad de Otorrinolaringología.

El número y prestigio de los miembros, tanto titula-

res fundadores como corresponsales extranjeros y asociados, dan una idea de la misión tan elevada de esta Sociedad, de cuya presidencia, como hemos dicho antes, está encargado el Dr. Moure, y como miembro de honor ha sido nombrado el profesor Sebilleau.

Los trabajos y discusiones de la Sociedad son publicados en la nueva revista de foniatría, a cuyo fin ha sido fundada.

No creemos oportuno ahora hacer un análisis de los trabajos tan interesantes que ha publicado en los cuatro números de este año. Solamente es nuestro deber manifestar el agrado con que seguiremos recibiendo esta nueva revista, cuya misión y objeto es el estudio científico y práctico de las cuestiones que se relacionan con la fisiología y la patología de la voz y de la palabra. (En Alemania y Estados Unidos existen Sociedades de fonética experimental). En lo sucesivo haremos el análisis de los artículos que creamos tienen mayor interés, tanto para el especialista como para el médico general.

En suma, una revista muy interesante, amena y práctica, y no quiero terminar estas líneas sin dejar de felicitar al Comité científico, a los miembros de la Sociedad, y especialmente al Dr. Tarneaud, secretario general y alma de la Sociedad y de la nueva revista francesa de foniatría.

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

J. KRUG.—*Sobre una combinación de eupaverina, atropina y dimetilaminofenazona (Eupaco) en obstetricia.*

Ante los resultados de esta combinación (supositorios de Eupaco) en estados espasmódicos de intestino, vesícula biliar y litiasis renal, la hemos empleado en afecciones ginecológicas, dismenorreas y procesos inflamatorios de genitales internos, con excelente resultado.

Creímos conveniente su utilización en el parto, mucho más si se considera la composición de los supositorios Eupaco:

Dimetilaminofenazona	0,03 grs.
Metilbromuro de atropina...	0,0005 grs.
Eupaverina	0,15 grs.

La eupaverina, obtenida por vía sintética, tiene propiedades semejantes a la papaverina, si bien disminuye más intensamente el tono de la fibra lisa y eleva la acción de la atropina sedante sobre el parasimpático.

La dimetilaminofenazona tiene acción sedante y espasmolítica.

Los supositorios de Eupaco en el parto se emplean de la manera siguiente: un supositorio en toda parturiente con posibilidad de periodo de dilatación prolongado y doloroso, o en mujer muy nerviosa, sin considerar el grado de dilatación de cuello. Es conveniente la aplicación del Eupaco cuando la dilatación es del tamaño de un duro.

Así hemos tratado 50 parturientes con Eupaco y 50 como testigo, en condiciones lo más semejante posible, ya primíparas o multiparas. Observamos, en todas, disminución acentuada de los dolores, sin la menor modificación de la frecuencia, intensidad y duración de las contracciones uterinas, así como del progreso del parto.

Atenuación de los dolores en 50 por 100 se marca para los dolores de "riñones".

En general, hubo sólo necesidad de un supositorio; dos supositorios en primeras con período de dilatación prolongado o ligera desproporción entre diámetros fetales y maternos. Fué raro el caso de aplicación de un tercer supositorio.

Es interesante llamar la atención sobre el hecho de que cuando la dilatación pasa del tamaño de un duro, se observa un refuerzo de las contracciones uterinas, continuando la sedación dolorosa.

Hay casos de fracaso del Eupaco, pero no de disminución de la intensidad de las contracciones uterinas, como tampoco de acción perjudicial sobre el feto.

La acción de los supositorios del Eupaco puede resumirse así: inofensivos para la madre y el feto; disminuyen marcadamente el dolor de las contracciones uterinas; refuerzan su efecto y aceleran el parto.

(*Munchener medi*, Woch, 1933, núm. 20, página 772.)—X. H.

V. CESARE PIAZZA.—*Efectos secundarios de los extractos pancreáticos desinsulinados.*

La acción hipotensiva de los extractos pancreáticos se ha tratado de explicar por su contenido en colina, histamina o pectonas. Acción hipotensiva progresiva, estable y duradera, diferenciable de la que poseen los extractos pancreáticos que no han sufrido la desinsulinación, la cual es brusca y transitoria, si bien modifican el trofismo en general y actúan electivamente sobre el sistema cardiovascular.

En estos últimos años el extracto pancreático hipotensivo o desinsulinado se utiliza en la angina de pecho, hipertensión arterial permanente, úlcera varicosa, úlcera gastroduodenal, arteritis, etc., etc.

Empleado por nosotros en numerosos casos cardiovasculares, hemos comprobado su innoxiousidad. Sin embargo, recientemente hemos tratado un hombre de sesenta y cinco años con hipertensión arterial, en el que a la tercera inyección manifestaba cefalalgia, obnubilación y oliguria. Suspendida la medicación, todo desapareció; pero repetidas a los tres meses, aqueja contracciones espasmódicas de miembro inferior derecho, con sensación de pesadez en miembro superior derecho y dificultad en la palabra, y también oliguria. Es nuevamente suspendida la medicación; repetida a los dos meses, vuelven a reaparecer las molestias anteriores.

Por el caso referido resulta que el extracto pancreático desinsulinado, perfectamente inocuo en la mayoría de los enfermos, en algunos, especialmente con deficiencia orgánica, puede provocar síntomas que obliguen a suspender su empleo.

(*Revista Sanitaria Siciliana*.—Palermo, 15 diciembre 1933. Año XXI, núm. 24, pág. 1.902.)—M. A. C.

ED. BENHAMOU.—*El corazón de los palúdicos.*

En el paludismo agudo, secundario o crónico, el corazón en muchos casos es tan afectado como el bazo y el hígado. Aplicando al corazón todos los métodos de exploración física, colocamos en primer plano del cuadro clínico del paludismo los trastornos funcionales del corazón.

El corazón de los palúdicos es un corazón globuloso; si no al principio, sí a la larga, el corazón presenta aumento considerable de volumen. Cualquiera sea

su volumen, el aspecto es el mismo: el punto G asciende y se encuentra a nivel del punto D; el contorno de la aurícula derecha, muy convexo, sobrepasa la línea media; el ventrículo izquierdo aparece muy convexo, la punta del corazón es redondeada y no descendida.

Este corazón globuloso es esencialmente flácido e hipotónico: en la inspiración, al descender las cúpulas diafragmáticas, el contorno del ventrículo izquierdo de convexo se vuelve cóncavo; en la espiración, al elevarse las cúpulas diafragmáticas, el corazón se ensancha. Este último carácter del corazón en palúdicos, fácilmente apreciado a la pantalla, evita la confusión con otros corazones grandes, y en especial con el corazón renal, con el corazón de las cardiopatías reumáticas o sifilíticas, generalmente hipertrofiados, pero no hipotónicos.

El corazón globuloso y flácido del palúdico realiza latidos lentos, blandos y perezosos. Existe disociación de pulso y temperatura más acentuada que en la fiebre. Existen numerosos casos de franca disociación de pulso y temperatura, y más acentuada que en la fiebre tifoidea. En la convalecencia hemos registrado frecuentemente 48 y 52 pulsaciones.

Esta bradicardia palustre es una bradicardia sinusal, generalmente con normalidad del espacio a-c y del espacio PR; a veces este último está ligeramente alargado, nunca más de 20/100° de segundo.

Los arteriogramas reflejan la hipotonía vascular; es una curva que asciende y desciende lentamente, con anacrotismo y dicrotismo de vértice muy redondeado.

El corazón globuloso del palúdico se acompaña de hipotensión arterial. El paludismo es uno de los tipos de enfermedad hipotensiva. En el momento de las crisis febriles es corriente la brusca desaparición del equilibrio circulatorio, con elevación de varios grados de la máxima y descenso acentuado de la mínima e índice oscilométrico aumentado de amplitud.

El corazón de los palúdicos presenta frecuentemente soplos; unas veces, por sus caracteres, considerados como soplos extracardíacos, como soplos anémicos; pero a veces es posible interpretarlos como soplos valvulares propiamente dichos.

No es infrecuente en el curso del paludismo, en plena crisis, ver desarrollar pequeños y aun grandes síndromes asistólicos. No olvidemos que en estos enfermos de regiones palúdicas, no sifilíticos ni reumáticos, toda asistolia aguda o crónica debe hacer pensar en una etiología palúdica, aun en ausencia de hematozoarios en sangre y de accesos febriles, e instituir tratamiento quinínico de prueba.

En cuanto al tratamiento, será específico, enérgico (dos gramos de quinina diarios durante quince a veinte días consecutivos, intramuscularmente o por vía bucal), acompañando tratamiento cardiotónico en los casos graves y tenaces. Entonces la digital es el medicamento de elección; no aumenta la bradicardia palúdica a las dosis de 10 gotas durante tres días. La adrenalina, a la dosis de 10 gotas cuatro veces por día, durante veinte días, o los extractos suprarrenales, añaden su acción angiotónica a la medicación cardiotónica.

Ante el corazón palúdico haremos tratamiento palúdico continuado, no sólo hasta la desaparición de los accesos febriles, sino hasta la desaparición del corazón globuloso e hipotónico. El estado del corazón en los palúdicos marcará la duración de la administración de la quinina. (*La Presse Médicale*, París, 18 noviembre, 1933, núm. 92, pág. 1.833.)—M. A. C.

SECCION PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

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

SUMARIO.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Academias y Sociedades.—Homenaje al Dr. Olivares.—La Sanidad en el Parlamento.—Primeros días del nuevo régimen de accidentes.—Cours de pratique laryngologique et phoniatrique.—Previsión Médica Nacional.—Primer Congreso Nacional de Sanidad.—Cena íntima al Dr. Villaverde.—II Asamblea de Médicos-maestros.—Sección oficial.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Cronica.—Fertilia.—Vacantes.

BOLETIN DE LA SEMANA

Inquisición de actualidad

EL OPTIMISMO DEL DOCTOR VERDES MONTENEGRO :: :: ::

La actualidad médica española gira alrededor de las grandes transformaciones que se anuncian en la Sanidad civil. De una parte, la incorporación de estos servicios al Ministerio de Trabajo, y, por otra, la necesidad de una labor de realidades, que ponga fin a las incertidumbres de los últimos tiempos, son motivos suficientes para pensar que estamos frente a un momento crítico, en el que va a definirse el porvenir de nuestros intereses profesionales.

En el deseo de informar a nuestros lectores sobre cuestiones tan trascendentales, hemos celebrado una interviú con el Dr. Verdes Montenegro, nuevo Director de Sanidad, aun cuando viejo defensor de la santa causa de la higiene pública y de los imperativos sanitarios.

Nosotros recordamos al Dr. Verdes Montenegro cuando, allá por el año 1923, se preparaba en Madrid un Congreso de reorganización sanitaria. Figuraba como presidente del Comité, y en las sesiones celebradas demostró siempre estar al tanto de los progresos de la Sanidad en todos los países del mundo y conocer muy a fondo las deficiencias de la nuestra. No en balde cuando el Dr. Pulido en 1903 fué Director de Sanidad tuvo al Dr. Verdes Montenegro como asesor, consultor y secretario, y de entonces acá, por su intervención en la lucha antituberculosa, se ha visto precisado a seguir los incidentes de nuestras instituciones sanitarias.

Por estas razones, cuando el director de EL SIGLO MÉDICO nos encargó celebrar esta interviú, recibimos la orden con excepcional complacencia. Desde que, en el mes de octubre, vino al Poder el partido radical, teníamos la idea de que los proyectos y modo de pensar del ilustre fisiólogo habían de influir po-

derosamente en la marcha futura de los acontecimientos.

Nos ha recibido en su elegante hotel de la Avenida de Menéndez y Pelayo, edificado bajo planos de su propia iniciativa y con dinero ganado en el ejerci-



El Dr. Verdes Montenegro

cio de su carrera. Al conocer el motivo de nuestra visita, se ha puesto incondicionalmente a nuestras órdenes, pero haciendo constar que de todas las reformas proyectadas y de las disposiciones que se están preparando, quien posee la base informativa precisa es el Subsecretario.

Como nuestra interviú no tiene una etiqueta protocolaria, sino el deseo de conocer la situación espiritual del Director general de Sanidad ante los problemas pendientes, hemos insistido, después de hacer constar que sus palabras, por el hecho de ser su-

yas, son esperadas por nuestros lectores con gran interés.

Todo cuanto se refiere a médicos titulares ocupa el primer plano de la actualidad, ya que ellos constituyen el sector sanitario más importante, y en sus manos tienen la asistencia clínica y la vigilancia higiénica de toda España. A nuestras preguntas sobre el porvenir de los inspectores municipales contesta rápido:

—Los titulares están de enhorabuena; tienen en el Ministerio a Pérez Mateos, su gran apóstol, el creador de esa obra tan grande que se llama Protección Médica, y lo que él no haga no sabría hacerlo nadie. Puede usted asegurar que a favor de los médicos rurales se ha de legislar ampliamente, y podrán obtener la mayoría de sus reivindicaciones. Con pase o sin pase al Estado, se llegará a la garantía en el cobro de los haberes con cargo a las Delegaciones provinciales de Hacienda. La inamovilidad, el derecho a permutas, la provisión de vacantes y, sobre todo, la independencia y la autoridad para realizar labor fructífera, serán puntos fundamentales, sobre los que recaerán acuerdos y disposiciones de gran energía. Ha sonado la hora de la redención del médico titular, y el Gobierno del Sr. Lerroux tendrá a orgullo el poder llevar a cabo una obra social de tan excepcional valor. Digo obra social, porque el beneficio de la reglamentación del Cuerpo de titulares no alcanza sólo a los interesados, sino que tiene que repercutir en mejorar la salubridad y las condiciones de vida de los pequeños Municipios. Ahora se está trabajando y prestando atención a resolver todo aquello que se refiere al pago de atrasos por Ayuntamientos morosos.

