

11/3

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID
APARECE TODOS LOS SABADOS

Núm. 4.190.—Tomo 93

AÑO OCHENTA Y UNO

31 Marzo 1934



Salicitiro

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

Perfectamente tolerado por vía bucal

Evita los trastornos gástricos.

Aumenta la eficacia salicífica.

Normaliza el terren o hipometabólico reumático.

En el reumatismo

Poliarticular agudo, crónico, etc.

LABORATORIO QUIMICO-FARMACOLOGICO JUSTE
LABORATORIO JUSTE - Francisco Navacerrada-3-Hotel
Teléfono 55.388-Aparado de Correos 9030-MADRID



BARACHOL



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

LABORATORIOS FAUS — VILAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)

BENZOFORMINA

Laboratorio

Aurelio Gámir

Valencia



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

SARNA

(ROÑA)

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

J. CABALLERO ROIG

Farmacia-Laboratorio: Rocafort, 135, Barcelona

Polifosforina

POLVO - COMPRIMIDOS
INYECTABLES

Agotamiento físico e intelectual

LABORATORIOS FEBUS
WAGNER, 51
BARCELONA

Diuresinol

INYECTABLES

VENCE LA UREMIA

CATARROS BIFOSFOTIOL TOSAS

SOLUCION ARSENIO FOSFORADA CON TIOL

Se obtienen resultados positivos y rápidos con este preparado en las afecciones pulmonares, catarros bronquiales y gripales, desgaste orgánico, escrofulismo e inapetencias

sulfurado. La presencia de todos estos cuerpos se puede confirmar asimismo por el análisis químico. Con el fin de disminuir los accesos de tos, que resultan tan violentos, adoptan los enfermos las posiciones más diversas, hasta que hallan una en la que las cavidades se van llenando poco a poco en vez de deslizar la secreción inmediatamente por los bronquios. Los signos físicos son la resultante de la cavidad que se labra en el pulmón, por una parte, y del proceso de neumonía que se desarrolla alrededor de la cavidad, por otra. Las lesiones de la pleura, que se producen con tanta frecuencia, el neumotórax y la condición anfractuosa de las cavidades, desfiguran los síntomas, de modo que es muy difícil suponer por ellos el verdadero alcance de las lesiones, aunque se haya llegado a hacer el diagnóstico del proceso por los caracteres de la expectoración. Cuando se plantee el problema de una intervención quirúrgica es indispensable hacer antes la radioscopia y la radiografía del tórax. Los trastornos generales no pocas veces superan en intensidad a los locales. De modo que hay casos de gangrena que producen la muerte en pocas horas a consecuencia de los procesos de intoxicación. La fiebre adopta en unos enfermos el tipo continuo y en otros el intermitente. Los nuevos brotes febriles son muchas veces a consecuencia de la aparición de nuevos focos por aspiración, por la producción de pleuritis, por la aparición de metástasis sépticas en otros órganos, entre los que muestra cierta mayor frecuencia el absceso cerebral. Las pleuritis aparecen de vez en cuando, sin que se descubra una propagación directa; se llaman entonces simpáticas. Pero sin necesidad de que se produzcan estos síntomas locales, son los síntomas generales muy intensos: la anorexia es completa, el color es amarillo terroso, el enfermo tiene alteraciones gástricas y tendencia a la diarrea, existe también delirio; pero el estado de fuerzas del enfermo es tan malo, que apenas se manifiesta; los sudores son copiosos y el pulso se hace sumamente rá-

aparatos se alivia mucho la disnea. En definitiva: el juicio que merecen estos sistemas es que constituyen un recurso interesante para aplicarle como lenitivo a los enfermos que estén en condiciones de someterse a dichos tratamientos, pero que con frecuencia será imposible recurrir a ellos, o que el escaso efecto conseguido no compensará las molestias impuestas. La misma disparidad de criterio que existe acerca del empleo del aire enrarecido, o del concentrado en los aparatos, se encuentra en cuanto a la climatoterapia del enfisema. De modo que dos autores de mucha competencia y en un mismo tratado de terapéutica física, uno de ellos aconseja el clima de montaña, y el otro le considera muy perjudicial. Los enfermos de trastornos cardíacos importantes no obtienen beneficio del clima de montaña, sino que les convienen más los climas templados y a orillas del mar. En cambio, en los casos complicados con bronquiestasias o broncoblenorreas, si que están indicados dichos climas de montaña. Se emplean también aparatos ortopédicos para combatir la tendencia del tórax a la inspiración permanente; pero más eficaz, por más factible, que la aplicación de estos aparatos es la de la gimnasia respiratoria. Entre los procedimientos de esta última, parece ser el más eficaz el siguiente: el enfermo se acuesta en decúbito prono, apoyando el pecho sobre una almohada, y la frente sobre otra; los pies apoyados también en el tablero o en las barras de los pies de la hamaca. Cruza los brazos en el dorso. Hace una inspiración lenta y profunda y una espiración enérgica, para lo cual le basta erguir un poco la cabeza y hacer presión con sus pies sobre los de la cama. El tórax queda así fuertemente apoyado sobre la almohada, los músculos del abdomen se contraen y ayudan a la espiración, y los brazos, cruzados en la espalda, ayudan por su parte a la misma. Entre los aparatos más usuales se encuentra el sillón de Rosbach. El enfermo se sienta y ciñe su tórax con varios cinchos de lona, que ajusta a la medida con-



veniente. Dichos cinchos van arrollados a unos cilindros que se encuentran en el respaldo. Y que se accionan por medio de palancas, que sirven al mismo tiempo de brazos de dicho sillón. El enfermo, separando o aproximando los brazos, templea o relaja los cinchos de lona. Un enfermo de Strimpell ideó una tablas que hacen el mismo efecto y, aunque el aparato sea bastante más tosco, tiene la ventaja de que es fácil de improvisar. Son un par de tablas suficientemente anchas para aplicarse lateralmente al tórax desde la axila hasta el borde costal. Por la espalda se unen una con otra por medio de cintas o de vendas fuertes, y el enfermo aplica sus manos a los bordes anteriores de las mismas. Existen numerosos modelos más de aparatos compresores. Unos se valen de un motor eléctrico; otros, de tubos fuertes de caucho; los hay que en la espiración recogen el aire en un recipiente que comprime el abdomen para facilitar la elevación del diafragma, etc. Cuando no se dispone de ninguno de estos aparatos, que es el caso más frecuente, y el enfermo padece un fuerte acceso de disnea, se recurre a la compresión manual. Las primeras veces la tendrá que hacer el médico, hasta que aprenda alguna persona allegada al enfermo. Puesto éste echado, si tolera esa posición, y, de lo contrario, sentado, con el cuerpo un poco inclinado hacia atrás, se coloca el médico delante de él, aplica sus manos a la base del tórax, con los talones hacia la línea media, y los dedos hacia arriba y afuera. A cada movimiento espiratorio hace una compresión suave de la base del tórax. Además del alivio momentáneo que se obtiene por estos diversos procedimientos, tienen la ventaja de habitar al enfermo a una gimnasia respiratoria que, mientras el caso no es muy avanzado, logra la hipertrofia de determinados músculos, la movilización de algunas rígidas y, con ello, la mayor amplitud de los movimientos respiratorios. Son ineficaces los recursos mecánicos para combatir los síntomas que dependen del desfallecimiento del corazón;

ne pleurítico. Menos corriente es que la abertura se haga primitivamente en un bronquio; pero en tales casos se manifiesta el accidente porque el aliento de los enfermos se hace desde el primer momento irresistible por su olor gangrenoso, y lo mismo sucede con los esputos. Los enfermos tienen que hacer enormes esfuerzos para toser, y después de cada acceso de tos quedan totalmente agotados. La cantidad de expectoración es muy considerable: oscila entre 100 y 1.000 centímetros cúbicos; su color es grisáceo turbio y en ella se encuentran trozos de tejido pulmonar. En reposo, en una probeta, se dispone esta expectoración en tres capas: la superior, que contiene masas mucosas; la media, que es líquida y turbia, y la inferior, que está formada por un sedimento viscoso con restos celulares, cristales de fosfato amónico-magnésico y gran número de especies bacterianas. Se encuentran dos clases de pigmentos: uno de carbon y otro de hemosiderina. Los trozos de tejido pulmonar que se encuentran en este líquido son característicos. Pueden tener todos los tamaños, pero lo corriente es que sean alargados y de aspecto veloso, porque lo que más resiste a la digestión son las fibras conjuntivas, y a éstas deben su forma general. Dichas fibras aparecen casi transparentes y muchas veces mezcladas con fibras elásticas, si la digestión pítrida no ha tenido tiempo de destruir estas últimas por completo. Las hemorragias son intensas en el caso ya dicho de que el proceso destruya las paredes de un vaso antes de haber dado tiempo a la sangre para coagularse; pero lo corriente es que sean pequeñas. Unas veces adquieren, por esta mezcla con sangre, los esputos el color de pulpa de ciruela, que los hace muy parecidos a los de la neumonía, y otras adquieren coloridos diversos. Cuando los esputos van mezclados con bastante cantidad de sangre, se producen coloridos diversos y disminuye un poco la febrilidad. Este olor se debe a los productos de la putrefacción, entre los que desuellan los ácidos grasos volátiles, el amoníaco, el hidrógeno

TERTULIA MEDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

AMENIDADES



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

El principio vital en los animales y en las plantas

Por el Dr. G. MADANS, de Dresde

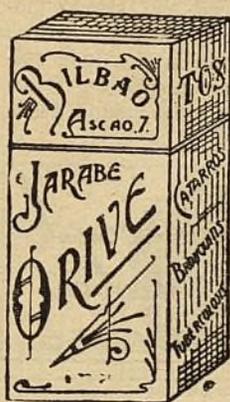
(Traducción de Antonio Andújar, inspector municipal de Sanidad de Torre de Juan Abad, Ciudad Real.)

Al investigar el valor terapéutico de las plantas medicinales, se nos presenta incesantemente esta cuestión: ¿Por qué ciertas plantas tienen propiedades venenosas y otras no? ¿Contienen algunas plantas activos venenos por mero accidente u obedece esto a una ley fundamental de la naturaleza, cuya ley, todavía insospechada, puede, al ser descubierta, revolucionar nuestras ideas sobre el modo de formación de tales venenos? Muchas teorías se han propuesto para explicar este misterio, y algunas han alcanzado un grado de popularidad desproporcionado a su fundamento científico. Un ejemplo es la teoría química. Esta teoría nos dice que la actividad de una planta, en cuanto se refiere a su valor medicinal, está en relación directa con la naturaleza química del suelo. Según

medicinal que son susceptibles de cultivo no cambian en sus principios activos, aun cuando el suelo donde crecen haya sido completamente alterado. Esto prueba que las sustancias inorgánicas del suelo no intervienen en la presencia o ausencia de los principios activos contenidos en las plan-

A intervalos regulares se hizo el análisis del agua, encontrándola alcalina. Este ensayo demostró, además de la reacción alcalina, peculiar a la raíz del berro, que la planta, para producir este efecto, tuvo que expeler una sustancia por sus raíces que cambió la reacción. Con respecto a esto, quiero adelantarme a decir que dicha sustancia o sustancias son una excreción del cuerpo de la planta, por medio de las raíces, comparable a las secreciones gástricas e intestinales de los animales.

Y ahora se presenta otra cuestión. ¿De qué modo afectan los excrementos de las plantas al suelo donde crecen? Es muy conocido el fenómeno de enriquecimiento del suelo donde el trébol ("Trifolium") se desarrolla, por la simbiosis bacteriana que fija el nitrógeno en las raíces. Cuando se siembra trébol en terreno que ha producido varias cosechas consecutivas de la misma planta, ésta enferma y muere. Y no puede decirse que la tierra es pobre o empobrecida, pues los anteriores cultivos de trébol la han enriquecido tan considerablemente, que si



**FORMULA
POR 20
GRAMOS**

Tihocol.... 23 cent
Codeína... 1 —
Arrhenal. 2 —

Precio al público 4,95 ptas.

tas. Precisamente se refieren a esto mis investigaciones sobre el principio vital de las plantas y de los animales que tienen lugar en nuestros laboratorios de Kocztchembroda.

He pensado que las plantas, a semejanza de los animales, no producen su excreta sino para librarse ellos mismos de sus productos de desecho, expulsando excesivos gases y vapor de agua, y formando celdas especiales o cuerpos insolubles. Me refiero a los conductos de resina del pino y a la presencia en ciertas plantas de grandes cantidades de cristales de oxalato de calcio, que son productos inútiles para el metabolismo de las plantas.

Fué universalmente admitido que la superficie externa de las raíces y la tierra adherida a ellas era de reacción ácida. Esta idea es errónea, pues muchas plantas tienen reacción alcalina; por ejemplo, los berros ("Masturtium officinalis"). Para demostrar-

"MALTOPOL"

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

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

otros vegetales se plantan en este suelo, arraigan con rapidez y se crían vigorosos. Pero ¿por qué el trébol, que tanto enriquece la tierra, llega un momento que no puede vivir sobre el suelo que ha enriquecido? La respuesta se encuentra en el hecho de que el trébol muere no por falta de alimento, sino a causa de que los excreta de las raíces de anteriores cultivos de trébol han alcanzado en el suelo tal grado de concentración, que las nuevas raíces no pueden absorber el necesario alimento. Por eso mueren las plantas. Y esta es la razón que tiene el agricultor para cambiar todos los años de cultivo. Lo hace así, no por quedar el terreno empobrecido, como es creencia popular, sólo verdadera en cuanto se refiere a los materiales puramente alimenticios, sino a causa de que los excreta de un particular cultivo ejercen un venenoso efecto sobre sucesivos cultivos similares.

La naturaleza ha desarrollado un

BARACHOL

Cura Eczemas, Erupciones y Enfermedades Rebeldes de la Piel.

esta presunción, se debe creer que la presencia de sales metálicas de potasio, sodio, hierro, manganeso, calcio, etcétera, en combinación con radicales inorgánicos, tales como sulfatos, carbonatos y halógenos, tienen una influencia directa sobre la producción de ciertas sustancias en el interior de las células de la planta, que, cuando se trata de plantas medicinales, dan origen a sus características propiedades. Científicas investigaciones han probado de manera indudable el fracaso de esta teoría, pues las sustancias puramente inorgánicas del suelo no tienen efecto alguno sobre la presencia o ausencia de los principios activos de las plantas.

He comprobado esto en nuestro particular jardín herbario, cultivando plantas en todos los tipos de suelos y abonos, y he visto que las plantas que se desarrollan bien en estado salvaje no son amigas de cultivo. Los resultados netos de estos experimentos demuestran que todas las plantas de valor



lo, fueron arrancadas pequeñas plantas de berros, lavadas en agua destilada y colocadas en vasos con agua neutra.

sistema por medio del cual los excreta de las raíces de una planta determinada, depositados en el suelo, pueden ser utilizados por plantas de otra especie para su mutuo beneficio. Este proceso preside la formación de los principios activos de las plantas. Las plantas medicinales absorben, por medio de los excreta de otras plantas, venenos que se convierten en elementos valiosos para ellas. Esta conver-

Fábrica especializada en Productos Dietéticos y de Régimen Vegetariano

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

sión de los excreta de las plantas en material útil para plantas de otro género empezó cuando empezaba la vida. El suelo está saturado de excreta de plantas. La naturaleza sólo puede librar al suelo de estos excreta mediante el cultivo de una variedad de plantas que absorban la cantidad necesaria de excreta de otra variedad. Así se establece el equilibrio. La naturaleza sólo puede mantener este equilibrio en el estado salvaje. Por eso, al empezar a cultivar hay que emplear un medio artificial para librarse del exceso de excreta de un particular cultivo. Y esto se consigue labrando. Si labramos un terreno en el cual se ha cosechado avena, por ejemplo, y los rayos del sol hieren la tierra que ha sido volteada con el arado, y que es rica en excreta de la planta, quedará destruída la complicada estructura de los compuestos orgánicos contenidos en dicha tierra; ésta será desintoxicada y el mismo cultivo puede desarrollarse otra vez. La absorción que la naturaleza obtiene por el mutuo cambio entre las raíces de diferentes plantas, el hombre la reemplaza por el uso del arado.

La exactitud de esta afirmación pue-

CALCINHEMOL ALCUBERRO
PODEROSO ANTIANEMICO
ALCALA, 88. — MADRID

de demostrarse experimentalmente. Se cortan tallos jóvenes de girasol ("Helianthus") y se colocan en un vaso de cristal que contenga agua, hasta que las raíces empiezan a crecer. Pasados unos días, cuando las raíces se han desarrollado, se cortan transversalmente los tallos por la mitad, se tira la parte superior del tallo, y la inferior, con las raíces, se vuelve a poner en el vaso. La excreción por las raíces aumenta ahora considerablemente y queda disuelta en el agua. Esta solución acuosa se añade al agua donde crecen en condiciones similares al girasol plantas de un tipo diferente, y se observan los siguientes efec-

tos: las plantas que reciben una porción de la solución acuosa con la excreción de las raíces experimentan un notable aumento en el desarrollo de sus raíces, demostrando que la solución contiene un principio estimulante del crecimiento de las raíces. ¿Cuál es la naturaleza de este principio? Sabemos que hay substancias que al ser administradas al hombre, o retenidas en su organismo, le ocasionan profundos cambios fisiológicos. Así, el principio activo de la glándula tymus estimula el crecimiento del niño; la glándula tiroidea segrega tiroxina, y si se produce en cantidad insuficiente, causa el cretinismo del niño y el misoedema del adulto. Por el contrario, el exceso de secreción tiroidea ocasiona un trastorno conocido con el nombre de bocio exoftálmico, del mismo modo que se producen efectos drásticos en el macho cuando la hormona macho es detenida por castración. Estos principios, que son segregados direc-



tamente en la corriente sanguínea, se conocen con el nombre de hormonas, y aunque su naturaleza química no está bien determinada en algunos casos, su acción fisiológica es bien conocida.

Teniendo en cuenta la indicada analogía, es evidente que una o varias substancias similares están presentes en las excreciones de las raíces del girasol. Esta substancia puede llamarse "hormona estimulante del crecimiento de las raíces", porque actúa del mismo modo sobre las raíces de todas las plantas.

Se han hecho ulteriores experimentos sobre plantas con hormonas encontradas en el cuerpo del hombre, con el fin de averiguar la sensibilidad de las plantas a las hormonas humanas, y ha quedado demostrada la estrecha similitud o identidad de las hormonas de origen animal y vegetal que dirigen los procesos fundamentales de la vida. Para estas experiencias hemos elegido OESTRIN, que, aun cuando se halla en su forma más concentrada en el útero y glándulas ováricas, se encuentra en todas las plantas y células animales. Ha sido probado por diversos investigadores, trabajando independientemente, y en especial por el profesor Schöller, de Berlín, que oestrin no se destruye cuando muere el organismo, sino que continúa existiendo, y ha sido encontrado en substancias carbonizadas.

Oestrin es el predominante factor

femenino, y es reponsable, por el oestrus, de la liberación del óvulo del ovario, y de la expulsión, con el flujo menstrual, del huevo sin fecundar. El flujo menstrual es detenido oportunamente por la hormona antisexual, que se desarrolla en el saco que contiene el óvulo en el ovario. Aquí se forma una substancia amarilla viscosa, el corpus luteum, que al empezar el período aumenta de volumen. Al cabo de

Jarabe Bebé.-Telradinamo.-Septicemiol.-Purgantil (Jarabe de Frutas)

(Véase anuncio, página IV.)

tres días (tiempo medio de la duración de la menstruación) fluye al interior de la matriz y hace que finalice el período. Aquí hay dos hormonas de acciones opuestas: una produce el característico flujo menstrual, mientras que la otra hace que termine. Observado este hecho en el reino animal, volvamos al vegetal, con el fin de encontrar una planta que manifieste las características antisexuales del corpus luteum; esta planta es "Agnus castus", o árbol de la castidad, que gozó de mucho prestigio entre los frailes y monjas de la Edad Media para deprimir los instintos sexuales. Con las hojas de esta planta se hacía infusión, o se comían crudas, para conseguir el efecto deseado.

Para probar que oestrin actúa sobre los vegetales, se dió tiempo para que arraigaran algunas plantas jóvenes de maíz; después, se midieron, y se regó bien un lote de ellas con una solución acuosa de oestrin; las plantas que recibieron la solución crecieron rápidamente, y la clorofila contenida en las hojas se desarrolló muy pronto, mientras que las plantas que recibieron el riego normal crecieron mucho menos. La experiencia se hizo después

JARABE ALMERA
A BASE DE FOSFATO DE CAL
GELATINOSO, EL MAS ASIMILABLE

de otro modo. Fué esterilizado un lote de ratas blancas extirpándole los ovarios; desde la fecha de esterilización no se observó ningún período menstrual, pero al administrarles oestrin vegetal aparecieron las características normales de las hembras, culminando en una menstruación, que cesó cuando dejó de mezclarse oestrin con sus alimentos. Prueba el resultado de este ensayo que el oestrin de las plantas no sólo actúa sobre los vegetales, sino que ejerce la misma acción fisiológica que el oestrin del ovario. Las ratas estériles fueron de nuevo sometidas a una dieta conteniendo oestrin, y otra

(Continúa en la página XVIII.)

Pulmoquinol

(NOMBRE REGISTRADO)

Quinina básica y alcanfor en solución etéreo-balsámica-oleosa

INDICACIONES

Tratamiento de ataque de la gripe.
Neumonías, bronconeumonías y todas las afecciones pulmonares.
El más energético y rápido desinfectante de las vías respiratorias.

Prescripción: } NIÑOS: de medio a uno y medio cc. por día.
(Intramuscular en la } ADULTOS: de uno a tres cc. por día.
región glútea.)

Presentación: en caja de 10 ampollas de 2 cc.

Fábrica de Productos Químicos y Farmacéuticos ABELLÓ :- Vinaroz, 5 (Prosperidad).- MADRID

Muestras y literatura a disposición de los señores médicos.

Agentes exclusivos para España: Sres. Hijos de Honorio Riesgo, S. A. - Mayor, 7, MADRID

Vías respiratorias

JARABE FAMEL
à base de Lactococcus solibilis

**ACCION
RAPIDA
Y
SEGURA**

**calma la tos
facilita la expectoración
reanima el estado general**

Depósito general para España:
Curiel y Morán.- Aragón, 223.- Barcelona

TUBERCULOSIS
AFECIONES BRONCO-PULMONARES
Gripe, Escrófula, Raquitismo

SOLUCIÓN PAUTAUBERGE

al Clorhidro-Fosfato de Cal creosotado.

La mejor tolerada de todas las preparaciones creosotadas

ANTICATARRAL y ANTISÉPTICA

Seca las Secreciones y Cicatriza
las Lesiones tuberculosas.

EUPÉPTICA, RECONSTITUYENTE

Reanima las funciones de Nutrición
y el estado general.

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

Jiménez Salinas y C., Barcelona Sagúés, 2 y 4 (S. G.)

GASTRITIS DOLOROSAS
HYPERCLORHIDRIA
ULCERAS

KAOLINASE

KAOLIN PURIFICADO EN POLVO FINO MUY ADHESIVO

CURACIÓN GÁSTRICA



LABORATORIO
— TIÓ —
Torrente de las Flores, 73
BARCELONA

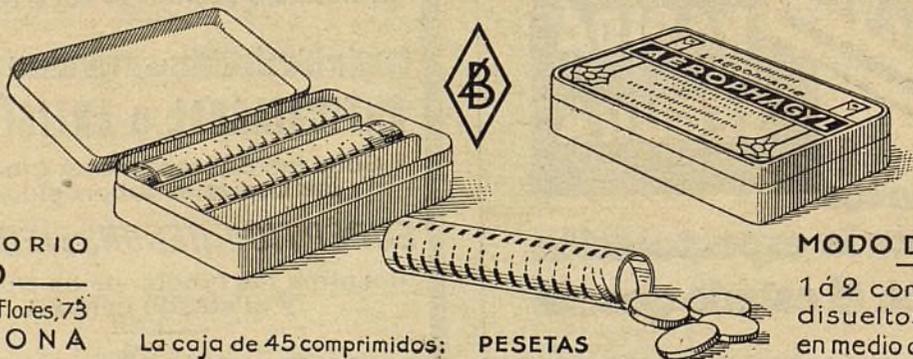


La caja de
20 dosis
de 10 gramos
6 PESETAS

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

- INSOMNIOS
- TRASTORNOS CARDÍACOS
- TRASTORNOS NERVIOSOS
- TRASTORNOS PULMONARES

AÉROPHAGYL



LABORATORIO
— TIÓ —
Torrente de las Flores, 73
BARCELONA

La caja de 45 comprimidos: PESETAS

MODO DE EMPLEO

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

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

ANO 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. S. GARCIA VICENTE
Jefe del Servicio de Laringología de la Institución Antituberculosa Municipal de Madrid. | Dr. E. LUENGO Y ARROYO
Del Instituto Nacional de Higiene. | Dr. J. MARTIN RENEDO
Jefe de la Clínica Oftalmológica del Hospital Militar de Carabanchel. |
| Dr. JOSE ALVAREZ SIERRA
Del Hospital de San Rafael. | Prof. A. GARCIA Y TAPIA
De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina. | Prof. GREGORIO MARAÑON Y POSADILLO
De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina. | Prof. R. ROYO-VILLANOVA
De la Facultad de Valladolid. Académico C. de Valladolid en la Nacional de Medicina. |
| Dr. VITAL AZA Y DIAZ
Director del Sanatorio quirúrgico de Santa Alicia. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina. | Dr. F. GONZALEZ DELEITO
Teniente Coronel Médico. Jefe de la Clínica Psiquiátrica Militar de Ciempozuelos. | Dr. MANUEL MARIN AMAT
Oftalmólogo. Académico C. de la Nacional de Medicina. | Dr. C. DE SAN ANTONIO
Del Hospital del Buen Suceso. |
| 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. | Dr. JOSE GOYANES Y CAPDEVILA
De la Beneficencia provincial. Académico de número de la Nacional de Medicina. | Dr. M. MARTINEZ SALDISE
Médico titular. | Dr. J. SARABIA Y PARDO
Pediatra. Decano del Hospital del Niño Jesús. Académico de número de la Nacional de Medicina. |
| Prof. LEON CARDENAL Y PUJALS
Vice-Rector de la Universidad Central. De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina. | Dr. BALTASAR HERNANDEZ-BRIZ
De la Beneficencia provincial. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina. | Dr. A. MORANA Y JIMENEZ
Análisis clínicos. | Dr. E. SLOCKER Y LA ROSA
Jefe de Clínica quirúrgica del Hospital de la Beneficencia general. Académico de número de la Nacional de Medicina. |
| Dr. JOSE CODINA Y CASTELLVI
Decano de la Beneficencia Provincial. Vicepresidente de la Academia Nacional de Medicina. | Prof. 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. JOSE MOURIZ Y RIESGO
Jefe del Laboratorio Central de la Beneficencia provincial. Académico de número de la Nacional de Medicina. | Prof. J. FRANCISCO TELLC
De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina. |
| Prof. A. FERNANDEZ MARTIN
Auxiliar de la Facultad de Madrid. De la Beneficencia Municipal de Madrid. | Dr. J. DE ISASA Y ADARO
Pediatra. | Dr. B. NAVARRO Y CANOVAS
Radiólogo. Del Hospital de la Beneficencia general. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina. | Dr. J. M.^a TOME Y BONA
Dermatólogo. Secretario de actas de la Academia de Dermatología y Sifiliografía. |
| Dr. E. FERNANDEZ SANZ
Presidente de la Liga Nacional de Higiene Mental. Académico de número de la Nacional de Medicina. | Dr. C. JUARROS Y ORTEGA
Profesor de la Escuela de Criminología. Académico de número de la Nacional de Medicina. | Dr. FEDERICO PECO
Jefe de Clínica del Instituto de la Encarnación. | 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. |
| Prof. FIDEL FERNANDEZ Y MARTINEZ
De la Facultad de Granada. De la Beneficencia general y Académico C. en la Nacional de Medicina. | Dr. JACOBO LOPEZ ELIZAGARAY
De la Beneficencia Provincial. Académico de número de la Nacional de Medicina. | 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. RAFAEL DEL VALLE Y ALDABALDE
De la Beneficencia provincial. Académico de la Nacional de Medicina. |
| | | Dr. A. PULIDO Y MARTIN
Urologo. De la Beneficencia provincial. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina. | Dr. J. M.^a DE VILLAVERDE
Psiquiatra del Hospital del Buen Suceso. Neuro-psiquiatra de la Beneficencia Provincial de Madrid. |
| | | Dres. JULIAN Y SANTIAGO RATERA Y BOTELLA
Radiólogos. De la Beneficencia Provincial. Académicos C. de Madrid en la Nacional de Medicina. | |

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 31 de Marzo de 1934

Núm. 4190

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: Consideraciones acerca de un caso interesante de dextrocardia con heterotaxia, por el Dr. Manuel Balcazar Rubio.—Las alteraciones psíquicas en las edades críticas (pubertad y menopausia), por el Dr. F. González Delcito.—Obstrucción uretral doble por intensa piuria, por Luis Cifuentes Delatte.—Sesiones clínicas: Clínica médica del Dr. Fidel Fernández (Granada).—**Periódicos médicos.**

Clínica Médica y Fimatológica del Doctor Codina Castellvi

Consideraciones acerca de un caso interesante de dextrocardia con heterotaxia

POR EL

Dr. MANUEL BALCAZAR RUBIO

Interno por oposición en la Beneficencia Provincial

Son muy poco frecuentes los casos de dextrocardia con heterotaxia, ya que Klemperer cita un caso de cada 3.000 enfermos observados en la clínica; y teniendo a nuestro servicio actualmente uno muy interesante, por las causas de error a que pudo dar lugar, creo interesante exponerlo, por las enseñanzas que de él se derivan.

lado derecho, porque le aumenta el dolor y la disnea. Por la exploración se aprecian todos los síntomas típicos de una pleuresía en el lado derecho, que se confirma por radiografía (fig. 1), extrayendo por punción pleural un líquido serofibrinoso, cuyo análisis da: rivalta positiva, albúmina, 30 por 100, y linfocitos abundantes;

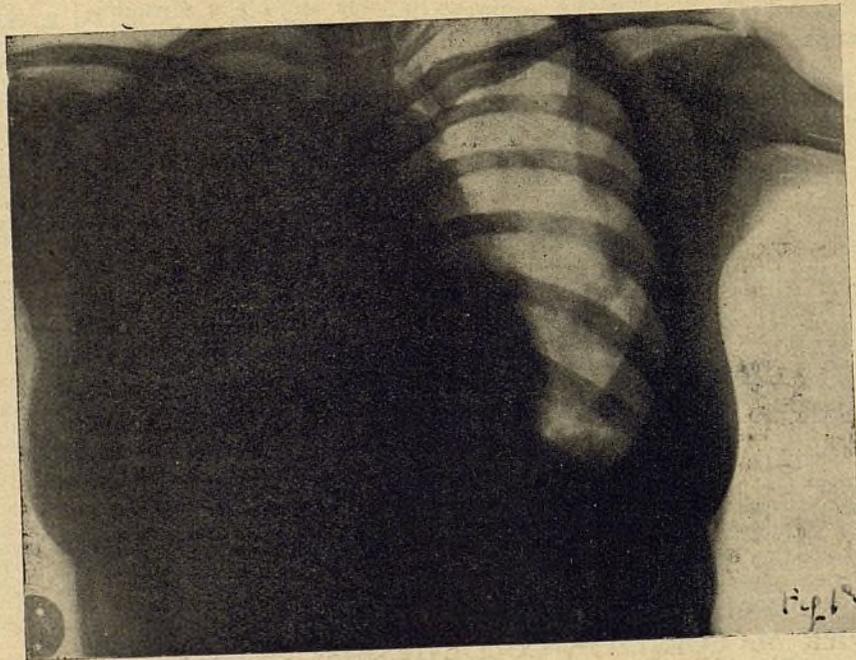


Fig. 1.ª

Se trata de la enferma P. D., de veinte años, soltera, sin antecedentes hereditarios de interés: *menarquia hace cinco meses*. Hace tres meses notaba mareos con pérdida de vista, cefalalgias frontales, tos con expectoración a veces teñida en sangre, *mucha fatiga*, fiebre por las tardes; al ingresar se queja de dolor en hemitórax derecho, que se aumenta con la tos y al respirar fuerte; palpitaciones, sensación de hormigueo en extremidades, disnea, fiebre alta y no se puede echar en la cama del

tes; el análisis de sangre revela leucocitosis con linfocitosis; Arneth desviado a la izquierda; glucemia, 0,62; colesterinemia, 1,05; velocidad de sedimentación, 22,50; reacción Wassermann negativa; en esputos se encuentran bacilos de Koch; orina normal.

En el hemitórax derecho no se podía limitar bien la matidez hepática, debido al derrame; pero, sin embargo, nos llamó la atención el que desde el sexto espacio hacia abajo fuese timpánico, y asimismo el que el Traube es-

tuviese substituído por una matidez que al principio creíamos que era bazo y se palpaba bien con los movimientos respiratorios. Posteriormente, en una exploración hecha un mes, antes de estar en la clínica, nos sorprende el que a simple inspección se notan los latidos cardíacos en segundo espacio intercostal derecho, notándose gran retracción de la región infraclavicular del mismo lado; la matidez cardíaca había desaparecido del lado izquierdo y, en cambio, se notaba en el derecho con un breve soplo sistólico en foco aórtico con refuerzo de los segundos tonos aórtico y pulmonar. Hay, pues, una dextrocardia, como lo confirma una nueva radiografía (figura número 2.)

Examinemos rápidamente las causas que pueden producir la dextrocardia: éstas pueden ser congénitas y adquiridas; de las de esta última naturaleza, y respecto de esta enferma, se puede producir desviación del corazón por varios mecanismos: por *atracción*, por *impulsión*, y también a causa de una *diferencia de volumen* entre los dos pulmones; lo corriente es que el corazón se desvíe hacia el lado sano, empujado por el derrame; pero en este caso ya vemos que precisamente está situado en el lado enfermo, y lo más lógico era pensar que se había producido una reacción pleural al reabsorberse el derrame, creando adherencias que hubieran podido lle-

atraerla hacia sí al tejido sano; ahora bien: como del lado de la pleura no se puede atraer (pues la presión es negativa), tiene que ceder el corazón. Así, pues, una fibrosis o fibrotórax de Vicenti puede producir también atracción cardíaca. Según Bard, se puede explicar éste por la diferencia de volúmenes, es decir, el corazón ocupa o está más cerca del

pulmón más pequeño o que más espacio le deja; si un fibrotórax derecho hace que disminuya el volumen del pulmón, el corazón se dirige hacia él, pues, además, hay una hipertrofia compensadora del otro pulmón que le empuja hacia el enfermo.

En la atelectasia también se produce atracción cardíaca al mismo lado, puesto que la presión está enormemente disminuída en el lado atelectásico y, por consecuencia, se pudiera decir que ésta *aspiraría* al corazón.

Como cosas más raras, los quistes, después de cura-

dos, al retraerse, así como los tumores, gomas, etcétera, también pudieran producir atracción cardíaca hacia el mismo lado.

La atelectasia, el fibrotórax y, sobre todo, las adherencias, son los procesos que pudieran con mayor probabilidad haber producido esta atracción cardíaca; pero se pensó que el corazón pudiera estar primitivamente a la derecha, es decir, que se tratase de una dextrocardia congénita, y habiendo sobrevenido el derrame, empujó

Avance de sumario para el número siguiente

(6 de abril de 1934)

DR. NOGALES PUERTAS: Aspecto médico-legal de la neurosis de renta.

DR. EUSEBIO DE OYARZÁBAL: Diagnóstico de la sífilis.

DR. JAVIER M. TOMÉ BONA: Estado actual del tratamiento del pénfigo.

DR. J. GÍAS BAYONA: Los sordomudos y la escuela sordomudística española.

Sesiones clínicas.

Bibliografías.

Periódicos médicos.

Sección profesional.

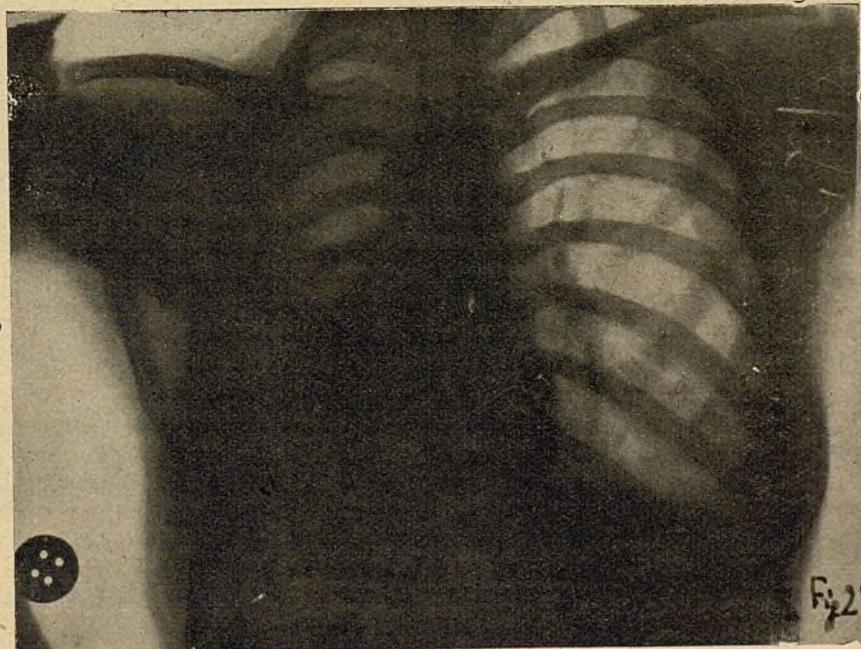


Fig 2^a

gar a producir una retracción cardíaca hacia dicho lado.

Según Hinault, no influye para nada la reacción pleural, sino que (teniendo en cuenta las lesiones pulmonares y pleurales), al producirse una cicatriz perilesional se

al corazón y lo colocó en situación que parecía la normal en él, y luego, al reabsorberse el derrame, volvió a su primera posición. En efecto, haciendo un electrocardiograma, pudimos ver que en primera derivación la ima-

gen estaba invertida en espejo (fig. 3), lo cual es típico de las dextracardias congénitas con inversión visceral; ahora nos explicamos mejor la claridad a la percusión en hemitórax derecho, debajo de sexta costilla, que no era otra sino el Traube y la matidez del bazo, que no era sino el hígado, como se comprueba en radiografía con papilla (fig. 4).

La dextrocardia la cita ya Aristóteles en su libro de la

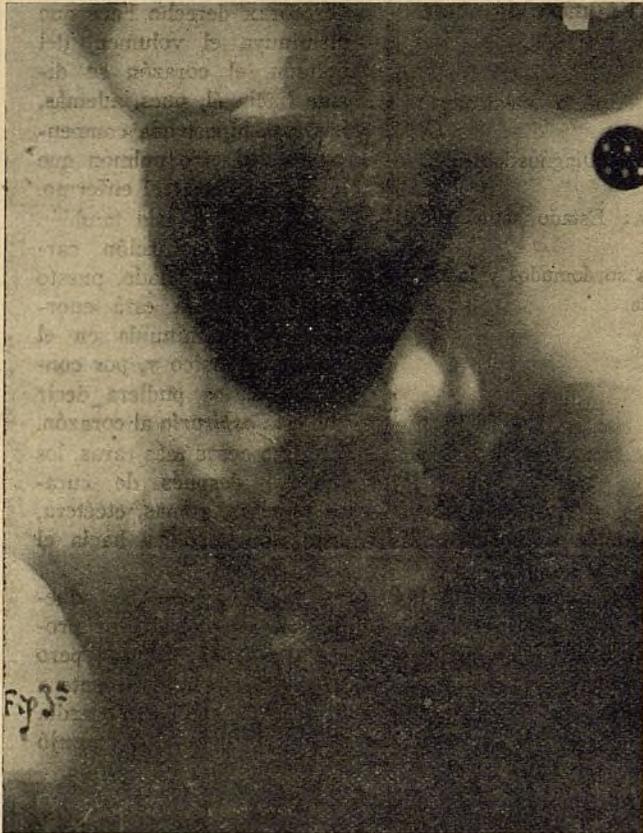


Fig. 3.^a

generación de los animales por primera vez, pues la descubrió al hacer autopsia en éstos.

En el siglo XVI, Cardán describió el primer caso en el hombre. En el siglo XVIII, Giovanni Riolano observó que la reina María de Médicis tenía también dextrocardia; posteriormente, en 1671 y en 1794, fueron descritos nuevos casos por Mollenbrock y Senal, respectivamente; hasta 1875, según Scheele, de 99 casos conocidos, sólo 16 se habían diagnosticado en vida, lo cual demuestra la falta de observación clínica en estos casos, ya que a pesar de la opinión de la mayoría de los autores, dan síntomas que casi son constantes en todos los casos. En 1888, Wehn observó dextrocardias con asociación de cardiopatías; más tarde, Nicolai descubrió las alteraciones del electrocardiograma en estos individuos, que estudiaron después perfectamente Vaquez y Donzelot.

Las dextrocardias congénitas pueden ser: con heterotaxia, sin heterotaxia, pero con inversión cardíaca y sin heterotaxia ni inversión cardíaca. Esta enferma pertenece al grupo de las primeras ("situs inversus viscerum totalis").

¿Qué síntomas tiene una dextrocardia con heterotaxia? Por inspección se nota el latido de punta en el lado derecho, así como por palpación, por percusión y auscultación, y sobre todo por la radiografía; en estos enfermos, el gran eje del corazón se dirige de arriba

abajo y de izquierda a derecha (signo de Petit Ravaut). Una cosa muy típica es el electrocardiograma que, como ya hemos dicho antes, tiene las ondas P R y T invertidas en primera derivación (en espejo). Vaquez y Donzelot han estudiado y explicado este fenómeno. En efecto, en condiciones normales el eje eléctrico del corazón va de arriba abajo y de izquierda a derecha; así, pues, según el esquema de Waller, y aplicando los electrodos en derivación primera, el brazo derecho coge el potencial de la base, y el izquierdo el de la punta; como aquí la posición del corazón está invertida, en derivación primera el brazo derecho recoge el potencial de la punta, y el brazo izquierdo el de la base y, por tanto, el trazado será opuesto al normal; estos enfermos tienen transposición de las cavidades cardíacas, pasando a la derecha el corazón arterial y a la izquierda el venoso, las venas cavas van a la aurícula izquierda y las venas pulmonares llevan sangre oxigenada a la aurícula derecha; la aorta y los pulmones experimentan análogo desplazamiento; el hígado está a la izquierda, el estómago a la derecha, y el intestino también está invertido, situándose el ciego en fosa iliaca izquierda. Así Madinaveitia publicó un caso de apendicitis del lado izquierdo confirmado por la operación; estos enfermos suelen ser zurdos o hay algún zurdo en su familia; las localizaciones cerebrales están invertidas, como observó Weygandt. Quiero insistir sobre este hecho, pues se observan unos trastornos psíquicos en esta enferma, y Lara Bonnin también los ha observado recientemente en otro caso análogo, como son principalmente el que la enferma no responde bien a las preguntas que se le hacen, un ocultismo y cierto retardo en la comprensión de la palabra, que muchas veces contesta sí o no sin saber bien lo que le preguntan ni lo que ella misma ha dicho. Esto muestra claramente que están alteradas las funciones psíquicas, pudiendo considerarse esto como síntoma de inversión cerebral. La menarquia tardía (esta enferma la tuvo a los veinte años). Calandre ha publicado un caso que la tuvo a los diecinueve años, lo mismo que otros muchos autores; otros enfermos se vienen quejando de síntomas cardiopulmonares, palpitaciones, disnea, siendo la fatiga síntoma constante (casos de Giménez Guinea, Calandre y otros); suelen ser debidos a que generalmente tienen trastornos valvulares o de mal desarrollo cardíaco asociados; la presión arterial suele ser baja; en esta enferma la desviación cardíaca que le produjo el derrame dió lugar a hacer más notable la fatiga.

Se ha visto con gran frecuencia en estos sujetos que padecían tuberculosis; según Flipo, la tuberculosis pulmonar del lado derecho, así como los procesos de vértice de dicho pulmón se encuentran en sujetos que tienen esta heterotipia; en uno de los casos publicados por Arrese y Crespo existía una tiflocolitis fímica; vemos, por lo tanto, la asociación, no infrecuente, de tuberculosis con estas alteraciones congénitas; el ruido deglutorio se ausculta en estos sujetos al lado derecho de la columna vertebral, y el soplo bronquial fisiológico en la región interescapular del lado izquierdo. Henoch observó una hemiatrofia del lado derecho; otros han visto costillas supernumerarias, polidactilia, y también, en algunos de estos casos, los padres eran consanguíneos.

La dextrocardia con heterotaxia se engendra al comienzo del período de terminación de la vida embrionaria. La inversión visceral es de causa ontogenética, pero no filogenética.

EUCODAL Merck

E. MERCK - DARMSTADT



Eucodal[®] Marca Registrada

Supera a la morfina

por la rapidez de su acción y su mejor tolerancia

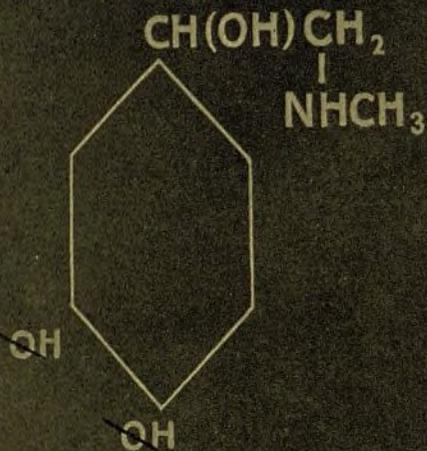
En los dolores agudos, cólicos, neuralgias, etc. (vía subcutánea): 0,01-0,02 g.

En la irritación túsígena y dolores, en catarros, tuberculosis laríngea y pulmonar, etc. (vía interna): 0,0025-0,005 g.

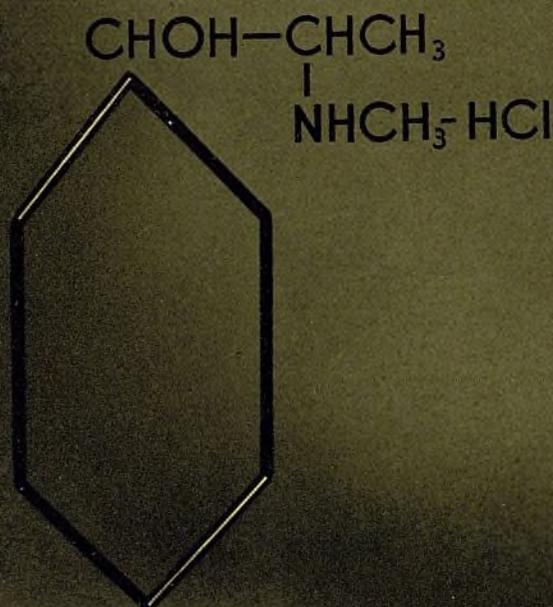
Envases: **Tabletas** de 0,005 gr.
tubos de 10 y 20 tabletas
Ampollas de 0,01 gr.
cajas de 10 ampollas de 1 c. c.
Ampollas de 0,02 gr.
cajas de 10 ampollas de 1 c. c.
Polvo: Frascos de 1, 5 y 10 gr.

Productos Químico-Farmacéuticos, S. A.
Apartado 724 - Barcelona

La Adrenalina



es substituida ventajosamente
en todos sus usos por la
Efetonina Merck



Efetonina Marca Registrada



E. MERCK - DARMSTADT

La Efetonina es eficaz por vía bucal
y de acción muy persistente.

La Efetonina puede ser aplicada lo mejor periódicamente, sin perjuicio para el organismo, durante mucho tiempo.

La Efetonina supera a los demás preparados similares por su efecto siempre igual y constante, siendo además eficaz en dosis notablemente menores.

PRODUCTOS QUÍMICO-FARMACÉUTICOS, S. A.
Apartado 724 - Barcelona

Se ha producido experimentalmente mediante la irritación mecánica del huevo de gallina fecundado y en vías de desarrollo; parece, pues, que la influencia mecánica en la transposición es evidente. Martinotti lo explica diciendo que hay una anomalía venosa embrionaria, consistente en la persistencia de la vena onfalomesentérica derecha y desaparición paulatina de la izquierda; claro que, como dice Lochte, no explica los casos de dextrocardia pura sin heterotaxia. Serres dice que, en

izquierda, sino que queda quieto, y la punta se dirige cada vez más al lado derecho; el electrocardiograma es normal en derivación primera.

En la dextrocardia con inversión cardíaca, pero sin inversión visceral, se acompaña de lesiones cardíacas.

Este caso nos hace ver más palpablemente la importancia de la exploración clínica, para evitar confusiones, sobre todo por las circunstancias, en esta enferma,

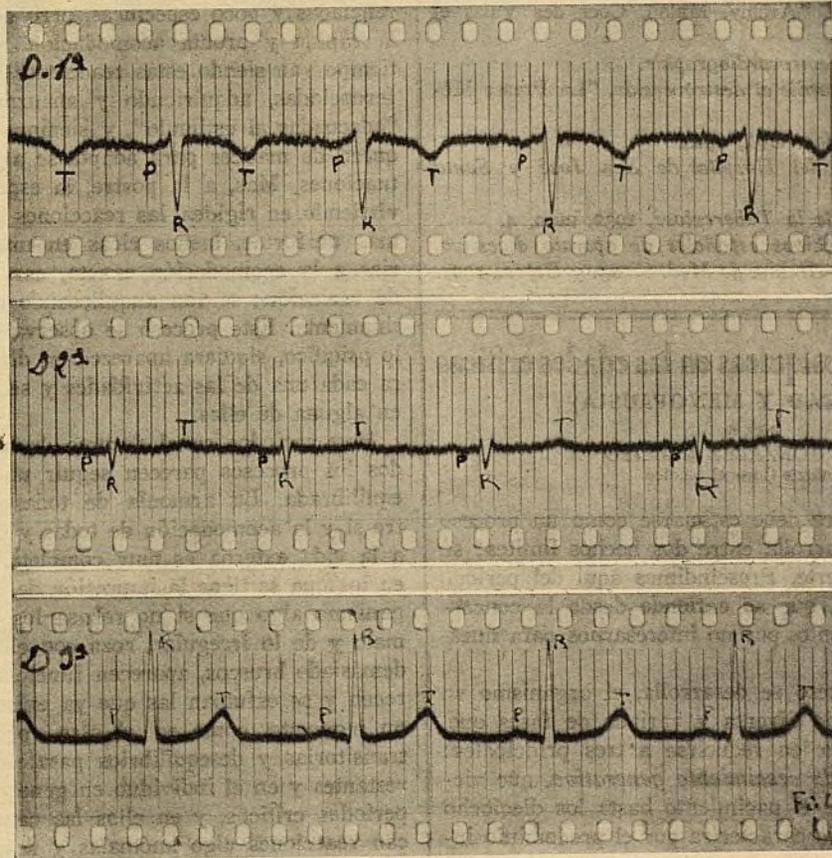


Fig. 4.^a

el caso de haber gemelos "in utero", el que estaba situado a la derecha podía tener dextrocardia. Forter dice que ha habido embrionariamente dos huevos, desapareciendo el izquierdo, quedando el derecho con dextrocardia. Fol Warnynsky y otros retardan la actividad formadora en la mitad izquierda del embrión de pollo de menos de treinta y seis horas, por medio del calor, habiendo obtenido dextrocardias. Otros someten a presiones mecánicas los embriones de rana (libro de Laubry). Saint Hilarre cree que el hígado primeramente se transpone, siguiéndole después las demás vísceras. Dareste cree que es el corazón el primero en transponerse, y Valsuani cree que el primero es el tubo gastrointestinal.

Se admite en general que la dextrocardia es un vicio original de la rotación del embrión, que tendría lugar sobre el lado derecho en vez de ser sobre el izquierdo, que es lo normal. También quizás pudiera pensarse en una impregnación por el virus sífilítico durante el período embrionario alterando su desarrollo.