La decepción que ha sufrido una gran parte de la clase médica al crearse el Ministerio de Sanidad unido al de Trabajo y sin la autonomía que nos habían ofrecido, no tiene gran razón de ser; según el Dr. Verdes, la creación del Ministerio de Sanidad será un hecho en plazo más o menos corto. El Ministerio se hará, tendrá una realidad indiscutible; en ello está interesado todo el Gobierno, no habiéndolo organizado ya por las dificultades de orden interior y de carácter político que surgieron al constituirse el primer Gabinete de la presente situación.

Hablar con el iniciador de la fiesta de la flor y organizador de la lucha antituberculosa sin preguntarle por sus proyectos sobre la campaña contra la "peste blanca" hubiese sido un error imperdonable. Respecto a estas cuestiones, sus palabras son francamente optimistas:

—Estamos muy lejos de aquellos tiempos en que los Dispensarios y Sanatorios vivían de precario

con la ingerencia de personas extrañas a la labor científica. Hoy los presupuestos disponen de partidas consignadas especialmente para estas atenciones, y la labor técnica no está mediatizada por nadie. Estoy estudiando el modo cómo funcionan todos los servicios dependientes de la Dirección de Sanidad, con objeto de coordinarlos, darles en su función el necesario engranaje para que produzcan el máximo efecto útil. Así, por ejemplo, me he encontrado con que los Dispensarios, Sanatorios, Preventorios y Enfermerías de avanzados se desenvuelven tan aisladamente unos de otros, que parece como si no respondiesen a un plan común, meditado y racional.

De unos años a esta parte, en la Dirección de Sanidad todo han sido iniciativas: creación de nuevos organismos, fundación de instituciones. Esto es lógico, si consideramos la pobreza que durante mucho tiempo tuvimos que sufrir en los presupuestos de Gobernación. Pero este período de formación debe dar paso a otro de sedimentación, en el que se perfeccionen las nuevas obras llevadas a cabo y se corrijan los efectos que hayan surgido. Para esto, el Dr. Verdes quiere dedicar unas semanas a estudiar la máquina burocrática de su departamento y la máxima utilidad que pueden llegar a rendir los organismos técnicos.

Los Cuerpos de Sanidad interior y de Sanidad exterior, veteranos de la Dirección general y base sobre la que levantó el Dr. Cortezo la defensa higiénica de la nación, han sabido conservar el espíritu de la Instrucción general, y su actuación resulta cada vez más intensa y fructífera. Si la dirección del Dr. Verdes durase el tiempo suficiente, estos Cuerpos se beneficiarían grandemente, pues falta hace una jefatura duradera y ajena a los escalafones de las dos ramas sanitarias primitivas, para poder intervenir con la suficiente independencia y serenidad de juicio, lejos de la pasión de los organismos corporativos interesados.

La lucha antipalúdica, antivenérea, anticancerosa y antitracomatosa forman la vanguardia de la campaña contra enfermedades evitables, y su perfeccionamiento será indiscutible, dado el deseo que tiene el Director de que durante su mandato estos servicios alcancen su máximo desarrollo.

—Uno de los motivos—nos dice—de mi máxima preocupación es la grave crisis por que atraviesa la clase médica, como consecuencia del exceso de títulos y de las facilidades que dan en las aulas universitarias.

Le parece muy simpática la nueva Asociación de Defensa Médica, y cree que, si saben orientarla, puede contribuir al mejoramiento de la profesión en general.

MORRHUËTINE

JUNGKEN

CARACTERES ESENCIALES

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

SE EMPLEA EN TODAS LAS ÉPOCAS DEL AÑO.

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

Eficaz en el tratamiento de las

- Adenopatías
- Linfatismo
- Escrofulismo
- Raquitismo
- Diabetes
- Hereditosifilis
- Ameno y Dismenorrea
- Convalecencias
- Estados llamados Pretuberculosos



LABORATORIO MIRABENT BARCELONA

ESPECIALIDAD NACIONAL

GOTAS NEUROSTENICAS FOSFORADAS

del Dr. GENOVE

Compuesto de FOSFORO PURO perfectamente dosificado
Strignos nux vomica, ignatia amara, Chyrayita, Eritroxilum coca, Quina y Colombo

Valioso tónico de los nervios. — Poderoso incitante vital. — Alimento del cerebro. — Acción rápida e inofensiva

Neurastenia. — «Surmenage» intelectual. — Estados melancólicos. — Jaquecas. — Cefaleas
Impotencias. — Anafrondisia

ZARAGATONA GENOVE

ABSOLUTAMENTE LIMPIA

EL MEJOR LAXANTE - EL MAS EFICAZ - EL MAS INOFENSIVO

Insustituible en el estreñimiento pertinaz

Pidanse muestras y literatura a la Farmacia Viuda GENOVE.-Rambla de las Flores, 5.-BARCELONA

Asociación
gitalina - Uab

DIGIBAÏNE

Reemplaza con ventaja la
Digital y Digitalina

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

LABORATOIRES DEGLAUDE
6, Rue d'Assas
PARIS VI.º

Muestras y
literaturas:

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

Polifosforina

POLVO — COMPRIMIDOS
INYECTABLES

Agotamiento físico e intelectual

LABORATORIOS FEBUS
WAGNER, 51
BARCELONA

Diuresinol

INYECTABLES

VENCE LA UREMIA

Aun reconociendo nuestra indiscreción, hemos querido saber lo que opina del reciente Reglamento limitando las consultas gratuitas, y tenemos la satisfacción de poder decir que el Director general está conforme totalmente con la letra y el espíritu de esta medida coercitiva tomada por el Colegio.

Respecto a las Sociedades de médico, farmacia y entierro, hemos hablado largamente. Opina que es preciso ir, en lo posible, a su supresión, limitar la condición de beneficiario para que no la utilicen familias ricas y, sobre todo, procurar que no existan intermediarios entre los enfermos y los médicos, que convierten estas entidades en motivo de lucro y explotación. Su criterio se sintetiza en la frase siguiente: "Las Sociedades benéficas tienen que ser única y exclusivamente de los médicos, ya que ellos son los que realizan el máximo trabajo y constituyen la base fundamental del motivo de asociación."

Las cuestiones de puericultura, asistencia a locos, aguas minerales y policía mortuoria, por el carácter de especialización de todas ellas, no son, de momento, susceptibles de ninguna reforma, pero procurará se sometan al ritmo general de coordinación, de unidad, que debe presidir un Departamento de Sanidad como los que actúan en los países más adelantados.

Pocas veces se da la sensación, en un Ministerio o en una Dirección general, de que la autoridad se ejerce con todos los atributos de solvencia intelectual y moral. En el caso de Verdes Montenegro, llegando a la Jefatura de Sanidad española después de ser un médico famoso y con un prestigio científico, parece que volvemos a aquellos días gloriosos en que sólo altas personalidades con categorías de ministros y de consejeros de Estado podían ocupar el alto sitial. Su clara visión de realidades le hace sintetizar en dos puntos lo que debe constituir el trabajo básico a desarrollar en su cargo: primero, dignificar a los médicos rurales, concediéndoles el pago por las Delegaciones de Hacienda y la independencia más absoluta; segundo, realizar la adaptación o engranaje de todas las instituciones sanitarias, para que no actúen aisladamente y puedan producir sus máximos beneficios.

Nos despedimos del maestro Verdes Montenegro. Su optimismo sobre el triunfo de la causa de los médicos rurales y el de la lucha antituberculosa es grande. Este optimismo se nos ha contagiado, y tenemos la convicción de que con hombres de su energía y de su voluntad no hay fracaso posible.

Es ya de noche cuando salimos del hotel de la Avenida de Menéndez y Pelayo. Lenta y silenciosamente vamos volviendo a la ciudad y pensando en la serie de proyectos de que nos ha hablado nuestro que-

rido amigo y maestro. Sin querer evicamos el recuerdo de Cortezo, de Pulido, de Alonso Sañudo, y soñamos que la serie de los grandes señores en la Dirección de Sanidad no ha sufrido interrupción.

Por el inquisidor Alvarez Sierra,
DECIO CARLÁN.

ACADEMIAS Y SOCIEDADES

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Presidencia del Prof. Amalio Gimeno

(Sesión del 3 de marzo de 1934.)

ANATOXIVACUNACIÓN ANTIDIFTÉRICA Y FASE NEGATIVA

Dr. Moreno de Vega.—Asunto sobre el que se han publicado numerosos trabajos, sin llegar a una conclusión. Puede decirse que en las aportaciones extranjeras no se encuentran argumentos en pro de esta fase negativa. Por lo que hace a nuestras observaciones personales, no hemos podido establecer esta fase negativa de la vacunación antidiftérica mediante la anatoxina.

Es problema en el que nuevas aportaciones seguramente la aclararán.

Dr. Hernández Briz.—Lo dicho pudiera explicar la no rareza en clínica de las repeticiones de difteria, hechos frecuentes en algunas familias.

CUERPO EXTRAÑO EN PULMÓN

Dr. oBlanc y Fortacín.—Caso corriente, pero que adquiere importancia en el curso postoperatorio.

Trátase de una mujer que ingresa en la clínica aquejando dolor costal intenso irradiado a región precordial. No hay el menor antecedente, como tampoco permite hallar síntoma alguno, ni la auscultación ni la percusión torácica. Ausencia de fiebre. El estudio radiológico fija un cuerpo extraño situado a nivel del cuarto espacio intercostal. Trátase de una aguja. Es cuando los recuerdos de la enferma nos fijan que tiempo antes había sufrido una intervención en región inguinal, para extraer una aguja, intervención que había fracasado.

Pensamos pudiera tratarse de tal cuerpo extraño que, emigrante, se había alojado en la zona marcada radiológicamente.

Tal era el cuadro de la enferma; y después que el radiólogo había situado la aguja a cinco centímetros de piel y pensando que pudiera estar extrapleuramente, decidimos la intervención. No la pudimos hallar en el espacio intercostal. Tampoco delante de la pleura. Realizamos neumotórax operatorio y, previa palpación pulmonar, encontramos la aguja a nivel de pleura medias-tínica, rodeada de un foco de adherencias. Fué extraída la aguja.

Aguja que no era la de región inguinal; la de ésta fué extraída en intervención posterior.

Nada de particular ofrece el caso historiado; su curso postoperatorio transcurría normalmente. Es al cuarto día cuando presenta un síndrome grave: somnolencia, pulso pequeño, timpanismo abdominal, oliguria.

Cuadro tóxico que, aparecido en el postoperatorio, ha sido en el transcurso de los años muy diversamente interpretado. Para unos era una uremia; para otros, aci-

dosis diabética o no diabética; variaciones en el pH sanguíneo, con o sin modificaciones de la urea sanguínea. No todos los casos se explicaban de tal manera. Es cuando aparece la alcalosis. Ultimamente se presenta la teoría de las modificaciones del cloro plasmático y del cloro globular. Diversidad de interpretaciones de los cuadros tóxicos del postoperatorio, que en clínica está lleno de dificultades. Cada caso creemos puede explicarse por



El Profesor D. Laureano Olivares y Sexmilo, que tomó posesión de su plaza de número en la Academia Nacional de Medicina el viernes 2 de marzo, leyendo un documentado discurso acerca del estado actual del tratamiento de las fracturas de cuello del fémur.

una u otra teoría; no todos encajan en una sola. Es el estudio de los cambios metabólicos realizado por el laboratorio el que nos fijará si tal o cual caso obedece a una acidosis, a una alcaliosis o es función de modificaciones del color sanguíneo. Clínicamente sólo podemos apuntar sugerencias; en ningún momento afirmaciones que nos permitan una ruta terapéutica.

En nuestro caso clínico, ante la ausencia y la falta de colaboración rápida de laboratorio, y pensando pudiera tratarse de un cuadro de acidosis postoperatoria, inyectamos suero glucosado e insulina. Todo en vano; la enferma se agravaba, y en este momento el laboratorio nos decía: hipocloremia sanguínea. En esta situación, procedimos a la inyección intravenosa de solución hipertónica al 20 por 100 de cloruro sódico en cantidad tal, que en cuarenta y ocho horas y dos veces al día, inyectamos 10 gramos de cloruro sódico. La situación cambia rápidamente, y en pocas horas la enferma entra en franca convalecencia.

Cuadros tóxicos postoperatorios que hasta hace unos años eran atribuidos a los anestésicos: al cloroformo o al éter. Hoy podemos afirmar que en la generalidad de ellos son cuadros tóxicos debidos a la desintegración albuminoidea anormal, cuyo foco de partida es la zona operatoria, a lo que se une la disminución de los cloruros sanguíneos que el organismo toma primero de los tejidos y, finalmente, de la sangre, para tratar de limitar la acción tóxica de los prótidos.

Dr. Yagüe.—A falta de un examen completo de la enferma, en especial de orina y de situación funcional de hígado, no se puede negar que el cuadro tóxico presentado por la enferma historiada sea debido a insuficiencia hepática. Todos conocemos el papel de este órgano en el metabolismo de la urea y las modificaciones que sufre con ocasión de la anestesia.

ICTERICIAS HEMOLÍTICAS

Dr. Pittaluga.—La historia clínica presentada en sesión anterior por el Dr. Hernando merece comentarse, especialmente lo referente al carácter constitucional del síndrome, sobre todo somáticamente, en cuanto a que pueda obedecer a la sífilis hereditaria. Es cierto que en la enferma ha sido totalmente negativo el estudio serológico, si bien los antecedentes hereditarios y algunos de sus caracteres somáticos permiten pensar con visos de certeza que la sífilis entra en mucho como origen de su ictericia hemolítica.

M. ACEÑA.

ACADEMIA MEDICO-QUIRURGICA ESPAÑOLA

Presidencia del Dr. Manuel Arredondo

(Sesión del 5 de marzo de 1934.)

CUERPOS EXTRAÑOS EN BRONQUIOS, IGNORADOS

Dr. Carlos Hinojar.—Comunicación que tiene como fundamento dos casos clínicos de cuerpos extraños en bronquios, ignorados durante bastante tiempo. Uno de los enfermos venía siendo considerado como tuberculoso pulmonar; por otra causa, una broncoscopia localizó una judía alojada en uno de los bronquios. Extraída, el enfermo curó de sus molestias, recuperándose funcionalmente y de su estado general. El otro caso es el de una "chinche" de sujetar papeles; una radiografía, motivada por considerar al enfermo afecto de proceso pulmonar, muestra el cuerpo extraño; en sesión posterior podremos hacer extracción por broncoscopia.

Estos casos y otros semejantes, bastante abundantes en clínica, muestran la necesidad de una colaboración estrecha entre radiólogos, especialistas de pecho y laringólogos para, de común acuerdo, valorar cumplidamente la necesidad de la broncoscopia en muchos más enfermos que hasta ahora se viene realizando; que, con el tiempo, y convencidos los médicos de su utilidad, se la llegue a considerar de necesidad, a igual que la radiografía, en muchos enfermos con posibles lesiones torácicas.

Dr. Fernando Avelló.—A esta comunicación aportamos dos casos clínicos de cuerpos extraños en bronquios que han pasado ignorados bastante tiempo. En ellos, una radiografía, por suponerles tuberculosos pulmonares, muestra, en uno, la presencia de un gemelo de camisa, y en otro, la contera de un lápiz de bolsillo. Ambos no

han presentado sintomatología alguna, a excepción de uno de ellos, que sólo acusó ligeros accesos de sofocación en el momento de la penetración.

RESECCIÓN DE LA PRÓSTATA

Dr. Alfonso de la Peña.—Empezó ocupándose de los primitivos instrumentos de Ambrosio Paré, y de las ideas de estos autores, que intentaban destruir la obstrucción que en la uretra y cuello vesicales se ofrecía para la salida de la orina, mediante la introducción de aparatos que rasparían estas estructuras. Esta es, en realidad, la primera idea basal de la técnica moderna. Pasó después minucioso resumen a los pasos progresivos que vienen dándose en esta técnica, que tan brillante estado adquiere en la actualidad.

Se ocupa de su técnica, que viene utilizando desde hace varios años, y que es la utilizada por Braasch y Bumpus en la clínica Mayo, y expone y critica imparcialmente las técnicas últimamente desarrolladas por Foley, que denomina a su operación "prostatectomía endoscópica", ya que, merced a un ingenioso aparato, cuya fotografía presenta, logrará realizar la extirpación de grandes trozos de próstata por dentro de la uretra, siguiendo un plano parecido al que sigue el dedo del operador, después de la apertura de la vejiga en la prostatectomía. Asimismo se ocupa de los aparatos de Mac-Carthy, Kirwin, Caulk, etc., que considera poco eficaces, porque, además de ser de una eficacia relativa, no dejan de ocasionar algún riesgo considerable para el enfermo, cual el de la incontinencia, a juzgar por muchos autores (Mathé, Bumpus, etc.), que han utilizado corrientemente ambos tipos de aparatos.

Presenta una gráfica altamente demostrativa de cómo en el transcurso de los años 1927 al 1933, las operaciones en los trastornos obstructivos de la próstata han sufrido un relativo cambio en la clínica Mayo, ya que en 1927 se hacían un 92 por 100 prostatectomías por vías suprapúbica principalmente y perineal, y un 8 por 100 resecciones transuretrales. Actualmente, la cifra se ha invertido, según manifestación de los urólogos Braasch, Thompson, realizándose un 90 y más por 100 de resecciones transuretrales. Presenta una carta de Braasch, en que le comunica que en los últimos dos años se han operado por el procedimiento transuretral 870 enfermos, muchos de ellos médicos, con una mortalidad global de cinco casos, habiéndose realizado únicamente siete prostatectomías durante dicho tiempo. Hace hincapié sobre la importancia de este dato, en una clínica de carácter eminentemente particular, en la cual la prostatectomía suprapúbica alcanzó la perfección máxima y la menor mortalidad. El hecho de abandonar dicha técnica y emplear tan ampliamente la resección transuretral, es la mejor prueba en abono de las excelencias de estos métodos, que si bien no son nuevos, no parecen encontrar en España todo el ambiente necesario, quizás por una falta de conocimiento de su técnica e indicaciones.

Terminó prometiendo para dos sucesivas comunicaciones exponer las ventajas e inconvenientes del método, fundamentos científicos en que se basa, así como el estudio del llamado adenoma de la próstata, así como presentar su casuística y enfermos operados desde hace ya varios años, para que se puedan observar de una manera objetiva los resultados.

EL RADIODIAGNÓSTICO DE LAS COLITIS ULCEROSAS

Dres. Gutiérrez Arrese y Arce (M. y F.).—La patología del intestino grueso se ha completado con la visualización endoscópica, con la exploración mediante la repleción intestinal y la radiología. Digamos que hasta el presente, la radiografía no ha dado el diagnóstico de las colitis. Todos los signos radiológicos considerados como patognomónicos de colitis son revisables. Es por lo que la historia clínica del enfermo, el examen coprológico y la rectosigmoidoscopia no han perdido su gran valor. Es cierto que en la actualidad debemos realizar todos estos exámenes para poder aproximarnos al diagnóstico etiológico y nosológico de la afección que presenta nuestro enfermo, y mucho más para llegar a conocimiento de la evolución de su enfermedad.

M. ACEÑA.

EL DOCTOR JUARROS, EN EL ATENEO DE PRACTICANTES

Con asistencia de numeroso público, que llenaba por completo el salón de actos de su domicilio social, dió ayer su anunciada conferencia el eminente psiquiatra, director de la Escuela de Anormales, Dr. D. César Juarros, que disertó sobre el tema "Arte de curar y sentimentalismo".

Después de la presentación del conferenciante por el Presidente del Ateneo, D. Luis de Trápaga y Sánchez Bravo, empezó el conferenciante diciendo que el tema elegido no era romántico ni lírico, como por el título podía suponerse, sino de una importancia trascendental en la actualidad, en que se desarrolla una verdadera tragedia entre médicos, practicantes, comadronas, etc., y sus clientes, por el odio que éstos tienen a todo lo referente a la Medicina y a la escasez de trabajo, debida al gran número de profesionales de las distintas ramas de la Medicina. El cliente, por un lado, no perdona que el médico o practicante conozca su vida íntima. Hay muchos individuos que a la vista del mundo aparecen como héroes, y luego en la intimidad del hogar se acogen angustiados al brazo del profesional que los asiste con verdadera cobardía, implorando su ansia de vivir, y mujeres hermosas, que no lo son en la intimidad de la vida. Estas sobre todo no perdonan que el médico o el practicante estén en conocimiento de estas realidades de su existencia. Por otra parte, el médico, con las sociedades y el artesanamiento de la profesión, contribuye él mismo a la plétora profesional. "El médico—dice—sabe poca Medicina, pero tal vez demasiada. La guerra se debe al gran número de habitantes que sobran en el mundo, que no mueren por los conocimientos del médico que les asiste, por lo que tal vez, si los médicos no supieran Medicina, se podría evitar en parte esta superabundancia de seres humanos." Dice también que el médico sale de las aulas sin la debida formación espiritual, y muchas veces científica, siendo partidario de que en vez de estudiarse muchos libros mal, se estudien pocos y bien. Este es el fundamento de las especialidades, por medio de las cuales un médico que no posea grandes conocimientos de la profesión puede, dedicándose a una de sus ramas, adquirir en la misma gran competencia y adiestramiento. Ya no existen los médicos y practicantes de familia, como antiguamente sucedía.

En cuanto a la mujer en la Medicina, dice que no hace gran falta, pues donde verdaderamente debe estar es en

el hogar, formando la conciencia psicológica del niño, que es uno de los deberes de la madre, aunque éstas crean que su deber se reduce a amamantarles exclusivamente.

Dice que la crisis profesional de las diferentes ramas de la Medicina se debe también en gran parte a que los profesionales tratan mejor a la familia del enfermo que al enfermo mismo, al que muchas veces apenas llegan a atender.

Y después de breves palabras, terminó diciendo que lo que menos vale en la Medicina es tener muchos conocimientos, sino saber tratar al enfermo con sentimentalismo.

J. PICARZO MARQUEZ

Homenaje al Dr. Laureano Olivares

El día 13 del corriente, a las nueve y media de la noche, se celebrará en el Palace Hotel el banquete-homenaje que las clases sanitarias españolas, amigos y admiradores dedican al ilustre profesor por su designación merecida al ocupar el cargo de académico de la Nacional de Medicina.

Para adhesiones y recogida de "tickets": Colegio de Médicos, Esparteros, 9; Colegio de Odontólogos, Santa Catalina, 10; Ateneo de Internos y portería de la Facultad de Medicina.—LA COMISIÓN ORGANIZADORA.

La Sanidad en el Parlamento

(Sesión del miércoles, 21 de febrero 1934.)

II

Continuación del debate sobre convalidación, con fuerza de ley, del Decreto incorporando al Ministerio de Trabajo los Servicios de Sanidad y Beneficencia.

Continuando la discusión acerca del dictamen de la Comisión de Presidencia, relativo a este asunto, dijo

El Sr. PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor González y Fernández de Labandera.

El Sr. GONZALEZ Y FERNANDEZ DE LABANDERA: Muy pocas palabras para openirme al voto particular presentado por la Sra. Nelken en nombre de la minoría socialista. En el día de ayer, cuando la Sra. Nelken hablaba de este voto particular, yo hube de apreciar que realmente no hacía su defensa; se limitaba sencillamente esta distinguida representante de la minoría socialista a hacer constar detalles episódicos sobre lo ocurrido en la Comisión en orden a la discusión en pro o en contra del proyecto de ley. Es tanto más de extrañar esta conducta cuanto que la Sra. Nelken, que pone en todo aquello en que interviene una intención política y, al mismo tiempo, un conocimiento profundo y perfecto de las materias que trata, en el día de ayer pasaba por encima del voto particular y se limitaba, como antes digo, a señalar ciertos detalles episódicos ocurridos en la Comisión. Se extrañaba la Sra. Nelken de que en la información hecha por la Comisión de Presidencia, los Sres. Ministro de Trabajo y Subsecretario de Sanidad no logaran convencer a los miembros que habían votado en contra en la Comisión; pero no indicaba cuáles eran las razones y los fundamentos en que podía apoyarse para defender su voto particular. Sinceramente he de decir que me extraña que sea la repre-

sentación de la minoría socialista, y miembro tan destacado de ella como la Sra. Nelken, quien presente ese voto particular oponiéndose al desglosamiento de la función sanitaria del Ministerio de la Gobernación y pasando a depender del de Trabajo. Y digo esto porque yo, que he seguido estos estudios con todo cariño, y que por mi profesión de médico he intervenido, con referencia a esta clase de cuestiones, en numerosas Asambleas profesionales, recuerdo que a fines del año 1932, y coincidiendo con una Asamblea médica que se celebró en La Coruña, y en la cual se pidió precisamente que los servicios aludidos pasaran al Ministerio de Trabajo, un organismo íntimamente ligado con el partido Socialista obrero español, cual es la Unión General de Trabajadores, estuvo conforme...

El Sr. PRESIDENTE: Me había manifestado su señoría el deseo de intervenir en este instante, no para terciar en el debate, porque éste había terminado ya, sino para presentar una fórmula de concordia que tenía, según S. S., el asentimiento de la generalidad de las representaciones; pero a lo que no puede acceder la Presidencia es a que se abra un nuevo debate cuando en el instante en que nos encontrábamos ayer al suspenderse la discusión, era, pura y simplemente, en el de la votación del voto particular de la Sra. Nelken.

El Sr. GONZALEZ Y FERNANDEZ DE LABANDERA: Yo me someto a la indicación que acaba de hacer el Sr. Presidente, pero debo decirle que me ha entendido mal. Por ello, voy a dar a S. S. una explicación: yo no trataba de presentar una fórmula con referencia al voto particular de la Sra. Nelken, sino de defender una enmienda que había tenido el honor de firmar con el Sr. Palanca sobre otro particular.

El Sr. PRESIDENTE: Entonces, en otro momento podrá S. S. exponer lo que convenga a su derecho y el que sea su convencimiento; pero ahora vamos a votar el voto particular de la Sra. Nelken, por ser el momento reglamentario para hacerlo.

El Sr. GONZALEZ Y FERNANDEZ DE LABANDERA: Con mucho gusto; pero conste que yo me expresé mal en esa ocasión, o que el Sr. Presidente no me entendió bien.

El Sr. MAURA (D. Honorio): Pido la palabra para explicar el voto.

El Sr. PRESIDENTE: La tiene S. S.

El Sr. MAURA (D. Honorio): Como antes he indicado, voy a usar de la palabra para explicar el voto de la minoría de Renovación Española y para hacer constar que nosotros, desde el primer día, como los restantes miembros de la Comisión, con la sola excepción de los tres Vocales radicales, estuvimos conformes con la proposición socialista, que consistía en pedir que siguieran en Gobernación los servicios de Sanidad. A los dos o tres días, el Sr. Presidente de la Comisión, mi querido amigo el Sr. Armasa, nos trajo una fórmula, consistente en que, en atención a que el Gobierno lo necesitaba y lo pedía, se accediera a la aceptación de la enmienda del Sr. Ayats como transacción, pero que el Gobierno mantenía el criterio de llevar a una sola Subsecretaría los expresados servicios.

Nosotros, ante el mantenimiento, por parte de los señores Diputados socialistas, de su voto particular, proponiendo que continuaran en Gobernación los servicios de Sanidad, votaremos por que así sigan, pues creemos sinceramente que no es el momento de hacer una mudanza provisional cuando se está hablando a todas ho-

Pyridium

(Clorhidrato de β - fenilazo - α - α - diaminopiridina)

el ANALGESICO y ANTISEPTICO más poderoso
de las VIAS URINARIAS por administración bucal

Embalajes originales:

tres veces diarias

1 a 2 tabletas

Tabletas:

Tubos de 12 tabletas de 0,1 gr.

Frascos de 25 tabletas de 0,1 gr.

Ampollas:

Cajas de 10 ampollas de 1 cm.³ (0,01 gr.)

Substancia:

Frascos de 1 y 5 gramos.

Muestras y literatura a disposición de los Sres. Médicos

C. F. Boehringer & Soehne, G. m. b. H., Mannheim-Waldhof (Alemania)

VENTA EXCLUSIVA PARA ESPAÑA:

BARCELONA

APARTADO 5052

Boehringer
productos químico-farmacéuticos, S.A.