En la dextrocardia sin inversión de los ventrículos, el trastorno se origina, según Nagel, en la sexta semana de la vida intrauterina, cuando el corazón está en línea media, y lo que sucede es que el corazón no gira a la

de haber tenido la pleuresía del lado derecho, que todo marchaba en favor de que la dextrocardia fuese a consecuencia de ésta. Se ve, además, que hay cierta relación con los procesos fímicos del organismo; también la menarquia tardía es frecuente, así como la asociación de defectos valvulares o de formación durante el desarrollo.

Bobie dice que las dextrocardias colocan al individuo en un estado latente, pero muy susceptible para las enfermedades; así es probable que todo organismo con un "situs inversus viscerum totalis", más o menos tarde enfermen, siendo principalmente del aparato respiratorio (procesos fímicos, etc.). Como se ha visto, en muchos casos la *fatiga* es uno de los síntomas más constantes y del que primeramente se quejan los enfermos.

BIBLIOGRAFIA

- BLUMENFELT.—*Spezielle Pathologie und Therapie innere Krankheiten* (tomo 4.º de Kraus y Brugsch).
 BRAVO y Bonmati.—*Un caso de dextrocardia no congénita. "Tuberculosis"*, núm. 2.
 CHALIER y REBATTU.—*Des dextrocardies acquises*. "Paris Médical", 14 IX 1912.



FANELLI.—*Due casi di dextrocardia con transposizioni viscerali complete*. "Folia Médica", 15 I 1927.

GIMÉNEZ GUINEA.—*Un caso de dextrocardia con transposición visceral*. "Archivos españoles de Pediatría", marzo de 1925.

LAUBRY et PEZZY.—*Traité des Maladies Congenitales du Coeur*.

LIOTTA.—*Situs viscerum inversus complicati stenosi de l'arteria pulmonare e comunicazione intraventricolare*. "La Riforma Médica", 12 IX 1927.

MEYER.—*Transposition cardioviscerale compliquée de malformations cardiaques*. "Archiv. Malad. Coer des Vaiss et du Sang", abril 1923.

PETIT.—*Précis d'Electrocardiographie*.

DONZELOT.—*Destrocardie et destroversion*. "La Presse Médicale", 17 I 1920.

WEYGANDT.—*Neurolog. Zbl.*, 1904.

CALANDRE.—*Anales del Hospital de San José y Santa Adela*.

VINCENTI.—*Revue de la Tuberculose*, 1932, núm. 4.

MEDINAVEITIA.—*Archivos españoles de aparato digestivo*.

ARRESE y CRESTO.—*Archiv. de Med. Cirug. y Espec.*, 1927.

Las alteraciones psíquicas en las edades críticas

(PUBERTAD Y MENOPAUSIA)

POR EL

Dr. F. GONZALEZ DELEITO
Teniente Coronel Médico

La vida del hombre debe estimarse como un proceso biológico que se desarrolla entre dos hechos límites: su nacimiento y su muerte. Prescindimos aquí del período de vida intrauterina, que se extiende desde la concepción hasta el nacimiento, por no interesarnos para nuestro estudio.

Mientras este proceso se desarrolla, el organismo va pasando por una serie diversa y variada de fases que, esquemáticamente, pueden reducirse a tres principales: primera, la llamada de *crecimiento generativo*, que viene a extenderse desde el nacimiento hasta los dieciocho a veinte años, y que se caracteriza por el predominio intenso de todos los fenómenos de crecimiento; segunda, de *crecimiento estático*, con un equilibrio bastante sostenido entre procesos de regeneración y los de destrucción, y tercera, de *crecimiento regresivo*, en la que los fenómenos de regeneración no compensan, ni mucho menos, a los de destrucción que, cada vez, van tomando mayor incremento. Este último período viene a iniciarse entre los cuarenta y cinco y cincuenta años. Estas son las fases de lo que pudiéramos llamar evolución biológica del individuo.

Pero ni el crecimiento, ni el equilibrio, ni la destrucción, se inician y marchan de un modo continuo y uniformemente regular, ni tampoco marchan al unísono y de modo acompasado en su evolución los diversos y complicados sistemas y aparatos de la economía, y menos aún coinciden de un modo constante el desarrollo biológico y el de las actividades y capacidades psíquicas del individuo.

Siquiera en sus rasgos generales, el desarrollo integral, y más especialmente el biológico, se encuentra fijado por las cualidades congénitas del hombre, por lo que en él existe de constitucional, y estas directivas actúan de un modo más o menos ostensible durante toda la vida. También es cierto que el mundo exterior modifica aquellas normas, intensificándolas unas veces, amortiguándolas otras y desviándolas no pocas. Esta acción constante del mundo externo puede ser más intensa so-

bre determinadas funciones y actividades o repercutir de un modo uniforme sobre todas. Cuando ocurre lo primero, se agrandan y acentúan todavía más las discordancias que normalmente existen entre el desarrollo del organismo en general y el de cada una de sus actividades en particular.

El organismo y sus diversas funciones y actividades muestran desde el nacimiento hasta la muerte una tendencia constante y manifiesta a la especificación; sus reacciones a los variados estímulos son al comienzo indiferenciadas y poco específicas, pero de franca tendencia a la rápida y pronta acomodación. Conforme avanza el tiempo van siendo estas reacciones más específicas y diferenciadas, adquiriendo y afianzando un carácter de "adecuadas al estímulo", y siempre con la suficiente riqueza de matices para adaptarse a las más variadas situaciones. Mas, a la postre, la especificidad se va convirtiendo en rigidez, las reacciones son cada vez de tipo más uniforme, menos ricas en matices, más refractarias a la acomodación exacta, con menos posibilidades de variación; se van anquilosando o petrificando paulatinamente. Este proceso se observa en lo somático y en lo psíquico, siquiera aparezca en diversos momentos para cada una de las actividades y se haga más ostensible en alguna de ellas.

Hay períodos en el decurso de la vida en la que todos los procesos parecen seguir una marcha regular y equilibrada. La armonía de todas las actividades entre sí y la acomodación de todas y de cada una de ellas a la vida externa es muy completa. Pero existen otros en los que se tiene la impresión de que ocurre en el organismo algo que si no rebasa los linderos de lo anómalo y de lo irregular, roza con ellos; los cambios son demasiado bruscos, aparecen funciones nuevas o desaparecen y se esfuman las que ya existían, y lo mismo en un momento como en el otro provocan disarmonías transitorias y desequilibrios pasajeros en las funciones restantes y en el individuo en general. Son los llamados períodos críticos, y en ellos las causas externas provocan reacciones algo anómalas y desproporcionadas tanto en lo cualitativo como en lo cuantitativo.

Aparte del nacimiento, fase crítica la más aguda por la que todo ser pasa, al tener que enfrentarse bruscamente con un medio ambiente nuevo y aparecer de pronto funciones tan importantes y trascendentes como la respiración y la digestión, existen otras dos fases críticas muy llamativas: las que inician las transiciones de los períodos de crecimiento generativo a crecimiento estático, y entre crecimiento estático y crecimiento regresivo, la pubertad y el comienzo de la involución.

Al llegar a los diez o doce años de la vida, el niño se encuentra en uno de sus períodos más equilibrados, tanto en lo biológico como en lo psíquico. En lo somático hay una perfecta armonía entre las diversas funciones, ninguna prepondera sobre las restantes, y todas han entrado en una fase de adaptación entre estructura orgánica y capacidad funcional. Esta armonía y regularidad se observa asimismo en el sistema nervioso. En esta época un niño normal reacciona pronto y de modo adecuado a los estímulos exteriores habituales.

Lo mismo acontece en la esfera psíquica: el niño ha encontrado su "yo", como dicen los psicólogos. Afirma Cosack, con gran acierto, que el niño ha llegado a una época en la que el sentimiento de su fuerza y de sus posibilidades está muy compensado y, al mismo tiempo, y tal vez por ello, tiene un sentimiento vital fuertemente

LABORATOIRE NATIVELLE

27, Rue de la Procession — PARIS (15^e)

NATIBAÏNE

ÚNICA ASOCIACIÓN DE
DIGITALINE NATIVELLE
Y DE
OUABAÏNE ARNAUD

Draeger.

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 estriquina.

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

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.

Doctor: Un producto Nestlé

es siempre una garantía de insuperable calidad y de composición científica constante y exacta.

«Nestógeno»

SEMI-DESCREMADO

Leche en polvo, con el 12 por 100 de materia grasa, con maltosa-dextrina-sacarosa, especialmente preparada para la alimentación de los lactantes de corta edad o para los que requieren leche parcialmente reducida en su proporción de grasa.

ENTERO

Leche en polvo, con el 21,5 por 100 de materia grasa, con maltosa-dextrina-sacarosa, especialmente indicada para los lactantes que toleran una mayor proporción de grasa.

SINLAC

Mezcla científicamente equilibrada de diversos cereales dextrinados, malteados y ligeramente tostados, con sus vitaminas y sus fosfatos. Modificador y complemento de la leche para los lactantes y para los adultos sanos o enfermos.

Eledon

(Babeurre en polvo.) Leche acidificada por fermentación láctica, parcialmente descremada. Resulta muy eficaz en los trastornos gastro intestinales de los lactantes, niños y adultos.

MIL O

La Harina Dextrinada Malteada Milo no contiene leche y su proporción de grasa es insignificante. Es un excelente dietético ideal para un régimen hidrocarbonado puro.

Productos fabricados en LA PENILLA, Santander.

Pida literatura y muestras a:

SOCIEDAD NESTLÉ, A. E. P. A.

Vía Layetana, 41 - BARCELONA

positivo y una conciencia de sí propio muy clara y muy definida. En una palabra: todo su organismo se encuentra en perfecto equilibrio y muy bien adaptado a las necesidades del mundo exterior. En lo psíquico, el niño sabe quién es él, tiene una noción muy clara del mundo que le rodea y no encuentra ocasiones de conflictos con él. En una palabra: desde lo morfológico hasta lo psíquico; está bien acusado y definido.

Bruscamente va a cambiar todo ello; nuevos elementos van a irrumpir en su vida. Funciones que hasta entonces permanecieron en la penumbra, o apenas se esbozaban, van a ocupar ahora plano preferente, provocando de paso un trastorno en el juego de las restantes; su equilibrio orgánico vegetativo desaparecerá hasta que se logre un nuevo ajuste en las relaciones de los distintos sistemas y aparatos, dando cabida al nuevo que se presenta. Al mismo tiempo, coincidiendo con la presencia de esta función nueva de la reproducción, y condicionado por ello, van a modificarse violentamente las relaciones entre individuo y mundo exterior, entre el "yo" y el "no yo", y aquel sentimiento de su fuerza, aquella noción claramente sentida de una personalidad bien delimitada y precisa, aquel sentimiento positivo de la vida, van a desaparecer transitoriamente, van a esfumarse por algún tiempo.

Niños y niñas pasan por igual este período. No hay aquí, como en la menopausia, fuertes diferencias de tiempo ni de cantidad entre ambos sexos. Para ambos es brusco el cambio, y si aparece un poco antes en el sexo femenino, es a causa de que en él todo el proceso del desarrollo marcha adelantado. Buena prueba de su universalidad y de que todos lo sufren en mayor o menor grado, pero en forma muy análoga, es el que no haya lengua en la que no exista un término vulgar más o menos burlón para designarlo; en nosotros, el de "edad del pavo".

Iniciase el cambio en la esfera psíquica; lo somático suele ir un poco retrasado. Allá, hacia los doce años, aparecen los primeros cambios, y sólo hacia los veinte se habrá vuelto al equilibrio. Todo se desdibuja y esfuma al iniciarse este período. Morfológicamente se borran y hacen imprecisos los contornos claros y definidos del niño, las nuevas formas son poco estéticas, faltas de armonía, y como ellas se hacen también poco afortunado el gesto, torpe la expresión, desgarrado el ritmo, todo está mal adaptado y da la sensación de que no es adecuado el movimiento al fin que se persigue.

No es extraño: hay tal desconcierto aparente en lo biológico que el crecimiento se estimula, pero sólo en una dimensión, únicamente en longitud, y hasta órganos que aparecen íntima y estrechamente relacionados van discordes, y vemos cómo el corazón apresura su crecimiento mientras que la caja torácica lo hace con más lentitud, con lo que el primero se ahoga y angustia dentro de los barrotes de aquella jaula, y suele dar claras muestras de ello. El equilibrio entre vago y simpático se rompe, y por un lado las nuevas hormonas del aparato sexual y por otro la superproducción de las de tiroides, hipófisis y corteza suprarrenal, mientras que se oculta la del timo, al actuar sobre un sistema nervioso todavía en período de formación, en el que las funciones de asociación no han alcanzado un buen desarrollo, dejan honda huella y permiten que lo congénito anormal y lo adquirido morboso puedan crecer con una exuberancia poco grata.

Efecto de todo ello, aparece una ligera incapacidad

productiva, y no es raro ver que el niño se siente más perezoso, menos apto para el trabajo, e incluso aparecen molestias físicas de cefalalgias, casancio, abatimiento, necesidad de mayor sueño y reposo, con algo de intranquilidad en el primero.

Por otra parte, al púber no le satisfacen ya las nociones que tenía del mundo exterior, se le aparecen absurdas y falsas, siente que la vida es algo más y muy distinto de lo que hasta entonces fué para él, y toma ante ella una actitud de protesta interna. Pero, al mismo tiempo, no ve claro el concepto nuevo con el que ha de substituir lo que desaparece, no sabe qué actitud tomar, ensaya algunas con mejor o peor éxito, con peor casi siempre, por falta de oportunidad, y todo ello le da una sensación de inferioridad que le acobarda y angustia.

Esta primera fase de la pubertad, ya reconocida y estudiada hace muchos años, es a la que modernamente se le da el nombre de fase negativa, por estimar que predomina el tono vital negativo; aparece antes que la madurez sexual, comienza cuando ésta se inicia, y en las mujeres culmina con la primera menstruación, declinando a partir de aquel instante, para enlazarse hacia los diecisiete años, término medio, con la segunda fase de la adolescencia o fase positiva, en la que el trabajo de readaptación se hace ostensible. Entre los autores viene siendo costumbre llamar al primer período de pubertad propiamente dicha, y reservar para el segundo el nombre de adolescencia. Los cambios psíquicos del primer período son los que han merecido en todos los países y en todos los idiomas nombres gráficos más o menos burlescos de "edad del pavo", "del pez", etc.

Al desaparecer para el individuo el concepto claro y sencillo que tenía del mundo exterior y de sus relaciones y posición ante él, se presentan dos fenómenos diversos muy llamativos y constantes: de una parte, el púber pierde la confianza en sí propio; su sentimiento de la vida deja de ser un sentimiento indiscutible, para convertirse en un problema, y con ello aparece una grave crisis que se exterioriza por momentos o períodos de intenso sentimiento de inferioridad, de un verdadero nihilismo, alternando con otros de reacción, también poco adaptados a la realidad de las cosas. Por otro lado, siente un cierto rencor contra lo que hasta entonces le ha rodeado, rencor alimentado y sostenido por hechos reales y evidentes, especialmente por darse cuenta clara el púber de que hasta entonces ha sido engañado constantemente, y de que le han hecho tener una idea falsa de muchos hechos y realidades de la vida. El tener que descubrirlas por sí mismo le va haciendo sentir animadversión contra los suyos, desconfía ya de sus padres, de sus parientes y de sus maestros y, por sentimiento biológico muy explicable, contra los de su mismo sexo de un modo más marcado. Sobre todo se hace esto más patente en las relaciones de los hijos con los padres. Se duda y se niega que éstos sepan comprenderlo, y menos aún que sepan dirigirlo y, en cambio, se sienten nuevos afectos por amigos y compañeros de su edad, y más aún por los que son algo mayores, los que, por haber pasado recientemente por la misma crisis, la comprenden bien y les ayudan con su experiencia o les explotan por ella, según cuál sea su calaña moral. De ahí la nefasta influencia de algunas relaciones de amigos y conocidos en esta fecha. Por otro lado, se sienten afectos ante los nuevos maestros que les descubren horizontes, hasta entonces insospechados, más que en ciencias y en artes, en filosofía y sentido de la vida. Son los discípulos apasionados

y silenciosos del maestro, del novelista o del filósofo, que lo toman como modelo sinceramente, con toda la candidez y buena fe posible...

La falta de autocrítica y de una exacta valoración de hechos y de ideas y, sobre todo, de los sucesos que se viven, dan al púber una tendencia a exaltar y exagerar su vida interna y sus nuevos y hondamente sentidos afectos, que, de ordinario, se reprimen y ocultan por la falta de confianza en sí y timidez consecutiva; y otras veces explotan aparatosamente, casi siempre faltos de oportunidad y de medida.

Este enfrentamiento del individuo con el mundo que le rodea, esta desconfianza en él, el sentirse desplazado del mundo de los niños en que vivió hasta entonces, y que ahora no le satisface, y el no encontrar todavía puesto adecuado y conveniente en el de los mayores, le hace parecer autista y le da alguna semejanza con el esquizofrénico. No en balde son la pubertad y la adolescencia las épocas más propicias para que aparezcan los primeros síntomas de esta enfermedad. La hebefrenia es casi sólo de jóvenes; la demencia precoz indica también edades tempranas. Mas, entre el proceso fisiológico y el patológico existe una diferencia esencial. En el primero persiste siempre viva y potente la tendencia a la vuelta a la nueva normalidad, hay un afán constante de reajustarse al mundo, mientras que en el esquizofrénico esa tendencia es débil o nula, y el enfermo tiende a un aislamiento cada vez más fuerte y duradero.

Aisladamente, y como reacción tal vez contra el mundo exterior, se desarrolla la fantasía, que en algunos llega a tomar formas exuberantes y alcanza grados extremos. Esta fantasía, mucho más viva e intensa que la del adulto normal, carece de cualidades creadoras; un púber o adolescente rara vez produce obras de arte, y cuando intentan hacerlo tienen siempre un carácter impresionista y simbólico, análogo al de las obras de los esquizofrénicos. Asociada a esta fantasía se inicia y desarrolla un cambio de la inteligencia. Al conocimiento puramente concreto de cosas que tiene el niño va a suceder el de las concepciones teóricas y generales. La asociación de ambas cosas es la que caracteriza la vida intelectual de estas edades, con preponderancia de uno u otro componente. Cuando predomina la fantasía con la vida de ensueños y apartamiento de la realidad, es fácil que se intensifique el deseo de aventuras y sobrevengan las fugas.

Un instinto nuevo se presenta en estos momentos, el sexual, que va a inmiscuirse y aun a preponderar sobre los restantes. Al principio es indeterminado y poco preciso. No busca un púber al del sexo opuesto precisamente por serlo; al contrario, más bien lo rehuye, perdiéndose las antiguas camaraderías de niños. Hasta más tarde, en la adolescencia, no se marcará clara la tendencia a buscar el otro sexo. Pero sí existe la de buscar otra persona cualquiera a la que hacer ofrenda de aquel sentimiento vago e indefinido. Esta tendencia puede derivar a perversiones, si se siente por individuos del mismo sexo. Otras veces deriva hacia personas de la familia o de las que habitualmente conviven con él—maestros—, por los que se siente una simpatía y afición peligrosa por las derivaciones posibles. Vencida esta fase negativa, se concreta la atracción hacia el otro sexo, pero las dificultades y obstáculos de orden material y la persistencia de la timidez, reforzada por sentimientos morales, religiosos, miedos a contagios, etc., refrena la expansión natural del instinto y favorece y estimula sus

represiones y conversiones, y más especialmente el onanismo y aun el narcisismo.

Las reacciones a los estímulos están dominadas por la misma impresión e inoportunidad que hemos señalado repetidas veces. Pero son vivísimas frente a los fracasos o equivocaciones que se sufren en aquellos asuntos en los que el púber o el adolescente había puesto sus nuevas ilusiones y anhelos. Si tras el fracaso interno de la vida pasada se encuentra ante fraudes o engaños de la nueva, y ve destruidas las nuevas verdades que él se ha forjado, las depresiones son violentas y, en los débiles y predispuestos, peculiarmente en psicópatas, pueden llevar hasta el suicidio.

Recuerdo a este propósito el de un joven de quince años, alumno de una Academia militar, que sufrió, al parecer bien, un ligero fracaso en uno de sus exámenes, pero que no pudo soportar el que su íntimo amigo no se preocupara y aun se desentendiera de aquello, y ante *el fracaso de la amistad* se suicidó, especificando en su último escrito que era aquel desengaño afectivo el que le impulsaba al suicidio.

Modificase igualmente la voluntad, que es débil y poco consistente, y sólo fuerte y viva en lo que tenga de negativista contra todo lo anterior y pasado, contra todo lo impuesto, contra el mundo externo que el individuo no comprende.

Sólo hay una dirección para las actividades de tono fuertemente positivo: la de los ejercicios físicos. Precisamente coincide la más alta capacidad para ellos con el fin del desarrollo biológico y comienzo de la época de plenitud. Mientras que las actividades manuales, las artísticas y las científicas requieren una gestación más prolongada y culminan con gran retraso, las puramente físicas y deportivas alcanzan pronto su apogeo y dejan bien de relieve sus progresos. Nunca debe olvidar esto el médico, porque en su discreta aplicación encuentra un arma poderosa para conservar un lazo de unión entre individuo y mundo exterior, y con ellos puede ofrecer tonalidades fuertemente positivas para la vida del púber y del adolescente, combatiendo de paso su autismo, su negativismo, la timidez y el predominio de la vida interna de fantasía sobre la de las realidades.

Todo lo descrito crea un estado de mínima resistencia a los factores patógenos, exógenos y endógenos. No es, dice Bostroem, que en este período se intensifique la predisposición a la esquizofrenia. Para este autor, la predisposición endógena debe estimarse como una fuerza que evoluciona, crece y se desarrolla con la personalidad, sin que debamos admitir que en ningún instante se aumente o disminuya, y si aparecen en un momento de la vida brotes agudos esquizofrénicos, es porque las resistencias, hasta entonces bastante poderosas para tener oculta y latente aquella predisposición, se debilitan, dejándola a flor de tierra.

Que algo debe haber de cierto en ello, y que no se trata de predisposición especial de la edad para una dolencia determinada lo demuestra el que en la adolescencia se hacen ostensibles muchas enfermedades de fuerte raigambre endógena, como ciertas psicopatías, gran número de las epilepsias, brotes maniácos, etc., y, por otra parte, es en esta época en la que algunas infecciones, como las encefalitis, dejan huella más honda y dolorosa en la evolución psíquica ulterior del enfermo.

* * *

Mucho más difícil de precisar y definir en tiempo y en contenido es el cambio que se experimenta en la lla-

MORRHUËTINE

JUNGKEN

CARACTERES ESENCIALES

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

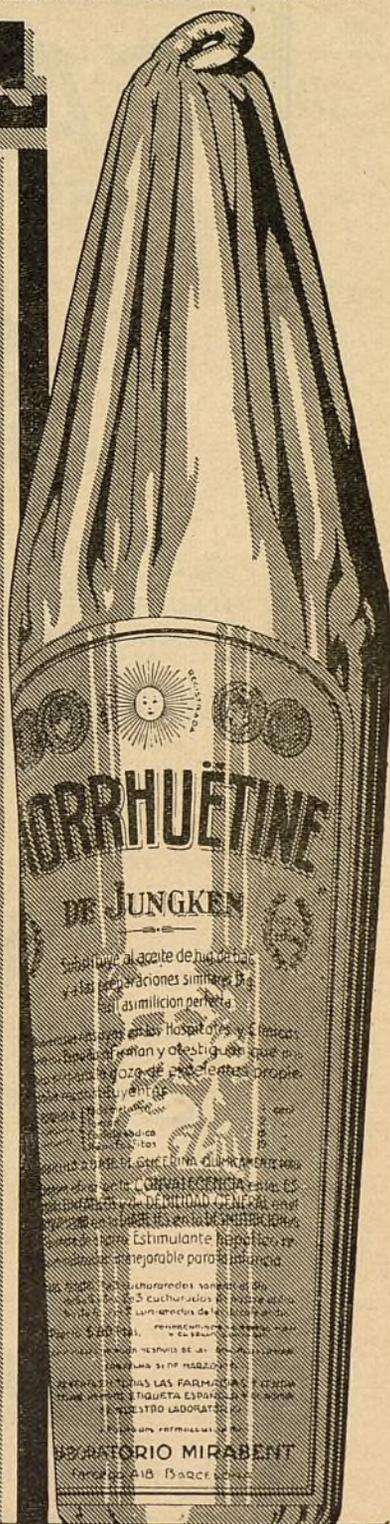
SE EMPLEA EN TODAS LAS ÉPOCAS DEL AÑO.

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

Eficaz en el tratamiento de las

- Adenopatías*
- Linfatismo*
- Escrofulismo*
- Raquitismo*
- Diabetes*
- Hereditosifilis*
- Ameno y Dismenorrea*
- Convalecencias*

Estados llamados Pretuberculosos



LABORATORIO MIRABENT BARCELONA

ESPECIALIDAD NACIONAL

CALCOLÉOL

ACEITE de HIGADO de BACALAO

(COMPROBADO BIOLÓGICAMENTE).

CONCENTRADO Y
SOLIDIFICADO
VITAMINAS A.B.D.
SALES de HIERRO y de CALCIO

GRAGEAS
INALTERABLES
SIN OLOR
Y EN
GRANULADOS



POSOLOGIA
Adultos: de 6 à 10 grageas
ò 3 à 5 cucharadas de las de café
de granulados
Niños: Mitad de estas dosis
(en tres veces en las comidas)

INDICACIONES

RAQUITISMO
TRASTORNOS del CRECIMIENTO
ESPASMOFILIA DESMINERALIZACION
GASTRO - ENTERITIS
AVITAMINOSIS

CALCOLÉOL

Laboratorios de los "Produits Scientia" D.^e E. Perraudin ^UF.^o del ^aClase. 21, rue Chaptal. Paris. 9^e

mada menopausia. Hay, además, una marcada diferencia entre los dos sexos: en la mujer, tiempo y modalidades sintomáticas son más fijas y constantes; en el hombre, mucho menos definidas.