M A D R I D

APARTADO 10025

EN INYECCIONES
SUB-CUTÁNEAS
VERDADERAMENTE
INDOLORAS

EL ACETYLARSAN

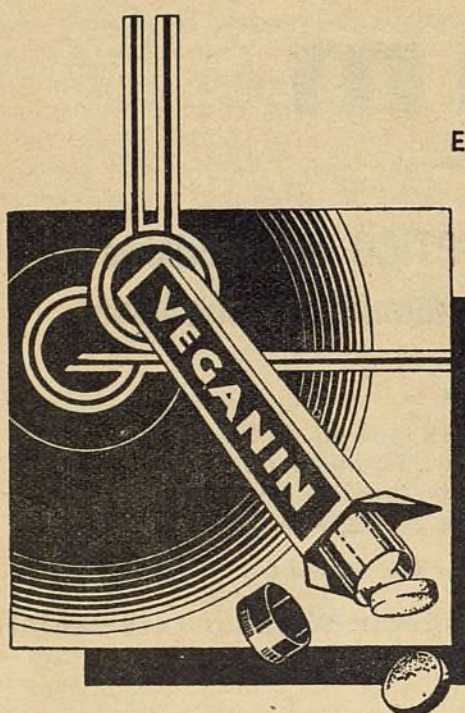
REÚNE LAS CONDICIONES
REQUISITAS POR LAS
DIFERENTES MODALIDADES
DEL TRATAMIENTO
DE LA SÍFILIS

TRATAMIENTO DE ASALTO
TRATAMIENTO DE PRUEBA
TRATAMIENTO DE SOSTÉN

HEREDO-SÍFILIS

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

DRÉVILLE



VEGANIN

EL REMEDIO ANALGÉSICO DE EFECTOS MÁXIMOS

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

INDICACIONES:

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

GOEDECKE & Co. BERLIN, ALEMANIA

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

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

MEDICACIÓN ANTIANAFILÁCTICA POLIVALENTE

GRAGEAS
Inalterables sin olor

PEPTONAS
de
CARNE y de PESCADO

PRURIGO de los NIÑOS · MIGRAÑAS ·
GRAGEAS INALTERABLES GRANULADOS
PEPTALMINE
4
PEPTO-ALBUMINAS
y
MARINA DE TRIGO
en lo
envoltura
· TRASTORNOS DIGESTIVOS · ESTROFULO-ECZEMAS ·

GRANULADOS

EXTRACTOS
de
HUEVO y de LECHE

GRAGEAS

y

GRANULADOS

· CONGESTION del HIGADO · INSUFICIENCIA HEPÁTICA ·
**PEPTALMINE
MAGNESIADA**
4
PEPTO-ALBUMINAS
y Sulfato de Magnesía
· COLITIS · COLECISTITIS CRÓNICAS · MIGRAÑAS ·

GRAGEAS

y

GRANULADOS

COLAGOGO

Laboratoire des Produits Scientia D^rE Perraudin. Ph^o del^e Cl^e 21, rue Chaptal, Paris (9^e)

ras de la creación de un Ministerio de Sanidad, que ya se verá en su día si conviene o no llevarla a cabo. De modo que la minoría de Renovación Española votará a favor de la proposición socialista, relativa a que sigan en el Ministerio de la Gobernación los servicios de Sanidad.

El Sr. ARMASA: Pido la palabra.

El Sr. PRESIDENTE: La tiene S. S.

El Sr. ARMASA: Pocas palabras para contestar a las muy amables que acaba de pronunciar el Sr. Maura. El Presidente de la Comisión no ha hecho más que expresar el deseo del Gobierno de que se convirtiese en ley un Decreto suscrito por el Sr. Presidente del Consejo de Ministros. Más tarde, ante preguntas de varios miembros de la Comisión, referentes a si se iba a ir o no rápidamente a la creación del Ministerio de Sanidad—en lo cual casi todas las representaciones de las minorías que de la Comisión formaban parte se hallaban de acuerdo—, hube de contestar, después de cumplido el encargo que se me encomendó, que el Gobierno no pensaba por ahora en la creación de ese Departamento ministerial; y con sujeción a tal respuesta, dada por el Sr. Presidente del Consejo de Ministros, se rectificó el dictamen, en el sentido en que se ha sometido a la consideración de la Cámara. Y nada más.

El Sr. MARTINEZ ARENAS: Pido la palabra para explicar el voto.

El Sr. PRESIDENTE: La tiene S. S.

El Sr. MARTINEZ ARENAS: Para explicar el voto de la minoría republicanoconservadora, que ha de ser favorable al voto particular formulado por los representantes de la minoría socialista en la Comisión. El partido republicano conservador, cuya representación ostento en dicha Comisión, mantiene la posición que desde el primer momento sostuvo en el seno de ella, y que consiste, señores Diputados, en oponerse a que los servicios de Beneficencia y Sanidad pasen de Gobernación a Trabajo, y esto por las mismas razones que ya se expusieron en la Comisión: porque entendemos que no hay motivos fundamentales lo suficientemente interesantes para realizar en estos momentos un traspaso de la envergadura y de las condiciones económicas y presupuestarias que representa éste que nos ocupa. Y, además, porque tiene en cuenta esta minoría y esta representación, que es, efectivamente, una sugerencia muy interesante para el porvenir político de la Administración pública del Estado la creación de un Ministerio de Sanidad, aspiración repetidamente manifestada por la mayor parte de los técnicos que se han ocupado de estos asuntos, y aspiración que ha sido motivo de innumerables asambleas de elementos médicos. Por lo tanto, esta minoría mantiene su posición favorable a la creación de un Ministerio de Sanidad, que es la opinión predominante en estos momentos, posición que compartían la mayor parte de los miembros de la Comisión. Y no parece lógico que ante una posibilidad de creación del Ministerio de Sanidad, sea hoy tan preciso y tan necesario el traspaso de los servicios de Beneficencia y Sanidad, de Gobernación a Trabajo.

OIDO AL VUELO

Frase lanzada por un señor Diputado de mucha significación parlamentaria:

—En Sanidad el presupuesto es de tres millones... y los enchufes son seis millones...

Por las razones indicadas y por otras que expuse en la Comisión, y a las cuales la Sra. Nelken ha tenido la bondad de aludir en la sesión de ayer, y que ligeramente voy a indicar de nuevo, somos contrarios, repito, al traspaso. Y estas razones que yo aporté en la Comisión eran hijas de mi experiencia profesional, pues conozco un poco la vida rural y el ambiente en que se desenvuelven estas cuestiones de sanidad en los pueblos, cuestiones de sanidad que no están lo suficientemente adentradas en el espíritu popular. Lo que en realidad constituye hoy un derecho, en la práctica es todavía un deber, una obligación, porque la gente no sabe todavía cuáles son sus derechos en materia de sanidad y de profilaxis, y en todas estas cosas que han servido al señor Ministro y al Sr. Subsecretario precisamente de argumento para intentar llevar a nuestro convencimiento la necesidad del traspaso.

Mantenemos, pues, nuestra actitud, la actitud nuestra primaria, y nos manifestamos y nos pronunciamos por el voto particular de la minoría socialista, con la cual votaremos en este instante.

El Sr. ARMASA: Pido la palabra.

El Sr. PRESIDENTE: La tiene S. S.

El Sr. ARMASA: La minoría conservadora, por medio de su representante Sr. Martínez Arenas, lo que hizo en la sesión en que se acordó el dictamen fué abstenerse. Las manifestaciones que ha hecho ahora el señor Martínez Arenas serán una rectificación, muy respetable, de un acuerdo anterior; pero nada más. (*El Sr. Martínez Arenas y otros Sres. Diputados piden la palabra.—Rumores.*)

El Sr. PRESIDENTE: Señores Diputados: ayer la Cámara presenció, no sé si entristecida o regocijada, el espectáculo que dieron los señores individuos de la Comisión manteniendo cada uno una opinión diferente, y yo creo que valdría la pena de poner término a esto y que se votara el voto particular.

El Sr. MARTINEZ ARENAS: Sr. Presidente: yo no me he considerado con derecho a hablar hasta el momento en que he sido víctima de una agresión, como la de que he sido objeto por parte del Sr. Presidente de la Comisión, agresión a la cual yo no tengo más remedio que contestar, si el Sr. Presidente me concede el derecho a hablar.

El Sr. PRESIDENTE: La Presidencia advierte, desde luego, que S. S. está en su derecho, y que, aunque hubiera dicho antes que se abstenia, ahora tiene perfecto derecho a votar en el sentido que considere más conveniente.

El Sr. MARTINEZ ARENAS: Pero yo debo contestar al Sr. Presidente de la Comisión.

El Sr. PRESIDENTE: Conteste S. S.

El Sr. MARTINEZ ARENAS: Lo haré poniendo en mis palabras toda la serenidad que hace falta para recoger la agresión del Sr. Armasa.

Precisamente yo creía que esta representación, aparte de la minoría socialista, había sido en la Comisión la única que había mantenido una posición firme, una posición exacta desde el primer momento. Y yo apelo al testimonio de todos los señores miembros de la Comisión.

El Sr. PRESIDENTE: ¡No, por Dios! (*Risas.*)

El Sr. MARTINEZ ARENAS: No utilizaré este recurso de apelación, Sr. Presidente; pero, en último término, algún recurso de defensa tengo que utilizar.

En la primera ocasión que la Comisión de Presiden-

cia tuvo necesidad de conocer de este asunto, fué en la iniciación de esta etapa parlamentaria. (*Rumores.*) Señores Diputados: es un relato que no tengo más remedio que hacer en defensa de la actitud que mantengo, no por mí, sino por la minoría que represento.

En la iniciación de esta etapa parlamentaria llevó el Gobierno este proyecto de ley a la Comisión, y la Comisión, que entonces la formaban señores distintos en su mayor parte de los que la formamos en la actualidad, manifestó que para dar facilidades al Gobierno, ya que se trataba de una fórmula exclusivamente de trámite, puesto que era un Decreto que ya se había puesto en práctica, se pusiera, desde luego, un dictamen favorable al proyecto del Gobierno y se trajera a la Cámara. Se dictaminó el proyecto en esa forma, y cuando ese dictamen vino a la Cámara, los individuos que componían la Comisión, acuciados seguramente por el estímulo de estudiarlo, que había preocupado a algunos sectores del Congreso, manifestaron que, no teniendo conocimiento de aquella cuestión, era preferible, antes de entrar en la discusión del dictamen, que volviera nuevamente a la Comisión, y así se hizo: volvió este dictamen a la Comisión, y dentro de la Comisión comenzó a estudiarse el asunto. El Sr. Acuña, de la minoría socialista, explicó ayer tarde toda la tramitación que tuvo este asunto. El Sr. Ministro de Trabajo y el Sr. Subsecretario de Sanidad tuvieron la amabilidad de venir a la Comisión a informarnos de estas cuestiones, en las cuales la mayor parte de los que componíamos la Comisión no estábamos preparados.

Concluída la información del Sr. Ministro de Trabajo y del Sr. Subsecretario de Sanidad, el Sr. Ayats, de la minoría regionalista, informó también ante la Comisión, porque era autor de una enmienda muy interesante que estaba en pugna con el dictamen y con el proyecto del Gobierno. Terminadas las informaciones, la Comisión se pronunció por un dictamen negativo, a excepción de la minoría radical, informe negativo que estaba fundamentado en que en la información que se había practicado ante la Comisión no había encontrado motivos bastantes, en su raciocinio lógico, en su juicio lógico, para determinarla a una convicción que diera por resultado el dictamen favorable al proyecto del Gobierno. Eso es, en realidad, lo que motivó el dictamen primero. Pero como aquel dictamen, en aquella forma, representaba realmente, a juicio de la mayor parte de los individuos de la Comisión—yo no soy hombre que conoce perfectamente los adjetivos, que sabe emplear el eufemismo, sino que cuenta la realidad—, una situación peligrosa, de adversidad para el Gobierno... (*Rumores.*) Ya he dicho que yo no sé utilizar el adjetivo preciso; parlamentarios más expertos dirán el que sea pertinente. (*Siguen los rumores.*) En aquellos momentos surgió en la Comisión la confusión de no saber cómo encauzar el asunto, y en el Presidente de la Comisión, Sr. Armasa, en su afán de traducir el pensamiento de la Comisión y llevarlo a conocimiento del Gobierno, determinó la redacción de un acta que dijera que queríamos la formación de un Ministerio de Sanidad, pero que ese Ministerio de Sanidad, como no se podía hacer, cuando se hiciera, entonces hablaríamos del traspaso. (*Risas y rumores.*) ¿Es ésa la realidad, señores de la Comisión? (*Siguen las risas y los rumores.*) ¿Y qué pasó, Sres. Diputados? Que esta situación dió lugar a que cuando se iba a aprobar el acta de la sesión de la Comisión, no hubiese conformidad respecto a la fórmula que la habili-

dad y el deseo del Sr. Armasa de servir al criterio general de la Comisión le habían determinado a que se redactara, y entonces ocurrió lo que yo no sé (*Risas.*); pero después de ocurrir lo que yo no sé, vino una transformación de personas en la Comisión, y los representantes de las minorías que habían votado en contra del dictamen favorable se vieron substituídos por otros señores que ya estaban de acuerdo con el proyecto del Gobierno.

A mí esta cuestión no me ha mareado, pues llevé a la minoría que represento la situación creada dentro de la Comisión y mantuve el dictamen, encontrándome posteriormente con que la Comisión de la Presidencia votó una cosa distinta (no he dicho reventó, Sres. Diputados), de la que había votado en el primer momento, seguramente porque entendió, en su perfectísimo derecho y en una actuación respetabilísima, que aquella posición creada al Gobierno no se debía mantener, puesto que los partidos o agrupaciones que estaban representados en esa Comisión, venían obligados, por razón de sus deberes políticos, a colocarse en posición distinta de aquella en que se mantuvieron desde el primer momento.