Depende esto de que, si en el crecimiento van más acordes todas las actividades, y si son bruscas, pero constantes en un momento dado, las apariciones de nuevos instintos y cambios, en la declinación, la gama de variedades llega a límites difíciles de precisar. En la mujer cesa de pronto la actividad sexual, y en pocos años se desequilibran sus secreciones internas y sus hormonas, hay un positivo cambio biológico y aun morfológico que se refleja indefectiblemente en todas sus actividades como mujer, incluso en las de atracción y belleza, que tanto influyen en su vida anímica. En el hombre todo esto pasa a edades muy diversas, los cambios son lentos y paulatinos, el desequilibrio orgánico también lo es, y sus actividades psíquicas no evolucionan de un modo tan paralelo a las biológicas como ocurre en la mujer.

De todos modos, siempre pueden encontrarse rasgos bastante definidos, y buena prueba de ello es el de que son muchos los que han hablado del climaterio masculino, aunque algunos lo hayan hecho en forma más novelista que científica.

En la mujer hay, desde luego, una tendencia marcadísima a la depresión y a la melancolía, aunque, como es natural, la personalidad premorbose influya mucho en el cuadro patoplástico de las alteraciones climatéricas, y aunque la predisposición lo haga en la intensidad de los síntomas, es lo cierto que el tinte melancólico y depresivo es muy peculiar de esta edad. ¿Causas que lo determinan? La verdad es que no las conocemos, pero los hechos son de una realidad abrumadora. Cierto que no son muchas las mujeres que hay que recluir, pero sí lo son las que es necesario tratar, y todavía abundan más las que sufren sus molestias, haciéndolas sufrir también a cuantos la rodean, sin que el médico intervenga. Claro está que en las mujeres predispuestas y en las que han sufrido anteriormente crisis depresivas más o menos marcadas, los síntomas son más aparatosos y graves. Cuando existe fondo esquizofrénico, tal vez predominen las ideas de persecución, pero éstas son poco frecuentes; en cambio, lo son más las de autoacusación.

Todos los médicos conocen la intensidad de las alteraciones vasomotoras exteriorizadas por las llamaradas de calor a la cara, las palpaciones, la tendencia al mareo en los cambios bruscos de posición y la labilidad de la tensión arterial. Esta labilidad vasomotora es responsable, al parecer, del tinte angustioso que toman los trastornos depresivos.

Muchos literatos y médicos se han ocupado de la exaltación de la libido en algunas mujeres al llegar la menopausia. Quizás sea esto más cierto y corriente de lo que se admite de ordinario, aunque en muchas ocasiones factores externos (educación, creencias, etc.), traen consigo conversiones de esta libido, sublimándola en diversas formas. Aceptan algunos psiquiatras modernos que en las mujeres pínicas, normalmente constituídas y que no han tenido lesión material ni conflicto espiritual con la libido y sus manifestaciones, apenas ocurre nada, mientras que en las mujeres de tipo asténico, en las que tienen rasgos intersexuales y en las que tuvieron dificultades y conflictos de carácter sexual, son más frecuentes las exaltaciones morbosas.

Por otra parte, influye no poco en algunas manifestaciones psíquicas del climaterio femenino factores ex-

ternos de posición, situación en el matrimonio, etc. Es indudable que la mujer debe sentir con intensidad el choque que produce la desarmonía entre deseos y realidades. En esta fecha hombre y mujer sienten que entre sus aspiraciones y las posibilidades de llevarlas a la realidad media una distancia difícil de salvar. Unas se defienden, luchan contra ello, apelando a toda clase de subterfugios para ocultar esta distancia, y quieren aparentar que para ellas no existen. Son las tristemente cómicas que inspiran más chacota que lástima. Pero otras se dan buena cuenta de la realidad, y si las condiciones sociales, el medio ambiente o realidades amargas les pone más de realce que no podrán lograr ya lo que anhelan y no encuentran forma de sublimar aquel derrumbamiento moral derivando sus sentimientos a otras esferas, la depresión se acentúa. De todos modos, parece ser que en la mujer el suicidio no llega a ser tan frecuente como en los hombres de esta edad.

Se ha llamado la atención recientemente sobre un hecho: las depresiones graves abundan más entre las mujeres que tienen hijos con rasgos esquizofrénicos o con esquizofrenia-proceso.

Puede afirmarse que personalidad premorbose y medio externo son los que darán forma al proceso y determinarán su intensidad, pero no se puede negar que así como en la adolescencia todo recordaba a la esquizofrenia el cuadro sintomático, está dominado aquí por la depresión. Conviene, además, insistir en un hecho de observación de Wiesel. Aunque para este autor, a excepción de algunos pocos síntomas específicos, no hay nada en el climaterio que no pueda encontrarse en los restantes períodos de la vida, no puede por menos de insistir en la importancia de los factores endógenos, en lo patogénico y en lo patoplástico. Sus estudios sobre el climaterio en hermanas gemelas la han demostrado que cualquiera que fuesen las circunstancias en que se encontraran el climaterio era siempre idéntico en ambas, y cita un caso muy demostrativo, en el que se comprobó semejanza en los síntomas somáticos (varices) y psíquicos, a pesar de que una había tenido hijos y otra no, siendo distintas igualmente todas las concausas de medio ambiente, etc.

Mendel fué el primero que llamó la atención, algo aparatadamente, sobre el climaterio masculino. Desde luego, no se observan en éste los síntomas somáticos de llamaradas de calor, mareos, etc., propios del femenino; bien es verdad que aquí no hay un brusco trastorno en las secreciones internas ni hormonas, que desaparecen en un momento determinado. Todo evoluciona con más lentitud y algo más tarde. Mas no puede negarse que el tinte depresivo y melancólico es peculiar y muy frecuente en los hombres alrededor de los cincuenta años. Si las facultades anímicas se conservan en bastante buen estado, debido a que la culminación de ellas va por lo menos quince o veinte años retrasada con el apogeo de la fuerza vital, las actividades somáticas fallan y no tienen ya aquella facilidad para adaptarse a las múltiples condiciones que la vida les presenta. Es la vista la que primero avisa, y poco a poco aparecen los fallos del aparato digestivo, los del respiratorio, los del circulatorio, se presentan las hipertensiones, se esboza la arteriosclerosis, infecciones latentes y que parecían olvidadas vuelven a hacer acto de presencia, y todo ello da una sensación cenestésica mal sentida y no bien interpretada que se traduce por un estado de depresión del individuo. Pero aun así no hay que negar el factor hor-

mónico, y los hombres que conservan vida genital más intensa son los que menos sufren estas molestias.

También se hace más rígido todo lo intelectual, las producciones no tienen ya la espontaneidad ni el vigor de las antiguas, se sostienen merced a los recursos de la técnica, y esto, que uno no percibe, lo notan claramente los demás y es causa de que aparezcan ideas de perjuicio o de incompreensión por parte del individuo.

Aun en personas que no proceden de las clases altas y que tienen una vida anímica sencilla y poco complicada son frecuentes estas depresiones, y de ello he podido darme cuenta viendo cuántos casos se observan en guardias civiles y en carabineros.

Como en todo estado depresivo, existe el riesgo del suicidio. Los alrededores de los cincuenta años es la época en la que, en todos los países y en todas las capas sociales, se multiplica el número de suicidas de un modo extraordinario. Falto el hombre de poder adaptarse a las nuevas dificultades que se le presentan, busca la huida en la muerte, de igual forma que el neurótico busca el refugio en la enfermedad.

El retraso y la lentitud con que aparecen los síntomas de la menopausia masculina hace difícil diferenciar en muchas ocasiones lo que es comienzo de involución con lo que ya linda en lo senil. El que la arteriosclerosis se inicie con tanta frecuencia en esta edad hace también muy difícil diferenciar lo que corresponde a la involución de los que son debidos a la irrigación deficiente; por ello es muy discutida todavía la individualidad y los límites de la menopausia viril.

Al encontrarnos otra vez en período crítico en el que disminuyen las resistencias orgánicas, vuelve a ponerse a flor de tierra todo lo de predisposición morbosa que desde el nacimiento nos acompaña o después adquirimos, y de ahí el que se hayan encontrado cuadros de esquizofrenia tardía en individuos que hasta entonces no presentaron procesos esquizofrénicos bien definidos, del mismo modo que es corriente ver cómo lesiones somáticas adormecidas o latentes se reavivan e intensifican en estos momentos.

Que la depresión propia de esta edad ha de ser más intensa en los ciclotímicos y en los que ya han presentado otras fases depresivas en períodos anteriores de la vida no puede dudarse, pero también es una realidad que en esta época, como dice Stern, hasta los procesos psicógenos más puros toman un matiz francamente neurasténico, debido a esta tendencia a la depresión.

Clinica Urológica del Hospital de la Beneficencia General
Director: Dr. Pedro Cifuentes

Obstrucción ureteral doble por intensa piuria

POR EL

Dr. LUIS CIFUENTES DELATTE

El día 17 de noviembre de 1933 acudió a la consulta de Urología del hospital de la Beneficencia General la enferma S. G., de cuarenta y siete años de edad, natural de la provincia de Segovia. Fué ingresada inmediatamente en la clínica por hallarse en una anuria aparecida bruscamente cuatro días antes, tras leves síntomas urinarios.

Sus antecedentes patológicos no ofrecían nada de particular. La enferma había gozado siempre de perfecta salud, sin otro incidente que una mastitis supurada, catorce años antes. Sus antecedentes genitales son: Me-

narquia a los doce años, siete partos normales y dos abiertos. No ha tenido jamás trastornos urinarios de ninguna clase.

La enferma relata que en los últimos días del mes de octubre, y durante unas fiestas, se enfrió, sintiéndose indispuesta, con malestar general. A los pocos días empezó a sentir escozor al terminar la micción, mayor frecuencia de ella y orinas sanguinolentas durante cuatro días. La polaquiuria y el escozor fueron en aumento, hasta que, sin aparición de nuevos síntomas, aquéllos desaparecieron, por presentarse la anuria el día 13 de noviembre. En esta situación ingresa en el Servicio. No aqueja ninguna molestia. Su aspecto es bueno, mucosas bien coloreadas, lengua ligeramente seca. No tiene edemas. La presión arterial es normal: máxima, 14; mínima, nueve y medio. Las pupilas reaccionan bien a la luz y a la acomodación; lo único que llama la atención es la mirada fija, lejana, con cierta ansiedad, aunque responde bien a cuantas preguntas se le hacen. La cantidad de urea en la sangre extraída a su ingreso fué de 0,92 por 100. La radiografía simple del aparato urinario fué negativa de cálculo.

Por cateterismo se halla una vejiga completamente vacía, de una capacidad de 300 centímetros cúbicos. La cistoscopia muestra una mucosa vesical sin alteraciones, menos en el ligamento interuretérico y en una pequeña zona, por detrás de trígono, que están enrojecidos, hiperémicos. Los orificios ureterales, normalmente implantados, se ven bien; ambos parecen poseer un buen tono, por su aspecto exterior, pues son lineares y no están dilatados. El cateterismo ureteral se lleva a cabo sin ninguna dificultad, sin tropezar con ningún obstáculo. Dos sondas del número 14 fueron introducidas unos 20 centímetros, y de ambos riñones se obtuvo enseguida una orina muy turbia, de un aspecto como de pus fluido. Pero la piuria era tan intensa, que las sondas se obstruyeron a las pocas gotas, y gracias a la aspiración, con una pequeña jeringa, maniobra que hay que repetir muy a menudo durante la primera hora, se pueden conservar las sondas permeables, las cuales dan salida a una gran cantidad de orina, gota a gota, pero sin el ritmo que caracteriza a las eyaculaciones ureterales normales. Las sondas ureterales quedan permanentes, y así se dejaron durante cuarenta y ocho horas. Por la tarde hay que desobstruirlas aún varias veces, aspirando los taponcitos purulentos, que las obturan por completo. La orina va aclarando poco a poco, y durante la noche las sondas funcionan sin interrupción. A la mañana siguiente la cantidad de orina obtenida era de un litro, y la diuresis superó los dos litros en el día siguiente, manteniéndose alrededor de esta cuantía en los días sucesivos. Antes de retirar los catéteres ureterales se hizo una ureteropielografía doble, que dió una imagen de dilatación en ambos uréteres.

El sedimento de la orina de ambos riñones estaba formado por una cantidad enorme de picositos. La concentración de urea de la orina del riñón derecho era de 7,04 por 1.000, y de 6,40 en la del riñón izquierdo; es decir, prácticamente la misma.

El examen bacteriológico de la orina, realizado por el Dr. Luis Gonzalo Urgoiti, demostró la presencia de dos gérmenes, un bacterium gramnegativo, que por sus caracteres de cultivo y de fermentaciones quedó clasificado como bacterium coli, y un coco en cadenas grampositivo, identificado más tarde como enterococo.

Aunque la diuresis no disminuía, mantenida alrededor de los dos litros después del cateterismo ureteral que

había puesto fin a la anuria, la situación de la enferma empeoraba. Permanecía en un estado de sopor, con disnea, pulso muy frecuente y débil y gran sequedad de lengua. El día 22, cinco días después de su ingreso en el hospital, la cifra de urea en sangre era de 1,30 gramos por 1.000, a pesar de que la diuresis, en ese mismo día, fué de 2.500 cc. Como la densidad de la orina era muy baja, oscilando de un día para otro entre 1.004 y 1.008, la poliuria no era lo bastante compensadora.

La conducta terapéutica urgente que había que tomar en este caso era combatir la uremia por todos los medios indirectos posibles, sin olvidar el tratamiento fundamental, que habría de consistir en luchar contra la tan intensa pielonefritis doble, base anatómica de la insuficiencia de la función renal. El tratamiento que se empleó fué a base de tónicos cardíacos, sangría y suero glucosado. Para actuar específicamente de una manera rápida sobre la infección renal se utilizó la sueroterapia, suero antiestreptocócico "Ibys", a dosis de 20 a 30 centímetros cúbicos diarios, y Apendiserum, 10 a 20 centímetros cúbicos diarios; este último, por contener un suero anticolibacilar. Una semana entera duró este tratamiento sueroterápico. Este tratamiento mixto y enérgico, destinado a combatir el estado urémico y la infección renal, dió buen resultado, pues la enferma empezó a mejorar, aumentando la diuresis, que se fijó en los días consecutivos alrededor de los tres litros, y desapareciendo los síntomas urémicos. En un nuevo examen de orina practicado entonces se halló todavía el colibacilo, en muy abundante cantidad; no así el estreptococo (enterococo), que había casi desaparecido, y del que se veían escasos gérmenes en la preparación.

Salvado el peligro urgente y cumplidas las necesidades vitales del tratamiento anterior, se siguió combatiendo la infección renal, pero esta vez con una autovacuna preparada con el colibacilo aislado de la orina de la enferma. Las reacciones locales a las inyecciones de vacuna fueron grandes, y el resultado de éstas muy satisfactorio.

La piuria disminuyó mucho durante el tiempo en que fué observada y evaluada exactamente, que fué el que duró el tratamiento vacunoterápico en el hospital. El 21 de diciembre la enferma fué dada de alta, sin ninguna molestia subjetiva, con una extraordinaria mejoría de su estado general y con una piuria muy reducida. El tratamiento vacunoterápico ha continuado en su pueblo. El día antes de su marcha, la cifra de urea en la sangre era ya normal, 0,30 gr. por 1.000.

La pregunta que se formula ante este caso es de cuál sea el mecanismo de producción de la anuria. La ausencia de sombra de cálculo de la radiografía, la falta de todo síntoma de una afección renal vascular bilateral y de antecedentes litíasicos, y, de manera esencial, el resultado del cateterismo de ambos uréteres, demostrando que no había estrechez ninguna ni obstáculo infranqueable para la sonda y, sobre todo, la comprobación de una orina tan purulenta que pasaba con dificultad a través de las sondas, obstruídas a cada momento por verdaderas masas sólidas, por tapones purulentos, indicaban que era la misma supuración la causa de la anuria, por obstrucción de la luz ureteral. La obstrucción del uréter radicaba a un nivel muy inferior de éste, probablemente en su misma porción intravesical, adonde no se extendía la dilatación, que afectaba al resto del uréter. El aspecto del meato ureteral, visto por cistoscopia, que proporciona directamente una impresión sobre el tono de dicha porción intravesical, era completamente

normal. La obstrucción por la piuria, aunque ésta hubiese sido tan intensa como era en la enferma referida, habría sido difícilísima en el uréter dilatado; pero en cambio, era posible en el trayecto vesical intraparietal del uréter, que ya normalmente constituye su zona más estrecha. Como ha quedado señalado en la historia, los catéteres ureterales se obstruían también constantemente, y sólo una atenta vigilancia podía mantenerlos permeables.

La ureteropielografía ascendente hacía pensar en una infección crónica anterior, por revelar una intensa dilatación de uréteres, ya inmediatamente por encima de su porción intravesical. Un dato más a favor de la antigüedad de sus lesiones lo proporcionaba la persistencia comprobada de tal dilatación días antes de ser la enferma dada de alta y cuando los fenómenos agudos habían ya desaparecido y la enferma se encontraba completamente bien, a pesar de que su infección renal, aunque muy mejorada, no había aún curado completamente y persistía una evidente piuria. Parecía que la enferma había sufrido un brote agudo en su ureteropielonefritis larvada, y que una vez pasado éste, su situación había vuelto a ser la de tiempo atrás. La ureteritis persistente sostenía la dilatación, de origen inflamatorio. No todas las dilataciones pueden ser ya atribuídas a una obstrucción, a un obstáculo en un nivel inferior de las vías excretoras. La inflamación desempeña un gran papel en aquéllas, y en el caso que nos ocupa, la dilatación permanecía invariable, a pesar de haber desaparecido la obstrucción.

Son frecuentes las anurias en las glomerulonefritis, sobre todo, y esencialmente, en sus fases agudas; lo son también en las nefropatías tóxicas, de las que es un ejemplo la producida por el sublimado; aparecen en obstrucciones calculosas, bien de ambos riñones, bien de uno de ellos, con inhibición nerviosa funcional del otro; se presentan no raramente por compresiones ureterales de origen externo, como en las neoplasias de útero, con invasión de tejidos pelvianos. En cambio, el mecanismo relatado anteriormente de obstrucción ureteral doble y anuria consecutiva es rarísimo. Lepoutre (1), en 1928, ha publicado un caso análogo de obstrucción por acúmulos purulentos en ambos uréteres, también curado por cateterismo, y producido por un enterococo, y manifiesta no conocer otro caso anterior, sino uno de Kreps, citado muy someramente en el "Tratado de Cistoscopia" de Marion y Heitz-Boyer.

El magnífico resultado del cateterismo ureteral en nuestro caso es un ejemplo más de su utilidad como método terapéutico en algunas anurias, método clásico, ya desde que fué propuesto por Albarrán, empleado por primera vez en una anuria por Rafin, en 1901, y por Cimino, con pleno éxito en 1903.

El estudio bacteriológico de los gérmenes, llevado a cabo por el Dr. Urgoiti, ha proporcionado también datos de gran interés. A pesar de la presencia del enterococo, nos inclinamos a pensar que el colibacilo era el principal causante de la infección y de la tan intensa supuración, ya que inyectado el sedimento de la orina a un cobaya le produjo un absceso en el sitio de la inoculación, del que murió a los trece días de ésta, y cuyo pus, en el que no se veían más que algunos bastoncitos gramnegativos, fué sembrado, originando un crecimiento, formado exclusivamente por el bacilo coli ya des-

(1) LÉPOUTRE: "Obstruction de la partie inférieure des urètres par un bouchon purulent".—*Journal d'Urologie*, 1928, núm. 2, pág. 155.

crito, germen anormalmente virulento, por la propiedad, presente en este caso, y muy rara normalmente, de producir supuración en la inoculación experimental.

En presencia de los datos que sobre la etiología del proceso proporcionaba el análisis bacteriológico se ensayó un tratamiento específico, dirigido contra la causa misma de la enfermedad. Un estudio cada vez más profundo de los casos, y la mayor experiencia, esperamos que den alguna vez en Urología datos que hoy faltan sobre las indicaciones del tratamiento etiológico en las infecciones urinarias, y mayores recursos para combatir las desde este punto de vista.

SESIONES CLÍNICAS

Clínica Médica del Dr. Fidel Fernández

(Hospital de San Lázaro, Granada)

(Sesión científica del jueves 22 noviembre 1933.)

"EL "TEST" HISTAMINA EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LAS MANCHAS LEPROSAS", TRABAJO DEL SANATORIO-LEPROSERÍA NACIONAL DE FONTILLES, COMUNICADO A LA ACADEMIA DERMATOLÓGICA DE GRANADA

Dres. Montañés y Negro.—Es un axioma que, para hacer con certeza un diagnóstico de lepra en un sujeto, hay que encontrar el bacilo de Hansen en alguna parte de su organismo; pero casi siempre, hasta llegar a ese extremo, se ha perdido un tiempo precioso, en perjuicio primeramente del enfermo, que le ha hecho desperdiciar la mejor época de su enfermedad para curarse, y, en segundo lugar, de la profilaxis, que tanta importancia sanitaria y social tiene.

Refiriéndonos a la mancha leprosa, que se puede considerar como el primer síntoma objetivo de esta enfermedad, todo el que tenga alguna experiencia leproológica sabe las dificultades con que se tropieza para asegurar que tal mácula es leprosa si no se ven en ella los bacilos. Prueba de ello es que son innumerables los procedimientos que se aconsejan para poner de manifiesto la presencia del germen en ellas. Reseñaremos algunos de ellos muy brevemente:

Hantun y Hermann hacen en la mancha una punción con aguja y jeringa, aspirando después mientras comprimen en los bordes de ella, favoreciendo así la salida del jugo que la infiltra. Ehlers, Bournet y With recomiendan hacer la punción con una pipeta capilar. Greenbaum y Schamberg, muy sagazmente, inyectan primero solución fisiológica, y amasan después la placa antes de extraer el jugo. Antunas aconseja hacer en la mácula una incisión y extraer el líquido raspando los bordes con un vacuostilo. Jeanseime cree que es suficiente raspar la superficie de la mancha. Schrop produce una flictena en la superficie de la mancha aplicando nieve carbónica; después hace la extracción del líquido que contiene, el cual analiza. Aoki recomienda excindir un trozo de la mancha, la cual restringe por el porta. Nosotros, en Fontilles, seguimos este procedimiento, pero, haciéndolo más sencillo, practicamos una incisión, y sobre sus bordes evertidos frotamos los portas. Así podríamos seguir reseñando modalidades de estos métodos y de otros, que todos sirven a veces, pero que en muchos casos, sobre todo los incipientes, tienen de común el fracaso.

Nosotros hemos ensayado en una cincuentena de enfermos de los acogidos en la leprosería de Fontilles el

que preconizan Rodríguez y Plantilla en *Philippine Journal of Science* (núm. 46, págs. 123-127, 1931), y podemos decir que, aunque tampoco sea infalible, es un procedimiento muy digno de tenerse en cuenta. En algunos de nuestros casos en que la presencia del bacilo en la mancha no ha sido posible demostrarla por ningún método ha dado resultado positivo.

El material necesario es de lo más simple que puede imaginarse: una aguja o un alfiler estériles y una ampolla con el reactivo. Este es una sal de histamina: fosfato ácido o clorhidrato. Nosotros hemos empleado la última que, con el nombre de "imido", prepara la casa Roche.

Se escoge una mancha de cualquier color y extensión, y, previamente limpia con alcohol y seca, se coloca una gota de reactivo sobre ella, se hace después una ligera picadura de la epidermis sin interesar el dermis. Es decir, no debe sangrar.

Sobre piel sana (flexura del codo o cara interna del muslo, que son sitios que habitualmente respeta la enfermedad, se hace la misma operación, cuyo resultado servirá de testigo.

Sobre la mancha leprosa se observa aproximadamente al minuto de la picadura, y en el sitio en que ésta se hizo, una pápula de edema de uno a dos milímetros de diámetro, que sigue aumentando y alcanza el máximo, un centímetro, a los cinco minutos. No se acompaña de prurito alguno. En la piel sana se produce primeramente, y rodeando a la picadura, un halo eritematoso de uno a cuatro centímetros de diámetro en un tiempo que oscila entre treinta y sesenta segundos. Enseguida aparece sobre la picadura una pápula de iguales condiciones y evolución que en el caso anterior. Esta lesión va acompañada de prurito, cual si fuera la picadura de un mosquito. Desaparece todo a los quince o treinta minutos.

Nosotros hemos repetido la experiencia ya señalada en piel de sujetos sanos, en piel sana de leprosos, en piel aparentemente sana de leprosos, pero con alteraciones de sensibilidad, y en las manchas leprosas (desde las vitiliginosas hasta las muy pigmentadas). En la piel de sujetos sanos siempre hemos observado lo que hemos dicho de la reacción testigo. Lo mismo ha ocurrido en la piel sana de los enfermos. En la piel aparentemente sana de los enfermos con trastornos de sensibilidad, a veces tan ligeros que es difícil demostrarlos con el roce de la torunda de algodón o con los tubos de agua caliente y fría, la reacción ha sido positiva, o sea que sólo se produce la pápula. En cuanto a las manchas, las hemos escogido de varios tonos de pigmentación, por si ésta hubiera podido enmascarar la reacción y falsear la lectura. En todas ellas el "test" histamina fué positivo.

El mecanismo de la reacción se deduce de las acciones que sobre el aparato circulatorio produce la histamina. Esta substancia, llamada también ergamina de Richaud, es una base que procede de la histidina, se encuentra en el cornezuelo de centeno, y muy difundida en el organismo animal (piel, pulmón, mucosa gastrointestinal, riñón, etc.). Es un cuerpo tóxico que, inyectado endovenosamente, constituye un serio peligro, pero por vía oral o subcutánea sólo produce ligeras y pasajeras molestias. Las acciones que ejercen sobre el organismo son de tres órdenes principalmente, que exponemos a continuación: a), acción excitosecretora digestiva; b), acción excitocontráctil de la fibra lisa, y

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.; Trioleinas esterificadas, 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 Niaull, 20,00 g.; Cineol, 10,00 g.; Sulfuro de Alito, 0,005 g.; Trioleinas esterificadas, 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 Niaull, 20,00 g.; Alcanfor, 2,00 g.; Trioleinas esterificadas, 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. = Lectina, 0,25 g.; Colesterina, 0,30 g.; Estricnina, 0,01 g.; Timol, 2,50 g.; Gomenol, 7,45 g.; Eucallptol, 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

- x -
**Como ANALGESICO y ANTIPIRÉTICO en los
entramientos, angina y reuma; en general en
dolores de cualquier etiología.**

Especialmente como profiláctico en la GRIPE

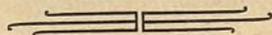
QUADRONAL

1-2 tabletas, 3-4 veces al día.

QUADRONAL, tiene el efecto potenciado de la Lactofenina,
Fenacetina, Antipirina y Cafeína.

Campos de indicación: Medicina interna, Cirugía, Ginecología
(Dismenorrea, Climaterio), Odontología.

Los envases son económicos para la práctica médica



MUESTRAS Y LITERATURA A DISPOSICION:

R. CARPINTIER & SEMMLER

ROMA, 27 :: TELÉFONO 58268 :: MADRID

Asta Aktiengesellschaft-Chem. Fabrik-Brackwede

c), acción cardiovascular y, en particular, sobre los capilares.

No nos ocuparemos de las dos primeras, ya que no interesan a nuestro tema; sólo daremos cuenta muy brevemente del efecto vasomotor, que es en lo que se basa nuestra experiencia.

Según se deduce de los trabajos de Dale Laidlaw, Robson, Faubion y Ross, podemos resumir con ello que la histamina produce sobre el aparato cardiovascular los siguientes efectos: dilatación pupilar, constricción arterial (paradoja de la histamina), hipotensión arterial, hipertensión venosa, taquicardia. Es decir, que su inyección a un animal hace el efecto de una sangría en sus capilares, acción completamente opuesta a la de la adrenalina. Pues bien, al introducir nosotros con la picadura esta substancia en la piel y ponerla en contacto con la red capilar más superficial, si hay integridad funcional de la red nerviosa se produce un reflejo local, que tiene por efecto la vasodilatación que produce el halo eritematoso de la reacción. Mas, refiriéndonos a las manchas de lepra, como la localización primitiva del bacilo es en las terminaciones nerviosas, de aquí que, al haber degenerado los nervios por la acción del germen, el reflejo cutáneo no se verifique, y sólo encontramos la pápula, debida a la acción cutánea del reactivo. De aquí deducimos la importancia que puede tener este método diagnóstico; al ser precoz la localización del bacilo en los nervios periféricos y al principio ser muy poco numerosos los gérmenes, es muy lógico que no se encuentren o que estén aislados, y no en las típicas zoogleas. Así, al ser la reacción positiva, podemos afirmar casi con seguridad que aquéllos han invadido las terminaciones nerviosas, y que tal mancha, por lo tanto, no es leprosa.

Los autores del trabajo que nos ha servido de guía dicen que la supresión del nervio por sección quirúrgica, o por la inyección de anestésico, impide el reflejo vasomotor siempre que se espere su degeneración (de seis a quince días), pues al principio no existe. La no producción del halo es, por consiguiente, un signo de degeneración de los nervios cutáneos. En las manchas de otras enfermedades (tiña, psoriasis, leucoderma, pitiriasis, etc.) las cosas ocurren como en piel sana.

Para terminar la acción de la histamina sobre la piel reseñaremos la explicación que dan varios autores (Hosoya, Schiff, Watanabe y otros). De los eritemas que se producen cuando se irrita la piel con diversos agentes (mecánicos, físicos o químicos), creen que son debidos a la liberación de la histamina en el punto irritado, que produciría el efecto citado ya. Lo que designa Lewis con el nombre de substancia H, que se formaría al irritar la piel, sería también histamina.

Después de estudiado y comparado con los demás este procedimiento que hemos citado podemos asegurar: 1.º, que tampoco es seguro del todo, porque no pone de manifiesto los bacilos, lo que sería ideal; 2.º, que es más útil que los similares, porque siempre es el resultado positivo por muy precoz que sea la lesión, y aunque los demás no hayan demostrado la existencia del bacilo; 3.º, además de las manchas, da también resultado positivo en la piel aparentemente sana, con sólo que tenga ya ligeros trastornos sensitivos; 4.º, el "test" histamina es un método rapidísimo (un minuto), lo que es también digno de tenerse en cuenta, y 5.º, afina en la reacción que produce hasta tal punto, que no existen reacciones dudosas. Por estas afirmaciones nos creemos obli-

gados a dar a conocer esta nota, para que se sepa que el "test" histamina es un procedimiento muy digno de tenerse en cuenta en el diagnóstico precoz de las manchas del mal de San Lázaro.

Hemos repasado los trabajos siguientes: Rodríguez y Plantilla: "The histamine-test as and an the diagnosis of early Leprosy, *Philippine Journal of Science* (46, 1931, 123-127). Oliva Marra López: "Las pruebas de histamina y rojo neutro en el diagnóstico de las gastropatías." Tesis doctoral. Granada, 1932. Sadi de Buen y Sampelayo: "La lepra". Calpe, 1933.

HALLAZGO DE LA TRICOMONOSIS VAGINAL EN GRANADA

Dr. Enrique Puyol Casado.—En números recientes de *Actualidad Médica*, de Granada, y *Progresos de la Clínica*, de Madrid, hemos publicado una nota clínica sobre un caso de *trichomonas vaginalis*, recogido por nosotros en la clínica médica de este acogedor y simpático Hospital de San Lázaro, donde por encargo de su jefe, el profesor Fidel Fernández, veníamos investigando a esos efectos todos los flujos vaginales, cuyo examen parasitológico hacía el referido profesor, y ratificó, en nuestro caso, el profesor López Neyra, a quien lo presentamos a poco de encontrado.

Habiendo continuado este estudio, en el que nos corresponde hacer la parte clínica, mientras que la parasitológica sigue haciéndola el profesor Fidel Fernández, hemos logrado encontrar otros varios vasos de tricomonosis vaginal, con los que perfeñamos esta comunicación con que vamos a molestaros brevemente.

Cuando nosotros publicamos el caso citado no conocíamos más bibliografía española que las ligeras indicaciones que acerca del *trichomonas* en vagina dan las obras de obstetricia y ginecología, y una nota breve del Dr. Bonafonte, en la que describe el parásito en cuestión sin aludir a ninguna observación personal de su casuística. Después de publicada leímos un trabajo de Sánchez López, en el que se describen dos casos, únicos encontrados por él, y por cierto que con un cuadro un poco extraño de colpitis, con secreciones vaginales extremadamente ácidas, de marcado color verdoso purulento, abundantes y espumosas, dotadas de un olor ácido *sui generis*, que producen una lixiviación de la piel de los genitales y partes limítrofes, circunscritas preferentemente al vestíbulo vulvar e introitus, acompañados de persistente prurito y verrugosis condilomatosa de los genitales externos, con intensas señales de rascadura y pequeños abscesos. Un síndrome, en fin, que, según da a entender el autor, es tan claro, que no precisa el laboratorio para su diagnóstico, y que puede confundirse con la colpitis enfisematosa.

Como en los cinco casos encontrados por nosotros no hemos encontrado estas características clínicas—en uno de ellos ni siquiera leucorrea—, y en ninguno ha habido prurito, damos hoy, por consejo del profesor Fidel Fernández, y sin perjuicio de continuar con nuestro estudio, esta nota sobre la existencia del *trichomonas vaginalis* en Granada, más frecuente, quizá, que en otras regiones españolas, aunque, como veremos más adelante, con menos poder patógeno que en el extranjero y que en los descritos en el país.

Dejando a un lado las primeras once observaciones, en que por no recogerse el flujo vaginal en debidas condiciones no fué eficaz la investigación parasitológica que realizó el Dr. Fidel Fernández, he de referirme solamente a otras once en que se recogió el flujo en el

mismo laboratorio y, caliente todavía, fué examinado en fresco por el mismo profesor, que después sometió los frotos al método de Giemsa, unas veces, y a la hematoxilina férrica, otras. La estadística se refiere, pues, a once casos, de los que en cinco ha sido hallado por el jefe de la clínica el *trichomonas vaginalis* en fresco, y luego en preparaciones fijas y coloreadas. La estadística es demasiado pequeña para que permita estimar conclusiones, y los casos positivos pueden reducirse así:

Caso 1.º (es el núm. 11 de la estadística).—A. R. D., de Alhendín (Granada), treinta y ocho años. Casada desde hace diecinueve. Ocupa una cama de la clínica médica del profesor Fidel Fernández (Hospital de San Lázaro) por padecer melitococia. De muchacha fué anémica y desnutrida, tomando con frecuencia reconstituyentes. Menarquia a los diez años. Dismenorrea, oligomenorrea e hipomenorrea. Se regula en frecuencia la menstruación al casarse (28-3-1914), y padece entonces algunas menorragias, que duran hasta quince y dieciocho días. Dispareunia intensa, sobre todo el primer año de casada. Multigesta. Sin abortos. Último parto, en abril de este año. En el puerperio, una melitococia de mediana intensidad y una neuritis ciática no excesivamente dolorosa, que justifica su ingreso en la clínica médica de San Lázaro. Siempre ha tenido leucorrea, pero más abundantemente desde que se casó.

Diagnóstico ginecológico.—Vaginitis crónica, metrodométritis subaguda y retroversoflexión muy acentuada y difícilmente movable. Nada en anexos.

Esta enferma, a pesar de su acentuada retroversoflexión, no se queja de otros dolores o molestias que los provocados por nosotros en la exploración y de la abundancia de flujo que mantiene siempre húmedos sus genitales, sin prurito y con sólo un ligero enrojecimiento de la piel de los genitales externos y de la cara interior de los muslos, que no la escuece ni molesta.

Tomamos flujo vaginal alcalinizado con bicarbonato sódico al 1 por 100, y el doctor Fidel Fernández encuentra abundantes formas vegetativas, muy movibles, de *trichomonas*.

Mejorada la enferma de su melitococia, abandona la clínica, y le prescribimos por escrito un tratamiento, compuesto de bicloruro de mercurio al 1 por 2.000, dos irrigaciones diarias durante seis días; luego, diez días a dos irrigaciones diarias con bicloruro de mercurio al 1/2 por 2.000, y luego otros diez días a dos irrigaciones diarias de agua hervida con una cucharada grande de bicarbonato sódico por litro.

No hemos vuelto a ver a la enferma, pero a los repetidos avisos que se le han enviado para que vuelva, contesta que no tiene necesidad de venir, porque el flujo vaginal se ha quitado del todo y se encuentra completamente bien.

Caso 2.º (Caso número 15 de la estadística): A. R. M., cuarenta años, Granada. Viene a la consulta externa del Servicio de Medicina interna del Profesor Fidel Fernández, por quejarse de molestias digestivas.

Diagnóstico ginecológico.—Pequeño quiste en ovario izquierdo. Nada más en aparato genital.

En esta enferma—mujer muy aseada y limpia—, no podemos tomar flujo por falta completa de secreción vaginal. La mandamos estar unos días sin lavarse y, al cabo de ellos, obtenemos, con dificultad, un poco de flujo. En fresco, observa D. Fidel Fernández abundantes

trichomonas muy movibles. Al teñirlos, se confirma el diagnóstico parasitológico.

Caso 3.º (Caso 18 de la estadística): J. C. A., de treinta y un años, Granada, calle de Santiago, núm. 8. Esta enferma fué vista por nosotros en la consulta privada hace unos años. Tenía una parametritis unilateral subaguda, de la que curó bien al cabo de bastantes meses. Desde entonces tiene leucorrea abundante, pero sin prurito. Esta leucorrea ha sido motivo de que venga a consultarnos varias veces. La última de ellas, la llevamos a la Clínica Médica de San Lázaro, donde el Profesor Fidel Fernández encontró en su flujo vaginal abundantísimos *trichomonas*.

Tratamiento, bicloruro de mercurio al medio por 2.000 durante diez días (dos irrigaciones diarias), y después lavados con bicarbonato sódico durante ocho días.

No volvemos a ver a la enferma, y al encontrarla en la calle nos dice que ha desaparecido su flujo. La hacemos ir de nuevo a San Lázaro, y el Profesor Fidel Fernández le hace repetidos exámenes de flujo vaginal, sin encontrar parásitos.

Caso 4.º (Número 20 de la estadística): A. P. B., de cincuenta y dos años. Maracena, menopáusica. Clínicamente tiene leucorrea blanca, inodora, poco abundante, y la atrofia propia de la senilidad en útero y vagina. Examen en fresco (Profesor Fidel Fernández), abundantes *trichomonas*. Le ponemos tratamiento con sublimado y no volvemos a tener noticias de ella, por lo que ignoramos el resultado del mismo.

Kushsler dice que el *trichomonas* es muy raro en la menopausia y produce insomnios y nerviosismo. Nuestra enferma, menopáusica, no tenía ninguno de estos trastornos, que pueden ser debidos al protozoo o a la menopausia.

Caso 5.º (Número 21 de la estadística): M. G. G., de Almería. Vive en Camino de Maracena, 38, Granada. Acude a la consulta del Profesor Fidel Fernández por padecer una afección renal. Al hacerle examen microscópico del sedimento urinario, encuentra este señor abundantes *trichomonas*, por lo que nos invita a estudiarla desde el punto de vista ginecológico. La encontramos retroflexión y metritis, con leucorrea escasa. Muestras de flujo vaginal tomadas en período premenstrual acusan abundantes *trichomonas*. Las mismas, recogidas en el postmenstruo, no las acusan. No hemos vuelto a ver a la enferma.

Ledoux afirma que la presencia de sangre en vagina hace disminuir la abundancia de *trichomonas*. Gragert, en las diversas vaginitis que estudia, encuentra un porcentaje de frecuencia para el *trichomonas* de 7,70 por 100. Guerie sólo estudia las vaginitis rebeldes al tratamiento, y en ellas encuentra *trichomonas* en el 16,40 por 100 de los casos. Parece, por estas cifras, que hay en nuestra región una mayor frecuencia de *trichomonas*, pero, repetimos, no hemos de hablar de estadísticas, por falta de datos. Insistimos en las diferencias esenciales entre los casos observados por otros autores y por nosotros. En el trabajo de Varela, San Martín y Rubiño ("La tricomonosis vaginal en la etiología del prurito vulvar") y en los otros trabajos—no muchos—que hemos leído, el síntoma dominante es el prurito, que en ninguno de nuestros cinco casos hemos encontrado.

En junio de este año ha aparecido en el *American Journal de Obstetricia y Ginecología* un trabajo sobre

trichomonas vaginalis, de los Dres. Irving Stein, Elizabeth y Cope, que ya en el año 32 publicaron en la misma revista sus primeras observaciones, basadas en 62 casos. El trabajo de reciente publicación está hecho sobre 61 casos, y de ellos sólo tres son de mujeres embarazadas, y los 58 restantes de enfermas ginecológicas afectas de diversas ginecopatías.

Los citados autores buscan el *trichomonas* sistemáticamente en las encías, heces, vejiga urinaria y vagina. Al señalar cómo afecta de *trichomonas* una enferma, no es necesario que los tenga en la vagina; les basta encontrarlos en uno de los cuatro sitios en que siempre los buscan. Así, las tres embarazadas de su estadística los tenían las tres en las heces, dos en heces y en orina y ninguna en vagina. Indican la curiosidad de que después del parto no fué posible comprobar la existencia del parásito en encías, heces, orina o vagina. En las encías las encuentran en cuatro casos, que los tienen nada más que en esa región. En las heces, en tres casos, que son los de las gestantes ya señaladas. En orina, que siempre extraen por cateterismo, cinco casos de esporos, sin *trichomonas*. En vagina, 58 casos.

Se preocupan mucho estos autores de la fuente de contagio, sin encontrarla. Pensando en un contagio conyugal, citaron a los maridos de las enfermas con *trichomonas* para explorarlos, y aunque sólo se presentaron tres, uno de ellos tiene el interés de presentar una uretritis no específica, tratada por un urólogo, con abundantes *trichomonas* en orina y secreción prostática. La cónyuge de este enfermo tenía vaginitis con *trichomonas*. En favor del contagio familiar citan el caso de una familia en la que dos muchachas—una de ellas impúber—y la madre tenían *trichomonas* en vagina sin gran reacción vaginal en las muchachas y con una fuerte vaginitis en la madre. Suponen también que pueden ser llevados a las encías con los alimentos—las enfermas anteriores vivían pobres y con grandes deficiencias de higiene—, y creen que los alimentos pobres en vitaminas favorecen el desarrollo del *trichomonas*, lo que han confirmado *in vitro*, añadiendo a los caldos de cultivo caldos ricos en vitaminas, y en este medio vieron que los *trichomonas* no crecían y morían al poco tiempo.

Deducen sea la vagina la fuente principal de donde sean transportados a los otros medios, ya que no admiten que puedan emigrar por su cuenta, y admiten un tipo único de *trichomonas* que modifica su morfología con arreglo al medio en que vive, dando a los diversos cultivos caracteres organolépticos distintos; pero hacen antes la salvedad de que los medios de cultivo están hechos sin purificar la muestra que ensayan, por lo que nosotros pensamos que la flora que acompañe al parásito puede influir en estas diferencias de las de cultivos.

Los *trichomonas* hallados en las heces y en las encías se desarrollan mal en caldos placentarios y, en cambio, muy bien en agar sangre; y los *trichomonas* de vagina y vejiga urinaria se dan mal en agar sangre, y muy bien en caldos placentarios. Han visto también *in vitro* que las hormonas sexuales favorecen su desarrollo y multiplicación adicionando progynon a los cultivos.

Como vemos, en el extranjero se ha prestado mayor atención a estas cuestiones que en nuestro país, siendo éste un tema, a nuestro juicio, de gran interés, que ya estaría justificado por el solo hecho de conseguir la curación en algunas leucorreas, como en la número 18 de

nuestra casuística que, rebeldes a todo tratamiento, persisten, para desesperación de la enferma y descrédito profesional del ginecólogo.

Hay, además, otro punto, ya estudiado por los franceses, que da a este asunto mayor interés. ¿Puede servir el hallazgo de *trichomonas* en la vagina de las gestantes como índice de la morbilidad puerperal? Sin experiencia personal en este punto, nos limitaremos a copiar el cuadro de Vignes, que ha recogido las estadísticas de otros autores y que es bastante demostrativo. Morbilidad puerperal: estantes sin *trichomonas*: Schmid y Kaunmister, 4,80 por 100; Liss, 15,30 por 100; Brooke, 25 por 100. Gestantes con *trichomonas*: Schmid y Kaunmister, 10,30 por 100; Liss, 29 por 100; Brooke, Bland, 50 por 100.

Winter aconseja como tratamiento lavados con solución acuosa de oxiquinoleína, que mata al parásito y exalta las defensas de la mucosa. Greehill, lavados con jabón y después toques con soluciones de azul de metileno, y más tarde ácido láctico al medio por 100 en lavados vaginales. Lee, reposo durante el tratamiento y después toques con glicerina boratada. Goodall, óvulos de trinitrofenol al 1 por 100 y después lavados ácidos o neutros. Brooke y Bland, lavados y frotos de la vagina con jabón, cresol al 1 por 100, luego glicerina boratada al 10 por 100, después ácido láctico al medio por 100. Davis limpia la vagina con lisol al 1 por 100 y después emplea el mercuriocromo en glicerina. Kleegman, Cornelle y Ledoux, jabón mercuriocromo, una aplicación de ácido piroleñoso y luego un tapón recubierto de pasta de Lassar (ácido salicílico, óxido de cinc, almidón y petróleo). Cornelle trata otros casos con acetato de plomo y polvos absorbentes.

Nosotros elegimos el bicloruro de mercurio y el bicarbonato sódico, por ser medicamentos más económicos, y en el caso único que hemos podido estudiar la marcha ulterior del proceso, hemos descubierto una curación definitiva.

Dr. Claudio Hernández López.—Mi cordial felicitación a mi querido amigo Puyol, por haber sido uno de los primeros que en España se han interesado por el estudio de los *trichomonas vaginalis*, estudio que, como bien apunta, pudiera tener importancia pronóstica para esperar o no la morbilidad de un puerperio, juicio pronóstico que, en mi opinión, más se basaría en las alteraciones de la acidez normal del exudado vaginal de la embarazada, que sería la causa de la presencia y desarrollo de los *trichomonas*, que en la posible agresividad que los mismos pudieran tener en el puerperio. Al mismo tiempo, yo agradecería al Dr. Puyol que ensayara el tratamiento de los *trichomonas* con el yatrén 105, recomendado entusiásticamente por Robercourt, de Kalsruhe, pues su sencillez de aplicación (introducir uno o dos comprimidos en la vagina) permite ser utilizado por la propia enferma en su domicilio y, al decir de los que lo han empleado, es de resultados satisfactorios. Yo ofrezco al Dr. Puyol contribuir por mi parte y colaborar con él en el estudio de la clínica vaginal de los *trichomonas*, por creerla de mucho interés.

Dr. Eduardo López Font.—Mi felicitación al Dr. Puyol por su interesante hallazgo, cuya importancia no me parece despreciable, y mi consejo de que siga estos estudios, sobre todo hasta puntualizar bien la proporción o frecuencia con que se encuentran *trichomonas* en vaginas sanas y enfermas, puesto que hasta ahora no hay número bastante para poder deducir datos estadísticos.

Dr. Fidel Fernández.—En el curso de nuestros estudios sobre parasitosis intestinales vemos con mucha frecuencia *trichomonas* en las heces, y esto nos hizo pensar que debía haberlos también en vagina y en vejiga. Necesitábamos para este estudio la colaboración de un ginecólogo, y el Dr. Puyol, asistente a nuestro Servicio de Clínica Médica de este Hospital de San Lázaro, tuvo la bondad, que le agradecemos, de prestarse a ello gustosamente.

Primero, el Dr. Puyol hacía frotos de flujo vaginal en sus enfermas, y nos traía las preparaciones ya fijadas. Nos parecía incorrecta la técnica, y entonces le propusimos hacer el examen en fresco, habiendo encontrado desde entonces los cinco casos que él os acaba de referir. En todos ellos hecho primero examen en fresco, y luego tinciones por el método de Giemsa y por la hematoxilina férrica.

Es todavía pronto para hablar de frecuencia de la tricomonosis vaginal, pero debe ser muy abundante en Granada, porque se ha encontrado cinco veces en 11 casos. Y es pronto todavía también para hablar del poder patógeno del *trichomonas* en el aparato genital femenino. Naturalmente que yo no puedo, ni quiero, ni debo hablar de esta cuestión, que sale del límite de mis actividades y conocimientos; pero aplicando a la esfera vaginal lo que yo he podido ver en la intestinal, creo que no hay que exagerar demasiado este poder patógeno, y supongo que en la vagina, como en el intestino, habrá casos en que el protozoo sea responsable de un estado patológico—vaginitis tricomonas—, otros en que sea una causa concomitante, es decir, un agente que viene a complicar una vaginitis, cualquiera, de otra etiología, y muchos—quizá la mayoría—en que el *trichomonas* es un huésped inofensivo, un comensal de la vagina, un mero espectador de la vaginitis.

De tratamiento, creo que hay que seguir usando el sublimado, puesto que tan buenos resultados ha dado al Sr. Puyol; me parece que se debe ensayar el yatrén, como propone D. Claudio Hernández, y entiendo que hay que ver si dan resultado aquí, como en el intestino, las fórmulas de trementina y de yodo, que son las tricomicidas más eficaces, faltando, en fin, ver si es tan rebelde el *trichomonas intestinalis* como el *vaginalis*.

Quedan muchos puntos por estudiar, y yo deseo que el Sr. Puyol me siga prestando su colaboración en este terreno, como agradecería mucho la de cualquier otro ginecólogo que quisiera asociarse a nuestro estudio. Habría que ver, por ejemplo, si coinciden o no coinciden las tricomonosis vaginal e intestinal; si el germen es uno mismo o son especies distintas o variedades de una sola especie; cómo se realiza el contagio, etc., etc., temas, como veis, de mucha importancia, y que sucesivamente iremos estudiando.

Dr. Puyol Casado (Enrique).—Muy agradecido a los doctores que han tenido la bondad de comentar mi comunicación, que no es más que un avance de trabajos que sucesivamente iré realizando con la colaboración de todos.

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

M. SOTO LONGORIA.—*Fiebre tifoidea y bismutoterapia.*

El yodobismutato de quinina modifica muy favorablemente la curva térmica de los enfermos de fiebre tifoidea,

si bien, y en términos generales, no decrece el tiempo de la misma. Mejora de manera evidente el estado general del paciente, sobre todo en lo que se refiere a los trastornos de orden mental, evita además las complicaciones y con preferencia las intestinales. Como dosis dan los autores de 20 a 30 centigramos cada cinco a seis días en inyección intramuscular, y en total de unas seis, sin que hayan visto en ninguno de los casos tratados accidente alguno.

Coadyuva a esta medicación la quinina, los cardiotónicos y un cuidadoso régimen dietético.

Expone un gran número de historias de enfermos así tratados y mejorados notablemente, y termina diciendo con el sabio profesor de Berna, Sahli: "Que no quisiera tratar ningún caso de fiebre tifoidea sin yodobismutato de quinina."—(*Revista Médica de Cuba*, núm. 9, página 1027, 9 septiembre, 1933.)—J. H.

F. JAYLE.—*Tratamiento de los trastornos causados por la menopausia artificial.*

Comienza diciendo Jayle que la variedad de trastornos consecutivos a la menopausia por supresión quirúrgica o actínea de la menstruación se halla en relación con la edad, los tipos de raza, el estado general, el estado anterior y funcionamiento de los diversos aparatos de la enferma, y también, y como regla general, con la causa de la supresión de la misma.

Distribuye acto seguido los trastornos en de orden trófico y de orden funcional, y pasa revista comentada en el mismo lugar a todos los casos por él observados en su práctica profesional desde el año de 1892.