Por mi parte, Sr. Armasa, he de entender que no podía, por las mismas razones que otros señores habían cambiado de criterio, ponerme enfrente del Gobierno (que deseo que continúe en el banco azul, al frente de los destinos de la Patria, todo el tiempo que sea posible); pero en orden a mi actuación personal, me interesaba hacer constar que no permitiéndome votar lo contrario de lo que había votado en el primer momento, y siendo mi voto un voto inútil, me abstenia de manifestar mi posición; pero aquella abstención no representaba más que un secuestro, una ocultación de la posición de mi minoría, que en este momento vuelve a manifestarse, por mi intervención, en la misma posición en que se colocó desde el primer instante.

Por ello no creo yo que tenga derecho el Sr. Armasa a hablar de rectificaciones, cuando en su taumaturgia ha llevado a la rectificación a todas las minorías, menos a la modesta que yo represento; a la socialista, que mantuvo su posición, y a la de Renovación Española. (*Risas.*) Pero lo interesante y curioso es que quien se ha mantenido en esta posición discreta, de apartamiento, de no hostilizar al Gobierno, sea hostigado precisamente por parte del Presidente de la Comisión, Sr. Armasa, que parece representarlo; y comprenderá la Cámara que si he hecho uso de la palabra, ha sido para manifestar y defender mi posición personal, entendiéndolo que de esta manera cumplía el deber elemental que tiene todo hombre que actúa en el Parlamento.

El Sr. PRESIDENTE: Tiene la palabra el Sr. Ayats, requerido nominalmente, para evacuar una alusión personal.

El Sr. AYAST: Señores Diputados: nos encontramos con un hecho que es un dictamen de la Comisión de Presidencia, de 11 de enero de este año, convalidando, dando fuerza de ley al Decreto de 25 de diciembre último. La Comisión se reunió sin que hubiera podido concurrir a la misma el representante de la minoría regionalista, nuestro estimado amigo Sr. Pellicena. Ante este hecho, y creyendo yo que el acuerdo de la Comisión había sido tomado por unanimidad, consideré la gravedad del caso y formulé de prisa y corriendo una enmienda. Cuando el dictamen vino al salón de sesiones, ya recuerdan los Sres. Diputados lo que sucedió. Los miembros de la Comisión, Sra. Nelken y Sr. Maura, expusieron en

qué forma y de qué manera tan precipitada se había elaborado ese dictamen, y la Comisión acordó retirarlo.

Conste, pues, que cuando yo formulé aquella enmienda, lo hice como transacción, estimando que el dictamen había sido elaborado por unanimidad, pero partiendo de la base de que no consideraba atinente el traspaso a Trabajo de los servicios de Sanidad. Después de esto, ya se ha dicho aquí lo que sucedió. La Comisión pidió al Sr. Ministro de Trabajo y al Sr. Subsecretario que informaran, y como el único Diputado que había formulado alguna enmienda era yo, tuvo también la gentileza de llamarme a informar. Tuve la fortuna, después de haber informado, de que todos los miembros de la Comisión, exceptuando los tres representantes de la minoría radical, coincidieran con mis puntos de vista, y así, casi por unanimidad, fué desechado el proyecto del Gobierno. Después han venido transacciones que ya han explicado los miembros de la Comisión, y partiendo de aquella cuestión de hecho, o sea, del primitivo dictamen, aquel criterio de transacción, expuesto en mi enmienda, cristalizó en el voto particular que suscriben hoy los señores Pellicena, Maura y Bilbao, advirtiéndome bien que aquello era un criterio de transacción en el supuesto irremediable de pasar a Trabajo los servicios de Sanidad.

Pero como yo no he escuchado más que una razón que justifique el traspaso de estos servicios a Trabajo, que es la de que la Sanidad no se ha podido desenvolver en España en la forma que requieren las necesidades del país, porque estaba adscrita a un Ministerio cuyo titular tiene la atención embargada por los problemas de orden público, y yo creo que esta razón queda desvirtuada al decir que ahora se traspasan esos servicios a un Ministerio cuyo titular tiene cada día más embarazada su atención por la serie de problemas que constantemente se plantean en el sector del trabajo; como—repito—no se ha dado más razón que ésta, que lo mismo podría aducirse si se traspasaran los servicios a Guerra o Marina, aunque esa enmienda mía signifique esa transacción que hoy cristaliza en el voto particular, yo, siendo lógico con mis convicciones, estimo que la minoría regionalista—la que ahora no he consultado, pero sí lo hice cuando redacté la enmienda—ha de votar hoy a favor de la propuesta de la minoría socialista.

El Sr. SALVADOR Y CARRERAS: Pido la palabra.
El Sr. PRESIDENTE: La tiene S. S.

(Continuará.)

Primeros datos del nuevo régimen de accidentes

Cuatrocientos cuarenta y cuatro mil ochocientos sesenta y cinco pesetas las rentas anuales constituidas hasta ahora.

El Instituto Nacional de Previsión nos envía la siguiente nota:

“Transformado el sistema de indemnización en capital por el de constitución de rentas vitalicias a favor de las víctimas de accidentes del trabajo o de sus derechohabientes en virtud de la ley en vigor, la Caja Nacional de Seguro de Accidentes del Trabajo, organismo creado por el Estado para el servicio de las rentas, ha recibido hasta 31 de enero último 736 notificaciones de accidentes, correspondiendo 431 a accidentes mortales y

305 a accidentes que han producido incapacidades permanentes para el trabajo.

Del número total de accidentes corresponden 31 a patronos no asegurados, 269 a patronos asegurados en la Caja Nacional, 225 a asegurados en Mutualidades patronales, y 211 a asegurados en Compañías mercantiles. Las víctimas de accidentes fueron 728 españoles y ocho extranjeros.

Los expedientes resueltos positivamente fueron 513. De ellos, 371 de muerte, importando los capitales pesetas 5.735.573,61, y las rentas anuales, 444.865,34 pesetas, de las que son beneficiarios pensionistas 1.059 personas.

Las incapacidades permanentes parciales son 136, con un importe de 874.109,62 pesetas; las permanentes totales para la profesión, 35, importando los capitales pesetas 651.306,49, y las permanentes absolutas para todo trabajo, 7, y un coste de 188.128,21 pesetas.

El promedio de coste de las rentas para los derechohabientes de fallecidos es de 14.768,05 pesetas. La de mayor coste ascendió a 59.506,78 pesetas, y la de menor coste a 944,05 pesetas. Por indemnizaciones de sepelio se han satisfecho 6.100 pesetas. En las rentas por incapacidad permanente, los promedios han sido: permanente parcial, 9.299,04 pesetas; permanente total, 18.608,75 pesetas, y permanente absoluta, 26.875,45 pesetas.”

Cours de pratique laryngologique et phoniatrique

Dix leçons sur les “Maladies de la Voix” seront données du Lundi 16 avril au Samedi 21 avril 1934, à l'Hôpital Bellan, 7, rue du Texel, Paris (XIV), sous la direction du Dr. Jean Tarneaud, Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Bellan et du Conservatoire National de Musique.

- 1.° Anatomie et physiologie des organes de la phonation.
- 2.° Méthodes d'examen clinique: laryngoscopie, stroboscopie, radiologie, examen phonétique.
- 3.° Données physiques de la phonation: dynamique, acoustique et énergétique vocales (par M. Husson).
- 4.° Affections des organes phonateurs et troubles vocaux consécutifs.
- 5.° Maladies générales et troubles vocaux consécutifs.
- 6.° Affections vocales par dysfonctionnement.
- 7.° Nodule de la corde vocale: étude clinique et thérapeutique.
- 8.° Chronaxie en laryngologie: les paralysies laryngées et leur traitement.
- 9.° Troubles de la parole et leur rééducation (par Mme. Borel-Maisonny).
10. Interventions chirurgicales O. R. L.: incidences et résultats laryngo-phoniatriques.

Ce cours essentiellement pratique, comprendra deux leçons par jour, à 9 heures et 17 heures 30, accompagnées de démonstrations et d'examen de malades.

Droit d'inscription: 250 frs.

Pour les inscriptions et tous renseignements, s'adresser au Dr. Tarneaud, 27, Avenue de la Grande-Armée, Paris (XVI).

PREVISION MEDICA NACIONAL

EXCEPCIONAL PLAZO DE INGRESO EN TODAS LAS EDADES DE MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y FARMACÉUTICOS

Sea cualquiera la edad, el estado civil y la posición económica de usted, en perteneciendo a una de estas tres profesiones debe pedir inmediatamente en su Colegio los datos necesarios para su ingreso.

¡SE LO AGRADECERÁN: por el porvenir, la esposa y los hijos, la madre o los hermanos que le sobrevivan, y por el presente, más de 10.000 compañeros, con los que coope-
rará a evitar posibles miserias de centenares de viudas y huérfanos!

Primer Congreso Nacional de Sanidad

Reunión de los miembros que componen las Mesas
Presidenciales de las Secciones

El Comité organizador del Primer Congreso Nacional de Sanidad prosigue con gran actividad los trabajos de organización de este Certamen, que promete ser un acontecimiento de inusitada importancia científica; y deseando revestir sus acuerdos de la máxima autoridad, ha recabado el concurso de las personalidades sanitarias que componen las Mesas presidenciales de las Secciones, convocándolas para una reunión, que ha tenido lugar el martes pasado, a las once de la mañana, en el salón de actos del Instituto Nacional de Higiene.

La citada reunión fué presidida por el Dr. Bardají, Inspector provincial de Sanidad de Madrid y Presidente del Comité organizador del Congreso, asistiendo los señores siguientes: Dr. Cortezo, Inspector general de Instituciones Sanitarias; Dr. Palanca, ex Director general de Sanidad; Dr. Horcada, ex Director general de Sanidad; Dr. Estellés, Secretario general de la Dirección de Sanidad; Dr. Peset, Inspector provincial de Sanidad de Valencia; Dr. Illeras, Jefe de Sección del Instituto Nacional de Higiene; Dr. Vallejo de Simón, Jefe clínico del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas; Dr. Castillo, del Cuerpo de Sanidad Nacional; Dres. Blanco, Molinero y Marín de Bernardo, Jefes médicos de Sanidad Interior, Instituciones Sanitarias y Exterior, respectivamente; Dres. Hernández Pacheco, Verdugo, Alvarez Torres, Trujillano y Carrasco; Dr. Bustamante, Jefe de la Sección de Farmacia, y Sr. Nistal, Jefe de la Sección de Higiene de la Alimentación de la Dirección general de Sanidad.

Asistieron también los Vocales del Comité organizador, Dres. Boned, Inspector provincial de Sanidad de Toledo; Román Manzanete, Jefe de Sección del Instituto Nacional de Higiene; Beato, Subdirector de Sanidad Exterior de La Coruña; Puga, Inspector provincial de Sanidad de Guadalajara, y el Secretario de dicho Comité, Dr. Nájera, Director del Centro de Higiene de Sigüenza.

El Presidente, Dr. Bardají, expuso en un brillante discurso el alcance de la reunión y la trascendencia del Congreso en proyecto, cuya labor de organización es tan vasta y compleja, que requiere del concurso de todos los sanitarios, motivo por el cual, a semejanza de la que un mes antes se había celebrado con los ponentes oficiales, el Comité estimaba un deber convocar a las

personalidades sanitarias que se han dignado aceptar puestos en las Mesas presidenciales de las diferentes Secciones del Congreso, para darles cuenta del curso de los trabajos, y al mismo tiempo recoger cuantas iniciativas sugiriesen, para el mayor esplendor posible de este Primer Congreso Nacional de Sanidad.

Acto seguido, el Secretario dió lectura del Reglamento general del Congreso, del régimen interior de las Asambleas profesionales y de los temas de las ponencias oficiales.

A propósito de algunos puntos tuvo lugar una animada discusión, en la que intervinieron los Dres. Palanca, Estellés, Horcada, Peset, Castillo, Hernández Pacheco, Alvarez Torres para formular observaciones, que fueron recogidas y aclaradas por los Dres. Bardají, Manzanete y Nájera.

Por último, el Dr. Bardají pronunció unas palabras para expresar a todos la gratitud del Comité por su asistencia y colaboración, formulando su esperanza de que el futuro Congreso de Sanidad, apartando de sus tareas las cuestiones de política profesional, contribuirá eficazmente al desarrollo y perfeccionamiento de las Instituciones sanitarias de nuestro país.

Los reunidos acordaron, a propuesta del Sr. Peset, la concesión de un voto de gracias al Comité organizador.

Cena íntima al Dr. Villaverde

Vuelve a ser agasajado el Dr. Villaverde. Primero la Ciencia, la intelectualidad médica; después (ahora), el cariño y simpatía y, en torno a ello, un buen número de comensales se reunieron en la intimidad en la Casa Vasca, para expresarle lo que tantas veces se ha puesto de manifiesto, puesto que a Villaverde no se le ha dado el relieve que corresponde a su personalidad científica. Por eso, el amor que sentimos hacia él es el amor a su obra.

Si la Dirección de EL SIGLO MEDICO, en la crónica que hacía del reciente banquete, titulaba la crónica con estas palabras: "Cronicón de guante, pipa y anteojos", nosotros pudiéramos calificar nuestro acto de "Rompe y Rasga", porque con ello se hace una modalidad de agasajo a una persona de las altas dotes culturales como es el festejado. A mayor relieve personal, más sencillez en la expresión.

Es inútil pretender glosar méritos y cualidades que se adornan; por mucho que supiéramos, siempre ignoraríamos más: el Dr. Villaverde es internacional.

Con ello habremos abierto las puertas a un delincuente, cuyo delito fué siempre la verdad, el haber aportado el mayor abundamiento en cuantas intervenciones tomó parte, y siempre porque rasgó el telón tras el cual se ocultaban con maquillaje bufonesco los actores de comedia, en los que garantizaban su éxito los espectadores de "claque".

El maestro es genial, bueno, inteligente; por eso ha llegado la hora de tocar en su honor los timbres de gloria; y al hacer un canto de los méritos y cualidades que le adornan, sentimos carecer de dotes periodísticas para expresarnos como se merece y no como lo exponemos.

EDUARDO MEDINA

(Redactor del Boletín Oficial de los
Practicantes.)