Trastornos tróficos: éstos, a su vez, los subdivide en de orden general y local. Los del primero afectan a los sistemas nerviosos: articular, circulatorio y celuloadiposo, indicando para cada caso el tratamiento que, según el sistema, le corresponde en los tratados de terapéutica a cada uno y, a más, indica la terapéutica ovárica y los medios fisioterápicos, y entre éstos la climatoterapia. Los segundos o locales, ya de más gravedad, cree que se debe obrar en ellos según el caso particular de cada enferma, si bien siempre puede reputarse toda la terapéutica que a éstos afecte como nula. Los trastornos funcionales se basan en el estado del sujeto y, por tanto, hace como en los otros dos tratamientos: uno encaminado a combatir el estado general, y otro que irá al punto de donde parten los trastornos que han determinado la falta de la menstruación.

He aquí el tratamiento general según el tipo morfológico:

Torácico: aire libre y ejercicios respiratorios.

Abdominales: régimen dietético y marcha.

Tipo común: ejercicios respiratorios y reducción de la marcha y la alimentación.

Longiforme: hidroterapia.

Como especial, recomienda las sangrías cada dos o tres meses en las mujeres congestivas, y, en las nerviosas, las sanguijuelas.

Se extiende después en largas consideraciones sobre la opoterapia, y termina recomendando como la mejor y proporcionadora de mayores éxitos la ovárica—da él ésta en inyección intramuscular mensual, pocas veces más a menudo—de una solución aceitosa de benzoato de foliculina de 1 centímetro cúbico, que contiene 0,0007 gramos de foliculina por centímetro cúbico, correspondiente a 6.000 unidades internacionales.—(*Bruxelles-Médical*, núm. 43, pág. 1247, 27 agosto, 1933.)—J. H.

OPTALIDON

SANDOZ

La fórmula analgésica más acertada para garantizar un efecto máximo antidoloroso con un mínimo de substancia activa.

Fórmula del OPTALIDON "SANDOZ".....	}	Acido isobutilalilbarbitúrico.....	0,05
		Dimetilaminofenazona	0,125
		Cafeína	0,025

Actuando la cafeína como elemento sumamente sinérgico y correctivo, se suprimen todos los efectos secundarios como somnolencia prolongada, pesadez de cabeza, etc., inherentes a los demás analgésicos.

El Optalidon "SANDOZ" soluciona al facultativo el compromiso de calmar el dolor sin perjudicar al enfermo.

El Optalidon, constituyendo un producto "SANDOZ", se propaga solamente entre la clase médica.

PRODUCTOS FARMACEUTICOS SANDOZ, BASILEA (Suiza)
 OFICINA CIENTIFICA EN ESPAÑA
 Apartado núm. 880. B A R C E L O N A Plaza Cataluña, 9.

Nuevos alcaloides no tóxicos
Los "Genalcaloides"

POLONOVSKI Y NITZBERG

en la práctica cotidiana

G	ENATROPINE HIPERACIDEZ DOLORES ABDOMINALES
	ENESERINE HIPOACIDEZ SINDROME SOLAR
	ENOSCOPOLAMINE PARKINSONISMO ANESTESIA QUIRÚRGICA
	ENHYOSCYAMINE TEMBLORES DIVERSOS SECUELAS DE ENCEFALITIS
	ENOSTRYCHNINE ASTENIA NEURASTENIA PARALISIS

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

MUESTRAS Y LITERATURAS:

E. BOIZOT, agente general

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

Laboratorio AMIDO. A. BEAUGONIN, farmacéutico, 4, Pl. des Vosges. PARIS (4^e)

'AMIDAL' = ENTERITIS DIARREAS — 'BACKERINE' = TUMORES CANCERES

Ayuntamiento de Madrid

AETHONE

PODEROSO SEDATIVO, no TÓXICO

Tos espasmódica

Tos Ferina

Tos de los Tuberculosos

Laboratoire de L'AETHONE, 9, Rue Boissonnade, París.

ESTAFILASA del D^r DOYEN

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

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

Solución coloidal
fagógena
polivalente.

MICOLISINA del D^r DOYEN

2 FORMAS:
MICOLISINA BEBIBLE
MICOLISINA INYECTABLE

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

SOLUCION de FLUOROFORMA
ESTABILIZADO EN LOS
EXTRACTOS VEGETALES

GERMOSE

No Tóxico

SABOR
AGRADABLE

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

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

Venosina

Tratamiento específico completo de las **AFECCIONES VENOSAS**

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

POR MENOR: PRINCIPALES FARMACIAS

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

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*.—«In memoriam»: A. Pinard.—Comentando unas palabras sinceras, por el *Dr. J. Arreis*.—Academias y Sociedades.—Cursillos... ¿hasta cuándo?, por *A. Lozano Borroy*.—¡¡Cúmplase el Reglamento!!, por *Guir eguma*.—Remitido.—Colegio Oficial de Médicos.—VII Congreso Internacional de Accidentes y Enfermedades del Trabajo.—Instituto de Medicina tropical, Hamburgo.—**Sección oficial.**—**Gaceta de la salud pública:** Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Tertulia.—Vacantes.

BOLETIN DE LA SEMANA

RUEGOS Y PREGUNTAS

Este *Boletín* sea espejo de buenas voluntades, picota de Municipios ruines, aviso y escarmiento de compañeros cándidos, acicate de intenciones flojas, manifiesto de dolor y miserias, trabucazo de vergüenzas, pasmo de bobos, terremoto de personajillos, rubor para algunos, dolor para muchos, desesperanza para los más y libro de horas para muchas meditaciones.

Leamos:

“A las Cortes.—Los Diputados que suscriben solicitan de la Mesa de las Cortes se sirva transmitir al señor Ministro de Trabajo, Sanidad y Previsión el siguiente ruego, que consideramos urgente:

Excmo. Sr.: El retraso de la fijación de día-conveniente para la interpelación que uno de los firmantes tiene anunciada sobre asuntos sanitarios nos obliga a recurrir a este procedimiento para señalar a V. E. la gravísima situación por que atraviesan los sanitarios municipales españoles, huérfanos de toda protección oficial ante los desmanes, cada día más audaces, de los caciques locales. No es un secreto para nadie que son en número extraordinario los Ayuntamientos de la nación que no pagan los haberes que les corresponden a los médicos y farmacéuticos titulares. Se calcula en 50 millones de pesetas lo que se les adeuda desde comienzos del siglo actual, y como la situación se agrava por momentos, no es difícil de prever que el triste suceso acaecido hace muy pocos días en Almería, y que es el que motiva este ruego urgente, va a tener repercusiones en toda España, que a toda costa deben evitarse.

Sería absolutamente imposible hacer una relación detallada de las cantidades que se les adeudan en todas las provincias y de los atropellos de que son víctimas en la mayor parte de los pueblos. Aunque tenemos a la vista los datos que prueban estas afirmaciones en Iznatoraf, en Villanueva del Arzobispo y

en Beas de Segura, todos de la provincia de Jaén; en Calpe, de la de Alicante, y en ciento de ellos más, queremos limitarnos en este ruego a la situación en la provincia de Almería, porque ella es sobradamente demostrativa del lamentable sucedido de Alconter.

En la provincia de Almería, señor Ministro de Trabajo, se deben a los médicos titulares las siguientes cantidades:

DISTRITO DE LA AUDIENCIA

D. Diego Morata Cantón, Enix, 2.750 pesetas.

DISTRITO DE SAN SEBASTIÁN

D. Francisco Coronel Jiménez, Benahadux, pesetas 2.300.

PARTIDO JUDICIAL DE BERJA

D. José Pérez Espá, Adra, 792 pesetas.

D. Antonio Navarro Guillén, ídem, 792 ídem.

D. Enrique Arance Maestre, de S. J., ídem, 792 ídem.

Los cuatro titulares de Berja, 2.200 ídem.

PARTIDO JUDICIAL DE CANJÁYAR

D. José Alcázar Rodríguez, Alcolea, 1.560 pesetas.

D. José Mizzi López, Alhama de S., 1.375 ídem.

D. Francisco Casado Ossorio, ídem, 1.375 ídem.

D. Ramón Orozco Benítez, Alicún, 750 ídem.

D. Cristóbal Esteban Navarro, Canjáyar, 1.850 íd.

D. Emilio Manzano Manzano, Fondón, 3.100 íd.

D. José Godoy Aparicio, Laujar, 916 ídem.

PARTIDO JUDICIAL DE CUEVAS DEL ALMANZORA

D. Emilio Jimeno Pérez, Cuevas del Almanzora, 17.445 pesetas.

D. Juan Martínez Cano, ídem, 10.643 ídem.

D. Tomás Ribón Mendivil, ídem, 5.224,65 ídem.

D. Roque Soler Peregrín, Pulpi, 4.800 ídem.

PARTIDO JUDICIAL DE GÉRDAL

D. Adolfo Martínez Sicilia, Abia, 687,50 pesetas.

D. E. Bernardi Rodríguez Martínez, íd., 3.775 íd.

- D. Rafael Moratalla Ocaña, Abrucaña, 4.890 íd.
 D. José María Carmonal del Moral, Alhabia, 893,75 ídem.
 D. Sebastián Caballer Soria, Gérgal, 12.531,28 íd.
 D. Horacio Martínez Egea, ídem, 802 ídem.
 D. Pedro Góngora Gómez, Tabernas, 6.692,50 íd.

PARTIDO JUDICIAL DE HUÉRCAL-OVERA

- D. Miguel Andréu Jiménez, Albox, 316 pesetas.
 D. José Albarracín Cañizares, Arboledas, pesetas 3.097,50.
 D. Jerónimo Ortuño Ortega, Huércal-Overa, pesetas 7.688,92.
 D. Sebastián López Campos, ídem, 8.925,63 ídem.
 D. Pedro Asensio García, ídem, 7.210,40 ídem.
 D. Francisco Cascales Bernal, ídem, 8.000 ídem.
 D. Félix Alascio Pérez, Zurgena, 7.012,50 ídem.

PARTIDO JUDICIAL DE PURCHENA

- D. Antonio Rivera Fernández, Alcontar, 3.700 pesetas.
 D. Damián Martínez López, Bacanes, 4.400 ídem.
 D. Juan Rivas Campos, Cobdar, 3.050 ídem.
 Dos médicos de Oria, Oria, 5.500 ídem.
 D. Blas Carrillo Rodríguez, Laroya, 1.200 ídem.

PARTIDO JUDICIAL DE SORBAS

- D. Antonio Moreno Salmerón, Lucaicena, pesetas 2.900.
 Tres médicos titulares, de Níjar, 15.000 ídem.
 D. Vicente Cañete Munera, Sorbas, 9.325 ídem.
 D. Ricardo Fernández Chaulet, ídem, 7.817,15 íd.

PARTIDO JUDICIAL DE VÉLEZ RUBIO

- D. Emilio Ramón Egea Lajara, Chirivel, 2.750 pesetas.
 D. Luis Navarro Motos, María, 7.751,66 ídem.
 D. Joaquín Llembrés Tena, ídem, 2.457 ídem.
 D. José Antonio Gómez López, Vélez Blanco, pesetas 1.780.
 D. José Gómez Andreo, ídem, 1.650 ídem.
 D. Porfirio Domingo Martínez, ídem, 1.650 ídem.
 D. Rafael Egea Sánchez, Vélez Rubio, 6.470 íd.
 D. Pedro Pérez Llamas, ídem, 6.232 ídem.
 D. Jaime Jiménez Mena, ídem, 1.845 ídem.

PARTIDO JUDICIAL DE VERA

- D. Jacinto Escudero Pérez, Antas, 2.750 pesetas.
 D. Bernardo Renovales Cabeza Olías, Bédar, pesetas 11.500.
 D. Carlos Vaseror Carrillo, Carboneras, pesetas 3.908,53.
 D. Jacinto Bañón Amerigo, ídem, 6.495,22 pesetas.

D. Bartolomé Castaños Flores, Los Gallardos, pesetas 3.666.

- Dos médicos titulares de Garrucha, 2.823,80 íd.
 D. Antonio Agüero Jiménez, Lubrín, 6.924,99 íd.
 D. Felipe Vaquero Moreno, ídem, 6.250,12 ídem.

En total, señor Ministro, sólo en la provincia de Almería se debe a los médicos titulares la cantidad de 260.984,32 pesetas; pero por si esto no bastara, se cometen otra porción de irregularidades, que es preciso denunciar y corregir rápidamente, teniendo en cuenta que nuestros datos sólo alcanzan hasta el 15 del pasado enero y que desde entonces hasta ahora la situación ha empeorado y los débitos son aún mayores. En la misma capital, en Almería, durante todo el año 1932 y 1933, se ha cobrado con un mes de retraso. En Canjáyar, a D. Francisco Compán Miranda se le adeudan 1.036 pesetas; en Cuevas del Almanzora, a D. Francisco Casanovas, 7.000 pesetas, y cuenta que prescindimos de anteriores débitos, limitándonos a los de estos últimos tiempos.

Y por si no fuera bastante el no pagar a los médicos titulares, se les maltrata y se les veja, como demuestran algunos de los datos que exponemos a continuación:

En cuevas del Almanzora, al titular, D. Francisco Casanovas, se le ha destituido por negarse a cumplir un servicio que no le correspondía, y no se ha conseguido su reposición, a pesar de los telegramas del Ministro de la Gobernación ordenándolo, por negarse el alcalde a complimentarlo.

En Zurgena se ha embargado al médico titular los muebles de su casa por no pagar el impuesto de Utilidades, mientras que el mismo Ayuntamiento le adeuda 7.000 pesetas.

En Albox, Rágol, Enix y Cantoria dan los nombramientos de médico titular prescindiendo de las propuestas de los tribunales correspondientes, simplemente a los amigos o recomendados de los que mandan en el Ayuntamiento, burlando todas las disposiciones vigentes y sin que exista posibilidad de atender a las justas indicaciones de las autoridades superiores.

No queremos terminar esta relación sin citar dos hechos recientes que indican hasta qué punto se extienden los hechos que denunciarnos a V. E. Los sanitarios de Motril (Granada), en la imposibilidad de conseguir el abono de las deudas que el Ayuntamiento tiene con ellos, se han visto en la precisión de denunciarlo públicamente en la Prensa, señalando la difícil situación en que se encuentran. El médico de Arquillos, D. Manuel Fuentes, se ve amenazado de un expediente porque ha denunciado al gobernador de Jaén que no le pagan sus haberes. Es decir, que, a juicio de algunos Ayuntamientos, ya no es lícito a

los sanitarios ni siquiera reclamar por el camino reglamentario el abono de sus haberes.

Y ésta ha sido en realidad la causa de la tragedia de Alcontar. El alcalde se negaba a obedecer las órdenes que había recibido del gobernador de Almería, de pagar los haberes que se debían al médico, y públicamente había manifestado que ni que se lo mandase el gobernador ni otra autoridad más alta, obedecería, y aún pretendía más: que, violando las disposiciones vigentes, sus hijos fuesen a la escuela sin vacunarse. La desesperación del médico y la tenacidad del alcalde tenían que llevarles y les llevó al choque.

Y para que esto no se repita, pedimos, señor Ministro, con toda urgencia, que por ese Ministerio se tomen las disposiciones necesarias para que se cumplan con toda exactitud las disposiciones vigentes sobre provisión de plazas de médicos titulares, y que con toda premura se busque un procedimiento que garantice a los sanitarios rurales la puntual percepción de los haberes que legítimamente les corresponden.

Palacio del Congreso, a 20 de marzo de 1934.—*José A. Palanca.*—*Vicente Iranzo.*—*José Blanco.*—*Aurelio Ramos Acosta.*—*José González y Fernández de la Bandera.*—*Enis Fontañá.*—*José M. Julián.*—*Jesús Madera.*”

* * *

“Excmo. Sr. Presidente del Congreso de los Diputados.—Son muchas las veces, unas de viva voz y otras por escrito, las que he solicitado de los señores Ministros dirigentes de la Sanidad española que se termine con el estado de indefensión en que se encuentran los médicos titulares. He expuesto multitud de casos en los que la persecución del cacique contra el médico recorre amplísima gama, que abarca desde lo más grotesco y pintoresco hasta lo más trágico y sombrío. He anunciado con acentuada insistencia cómo un ambiente de nerviosismo y casi de desesperación, que se estaba desarrollando en la clase médica, llegaría a producir manifestaciones trágicas, y, desgraciadamente, estas exteriorizaciones del mal se han comenzado ya, y de modo sangriento, con el hecho ocurrido en Alcontar (Almería), donde el médico titular D. Antonio Rivera ha dado muerte al alcalde.

El señor médico de Alcontar, hace muy pocos días, me exponía su terrible situación, y con una angustia que impresionó vivamente mi espíritu solicitaba mi intervención cerca del gobernador civil de aquella provincia para que conminase a dicho alcalde a abonarle sus modestos haberes, pues su situación era materialmente insostenible, intervención que

yo llevé a cabo y que aquel señor gobernador atendió en el acto. Cuando la noticia del hecho ocurrido en Alcontar llegó a mi conocimiento, una inmensa amargura se apoderó de mí ante el panorama de dos familias que se hundían en la catástrofe, y el temor de que este suceso puede ser el comienzo de una serie de hechos sangrientos que suma en la delincuencia a infinidad de médicos titulares que se encuentran en el mismo caso, sembrando la desgracia en centenares de familias de estos profesionales. Este temor de futuros sucesos lamentables es el que me decide a solicitar de V. E. que anuncie al señor Ministro de Trabajo mi propósito de explanar una interpelación sobre política sanitaria, rogándole que la acepte con urgencia, dada la trascendencia del asunto y el propósito objetivo que me anima.

Palacio del Congreso, 20 de marzo de 1934.—*Antonio Tuñón de Lara.*”

* * *

Pues díganme SS. SS., ¿cómo es posible que el médico de Vega de Valcerce, D. José León y Alvarez, nombrado por oposición médico titular de esta plaza, se vea obligado a visitar completamente gratis a 200 familias pudientes? ¿Y cómo es posible que, además de esto, no se le pague un céntimo de la titular desde hace año y medio?

Y díganme SS. SS., ¿a quién debe recurrir este malaventurado compañero, al que, además de los elementos oficiales, ponen sitio los esquirols de la profesión, para que abandone una plaza que ha ganado en legítima y pública lid?

Pues díganme SS. SS., ¿cómo es posible que el titular de Valle de Goñi (Navarra) no haya cobrado aún el último aumento de sueldo desde hace siete años y no se cumpla además la Orden ministerial de 14 de diciembre sobre pago de titulares en Navarra; y cómo es posible que, después de haber prometido solemnemente al Colegio de Médicos que los titulares dependientes de la Diputación navarra se situarían en iguales ventajas que los del resto de España, no se cumpla la oferta sino en lo referente a no pagar, que en ello están conformes muchísimos Municipios españoles?

¿Cumple la Diputación navarra lo firmado en el convenio con el Estado, por el cual se comprometió a que sus empleados recibieran el mismo trato que los del régimen común?

Pues díganme SS. SS., ¿cómo es posible que al médico titular de Perales del Puerto (Cáceres) se le esté haciendo la vida imposible después de conquistada su titular por oposición pública y no se le pague y se pretenda crear otra titular para estrecharle aún más el cerco del hambre y obligarle a abandonarla para

beneficio de algún señor muy íntimamente ligado a influyentes diputados radicales?...

Pues díganme SS. SS..., Sr. Estadella, Sr. Pérez Mateos, Sr. Verdes Montenegro, señores diputados de la nación, ¿son precisos más casos para concluir algo que me viene a los puntos de la pluma? Porque si son precisos, más casos señalaré, que los tengo de todos los colores y pelajes, regiones y provincias; pero no pienso ocupar más espacio, porque, además, me urge haceros la última pregunta: ¿Qué esperáis? ¿Esperáis, sin duda, otro nuevo acaecimiento trágico como el de hace pocas semanas? ¿Esperáis que la desesperación haga perder a estos abandonados compañeros nuestros el freno a todos sus impulsos reaccionales? ¡Ay de vosotros si no sentís en poner el remedio la misma angustiosa prisa que siento yo para reclamaros desde estas líneas que lo pongáis con la mayor urgencia y energía!

DECIO CARLÁN.

"IN MEMORIAM"

A. PINARD

(1834-1934)

Otra vez la Medicina de Francia ha vuelto a conmoverse bajo la llamada de la muerte, visitante incansable de esta hermana nuestra en todo el largo curso del año recientemente ido y en los cortos albores del presente. El que ahora acaba de dejar para esa palabra tan mentirosa en el amor y tan cierta en la muerte del "jamás" era un francés de gran categoría, con todas las virtudes excelsas e inmarcesibles que la raza francesa ha sabido de siempre conservar a través de las tormentas y las bonanzas de los años idos.

Y ya que sería inútil, por ser de todos cuantos estas líneas leyeren de sobra conocida su obra de ginecólogo y de prepdiatra, dejemos al menos marcada su magna labor social y benéfica, desarrollada en todos los momentos de su larga vida, máxime desde su casi "vitalicio escaño" del Palais Bourbon, en el que, mientras otros se entretenían en menesteres de baja política, él ponía todo su empeño y todo su valer en juego para lograr que la maternología francesa fuese la primera de todas las del mundo. Y ahora, cuando la tierra que le da la paz despide aún un hálito vivificador de él desprendido, vemos en esa última hora del mundo que son los noticiarios del cinema la última obra a la que dió toda su energía juvenil, cuando ya iba a doblar muy pronto la curva feliz del centenario.

Y sobre todas estas virtudes excelsas que llevó siempre consigo los noventa años de su vida, hay que resaltar con carácter de excelsitud el amor a su patria, a la que dió sus hijos y colocó sobre la faz de ella en trance de marchar a 20.000 hombres, que hoy, al saber su muerte, le recordarán con una emoción preñada de sincera tristeza al ver que el hombre que los coloca en ella se ha marchado para jamás volver.

JUAN HERNÁNDEZ SAMPELAYO.

Comentando unas palabras sinceras

Lo que hizo en tres meses un Director de Sanidad

El *Boletín del Colegio de Médicos* de la provincia de Avila ha publicado un interesante artículo de fondo en el que, con frases sinceras, demostrativas de un leal afecto, y sin que en ellas se vislumbre el menor asomo de censura tendenciosa, recuerda al Dr. Pérez Mateos sus compromisos con la clase médica española.

Entre otros párrafos, afirma que la Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia no rinde los óptimos frutos que de ella se esperaban; que los colegas empiezan a impacientarse al ver que durante los tres meses que lleva desempeñando el cargo no ha dado aún satisfacción a las aspiraciones colectivas; que no debe ser incompatible el estudio y preparación de grandes planes para, sobre la marcha, ir resolviendo satisfactoriamente la multitud de pequeños problemas pendientes, y, finalmente, pide al jefe actual de los destinos profesionales que medite cuál hubiese sido su situación si a los noventa días de posesionarse del cargo, la crisis última le hubiese arrojado del poder sin dejar rastro de su paso por el mismo, y quedando completamente inéditos sus buenos propósitos.

Después de leer estas discretas palabras hemos meditado un poco sobre su alcance y significación. Ciertamente que los incidentes políticosociales que han preocupado a España estos últimos tiempos no han sido muy a propósito para una labor trascendental como la que es preciso llevar a efecto. Cierta también que para desenmarañar la complicada madeja en que ha encontrado Pérez Mateos los asuntos de su Subsecretaría se precisan no pocas horas de trabajo. Aparentemente, noventa días significan corto vencimiento para letras de tanta importancia.

Pero mientras hacíamos estas consideraciones ha venido a nuestra memoria el recuerdo de otros días también memorables en la historia de la Medicina contemporánea. Son aquellos en que se creó la Dirección general de Sanidad, sacando de la nada un organismo de Higiene pública que sirvió de modelo a países extranjeros y motivo de felicitación en una conferencia internacional.

El Dr. D. Carlos M.^a Cortezo, sin personal propio, sin dinero, sin organización alguna aprovechable, teniendo enfrente el problema de un gravísimo peligro para la salud pública nacional, hizo en tres meses lo que después de treinta años nadie ha podido superar.

El día 15 de agosto de 1899 era nombrado director general de Sanidad, y en 1.º de septiembre fundaba el Instituto Central de Seroterapia (Nacional de Higiene) con un personal técnico de alta jerarquía científica, dirigido por Cajal, y del que formaban parte Murillo, Mendoza, García Izcara, Llavador y Gómez Pamo.

En la segunda quincena de agosto, con objeto de atajar el morbo que nos amenazaba, envió con una perfecta organización las Inspecciones generales de frontera, designando para este cometido dos inspectores generales (Gimeno y Pulido), que en pocas semanas recorrieron 6.000 kilómetros.

En octubre se redactaba el reglamento de Sanidad exterior, y se publicaba en la *Gaceta* el día 28; obra profunda y bien meditada, cuyo mayor elogio es decir que cumplió los fines para que se había promulgado, o sea para defender el territorio nacional contra la peste de Oporto.