LABORATOIRE NATIVELLE

27, RUE DE LA PROCESSION — PARIS (XV^e)

OUABAÏNE ARNAUD

**CARDIOTÓNICO
ENÉRGICO**

**ACCIÓN
CONSTANTE
Y SEGURA**

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

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

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

DOSIFICACIÓN RIGUROSA

**DIURÉTICO
PODEROSO**

**MENOS TÓXICO
QUE LAS
ESTROFANTINAS**

DRAEGER

EL TRATAMIENTO DE LAS **TUBERCULOSIS QUIRURGICAS** POR EL **METODO del D.^R FINIKOFF**

**ACEITE IODADO
INYECTABLE
DEL D.^R FINIKOFF
(MEZCLA EXTEMPORANEA)**

**CALCIUM
DEL DOCTOR
FINIKOFF
(INTRAVENOSO)**

Literatura y Muestras a los Señores Medicos D.M.Moses
Representante del Laboratorio de los Productos Scientia
2 D^o Plaza Independencia -Madrid.

ION-CALCINA

PALLARES

Hemostático-reconstituyente
a base de *cloruro de calcio*
FRASCO.-Para uso interno
AMPOLLAS.-Inyección intravenosa



Laboratorio M. PALLARES
Plaza Mosén Sorell, 6
VALENCIA



STROPHANTUM

PALLARES

Tintura de estrofantus, especial-
mente preparada y exactamente
dosificada



QUADRONAL

el analgésico ideal por su composición científica:

1. Antipirina.

3. Cafeína.

2. Fenacetina.

4. Lactofenina.

En combinación con:

Peróxido de magnesio y
hexamethylentetramina

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

Depositarío en España:

E DURAN (S. en C.)
MADRID

Calle de Tetuán, 9 y 11

Representación científica:

R. Carpintier & Semmler
MADRID (9)

Apartado 9055 - Teléfono 58268

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

II Asamblea de Médicos-maestros

El día 11 del presente mes de marzo, a las diez de la mañana, y en el local del Colegio de Médicos, se celebrará en Madrid la Asamblea general de Médicos-maestros, para la que existe verdadero entusiasmo.

Dada la importancia de los asuntos a tratar, es de esperar se vea concurridísima por sus asociados.

Las Compañías de Ferrocarriles han otorgado la rebaja de precios que hay costumbre de conceder para estos actos. Los asociados pueden solicitar su tarjeta de asambleísta para este efecto directamente del Presidente de la Asociación: Dr. Emilio Comendador, Carmen, números 9 y 11.—VILLARREAL (Castellón).

SECCION OFICIAL

ADMINISTRACION PROVINCIAL. UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

La *Gaceta* del 14 de febrero anuncia para proveer por oposición una plaza de Médico de guardia, vacante en el Hospital Clínico de la Facultad de Medicina de Valladolid, con 2.000 pesetas.

La misma *Gaceta* anuncia la provisión en propiedad, mediante oposición, de una plaza de Jefe clínico de Cirugía del Hospital Provincial de Huelva, dotada con el haber anual de 4.000 pesetas y quinquenios del 10 por 100. Las instancias, en la Diputación Provincial de Huelva, en el plazo de treinta días desde la publicación de la convocatoria (14 de febrero de 1934). Ejercicios en Madrid el 7 de mayo. La misma *Gaceta* publica el programa para el primer ejercicio, que consta de 200 temas.

MINISTERIO DE INSTRUCCION PUBLICA Y BELLAS ARTES

Orden disponiendo se proceda a la provisión en propiedad, mediante oposición libre, de las plazas del Cuerpo Médico escolar de Madrid y de su Dispensario, que se indican.

Ilmo. Sr.: Establecidas las nuevas plantillas del personal sanitario y sanitario administrativo femenino del Cuerpo Médico escolar de Madrid, por el Decreto de 5 de junio último (*Gaceta* del 7), en virtud del cual fueron organizados los servicios de dicho Cuerpo Médico escolar y de su Dispensario, y teniendo en cuenta que unas de dichas plazas se hallan en la actualidad sin proveer y otras provistas de tal forma que no permite obtener una garantía de acierto y estabilidad del personal que viene desempeñando dichas plazas,

Este Ministerio ha dispuesto:

1.º Que se proceda a la provisión en propiedad, mediante oposición libre, de las siguientes plazas del Cuerpo Médico escolar de Madrid y de su Dispensario:

Veinte de sanitarias, dotadas con el sueldo o gratificación de 1.500 pesetas.

Una de sanitaria secretaria del Dispensario, dotada con el sueldo o gratificación de 2.500 pesetas.

Una de sanitaria oficial y otra de sanitaria auxiliar de dicho Dispensario, dotadas con el sueldo de 2.000 y 1.500 pesetas, respectivamente, plazas que constituyen las plantillas del personal sanitario femenino, establecidas en el artículo 3.º del citado Decreto de 5 de

junio último (*Gaceta* del 7), y 10 de sanitarias, que constituirán la escala de aspirantes sin sueldo, en expectación de destino.

2.º Podrán tomar parte en estas oposiciones todas las españolas mayores de diecisiete años, a cuyo efecto presentarán sus instancias en el Registro general de este Ministerio, durante las horas de oficina y dentro de los días laborables comprendidos desde el siguiente a la publicación de esta Orden en la *Gaceta de Madrid* al 28 del mes de febrero.

3.º Deberán acompañar a dichas instancias certificación de nacimiento, certificado médico de no padecer enfermedad contagiosa o enfermedad o lesión alguna que les impida desempeñar las funciones de su cargo y, por último, recibo de haber satisfecho en la Habilitación de este Ministerio la cantidad de 30 pesetas, importe de los derechos de examen, pudiendo acompañar igualmente cuantos títulos y justificantes de méritos que posean.

4.º Los ejercicios de oposición serán tres: dos escritos, y el tercero práctico.

El primero consistirá en escritura al dictado y resolución de un problema de Aritmética elemental.

El segundo, en el desarrollo de dos temas del cuestionario que veinte días antes de comenzar los ejercicios facilitará el Tribunal, y que abarcará las siguientes materias:

Nociones de Anatomía y Fisiología humanas; Nociones de Higiene escolar, y Organización y fines de la Inspección Médicoescolar y de su Dispensario; y

El tercero consistirá en efectuar la redacción de una ficha médica y de los trabajos auxiliares para el reconocimiento de un escolar por un Inspector médico.

5.º Los ejercicios serán eliminatorios, siendo preciso para pasar a actuar al ejercicio siguiente la declaración de aprobada.

6.º Las aspirantes que resulten aprobadas en los tres ejercicios y que posean alguno o algunos de los títulos de Sanitaria, Enfermera o Puericultora, expedidos por Centros oficiales, el de Maestra nacional, así como también cuantas vinieran o hubieran venido desempeñando el cargo con nombramiento oficial, serán colocadas preferentemente y en orden al número de títulos que posean y, en caso de coincidencia, al mayor número de servicios prestados.

7.º Las opositoras que resultaran aprobadas dentro del número de plazas convocadas y que actualmente desempeñan los cargos administrativos del Dispensario serán nombradas y confirmadas para los mismos y, en caso contrario, serán cubiertas por orden de la lista de méritos que al terminar las oposiciones formule el Tribunal, que no podrá exceder del de las plazas que constituyen las plantillas actuales y de las 10 aspirantes en expectación de destino.

8.º El Tribunal estará constituido por D. Prudencio del Valle y Yanguas, Jefe de Administración del Ministerio de Instrucción pública y Bellas Artes, como Jefe de los Servicios administrativos de la Inspección Médica, Presidente; D. Federico Oliver y Cobeña y D. Luis Munuera Morosoli, Inspectores médicos escolares, actuando este último como Secretario, y como suplentes, D. Ramón Manchón Herrera, Jefe de Administración de 3.ª clase de este Ministerio, y D. Manuel Torres Oliveros y D. Joaquín Espinosa, Médicos escolares.

9.º Los ejercicios deberán comenzar el 1.º de abril; y
10. Por la Dirección general de Primera enseñanza se dictarán las disposiciones que se consideren precisas para el mejor cumplimiento de lo dispuesto en esta Orden.

Madrid, 31 de enero de 1934.—*José Pareja Yébenes.*
Señor Director general de Primera enseñanza.
(*Gaceta* 10 de febrero 1934.)

Gaceta del 15-2-34:

Ministerio de Justicia: Orden del 14 de febrero nombrando a D. Francisco Salto Bellido médico forense del Juzgado de Vélez-Málaga.

Ministerio de Instrucción pública: Ordenes del 1.º y del 3 de febrero nombrando profesores interinos encargados de curso de Educación física: del Instituto elemental de segunda enseñanza del Burgo de Osma (Soria), a D. Lamberto Izquierdo Hernando; del ídem nacional de ídem id. de Avila, a D. José María Erenas y Fernández, y de los colegios subvencionados de segunda enseñanza de Mora (Toledo) y Ecija (Sevilla), a don Luis Díez Gil y D. Arturo Gullón y Gullón, respectivamente.

Gaceta del 17-2-34:

Ministerio de la Gobernación: Orden del 15 de febrero nombrando vocales del Patronato de las Hurdes: 1.º, D. Justino Azcárate y Flórez, vocal permanente, vicepresidente de la Comisión y del Patronato; 2.º, vocales permanentes: de Sanidad, D. Enrique Bardají López; de Instrucción pública, D. Francisco M. Carrillo Guerrero; de Montes, D. Antonio Llevó y Silvestre; 3.º, secretario-administrador de la Comisión permanente y de la Junta de Patronato, D. Antonio Sánchez Santillana.

Ministerio del Trabajo y Previsión: Orden del 5 de febrero nombrando, en virtud del concurso convocado el 23 de febrero de 1933, profesor auxiliar de Epidemiología general y de Técnica epidemiológica a D. Antonio M.ª Vallejo de Simón.

Gaceta del 18-2-34:

Ministerio del Trabajo y Previsión: Decretos del 16 de febrero admitiendo a D. José M.ª Gutiérrez Barreal la dimisión del cargo de director general de Sanidad, y nombrando para el mismo cargo a D. José Verdes Montenegro.

Gaceta del 20-2-34:

Ministerio de Justicia: Subsecretaría. Anuncios del 14 de febrero para la provisión en propiedad de las siguientes plazas de médicos forenses:

Juzgados de primera instancia e instrucción	Cat	A proveer por
Agreda (Soria)....	Entrada..	Traslación.
Astudillo (Palencia)	Entrada..	Médicos substitutos de renses con nombramiento ministerial.
Baena (Córdoba).	Ascenso..	Traslación.
La Unión (Murcia)	Ascenso..	Antigüedad entre forenses de la categoría de entrada.

Los interesados pueden presentar las instancias durante treinta días naturales, a contar desde el de la publicación de estos anuncios (20 de febrero de 1934).

Gaceta del 21-2-34:

Ministerio del Trabajo y Previsión: Decreto del 8 de febrero, que se publicó con error de copia en la *Gaceta* del 10 de dicho mes, nombrando a D. Sadí de Buen y Lozano inspector general de Servicios de la Dirección general de Sanidad.

GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 715; ídem mínima, 695'9; temperatura máxima, 11'2; ídem mínima, —3'3; vientos dominantes, N., O. y NO.

La agarvación de la epidemia que anunciábamos en nuestro último número ha sido más grave que el primer brote, las complicaciones respiratorias fueron más numerosas y más graves; consistieron en bronquitis, bronconeumonías, congestiones pulmonares y pleuresías con derrame seroso, todas ellas con mortalidad algo elevada.

También a los niños ha atacado la gripe con iguales complicaciones. La mortalidad en ellos fué asimismo elevada en los de pecho y algo más reducida que en los adultos en la segunda infancia. Continúan los casos de sarampión.

CRONICAS

Vacantes.—Se pueden solicitar las siguientes hasta el 28 de marzo:

Por concurso libre de méritos:

Valdeprado (Soria) 1.650 pesetas.

Jaraicejo (Cáceres) 2.200 pesetas.

Quintanalaranco (Burgos) 1.375 pesetas.

Los Altos (Burgos) 2.750 pesetas.

Alcantarilla (Murcia) 3.300 pesetas.

Valle de Tabladillo (Segovia) 2.200 pesetas.

Canjáyar (Almería) 3.300 pesetas.

Y por concurso restringido de méritos:

La de Orcera (Jaén) 2.750 pesetas.

SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados)

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Unico preparador en España: DOCTOR GIRAL, catedrático y Académico.—Atocha, 35.—Teléf. 10028.—Madrid.

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

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

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

Sil - Al *Silicato de aluminio, fisiológicamente puro*

Laboratorio Gámir, VALENCIA — J. Gayoso, MADRID

BOLAÑOS Y AGUILAR • Talleres Gráficos • Altamirano, 50 MADRID

**SANTAL
MIDY**

Inofensivo y de una Pureza absoluta

**CURACION
RADICAL
Y RÁPIDA**

(Sin Copaiba — ni Inyecciones)
de los Flujos Recientes ó persistentes

PARIS, 8, Rue Vivienne y en todas las Farmacias

Exigir la Firma

Santal Midy

Sobre el rótulo

Exigir el Nombre

MIDY

Sobre cada cápsula

**LACTOLAXINE
FYDAU**

COMPRESIDOS de FERMENTOS LÁCTICOS LAXANTES
con base de Fermentos Lácticos seleccionados,
Sales biliares, Agar-Agar, Naftol italeina.

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

DOSIS: 1 a 3 Comprimidos por la noche al acostarse.
Se vende en estuches de 6 Tubos de 6 comprimidos.

LABORATORIOS BIOLÓGICOS de ANDRÉ PARIS

Farmacéutico de 1ª Clase,
Ex-interno y Jefe de Laboratorios de los Hospitales de Paris,
4, Rue de La Motte-Picquet, PARIS (Francia).
SE ENCUENTRA EN TODAS LAS DROGUERÍAS Y FARMACIAS

Depositarío en ESPAÑA
J. Alejandro RIERA, Nápoles 166, BARCELONA

LABORATORIO FARMACEUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

DIRECTOR: D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA
(ESPAÑA)

Jarabe Bebé

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

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

Tetradinamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

Mutasán

(INYECTABLE)

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

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación del ferrocarril.



SANATORIO NEUROPATICO

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

Director: Dr. GONZALO R. LAFORA

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

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

PIDANSE REGLAMENTOS A LA ADMINISTRACION

INSTITUTO MEDICO - PEDAGOGICO

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

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

Dirección médica: Dr. GONZALO R. LAFORA

Lipiodol

Radiológico

Aceite Vegetal y Yodo puro

del Doctor **LAFAY**

**“ASCENDIENTE” Y
“DESCENDIENTE”**

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

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

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



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

4 TOMOS :: 25 PESETAS

:: OBRA OPOSICIONES ::

Antiasmático poderoso

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES

JARABE-MEDINA DE QUEBRACHO

Médicos distinguidos y los principales periódicos profesionales de Madrid: “El Siglo Médico”, la “Revista de Medicina y Cirugía Práctica”, “El Genio Médico”, “El Diario Médico Farmacéutico”, “El Jurado Médico Farmacéutico”, la “Revista de Ciencias Médicas de Barcelona” y la “Revista Médico-Farmacéutica de Aragón”, recomiendan en largos y encomiásticos artículos el JARABE-MEDINA DE QUEBRACHO como el último remedio de la Medicina moderna para combatir el ASMA, DISNEA y los CATARROS CRONICOS, haciendo cesar la FATIGA y produciendo UNA SUAVE EXPECTORACION.

PRECIO: 6,50 pesetas frasco

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

ALMORRANAS



Producto español a base Hamam-virg.* Æsculus hippocast, novocaína, anestésina, etc. Cura Hemorroides internas, externas, sangrantes y padecimientos del recto. Tubo con cánula, 3,60 pesetas; correo, 4,10. De venta en farmacias.

BARACHOL

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

LABORATORIOS FAUS — VILLAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)

faenas de la recolección, y cuando, en otoño, vuelven a reanudar sus clases, se encuentran mucho más fatigados que al terminar el anterior curso.

También en Francia han mostrado los exámenes médicos que, aproximadamente, un 20 por 100 de los niños hijos de campesinos se encuentran en un precario estado de salud.

Uno de los factores que contribuyen a bajar el nivel de la salud en el campo es la emigración hacia las ciudades de los jóvenes más robustos, con lo que resulta que las rudas faenas de la tierra

ción en los trabajos de los campos, con la consiguiente fatiga, de las mujeres. Las grandes organizaciones feministas tienen aquí un terreno donde ejercitar sus propagandas reivindicatorias.

Australia y la aviación sanitaria

UN PRECURSOR

La aureola que rápidamente se había formado en Australia alrededor de su nombre había hecho de John Flynn una figura de leyenda. Hace de ello unos veinticinco años, y en tal época el sueño acariciado por John Flynn tenía todos los caracteres de una utopía. Se trataba de aportar a todos los colonos diseminados en el vasto continente australiano los beneficios de la civilización moderna desde el triple punto de vista espiritual, médico y material. Cuando se piensa que dos tercios del país—es decir, cerca de dos millones de millas cuadradas—constituyen aún hoy día una especie de selva virgen, donde vive aislado del mundo un puñado de colonos (¡porque representan 50.000 personas—hombres, mujeres y niños—, distribuidos en una tan vasta superficie!), puede apreciarse la dificultad de llegar a la reali-

madas. El Consejo decidió intentar la prueba, y en Odnadatta, punto terminal de una línea ferroviaria situada a 688 millas de Adelaida, fué establecido el primer centro sanitario. A partir de este momento, lo más importante era atraer la atención y la simpatía del público. Flynn se dirigió a los diferentes Gobiernos de Australia, a toda clase de instituciones, a los directores de las empresas comerciales y a la población. Hizo viajes de propaganda, en los que, por medio de conferencias, trataba de obtener los necesarios apoyos. Estos le eran acordados en algunas partes, mientras

SOLUCION REICHENBACH

BALSAMICA, CON TIOLCOL,
BENZOATO SODICO Y DIO-
NINA

J. DOMINGO CHURTÓ

C. Libertad, 14.—BARCELONA

han de encomendarse a niños o ancianos sin resistencia suficiente.

El Dr. Chodzko preconiza las más severas medidas para controlar la frecuencia de la tuberculosis en el campo, y, entre ellas, una declaración más precisa de las causas de los fallecimientos. En las aldeas, los registros de mortalidad se confían algunas veces a gentes que se limitan a hacer sus inscripciones con términos tan vagos como la "debilidad congénita", la "senectud" o esta otra admirable expresión de "muerte natural".

El segundo medio preconizado por el Dr. Chodzko es la vigilancia médica de los habitantes del campo. En ciertos países, algunos equipos de especialistas en tuberculosis recorren los pueblos acompañados de un aparato portátil de rayos X, que sirve para descubrir a los tuberculosos y pretuberculosos.

Otra medida profiláctica sería la vigilancia y el tratamiento de los tuberculo-

ION-CALCINA

PALLARES

A base de Cloruro de Calcio

Frasco e inyectables

zación del programa que John Flynn se había fijado.

Pero Flynn era una fuerte voluntad, y nada le parecía imposible. Y con una firme decisión acometió el ambicioso proyecto de dotar aquellos inmensos territorios, en una gran parte semidesiertos, de medios de comunicación, primero, y de centros de salud, después.

Comenzó por interesar en su obra algunas almas generosas, y en 1911, habiendo reunido una cierta cantidad de dinero, emprendió a través de Australia septentrional un viaje de estudios para apreciar las posibilidades de ejecución del proyecto. A su regreso, un año más tarde, presentaba un informe a la Asamblea general del Consejo de Misiones de la Iglesia presbiteriana de Australia. John Flynn fué escuchado con simpatía e interés, y la Asamblea reconoció que el proyecto de unir las diferentes partes del país y dotar a las re-

JARABE ALMERA

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

que en otras se le trataba de visionario y hombre fuera de toda realidad. ¡Cuál hubiera sido el juicio de sus auditorios si se hubiera llegado a conocer que su ambición iba hasta el deseo de dotar a Australia de un servicio de aviación sanitaria!

Una serie de trágicos accidentes sobreenvenidos entre los habitantes de las regiones aisladas, y en los que una intervención médica rápida habría evitado sus tristes consecuencias, impresionaron al público, que comenzó a darse cuenta de la necesidad de proteger la vida de estos desgraciados, perdidos a muchos centenares de kilómetros de todo centro de población y de sus medios de socorro. Mas, a fines de 1915, los recursos reunidos no eran aún suficientes para poder crear ningún nuevo centro de salud. Fué entonces cuando los habitantes de Port-Headland, localidad aislada situada en la costa occidental del Continente, decidieron ensayar la fundación de un centro bajo los auspicios de la obra Flynn.

Estreñimiento: Supositorios Evacuati-
til Rivalta. De eficacia
infalible. Prospectos gratis

Preparación de óvulos y supositorios.
Rambla Cataluña, 44.—BARCELONA

El Gobierno concedió su apoyo a la empresa y prometió subsidios, y, poniendo a su frente una enfermera, se instaló en Port-Headland, un centro de salud que abría un camino de salvación a las salvajes regiones del noroeste.

Durante toda la guerra, Flynn siguió con el mayor interés los rápidos progresos que se lograban en los campos de aviación, de la telegrafía sin hilos, de los transportes automóviles y de la cirugía. Y un día, la lectura de una carta escrita por un oficial aviador que se hallaba en el frente, le permitió darse cuenta de los horizontes que se abrían a sus deseos; ya la organización de un servicio de aviación sanitaria no era una quimera. Se disponía a ponerse a la obra cuando interrumpió sus proyectos un apremiante llamamiento de socorros procedente de un grupo de mineros ins-

ATROPHANTIUM

PALLARES

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

son en dispensarios y otras instituciones análogas. En Hungría, por ejemplo, se presta durante seis meses a los tuberculosos una tienda de campaña construída de una manera particular y en la que obligatoriamente ha de pasar sus noches el tuberculoso. De esta manera, no solamente el enfermo aprovecha el aire fresco de su jardín, sino que se evita que viva en una habitación malsana, donde fácilmente contaminará a la familia. Porque si puede asegurarse que no existen, como hemos demostrado en un precedente artículo, "casas cancerosas", es indudable que hay alojamientos, sombríos y húmedos, donde se hacinan numerosas personas, que a veces utilizan la misma cama, que bien merecen el título de "casas tuberculosas".

Otro importante problema que ha de resolverse es el del abuso en la utiliza-

"MALTOPOL"

Extracto de malta en polvo; contiene
diastasa y vitaminas en forma con-
centrada.

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

giones aisladas de centros de salud, constituía un deber nacional y humano.

La más grave de las dificultades estaba en encontrar médicos, pero no era tan difícil el organizar los centros y confiar su dirección a enfermeras diplo-

talados a 250 millas de Puerto Darwin, donde acababa de declararse una epidemia de fiebres. El Gobierno se ofreció a instalar en esta región un centro de salud, siempre que Flynn se comprometiese a encontrar las enfermeras que habían de

como un verdadero modelo. A cada una de las enfermeras se le asignaba un territorio de una superficie de 7.500 millas cuadradas. Dos años más tarde se inauguraban tres nuevos centros de salud: uno en el centro del Continente; el segundo, en el extremo sur, y el último, en el noroeste de Australia occidental.

En mayo de 1928, un médico, acompañado de un piloto, realizaba el primer vuelo, con el que se hacía efectivo el servicio de aviación sanitaria. A fines de año, la ambulancia aérea había cubierto una distancia de 20.000 millas y se habían salvado así de la muerte cierta a diez enfermos o heridos. El sueño de Flynn se había realizado: el inmenso Continente disponía de una verdadera red de clínicas para los casos urgentes; los médicos podían utilizar fácilmente el avión para acudir a la cabecera de los enfermos de las regiones aisladas, y por

asegurar su funcionamiento. Cumplida la condición, la obra pudo tener inmediata realidad.

Libre de esta preocupación, Flynn volvió a la idea que era su constante obsesión: encontrar los medios de poder llegar hasta los habitantes de las regiones más aisladas y casi inaccesibles; poder proporcionarles los socorros necesitados en los casos urgentes. Y el infatigable organizador pensó que, si se proporcionaba a cada una de aquellas familias un aparato de T. S. H. y se abrían las carreteras necesarias para hacer posible la comunicación automovilística, el problema de su aislamiento quedaría resuelto. Pero, por el instante, lo más urgente era desenvolver la red de centros de salud. Pronto se instalaron dos nuevos, el de Hall Creek y el de Beltana, y la obra de Flynn se puso en camino de llegar a ser una vasta organización que extendería sus ramificaciones en todo el Continente.

El año 1919 fué señalado por un importante progreso: a cada una de las enfermeras se unió, como adjunta, una auxiliar. Al año siguiente, Flynn presentó al Consejo un informe en el que se proponían nuevos desenvolvimientos; en las regiones más aisladas era preciso que, como ya se había pensado por Flynn, cada familia dispusiese de un pequeño aparato transmisor de T. S. H., que permitiese prevenir a la estación central de radiofonía. Además, se construiría un aeródromo, donde se hallase siem-

CARABAÑA: el mejor purgante

medio de la T. S. H., la comunicación entre el enfermo y su médico se hacía sencilla y fácil.

N. B.—La aviación sanitaria para servicio de las regiones aisladas es un problema en el que se interesan varias Sociedades nacionales de la Cruz Roja. Corresponde a Suecia el honor de haber inaugurado el primer servicio de ambulancias aéreas de la Cruz Roja. Otras numerosas Sociedades han seguido después su ejemplo. Citaremos, entre ellas, las de Alemania, Canadá, Estados Unidos, Finlandia, Gran Bretaña, Grecia, Noruega y Siam.

HIGIENE DE LOS CABELLOS

La cabellera, como cualquier otra parte del organismo humano, exige solícitos cuidados de higiene. Es curioso comprobar que, en caso de una enfermedad del cuero cabelludo, se acude más frecuentemente al peluquero que al dermatólogo. La consulta al peluquero es, indudablemente, más barata; sus consejos son gratis y el precio de las lociones que nos preconice no alcanzará nunca el de los honorarios de un médico. Pero el peluquero no tienen ningún conocimiento de fisiología ni de patología, y nunca podrá, como el dermatólogo, descubrir las causas del mal y prescribir el remedio que conviene a cada caso. No olvidemos

CONTRA LAS NEURALGIAS ACONSEJAD

Cerebrino Mandri

que la calvicie es un motivo de grandes preocupaciones, muy particularmente cuando se padece en edad demasiado temprana.

El cabello no crece más que por su

base, y constituye, en cierto modo, un anexo de la epidermis, que, para formarse, hace crecer en su base unas bulbos pilosas que terminan en una depresión que encierra una parte saliente de la piel, la cual contiene los capilares sanguíneos, en los que encuentra el cabello

96% CONTRA LA CALVICIE
Elixir CALLO

el alimento necesario para su crecimiento. El cabello se nutre, pues, de la sangre, y no de las lociones que ofrecen los perfumistas. En un cuerpo joven y sano, la alimentación proporcionada por la sangre es muy abundante.

Ciertos órganos del cuerpo ejercen sobre los cabellos una influencia más grande que otros. La glándula tiroide, por ejemplo, actúa muy directamente sobre la cabellera, y si se halla enferma, los cabellos se secan y caen, generalmente, por placas. El cabello que crece en razón de 13 a 14 centímetros por año es sólido y no contiene ningún líquido, contrariamente a lo que muchas gentes piensan.

¿Deben lavarse frecuentemente los cabellos? Es difícil dar una regla fija a este propósito. Todos los dermatólogos están de acuerdo en atribuir un efecto nefasto a un lavado diario de los cabellos con agua y jabón, pero ninguno se atreve a fijar cuál ha de ser el intervalo entre dos lavados. Algunos dicen que este intervalo debe ser de diez días para los cabellos cortos y de tres semanas para los cabellos largos. Evidentemente que siempre habrán de tenerse en cuenta las circunstancias que expongan la cabellera a empolvarse o ensuciarse. Un buen cepillado de los cabellos puede reemplazar muchas veces al lavado.