BISMUTHOÏDOL

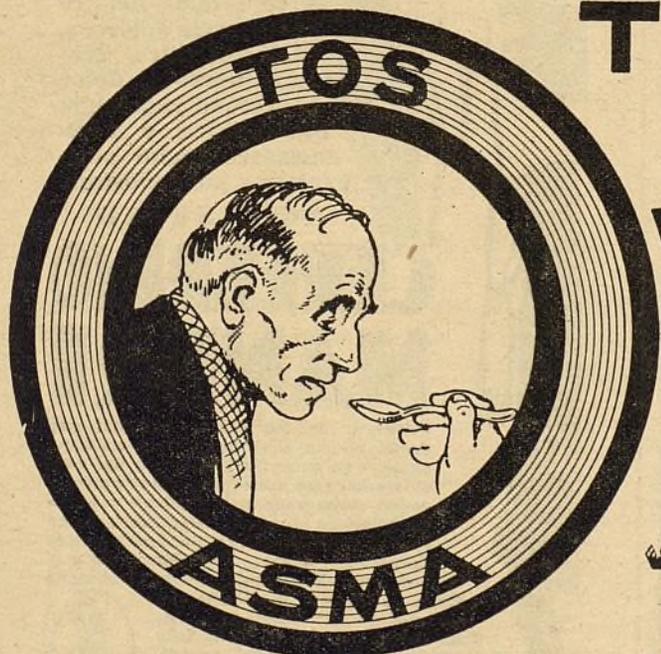
(Bismuto coloidal)

Nuevo agente contra la **SÍFILIS**

EN AMPOLLAS : Solución acuosa

Sin dolor

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



THUS- -SERUM

FÓRMULA	{ Tlocol	0'25
	{ Gómenol	0'05
	{ Lactofosf. cálcico	0'25
	{ Extr. Malta	0 5

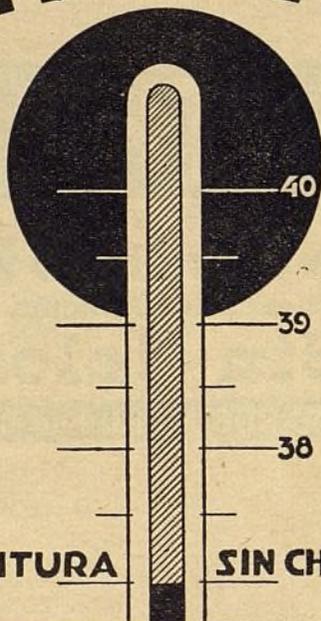
Indicado en
todas las afecciones de las

VÍAS RESPIRATORIAS

Laboratorios VIÑAS - Clarís, 71 - BARCELONA

EN TODOS LOS ESTADOS INFECCIOSOS AGUDOS SEPTICEMINE

PROVOCA UNA BAJA DE CALENTURA



SIN CHOQUE NI REACCION

LABORATORIOS CORTIAL . 15 BOUL^D PASTEUR . PARIS

JUAN MARTIN ALCALA 9. MADRID CONSEJO DE CIENTO 341 BARCELONA

Alimento fisiológico completo

VINO DE VIAL

Quina, carne,
lacto-fosfato de cal



RIGUROSAMENTE DOSIFICA-
DO Y ASIMILABLE, REUNE
TODOS LOS PRINCIPIOS AC-
TIVOS DEL FOSFATO DE CAL,
DE LA QUINA Y DE LA CARNE

Es el reconstituyente más
energico en los casos de
desnutrición y de dismi-
nución de los fosfatos
cálcicos

De venta en todas las
farmacias

Depósito general para España:

D. ANTONIO REUS
Apartado 26, REUS (Tarragona)



CONTRA EL DOLOR!

nervioso, reumáti-
co, cefálea, neurál-
gico, regla dolorosa,
dolor tabético, den-
tario nervioso, dolor
canceroso, raquialgia
meningítica y post-
anestésica, dolor post-
partum y post-abortum.

ACONSEJAD

CEREBRINO MANDRI

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



En menos de quince días se dotaron las estaciones colindantes con la raya de Portugal de un material de desinfección lo suficiente para atender las necesidades del momento, y para que la Comisión francesa que vino a estudiar la terrible epidemia dijese que se había salvado Europa gracias a la diligencia con que había actuado el Gobierno español y a la competencia de su jefe de salubridad pública. (Palabras textuales.)

En los tres meses transcurridos desde el 15 de agosto al 1.º de diciembre de 1899 quedó totalmente resuelto el problema sanitario de la defensa contra el enemigo infeccioso que nos amenazaba directamente, y dejó en la colección legislativa dos disposiciones de gran valor: el reglamento de Sanidad exterior, a que nos hemos referido, y las ordenanzas sobre la inspección de fronteras terrestres. Dictó también órdenes dando fuerza coercitiva a lo prescrito sobre el servicio benéfico sanitario de los pueblos, y perfeccionó lo referente a la profesión de farmacia, comercio de drogas y venta de plantas medicinales.

En tan corto lapso de tiempo preparó al ministro de Gracia y Justicia los antecedentes sobre la ley de Accidentes del trabajo, redactando de su puño y letra todo lo concerniente a incapacidades por esta causa.

Los médicos de baños recibieron el beneficio de los meses que duró el mando de D. Carlos Cortezo, obteniendo en varias Reales órdenes y Circulares mayor independencia y supresión del favoritismo en el movimiento del escalafón. Por esta época fué cuando empezó con D. Antonio Maura a señalar los pilares de lo que en 1904 había de ser Instrucción general.

Sobre la base del Instituto Central Seroterápico montó servicios de vacunación antivariólica tan perfectamente dotados, que le permitieron meses más tarde declarar obligatoria la vacunación.

En el Consejo de Sanidad introdujo notables modificaciones, gracias a las cuales se dió a este organismo mayor flexibilidad, capacitándole para una labor útil consultiva. Mediante diversas Ordenes y Decretos puso un poco de disciplina en el caos de las profesiones sanitarias, dictando reglas para el ejercicio libre de la Medicina, la Practicantía y la Veterinaria.

Con objeto de que la defensa en la frontera fuese eficaz designó como inspectores especiales de la profilaxis contra enfermedades exóticas a los Dres. Pino, Ecija, Malo de Poveda, Masip, Vicente, Mendoza, Rabelli y Torres Fabregat.

Finalmente, por vez primera se establece la desinfección y desinsectación, practicándolas con arreglo a un plan científico, y dando origen a lo que se llamó después Parque del Instituto de Higiene.

Han variado mucho los tiempos. La máquina burocrática ha adquirido una complicación fabulosa. No es posible hacer estando en el Poder todo lo que se ofrece desde la oposición. Pero bueno será recordar lo que en poco más de tres meses se llevó a cabo en España, teniendo que crear servicios de los que no existía antecedente ninguno, y ante un momento de pánico, de depresión espiritual como fué aquel memorable, en que el primer director de Sanidad supo levantar la opinión, asustada por las informaciones de las Agencias extranjeras, improvisando un ejército de defensa y poniendo con sus arrestos de incomparable general una barrera infranqueable que nos salvó de una epidemia segura.

DR. J. ARREIS.

ACADEMIAS Y SOCIEDADES

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Presidencia del Prof. Amalio Gimeno

(Sesión del 24 de marzo de 1934.)

UN CASO DE ESCLEROSIS EN PLACAS, CLÍNICAMENTE CURADO POR ROENTGENTERAPIA (I)

Dr. Julián Ratera.—Siendo la esclerosis en placas el proceso cerebral que sigue en frecuencia a la sífilis cerebral, se comprenden los esfuerzos terapéuticos para su curación, mucho más que hasta hoy han fracasado todos los tratamientos empleados.

Las modernas técnicas radioterápicas permiten fundadas esperanzas terapéuticas en la esclerosis en placas. El siguiente caso clínico es un elemento en su favor. Hace referencia a un muchacho de veinte años que inicia su proceso patológico en mayo de 1931, y después de varios diagnósticos y actuaciones terapéuticas, se hace el de esclerosis en placas. Se siguen varios tratamientos en diferentes clínicas de Madrid sin resultado; la situación del enfermo llega a la imposibilidad de la marcha.

En julio de 1932 ingresa en nuestro Servicio. En conocimiento de los trabajos de Ipatoff y Romanowa, utilizamos su técnica de radioterapia craneomedular.

En el trascurso de estos dos años, en los que hemos tenido en tratamiento y observación este enfermo, la situación ha cambiado totalmente. La mejoría ha sido acentuadísima en cuanto a los trastornos de la marcha, de la palabra, de la irritabilidad del carácter, etc., etc.: en resumen: en cuanto hace a la sintomatología de la esclerosis en placas, a excepción del nistagmus, que permanece en la misma situación que cuando iniciamos el tratamiento. Ahora bien, la situación del enfermo es totalmente diferente: se dedica a sus ocupaciones habituales y, cuando se lo permiten, realiza algún deporte y monta en bicicleta. Puede decirse que hay normalidad completa de sus funciones cerebrales, y en la escritura no se aprecia signo patológico.

Dr. Larrú.—La mejoría que se marca en el caso presentado de esclerosis en placas, con ser mucho, es lo de menos en cuanto que pone de manifiesto la actuación de la radioterapia en la esclerosis en placas. Es procedimiento que se utiliza desde 1902, mediante él se han presentado casos de mejoría.

Dada la calidad de la esclerosis en placa, así como de su marcha y evolución, hemos de ser muy cautos al afirmar su curación clínica. En este momento nos permitimos apuntar dos casos de esclerosis en placas que hemos tratado por roentgenterapia, y otros por fototerapia ultravioleta. Sin embargo, a pesar de los resultados francamente optimistas que hemos obtenido, no nos hemos creído autorizados ni decididos a publicar estas mejorías, si bien muchos autores han caído en tal deseo.

Algo análogo pudiéramos decir en lo relativo a evolución y tratamiento radioterápico de la úlcera gástrica y de la hiperclorhidria. Hemos dedicado algunos años a tratar estos enfermos, y a pesar de haber obtenido éxitos, nada hemos publicado en tal sentido, porque todo el mundo conoce sus remisiones espontáneas, y de tal naturaleza, que llegan a alcanzar hasta cuatro y seis

(1) EL SIGLO MÉDICO publicará íntegra esta comunicación en la Sección Científica próximamente.

años. Aun habiendo tratado enfermos gástricos en plena crisis aguda de su afección, nada hemos presentado en los centros científicos, por estar en la creencia de lo que alguien pudiera pensar del aprovechamiento de estas remisiones espontáneas al valorar la influencia terapéutica de la radioterapia en el tratamiento de estas enfermedades, y mucho más de enfermedades que evolucionan por crisis y con calmas a veces bastante duraderas.

Todo lo dicho lo hacemos extensivo al caso de esclerosis en placas que se nos presenta como curado clínicamente por la radioterapia. Es cierto que hay autores que han llegado a la afirmación de que la mejoría conseguida en la esclerosis en placas mediante la radioterapia es todo un proceso de sugestión.

Mi único reparo al caso presentado es que, con ser un enfermo muy interesante, lo será más cuando pase un tiempo que sobrepase al que en general duran las remisiones espontáneas. A este respecto diremos que un caso de esclerosis en placas que tratamos con fototerapia ultravioleta se llegó a afirmar la curación clínica, pero la evolución ulterior mostró al año y medio una reaparición de la sintomatología.

Dr. Albansan.—Con ser interesantes todas las cuestiones referentes al tratamiento, en especial de la esclerosis en placas, es mayor cuando se trata de los fundamentos diagnósticos. Sin entrar en lo que constituye la parte técnica y especialización radioterapéutica, como internista vemos con gran frecuencia enfermos de esclerosis en placas. Esta es una enfermedad que presenta al clínico muy frecuentemente problemas de los más enojosos, tanto de diagnóstico como de terapéutica. Hoy por hoy podemos considerarla como incurable, sin desconocer los esfuerzos terapéuticos que se hacen en muchas clínicas y sin olvidar la existencia de casos con mejorías más o menos intensas y más o menos próximas a la curación clínica, y que son valoradas de muy diferente manera en relación al tratamiento seguido.

Todos los esfuerzos que realicemos al diagnóstico precoz de la esclerosis en placas, así como a fijar su evolución, es labor muy provechosa, y muy resbaladizo es todo lo que se relaciona con el problema terapéutico. No hemos de ser ligeros en las afirmaciones clínicas sobre los resultados terapéuticos en la esclerosis en placas: es asunto de gran importancia.

Es la esclerosis en placas la enfermedad que, después de mil modos de empezar, ofrece remisiones espontáneas que son muy de tener en cuenta al valorar un tratamiento.

Cuando se aporta un caso clínico como el presente es de desear que, por lo menos, no se haga como clínicamente curado, de no ir unido a otros más, así como a la prueba del tiempo, que es factor de gran importancia para juzgar de los resultados de una terapéutica de la esclerosis en placas.

Dr. Marín Amat.—En la iniciación de la esclerosis en placas hemos de unir al cuadro neurológico el oftalmológico para llegar a un diagnóstico precoz, única manera de contribuir al éxito terapéutico. Todos conocen la exploración de los síntomas papilares y pupilares, así como el del campo visual, y los acromatópsicos en el diagnóstico de la esclerosis en placas.

En cuanto al caso presentado, sólo podemos decir que, siendo bastante normal la marcha y la palabra, el nistagmus es muy manifiesto.

Dr. Lafora.—Los modernos conocimientos sobre es-

clerosis en placas pueden poner algunas objeciones, por lo menos en cuanto a la enunciación del tema. Se ha avanzado mucho en el diagnóstico de la esclerosis múltiple. Hoy se diagnostica esta enfermedad aun sin la aparición de los síntomas conocidos como cardinales; cuando aparecen éstos está tan avanzada la enfermedad, que poco de eficaz se puede conseguir con la terapéutica.

En el Congreso francés de Neurología, celebrado en 1931, se presentaron varios trabajos sobre el diagnóstico precoz de la esclerosis múltiple y la posibilidad de realizarle mediante uno o dos síntomas. La mayoría de los neurólogos aceptaron que alguno de los síntomas sobre los que se limitó la discusión aparecen muy precozmente, aun años antes de los síntomas cardinales. Además de los pequeños accesos paralíticos, que pueden dar lugar a paroplejias o hemiparalexias, los únicos síntomas esenciales para el diagnóstico precoz en la esclerosis múltiple son la desaparición de los reflejos cremasterino y del abdominal. Con estos dos síntomas se pueden diagnosticar muchos esclerosos múltiples, que después se confirman con el avance de la enfermedad. Varios de estos enfermos que hemos enviado al oftalmólogo nos han sido remitidos con el informe de normalidad en cuanto a síntomas oculares; no había trastornos papilares ni pupilares, como tampoco alteraciones del campo visual, cuando en realidad, meses después, eran verdaderos enfermos de esclerosis múltiples. Se ve, pues, el valor diagnóstico de la desaparición de los reflejos cremasterino y abdominales en relación a los síntomas oculares.

Es como en la actualidad diagnosticamos esclerosis múltiples sin trastornos de la palabra en ausencia de síntomas oculares, sin nistagmus y sin temblor intencional. Es decir, sin ninguno de los síntomas típicos que antes se consideraban como elementos necesarios para el diagnóstico.

Digamos que en la fase inicial de la esclerosis múltiple tiene gran importancia el análisis del líquido cefalorraquídeo: se pueden observar pequeños síntomas.

La anatomía patológica de estos enfermos también es característica. Hemos podido estudiar algunos en su primera fase clínica; ya es imposible establecer diferencia con las afecciones sífilíticas difusas meningovasculares. En la esclerosis en placas la característica es la separación de la mielina de los cilindroejes, conservándose éstos sin alteraciones; no hay lesiones neurofibrilares. Carácter que hace también posible la diferenciación con las lesiones mielínicas de la anemia perniciosa progresiva; en ésta se trata de una funiculitis perniciosa, en la que los cilindroejes decaen al poco tiempo de la desmielinización. Es como debemos llamar la atención sobre algunos trabajos en los que se pretende haber curado casos de esclerosis múltiples, en sus fases incipientes, mediante la hepatoterapia. Creemos que los autores han sufrido un error, y lo que verdaderamente trataron fueron casos de funiculitis perniciosa.

Considerando las remisiones espontáneas de la esclerosis múltiple se comprende que en los casos incipientes, con cualquier método terapéutico que se emplee, se pueden obtener curaciones clínicas que dejen satisfecho, sobre todo cuando se tiene experiencia reducida. Con mayor experiencia se ve que aparecen las recidivas. A este respecto, nosotros hemos utilizado diversos tratamientos en enfermos de esclerosis múltiples: el antimo-

Cardioetil y Cardioetil Estrícnico

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

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

Tratamiento curativo del estreñimiento Petrosina

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

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

No es irritante y no produce hábito en tratamiento prolongado.

Neurotónico

Elixir para vía gástrica. Inyectable para vía subcutánea.

Medicación gliceroarsenial fosforada, con nucleína y estriénina.

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

Ciaticarina

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

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

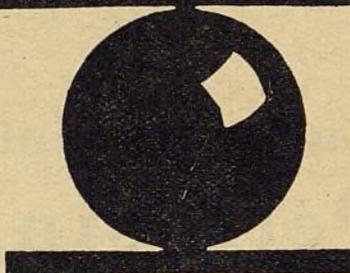
LABORATORIO García Suárez

Calle de Recoletos, 6 moderno. - MADRID

ATLA
BOLOGNA

ANTISPASMINA COLICA

Deprime el tono vagal y devuelve el equilibrio al sistema nervioso vegetativo



ES EL MEDICAMENTO ESPECIFICO DEL DESEQUILIBRIO VAGO-SIMPÁTICO Y DE TODAS LAS AFECIONES QUE DE ÉL SE DERIVAN: ESTREÑIMIENTO ESPÁSTICO, COLITIS AGUDAS Y MUCO-MEMBRANOSAS, ENTERONEUROSIS, CRISIS PSEUDO DIARREICAS, METEORISMO

EJERCEN SU ACCIÓN EN EL MISMO SITIO DEL ESPASMO

LAB. FARMACOLÓGICO REGGIANO - Correggio (Italia)

Cada pildora contiene
Papaverina 1 cigr
Estr. Belladona 2 »
» Valeriana 2 »

De 3-6 Pildoras queratinizadas al día



Representante para España: Dr. J. VALLÉS Y RIBÓ, Paseo de Gracia, 75 - BARCELONA

Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

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

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

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

FORMAS FARMACÉUTICAS :

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

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

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

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

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

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

**LIPIODOL
& LAFAY**

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

LABORATORIOS
CAMPOS FILLOL
VALENCIA

LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal

Simblosis de fermentos lácticos y búlgaros en medio vegetal y al máximum 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

nio, el método de las dosis pequeñas de neosalvarsán prolongadas y repetidas, hasta el método de dosis diarias de 15 y aun 30 centigramos de neosalvarsán. Así hemos obtenido curaciones clínicas en casos incipientes, aun en casos que ya presentaban alteraciones marcadas y hemiparesias. Seguidos estos enfermos, algunos han presentado recidivas, como sucede en afecciones del mismo grupo.

En la actualidad utilizamos en la esclerosis en placas el método de las inyecciones de vacuna antitífica, con dosis pequeñas de neosalvarsán por vía venosa. Conseguimos bastante, aun en casos avanzados: remisiones relativas y bastante completas cuando los síntomas no son muy marcados. Ahora bien, hemos de ser escépticos en los casos de esclerosis múltiple avanzados. Es por lo que resulta muy difícil aceptar la curación clínica de un caso avanzado y tratado por radioterapia. La decisión, en cuanto a la curación clínica de un enfermo de esclerosis en placas, hay que tomarla con mucha reserva, y a reserva de estudiar el caso durante varios años para poder suponer que se ha logrado una curación, o acaso una remisión acelerada, por el tratamiento radioterápico.

OPERACIÓN CESÁREA Y "PRUEBA DEL TRABAJO"

Dr. Vital Aza.—Siempre es recusable en clínica el error, mucho más cuando se trata de terapéutica, y en especial cuando el conflicto hace referencia a obstetricia. En esta especialidad, el planteamiento de una intervención quirúrgica para terminar un parto, y éste horas después se realiza espontáneamente, pone en situación bastante desairada al médico. Hace unos años el planteamiento de cesárea clásica colocaba en situaciones difíciles al tocólogo, pues no era infrecuente que se hiciera anticipadamente, o bien que se perdiera el momento, o que, antes del momento de practicarla, el parto se resolviera espontáneamente. Todo era obra de las condiciones necesarias para la realización de la cesárea abdominal y, en especial, de que la mujer nos cumpliera.

Las modernas técnicas de cesáreas bajas, de cesárea retrovesical, de cesárea suprasinfisaria, permitiendo su realización en pleno período de trabajo de parto, limita las situaciones difíciles que hemos citado. Es nuestro tema de cesárea y "prueba del trabajo".

En este tipo de operaciones es necesario que la mujer esté en trabajo de parto desde hace varias horas para la formación del segmento uterino inferior o segmento cervical superior, que es la zona uterina donde se realizará la cesárea baja. Es zona entre cuerpo y cuello uterinos que existe anatómicamente, y sobre la que el peritoneo no está engastado, sino separado por cantidad de tejido celular liso, y tomando aspecto blanquecino. Segmento uterino inferior de seis y siete centímetros de longitud, que aumenta cuando la mujer lleva varias horas de trabajo de parto; que en la cara anterior uterina alcanza 12 centímetros y hace posible la abertura uterina en suficiente amplitud para permitir la extracción fetal.

La cesárea baja ha seguido a la cesárea extraperitoneal, propuesta hace bastantes años para conseguir la extracción fetal sin interesar peritoneo, pero que, prácticamente, en la mayoría de las intervenciones se realizaba por una u otra razón intraperitonealmente, y aun en los casos que se había realizado extraperitonealmente, el postoperatorio era con gran frecuencia séptico, y

la mujer moría, no de una peritonitis, pero sí de una pelviperitonitis. Todos sabemos que el peritoneo se defiende mejor que el tejido celular pelviano, de donde la gravedad extrema de estas pelviperitonitis.

A pesar de las técnicas extraperitoneales en cesárea, aparece en 1913 la cesárea baja. Hoy se realiza, en nuestra opinión, con alguna mayor frecuencia que de manera sistemática. Sucede que en algunos casos se practica la cesárea baja antes del trabajo del parto, cesárea que, en verdad, será en zona intermedia de útero, ya que para la cesárea intermediaria de Krönig precisa que la mujer esté desde varias horas antes en trabajo de parto.

La facilidad técnica de la cesárea baja lleva anejo un mejor pronóstico y, aun en casos que no se cumplen exactamente, las condiciones propuestas por Krönig.

M. ACEÑA.

* * *

ACADEMIA MEDICO-QUIRURGICA ESPAÑOLA

Presidencia del Dr. Manuel Arredondo

(Sesión del 26 de marzo de 1934.)

UN CASO DE EQUINOCOCOSIS MÚLTIPLE EN UN NIÑO

Dr. Ballesteros.—Aunque no sea único en la literatura, hemos creído interesante, por no ser frecuente, presentar este caso de un niño de once años en el que el examen radiológico descubrió siete quistes hidatídicos repartidos en ambos pulmones.

Hijo de un carnicero, y trabajando él mismo en un matadero de reses, acudió a su médico (Dr. Huertas), por notar, desde hace tres o cuatro meses antes, tos, adelgazamiento y ligero dolor en el hipocondrio izquierdo. Sin otros síntomas, y como datos de exploración clínica, solamente unas zonas de disminución funcional y submacidez en ambos lados del tórax, tonos cardíacos normales, 116 pulsaciones y 38,8° de temperatura, me fué enviado para exploración radiológica el 25 de julio de 1931. La radioscopia y después la radiografía nos descubrieron la presencia de siete imágenes típicas de quistes pulmonares, tres en el pulmón derecho y cuatro en el izquierdo. La intradermorreacción de Cassoni, fuertemente positiva, confirmó la naturaleza equinocócica de los quistes.

A primeros de agosto tuvo *por vez primera* expectoración hemoptoica, en la que observó como "pellejos de uva". Desde entonces su estado general fué empeorando, y la expectoración purulenta, y a veces hemorrágica se hizo muy abundante. En noviembre le volvimos a ver en radioscopia, y presenta poco más o menos el mismo aspecto que en la radiografía hecha en julio, salvo la desaparición del quiste más central del pulmón izquierdo, cuya imagen ha desaparecido, sin duda por ser éste el que en agosto se vació por vómica. Pero, además, encontramos esta vez una tumoración en el hígado, del volumen de una naranja pequeña, que, por sus caracteres, y en este caso, no vacilamos en diagnosticar como otro quiste hidatídico.

Después perdimos de vista al enfermo, aunque supimos que había ido a un hospital, donde le operaron uno de los quistes, y ya no tuvimos más noticias de él, hasta que en el mes de abril, o sea diez meses después de la primera vez que le vimos, avisaron de nuevo a su médico, el Dr. Huertas, el cual le encontró en un estado desesperado, con edemas generalizados, cianosis, etc., falleciendo a los pocos días.

Lo primero que nos sugiere este caso es llamar la atención sobre el extraordinario silencio sintomático con que ha evolucionado el proceso, pues si bien es cosa corriente que los quistes pulmonares sean hallazgos radiológicos, generalmente se trata de un quiste único, y aun en estos casos no suele faltar el síntoma "hemoptisis", que en nuestro caso, con ambos pulmones sembrados de quistes de gran desarrollo, no apareció hasta bastantes meses después del comienzo de la enfermedad, además de que, a juzgar por el tamaño de los quistes, hay que suponer que todavía hubo un período anterior, y no breve, de absoluto silencio de síntomas, durante el cual el proceso evolucionaba sin despertar la menor sospecha.

Otro aspecto interesante es la interpretación en cuanto a si se trataba de una siembra primitiva y simultánea de todos los quistes (incluso el del hígado) o bien de una equinocosis secundaria (broncogena). Los casos que conocemos de quistes múltiples del pulmón, casi constantemente tienen el carácter de una siembra secundaria (broncogena), consecutiva a la ruptura de un quiste primitivo, ruptura que va acompañada de la expulsión de restos del quiste (membranas, vesículas hijas) o al menos de hemoptisis, que, como hemos visto, faltaron por completo en nuestro caso hasta mucho tiempo después del avanzado desarrollo de los siete quistes pulmonares. Esta ausencia de síntomas de ruptura en vías aéreas y el desarrollo paralelo y simultáneo de los quistes nos conduciría a pensar que la siembra pulmonar es de tipo primitivo; pero existe un detalle en la radiografía de este enfermo que nos hace inclinarnos del lado de una siembra secundaria, y es el aspecto especial del pequeño quiste parahiliar derecho (señalado con el número 2 en la radiografía), de contornos irregulares, como roto, de mayor densidad, como calcificado y rodeado de pequeñas masas también irregulares y al parecer calcificadas (¿restos de cápsula?), caracteres todos que interpretamos como la imagen de un quiste (¿el quiste primitivo?) roto y abierto en bronquios, y que sería el causante de la siembra secundaria que dió origen al desarrollo de los siete quistes pulmonares.

En cuanto al quiste que tardíamente se manifestó en hígado, lo consideramos también como primitivo, y nos explicamos su aparición tardía, en relación con los quistes pulmonares, por la diferente resistencia que al desarrollo y expansión de la producción quística han de ofrecer parénquimas tan distintos como el pulmonar y el hepático. Sabemos, por los trabajos experimentales de Devé, que en el hígado del cerdo la formación quística del equinococo necesita cinco meses para alcanzar un diámetro de cinco milímetros; no conocemos experimentación análoga en el pulmón, pero tenemos el propósito de hacer este estudio, y entretanto nos permitimos suponer que los quistes de equinococo, como parece indicar nuestro caso, se desarrollan con mucha mayor rapidez en el pulmón que en el hígado.