Los cabellos deben lavarse con agua y jabón de buena calidad, y, después de haberlos enjuagado cuidadosamente, se

S A R N A

Cúrase con SULFURETO CABALLERO

secarán a la mano, mejor que por un aparato eléctrico, que proyecta polvo y seca demasiado radicalmente. Si la cabellera ha quedado excesivamente seca, puede aplicársela un poco de aceite de ricino, de almendras o de oliva, o también vaselina pura.

Los resultados obtenidos por el masaje del cuero cabelludo son muy limitados; un cepillado de dos o tres minutos, dos veces por día, es probablemente más eficaz que el masaje. El cepillado tiene, además, la ventaja de constituir una limpieza a seco.

(Continúa)

ANTIPHLOGISTINE

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

pre de guardia un médico, preparado a salir en un aeroplano dispuesto como ambulancia. Cada uno de estos aeródromos tendría un radio de acción limitada. Se preparaba así el camino de llegar a dotar a toda Australia de un servicio de aviación sanitaria.

El Consejo escuchó a Flynn con la mayor atención, pero consideró que era prematura la realización de todo lo propuesto. Ello no desalentó a Flynn, que llegó, al fin, a obtener la organización de un servicio de aviación sanitaria en la parte noroeste de Australia.

En 1924 quedó organizado un servicio de enfermeras, que puede considerarse

producen síntomas importantes hasta que comprometen los bronquios, las pleuras o el mediastino; de modo que esta sintomatología es muy compleja. Casi siempre se observa dolor local fijo y circunscrito, a consecuencia de la lesión de un bronquio. El enfermo tiene tos y expectora. Los esputos tienen el aspecto de los catarrales simples; pero cuando la masa tumoral se ha llegado a abrir, salen mezclados con sangre. La compresión de los bronquios origina una forma de disnea caracterizada por las inspiraciones muy lentas y muy profundas. La forma más característica de la expectoración, pero que no es constante, es aquella en que tiene un aspecto gelatinoso y, al mezclarse con sangre, toma el carácter de jalea de grosella. De cuando en cuando se observan en los conductos expectorados fragmentos del tumor, cuyo valor para el diagnóstico no necesitamos exaltar, o trozos de cartilago procedentes de la destrucción de la pared bronquial. Al microscopio se ven esferas de masas adiposas o aglomerados de células atípicas. Antes de que todos estos síntomas lleguen a estar manifestos, puede demostrarse la existencia del tumor por la radioscopia. En bastantes casos comienza el proceso con el cuadro de una pleuritis exudativa muy dolorosa; pero la faja de matidez tiene una forma irregular, y al punccionar se obtiene, y no siempre, un líquido sanguinolento con poca fibrina y mucha grasa y elementos celulares que unas veces serán característicos y otras no lo serán. En los neoplasias iniciados hacia el hilio pulmonar los síntomas más destacados serán de compresión de los órganos inmediatos, o sea, en primer término, de los bronquios gruesos, síntomas a los que ya hemos aludido; pero en segundo lugar se mostrarán también comprimidos la tráquea, las arterias, las venas y los nervios. Estos últimos ocasionan ronquera, por parálisis del recurrente; tos espasmódica, por excitación del vago; hipo o parálisis del diafragma, por compresión del frénico, ocurriendo el primero en los casos en que la compresión

ción se conserva todavía como clásica, aunque se duda mucho de que algunos de los fenómenos descritos sean verdaderos. La congestión pulmonar activa, o enfermedad de Woillez, se inicia de una manera parecida a como lo hace una neumonía, pero la intensidad del escafofrío es menor y el dolor de costado también lo es, de modo que con frecuencia se presenta dolor en varios sitios en vez de uno solo. La elevación de la temperatura es importante. La disnea es muy intensa, y a las pocas horas de empezar la enfermedad expulsa el enfermo esputos espumosos y muy adherentes, que a veces presentan algunas estrias de sangre. A la exploración física llama la atención que los síntomas que se encuentran son menos intensos que los de una neumonía, que eran los que el médico esperaba encontrar. De modo que a la palpación la vibraciones vocales están aumentadas, pero lo están poco. A la percusión el sonido no es matizado, sino submate; a la auscultación se percibe un soplo suave, inspiratorio y espiratorio, de localización algo móvil y acompañado de estertores subcrepitantes. La evolución de la enfermedad es breve, y el pronóstico, casi siempre benigno. A los cuatro o cinco días se produce la crisis, y a los ocho días el enfermo se puede considerar curado. El diagnóstico es fácil, salvo el diferencial con la pulmonía, que se funda en que en esta última los síntomas son mucho más acusados y la expectoración se hace pronto herrumbrosa. El segundo tipo de congestión es la llamada fluxión del pecho, en la que se encuentran afectos los diferentes planos del tórax, el tejido celular subcutáneo, los músculos intercostales, la pleura, el pulmón y los bronquios. Se inicia de una manera semejante a la forma anterior, con la diferencia de que el dolor de costado es mucho más intenso y se evoca por la palpación. Los síntomas de auscultación acusan, además de los mencionados más arriba, rones, roncus y sibilancias. La evolución es también benigna y se diferencia poco de la que hemos señalado. El tercer tipo

sión irrita el nervio, y la segunda cuando llega a paralizarle; dilatación pupilar y rubicundez de la mitad de la cara, a consecuencia de la excitación del simpático. Los signos físicos locales requieren ya un tamaño considerable del tumor, porque los que se producen por lesiones sobreañadidas, por ejemplo, a consecuencia de la compresión de un bronquio grueso, no tienen nada de característicos del tumor. Este tamaño considerable se puede alcanzar ya al cabo de pocos meses. Los signos físicos locales, asociados a los que acabamos de mencionar, permiten el diagnóstico exacto. La disnea y la cianosis se explican bien por las estenosis bronquiales, la reducción de la superficie de respiración, los derrames de la pleura y la compresión pulmonar que resulta de los mismos.

La cara aparece vultuosa, fenómeno que contrasta con la delgadez de la mitad inferior del cuerpo. Las venas de la cara y del cuello se encuentran muy dilatadas y también lo están otras de la pared anterior del tórax, sencillamente porque la sangre tributaria de la vena cava superior, al encontrar dificultades para circular por ésta, busca anastomosis con otros sistemas. Además de las cianosis, se produce en la cabeza edema por éstas. Otras veces el edema puede afectar a un brazo, según cual sea la vena comprimida. Con estos trastornos queda encubierta la palidez cética de la cara, que resulta tan característica de otras localizaciones de los tumores. La exploración de los enfermos se entorpece en este período por el gran dolor que sienten, no solamente el profundo, sino también el superficial, a consecuencia de la lesión de la pleura y de los nervios intercostales. La percusión y hasta la simple aplicación del estetoscopio pueden resultar intolerables para estos enfermos. El tórax se deforma y se hace asimétrico. Los derrames de la pleura suelen ser de naturaleza hemorrágica; otras veces el derrame es de naturaleza quílosa. El examen citológico del líquido obtenido por la

punción demuestra que contienen muchas veces células tumorales gigantes con grandes vacuolas. Si en la pleura se encuentran grandes masas tumorales con escaso líquido, la punción resultará blanca, pero en la luz de la cánula se podrán encontrar masas de células suficientes para aclarar el diagnóstico. Los carcinomas tienden corrientemente un curso atébril, a diferencia de los sarcomas, en los que se presenta fiebre de tipo recidivante. El curso de estos tumores es rápido, y la terminación fatal. La muerte sobreviene unas veces por asfixia progresiva, y otras por alguna complicación, por ejemplo, una hemoptisis, una bronquitis pútrida o una gangrena pulmonar. Algunas veces se produce la muerte a consecuencia de metástasis tumorales; en cambio, los enfermos no llegan a presentar el cuadro conocido de la caquexia cancerosa, porque la evolución de la enfermedad es tan rápida, que no da tiempo a ello.

No existe tratamiento verdaderamente eficaz contra esta enfermedad. Quirúrgicamente se ha llegado a la extirpación de uno o varios lóbulos pulmonares, operación que raras veces se estará en condiciones de practicar, porque el enfermo no la resiste. La radioterapia profunda con rayos duros y aplicaciones enérgicas, aunque no muy repetidas, permite prolongar la vida del enfermo, lo que en numerosas circunstancias tiene verdadera importancia. Cuando se trate de sarcomas, se podrá recurrir a la administración de dosis importantes de arsénico en forma de anhídrido arsenioso o de inyecciones de neosalvarsán. Como tratamientos paliativos se recomiendan las inhalaciones de oxígeno, la revulsión y la morfina a dosis grandes. Las congestiones pulmonares pueden ser agudas y primitivas, y pueden ser también secundarias. En las primitivas es precisamente la congestión lo primero que se produce y lo que llama la atención del clínico. Los autores franceses han descrito cuatro formas de congestión pulmonar aguda, según la extensión que alcance el proceso. Esta descrip-

Solicitudes hasta el 28 de marzo. Distrito único.

—La de Olombrada y Vegafria (Segovia); por renuncia; 3.^a categoría; dotación, 2.200 pesetas; 53 familias de beneficencia; población, 1.521 habitantes; provisión por concurso libre de méritos y selección por Inspección. Solicitudes hasta el 28 de marzo.

—La de Grazalema (Cádiz); por renuncia; 2.^a categoría; dotación, 2.750

**MEDICINA
CIRUGÍA
HIGIENE
LEGISLACIÓN SANITARIA**

4 TOMOS

25 PTAS.

pesetas; 300 familias de beneficencia; población, 4.257 habitantes; provisión por concurso libre de méritos y selección por Inspección. Solicitudes hasta el 28 de marzo.

—La de Alija de los Melones (León); por defunción; 2.^a categoría; dotación, 2.750 pesetas; 50 familias de beneficencia; población, 2.284 habitantes; provisión por concurso restringido de méritos y selección por Inspección. Solicitudes hasta el 28 de marzo.

IODASA BELLOT

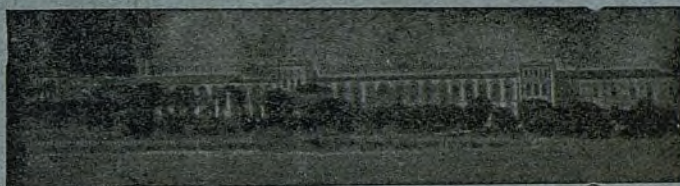
**Solución titulada de IODO PEPTONA - BELLOT
SIN IODISMO**

Cada V gotas contienen un centigramo de yodo combinado con la peptona. XX gotas obran como un gramo de yoduro alcalino.

Dosis media: Niños, de V a XX gotas. Adultos, de X a L gotas. Escrófula, raquitismo, artritis, reumatismo, arterioesclerosis, enfermedades del corazón y de los vasos, asma, enfisema, linfatismo, bocio, infartos glandulares, obesidad, sífilis.

L IODASA se prepara en España desde el año 1907
F. BELLOT. — Antonio López, 163. — MADRID

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



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

CICA-SEPTICO LIRAS

De sorprendentes resultados en quemaduras, grietas de pechos, úlceras atónicas, forúnculos abiertos y en toda clase de heridas. La clase médica los receta, no por su procedencia castellana, sino por su gran resultado. — No se pega el apósito a las heridas.



CICATRIZANTE A LA CLORAMINA

Muy eficaz en casos idénticos y se prefiere Cloramina. En Centros Farmacéuticos y Farmacias surtidas.

Muestras a médicos. — Laboratorios Liras. — (Burgos) Villadiego.

JARABE “DEYEN” DE MANZANA LAXANTE

Utilísimo en los adultos e insustituible en los niños

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

Depositorio: E. DURAN. — Tetuán, 9 y 11. — Madrid
Frasco de muestra a los señores médicos, pidiéndolo al director del Laboratorio, Ponzano, 18, entr. izqda.

¡Cuidado! Pedid el DEYEN pues hay imitaciones

¡DOCTOR!... ¿Quiere usted que el alcanfor que ha de inyectar a sus enfermos obre de manera rápida y segura? Pues use siempre el

CANFORETIL B. MARTIN

(Nombre registrado)

(Solución etéreo-oleosa de alcanfor puro del Japón)

En ampollas de 0,10, 0,20, 0,40, 0,50 y un gramo de alcanfor puro

RADIACIONES

Los EQUIPOS de mayor
eficacia en terapéutica.

Pida folletos:

LABORATORIOS U. V. Apatado 331 SEVILLA

dulcimida 
MORATÓ.

los diabéticos
ya pueden comer dulce



250
TABLETAS
DULCIMIDA
AZÚCAR
DE R
LABORATORIO
MORATÓ
PASEO S. JUAN, 87
BARCELONA

**DULCIMIDA
MORATÓ**

Para muestras y literatura dirigirse a
LABORATORIOS MORATÓ
 Paseo de la República, 87.—BARCELONA

Tabletas de 0,03 gramos
de sal sódica del sulfími-
do benzoico de la Far-
macopea.

Sabor agradable.

No contiene hidratos
de carbono

DOSES: Cada tableta tie-
ne el dulzor de un terrón
doble de azúcar. Indíque-
se: Una o dos tabletas
para dulzor agradable en
té, café, leche, agua, et-
cétera, etc.

Indispensable en Diabe-
tes, Glucosuria, Artritis-
mo, Obesidad, Gastroen-
teritis y Gastrocoleritis.

DIETA HIDRICA. —
Dp./ Agua hervida, 1.000.
Dulcimida, 8 a 10 ta-
bletas.

Colutorios y gargarismos,
edulcorar con 2 tabletas.
Dulcimida por 250 c. c.
de colutorio o gargarismo.
Colirio ligero astringente,
lavados y baños oculares,
al 1 ó 2 por 100 de Dulci-
mida en agua.

LABORATORIO BENET

Enrique Granados, 114
BARCELONA



PAIDOTROFO

TONICO INFANTIL

a base de glicerofosfato de cal, áci-
do arsenioso, glicerina y muira
puama.



FIMONAL

MEDICAMENTO

especial para el tratamiento de las
enfermedades del aparato respi-
ratorio.

Fórmula: Gomenol, arrhenal, ben-
zoato sódico, benjín y dionina.