Dr. Arredondo.—No son excepcionales los casos de equinocosis múltiple. El año pasado hemos visto uno que, sin síntomas, y después de una gripe, por presentar ligerísima hemoptisis, una exploración radiológica muestra dos quistes hidatídicos pulmonares, uno de ellos de gran tamaño. Operado en dos tiempos, se consiguió la curación.

También hemos tenido ocasión de autopsiar un caso en el que encontramos diseminados en hígado alrededor de 50 quistes hidatídicos de todos tamaños y en dife-

rentes grados de degeneración. Igualmente recordamos una enferma que fué operada seis veces consecutivas por quiste hidatídico abdominal, a pesar de que en ninguna de las intervenciones hubo rotura quística.

Dr. Alonso Canalejas.—La frecuencia de los quistes hidatídicos múltiples y silenciosos, así como de localizaciones orgánicas diversas, lleva al radiólogo a la conveniencia de no limitar la exploración radiológica al órgano que se le solicita, sino que la amplíe a otros que, como el hígado y el pulmón, frecuentemente presentan quistes hidatídicos silenciosos.

Dr. Vital Aza.—Como quistes hidatídicos silenciosos o bien de localización rara, citamos el de una enferma que, con el diagnóstico de quiste ovárico supurado o bien de piosalpin gigantesco, realizamos una colpotomía, evacuando gran cantidad de pus y mezclados con él vesículas hijas quísticas. Se trataba de un quiste hidatídico de fondo saco de Douglas. Enferma que al mes de la intervención ginecológica, realizando ya su vida normal, presentó fenómenos torácicos, por los que, explorada, se llegó al diagnóstico de quiste hidatídico pulmonar. Tratado quirúrgicamente, falleció la enferma en el postoperatorio.

FORMENORES DE TÉCNICA DE UN INJERTO ÓSEO POR PÉRDIDA PARCIAL DEL RADIO

Dr. A. Ferré.—Hace referencia a un traumatizado por accidente del trabajo, con pérdida de porción del radio a nivel del tercio inferior, que llevó a una impotencia funcional de la mano.

Pérdida ósea que, después de la resección de la cicatriz fibrosa, tratamos por injerto óseo tomado de la tibia del propio enfermo. Injerto que fué colocado después de las oportunas consideraciones funcionales en lo referente a las posiciones del segmento inferior y superior de radio, así como de la posición de la mano.

Operado, conseguimos la curación funcional.

LOS SÍNDROMES REACTIVOS PSICOGENÉTICOS Y SU TRATAMIENTO POR EL MÉTODO DE KLAISE (SUEÑO PROLONGADO)

Dr. Rodríguez Lafora.—Trátase de una señora de cuarenta y un años de edad, que por presentar un síndrome reactivo psicogenético, y previo internamiento sanatorial, es tratada por el método de sueño prolongado, utilizando el dialmorfinaescopolamina por vía rectal. Sueño prolongado que sólo pudo mantenerse nueve o diez horas diarias, dado que, al aumentar las dosis medicamentosas, presentaba la enferma vómitos. A los siete días de tratamiento, la enferma se despertó eufórica y en situación, pocos días después, de iniciar el tratamiento psicoterápico y, con él, la curación de la enferma.

Caso clínico en el que se muestra la evolución y el valor de la terapéutica por el sueño prolongado en los síndromes reactivos psicogenéticos y permite valorar su eficacia, así como poner en situación enfermo con médico, única manera de conseguir una eficaz psicoterapia.

M. ACEÑA.

* * *

ACADEMIA ESPAÑOLA DE DERMATOLOGIA Y SIFILIOGRAFIA

Esta Academia celebrará sesión el miércoles 4 de abril de 1934, a las siete de la tarde, en el Dispensario Olavide, Sandoval, 5, con el siguiente

ORDEN DEL DÍA

- 1.º *Dres. Miró y Garza.*—Prueba de la histamina en la lepra.
- 2.º *Dr. Miró.*—Bacilemia leprosa (método de Markianos).
- 3.º *Dr. Tomé Bona.*—Sífilis y accidentes del trabajo.
- 4.º *Dr. Sáinz de Aja.*—El problema de la esterilización.
- 5.º *Dr. Solla.*—Depilación diatérmica.
- 6.º *Dr. Cuesta.*—Virusterapia rábica a las algias tabéticas.
- 7.º *Dres. Tomé Bona, Escartín y Aliaga.*—Nota previa sobre el empleo de la terapéutica dermobiofiláctica.
- 8.º *Dres. R. Campos y S. Gallego Calatayud.*—Contribución al conocimiento de la terapéutica del linfogranuloma venéreo por el antígeno específico.
- 9.º *Dr. S. Gallego Calatayud.*—Una forma rara de acromia parasitaria: la acromia post-eritrasma.

Cursillos... ¿hasta cuándo?

Todavía está reciente el caso de los famosos cursillos *al por mayor* realizados en Zaragoza y comentados por nosotros en el artículo "4 × 6 = 24 (Pitágoras)", publicado en el número 949 de *La Voz Médica*, y cuyos detalles son tan sabrosos, que recomendamos su lectura a los compañeros que no los conozcan. Aún nos dejamos en el tintero algunos puntos muy graciosos. En aquellos cursillos no se exigía a los alumnos identificación de ninguna clase, ni para matricularse ni para la asistencia, de donde un modesto zapatero hubiera podido lograr una elevada puntuación sanitaria. Tan elevada cuando menos como un titular en veinticuatro años de ejercicio profesional, y mucho más todavía que un médico libre con cien epidemias a sus costillas.

Pues bien, ya se anuncian nuevos cursillos en la Facultad de Medicina de Zaragoza, en el *alma mater* de sus alumnos.

Esta vez se atan todos los cabos para que no nos podamos meter con ellos, como hicimos con los anteriores, y ahora se toman medidas como la de que el número de matriculados, con un máximo de 20, "no podrá ser ampliado por ninguna causa". De esta forma no podemos llamar a los profesores "beneméritos organizadores, que se sacrifican con un mayor esfuerzo personal, aumentando el número de alumnos", como irónicamente hicimos la otra vez.

También se exige la asistencia (¡ya es exigir!) como indispensable para presentarse a la prueba de aptitud (o de *actitud*, como escribía un ilustre Inspector provincial que padecimos en Zaragoza).

Además, y como medio de evitar acaparaciones, "serán preferidos los médicos que menor número de cursillos de esta clase hayan aprobado en esta Facultad".

Como se ve, estos cursillos son de una honradez acrisolada. ¡Bien, muy bien!

Pero ¡qué lástima! ¡A ver! Sí. Hay un parrafito en el anuncio..., ¡el más insignificante! Casi no llega a una línea, que viene a deslucir esa convocatoria tan limpia. He tapado con el dedo esa línea, y dicho anuncio me ha parecido precioso. Esa pequeña línea, ese parrafito dice: "Derechos de matrícula para cada cursillo, 50 pesetas."

¿No es una verdadera pena que por esa frase escue-

ta, sobre la que la convocatoria quiere pasar con el disimulo de un silbido, se estropee todo?

Nosotros intentaríamos convencer a los ilustres cateóricos organizadores de dichos cursillos que esas 50 pesetas cobradas a sus compañeros por sus explicaciones las cobrarán mejor a algún cliente de posición, entre los que visitan gratuitamente en sus clínicas oficiales, y que dadivosamente prodigarán sus sabias lecciones a sus compañeros sin cobrarles un solo céntimo.

Estudiando un poco el fondo del párrafo antedicho: "serán preferidos los médicos que menor número de cursillos de esta clase hayan aprobado en esta Facultad", sacamos otra triste consecuencia. Y es la de que, según sus organizadores, al alumno que haya asistido a un cursillo de "Higiene escolar", maldita la falta que le hace el conocer el "Estado actual de la terapéutica profiláctica y curativa de las infecciones". Esto o el que, admitiendo *en su seno* a los que hasta ahora no hicieron cursillos, se pretende hacerles callar la boca repartiéndolo la bicoca de los méritos entre todos para que todos quedemos contentos. Gracias.

Me vienen a la pluma unas frases que hemos recibido como adhesión a nuestra campaña de una de las más ilustres (ahora en serio) personalidades sanitarias de Zaragoza. Dicen así:

"No sé qué me da más asco: si la nula nobleza de los funcionarios sanitarios, que no vacilan en entregar certificados de aptitud a quien no los merece, o la falta de probidad y de compañerismo en sujetos que, por *disponer* méritos para utilizarlos en contra de aquellos licenciados que no han podido o no han querido abandonar su diaria labor. La verdadera labor.

"Contrista el ánimo ver cómo en las Facultades, en los Institutos de Higiene, Escuelas especiales y, en general, en todos aquellos sitios donde no debía haber sino alteza de miras, se vive a ras de tierra, y se buscan y codician puestos que habrían de reservarse para los que empiezan o para los necesitados."

Nosotros queremos poner bien patente a los incautos rurales que se dejaron engañar, soltando las pesetas para matricularse en los cursillos, que la ley de la oferta y la demanda ha logrado dar un bajón enorme al verdadero valor de la puntuación. Y ahora mismo, ¡para que se chinchén!, les ponen inconvenientes para aumentar sus méritos con nuevos cursillos, prefiriendo a cualquier *deconocido* médico que no haya aprobado ninguno, privándoles así de la morfina cuando ya les habían habituado a ella.

En nombre de nuestros adheridos, y con nuestras pesetas (si es que para entonces las tenemos), pensamos asistir al Congreso Nacional de Sanidad, para dejar oír nuestra voz rural contra éste y semejantes abusos intolerables.

Pero para todo esto y para que fructifiquen nuestros propósitos es preciso contar con el apoyo moral de todos los compañeros que deseen ver terminadas todas estas inmoralidades y arbitrariedades.

Nosotros entendemos que es el escalafón el mejor medio de conseguir nuestros deseos en la forma que explicamos en nuestro artículo de *La Voz Médica*, antes mencionado, y en otro titulado "¡Alerta, inspectores!", publicado en el número 4.188 de *EL SIGLO MÉDICO*. Y si es que veis otro medio más eficaz, proponedlo. Estad seguros de que si vamos todos unidos venceremos.

Así, pues, profesores aprovechados, daos prisa en organizar cursillos, porque si no vais a llegar tarde, y

ya no podréis dar el confite de unos puntos para hacer tragar la purga de vuestras explicaciones.

Esperamos de todos los rurales de España y, en general, de todo simpatizante con nuestras iniciativas, su adhesión por escrito enviada a nuestra residencia: Valderrobres (Teruel).

A. LOZANO BORROY.

Marzo, 1934.

¡¡CUMPLASE EL REGLAMENTO!!

Son incontables las brillantes plumas que han puesto en pública vergüenza esos "avisos" inmorales que aparecen en la Prensa profesional, advirtiendo a sus compañeros a que no pretendan tal y cual vacante por vía legal, puesto que se hallan ya cubiertas ilegalmente por el sistema de acaparar las *iguales* y hacer imposible la vida al verdadero titular.

Sólo me propongo hoy aclarar una duda que existe entre algunos compañeros, que creen que no tenemos en *todos* los Colegios Médicos *medios sobradísimos* para quitar de raíz ese incalificable egoísmo de los autores de los "avisos".

En efecto, cada Colegio Médico de España tiene su reglamento, que en su artículo 1.º dice que su objeto es acomodar la vida del Colegio a las disposiciones emanadas de los Estatutos, promulgados por Real decreto del Ministerio de la Gobernación de 27 de enero de 1930. Este reglamento, a su vez, está informado *favorablemente* por el Consejo general de los Colegios de Madrid, bajo la presidencia del Dr. Pérez Mateos, y *aprobado* por el Gobierno civil de la provincia respectiva.

Pues bien, con este reglamento en la mano no tenemos necesidad de consignar más artículos sobre el particular, que bien claro dice en su artículo 4.º que es *obligatoria la colegiación*.

Todo colegiado tiene el deber de cumplir los acuerdos y determinaciones de la Junta de Gobierno de su Colegio respectivo. (Art. 15.)

Todo colegiado debe informar al Colegio las condiciones que reune cualquiera plaza que haya ocupado, el cargo al que aspire o que le fuere adjudicado. (Art. 24.)

Las diferencias entre compañeros colegiados las someterán para su resolución a la Junta de Gobierno. (Artículo 26.)

La Junta de Gobierno tiene la facultad de imponer las correcciones que establece este reglamento. (Art. 62.)

Las correcciones disciplinarias son desde la amonestación privada, luego la pública, imposiciones de multas de 25, 100, 500, 1.000 y 2.500 pesetas, y hasta la suspensión en el ejercicio profesional.

Por lo tanto, cada Colegio Médico debe cumplir y hacer cumplir su reglamento interior, interesándose, según frase del Dr. Albareda, en que no se burle la ley tan descaradamente, y en indicar a los colegiados "avisadores" que atemperen su ritmo al paso que el reglamento les señala, dejando franca la entrada al concursante que *legítimamente* ganó la plaza con derecho a... *vivir decorosamente*, que es lo *menos* que puede exigir un Inspector municipal de Sanidad para cumplir debidamente su sacratísima misión y suprema ley de amparar la Sanidad de la Patria.

GUIREGUMA.

Marzo, 1934.

REMITIDO

A TODOS LOS MÉDICOS DE ESPAÑA

Compañeros: La vida de los médicos se ha hecho imposible; en el ánimo de todos está nuestro malestar económico. Los Poderes públicos apenas se ocupan de las necesidades de los médicos, mientras éstos sufren callada y resignadamente las apetencias de las demás actividades de la vida social. Hora es ya de que termine este estado de cosas, de que se nos oiga y, sobre todo, de que se nos atienda.

El medio para ello reside en la cohesión firme y en la asociación aglutinada de nuestra clase, que debe dejar para siempre su sistema individualista.

El público pudiente acudiendo a las consultas públicas gratuitas; las sociedades de asistencia médica, mal llamadas benéficas, acaparando el desarrollo de la actividad profesional en todas las clases sociales; algunos compañeros acumulando cargos, que reconocemos están mal retribuidos en su mayoría; las Facultades produciendo médicos en cantidades excesivas para las necesidades del país, todos estos factores contribuyen a crear nos mil dificultades, rebajando nuestra profesión a un nivel de penuria indescriptible.

Si a esto se añade la posible próxima implantación del Seguro de Enfermedad, quizá con las mismas características de explotación industrial espoleadora del elemento médico que las del Seguro de Maternidad, nuestra clase profesional se verá reducida a una colección de mendigos.

Por ello, se ha constituido la UNION DE DEFENSA MEDICA, entidad estrictamente apolítica, que viene llena de anhelo generoso, con ardor juvenil, con impulso arrollador, a luchar por el mejoramiento moral y económico de nuestra clase tan vilipendiada, a buscar el resurgimiento del prestigio del médico.

Los Colegios de Médicos, que han hecho labor benemérita en este sentido, por su carácter oficial que les obliga a seguir tantos trámites burocráticos y jerárquicos, tropiezan, en la ejecución de sus resoluciones, con grandes dificultades.

Así, pretendimos al crear la U. D. M. obligar a la masa médica general a tomar parte activa y directa en el juego profesional. El éxito va coronando nuestro esfuerzo; a los dos meses de existencia ya contamos con 500 asociados en Madrid.

Los sufridos médicos rurales hallarán en nosotros la ayuda precisa para sus anhelos de librarse de una vez de la dependencia de los caciques locales que actualmente sufren.

Invitamos a los estudiantes de Medicina a que piensen en nuestros problemas y vean si no les sería más conveniente, en vez de mostrarse divididos en pequeñas sociedades o partidos, unirse, pensando en su porvenir profesional, en el que, si no se remedia, cosecharán sólo desengaños y desilusiones.

A todos, pues, altos y bajos, os pedimos que os inscribáis en nuestra U. D. M. A éstos, porque les será imprescindible para la vida, y a aquéllos, por la obligación moral que tienen de acudir en apoyo del compañero.

Médicos españoles: sintámonos hermanos y unámonos

para resolver juntos los difíciles problemas que nos apremian.

EL COMITÉ DE UNIÓN DE DEFENSA MÉDICA.

Para inscribirse: Unión de Defensa Médica, Esparteros, 9, Madrid.

Colegio Oficial de Médicos de Madrid

RENOVACIÓN REGLAMENTARIA DE LA JUNTA DE GOBIERNO

En cumplimiento de lo que dispone el artículo 48 del Reglamento vigente de este Colegio Oficial de Médicos, se acordó por la Junta general celebrada el día 14 de diciembre de 1931 el agrupamiento de los colegiados en 12 sectores profesionales, cada uno de los cuales había de elegir un vocal, que representará a la Junta de Gobierno en cada Sector.

Celebradas las elecciones para la designación de dicha Junta de Gobierno, pudieron observarse algunas anomalías, no sólo en la agrupación de los Sectores profesionales, sino en la facilidad de cambiar de Sector, ya que esta circunstancia no estaba reglada ni condicionada ni en el Reglamento ni en el proyecto aprobado por la Junta general; por lo que ésta aprobó las siguientes normas:

1.^a Ratificar la estructuración acordada por la Junta general en 14 de diciembre de 1931, de la que se acompaña adjunto ejemplar.

2.^a Requerir a los señores colegiados para que rectifiquen su inscripción en el Sector que deseen figurar, exponiendo en el tablón de anuncios una lista especificando el Sector en que actualmente figuran.

3.^a Que los cambios de uno a otro Sector se hagan constar treinta días antes de cada período electoral, no autorizándose de manera alguna otros cambios que los hechos en la fecha citada.

4.^a No se autorizará, bajo pretexto alguno, a los señores colegiados para que voten en Sector distinto a aquel en que figuren inscritos.

Correspondiendo efectuar la primera renovación reglamentaria de la Junta actual en la segunda quincena de mayo próximo, le incluyo un impreso para que pueda conocer la división de Sectores y rectifique su inclusión, si ya la tuviera formulada, con arreglo a lo dispuesto en la base 2.^a, o bien la solicite si aún no lo hubiera hecho, significándole que el plazo de admisión de inclusiones en los Sectores o modificación de los ya existentes termina el día 15 de abril próximo, pasada cuya fecha no se podrá realizar, de conformidad con el acuerdo de la Junta general que queda transcrito.—Madrid, 20 de marzo de 1934.—Juan Fernández Pérez, secretario.—V.º B.º: Antonio Pigra, presidente.

VII Congreso Internacional de Accidentes y Enfermedades del Trabajo

(Bruselas, 1935.)

El VII Congreso Internacional de Accidentes y Enfermedades del Trabajo se celebrará en julio de 1935, en Bruselas, bajo la presidencia del Dr. Glibert.

Tiene por fin coordinar los trabajos de la Comisión

Permanente de Accidentes del Trabajo con aquellos de la Comisión Internacional permanente para la Medicina del Trabajo.

Los trabajos del Congreso se presentarán en forma de ponencias oficiales y comunicaciones libres, distribuidos de la siguiente manera:

Sección A: CIRUGÍA.

I. *Consecuencias lejanas de los traumatismos del cráneo.*

- Etiología y sintomatología: Dr. Symonds (Londres).
- Anatomía patológica: Dr. Arnaud (Marsella).
- Diagnóstico, pronóstico y evaluación: Dr. Lipkens (Bruselas).
- Tratamiento: Dres. Oller (Madrid) y Paul Martin (Bruselas).

II. *Traumatismos de la mano y de los dedos.*

- Tratamiento inmediato de las heridas de la mano y de los dedos: Dres. Neuman (Bruselas) y Bohler (Viena).
- Complicaciones infecciosas de estas heridas: Doctores Yersin (Génova) y Buzello (Grunswald).
- Operaciones reparadoras después de estos traumatismos: Dres. Lenormant (París) e Yselin (París).
- Secuelas tróficas y dolorosas: Dres. Leriche y Fontaine (Lyon) y Magnus (Bochun).
- Peritaje de las heridas de las manos y de los dedos: Dres. Imbert y Paoli (Marsella) y Gyselynck (Bruselas).

Sección B: ENFERMEDADES PROFESIONALES.

I. *La lucha contra los polvos industriales.*

- ¿Cómo captar y examinar los polvos en vista de su medida y de su numeración?: Dres. Middleton (Londres) y Bordas (París).
- ¿Cuál es el valor comparado de los diferentes medios de lucha contra los polvos industriales en suspensión en el aire?: Dres. Deladriere (Bruselas) y Boerma (La Haya).
- ¿Cuál son los criterios para la selección ante la amenaza de los sujetos expuestos a los polvos peligrosos?: Dres. Etienne Martin (Lyon), Teleky (Düsseldorf) y St. Ernberg (Viena).
- ¿Cuál son los primeros signos de alarma indicando una intolerancia en la ocupación peligrosa?: Dres. Policarde (Lyon) y De Nat (Obour les Mons).

II. *Acción patológica de los gases escapándose de los filones de grisú.*

La inhalación repetida de gas escapándose de los filones de grisú, ¿tiene una acción patológica?

- ¿Cuál es la naturaleza del gas escapándose de los filones de grisú? Su hallazgo y su prevención: Sres. Breyre (Paturages), Leprince Ringuet (París) y Dr. Mund (Lovaina).
- ¿Cuál son los efectos fisiológicos y patológicos del gas?: Dres. Sayers (Washington), Flury (Wurzberg), Henderson (New Haven) y Hautain (Fontaine l'Eveque).

Sección C: MIXTA.

I. *Manifestaciones objetivas del dolor.*

- Psicofisiología del dolor: Dr. Biondi (Siena).

- b) Las alteraciones patológicas del sentido del dolor: Dr. Crouzon (París).
 c) El diagnóstico objetivo del dolor en los traumatizados: Dr. De Laet (Bruselas).

II. Electricidad.

- a) Trastornos patológicos debidos a la electricidad: Dr. Aiello (Milán).
 b) Higiene eléctrica: Dr. Jellinck (Viena).
 c) Anatomía patológica: Dr. Von Mayenburg (Zurich).
 d) Heridas eléctricas: Dr. Stassen (Montagnee).

Para toda información dirigirse al secretario general del Congreso, Dr. Leo Dejardin, 23, rue de Commerce, Bruselas, o al Comité de Propaganda Español, integrado por los señores siguientes:

- Prof. A. Oller (Madrid), presidente.
 Prof. Lozano (Zaragoza).
 Dr. García Tornel (Barcelona).
 Dr. López Trigo (Valencia).
 Dr. Martín Vivaldi (Granada).
 Dr. Monso (Bilbao).
 Dr. Jordana (Zaragoza).
 Dr. Vicente de Andrés Bueno (Valladolid).
 Dr. Tovar (Madrid).
 Dr. Bordona (Madrid), secretario.
 Clínica del Trabajo: avenida de Pablo Iglesias, 19, Madrid.

Instituto de Medicina Tropical, Hamburgo

Como en los años anteriores, el Instituto de Medicina Tropical, de Hamburgo, organiza, para el mes de agosto de 1934, un curso para médicos extranjeros, que se explicará en idioma español. Dicho curso constará de cuatro secciones:

- 1.ª Medicina tropical y Parasitología médica.
- 2.ª Análisis clínicoquímicos.
- 3.ª Demostraciones histopatológicas.
- 4.ª Naturaleza y cultivo del virus filtrante.

Otros detalles, precios e informaciones pueden solicitarse del Centro Germano-Español, Zurbano, 34, Madrid.

GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 709,0; ídem mínima, 699,3; temperatura máxima, 14°; ídem mínima, 0,2°; vientos dominantes, NE., N. y NO.

El alivio de los procesos respiratorios agudos y crónicos se mantiene, pero han aumentado las molestias de los enfermos del aparato digestivo: ardores, dolores, hemorragias.

En los niños, además de las bronquitis agudas y bronconeumonías, ha habido anginas y colitis. Estas últimas han atacado, sobre todo, a los de uno a cuatro años, y han mostrado tanta mayor gravedad cuanto menor fuese la edad del enfermo. Han coincidido la mayoría de estas enfermedades de los niños, no obstante su índole muy diversa, en ir acompañadas de una anorexia muy difícil de vencer.

CRONICAS

Necrología.—El día 17 de marzo ha fallecido nuestro muy querido compañero el Dr. D. José Dorrego Muñoz. Contaba el finado ochenta y cinco años de edad y fué durante toda su vida profesional un verdadero modelo de médico, honrado y laborioso, lleno de espíritu, de justicia y abnegación, que alcanzó el más alto premio que en la vida puede alcanzarse, cual es el unánime aprecio de compañeros y clientes. El Dr. Dorrego Muñoz fué siempre un buen amigo de esta casa; durante muchos años le unió con el Dr. Cortezo una constante relación de amistad sincera y cordial. EL SIGLO MEDICO quiere hacer manifestación en estas líneas del profundo dolor que le causa la muerte de D. José Dorrego y envía desde aquí a su esposa, doña Carmen Rodríguez, y a sus hijos Alejandro, Pedro, Purificación y César un testimonio de condolencia y la seguridad de que tendrán presente el recuerdo del buen amigo en todas sus oraciones.

Cursillo de análisis clínicos (orina, contenido gástrico, esputos, sangre, líquido cefalorraquídeo, exudados, etc., etcétera).—Dará comienzo en el Laboratorio del Dr. Maestre Ibáñez. Paseo del Prado, 12, Madrid, el día 16 de abril, para terminar el último de mayo. Las enseñanzas son exclusivamente prácticas, realizando las operaciones analíticas cuantas veces sean necesarias para imponerse en ellas, y disponiendo cada dos alumnos del material preciso, incluso de un microscopio, y de su mesa correspondiente de trabajo.

Las preparaciones microscópicas que cada cual obtiene quedan de su propiedad, reuniendo de este modo una colección muy completa.

El programa y cuantos datos interesan los facilitarán en dicho Laboratorio.

Médico sustituto se ofrece a compañero o pueblo donde no haya médico. Dirigirse a D. Manuel Martínez. Santo Domingo de la Calzada (Logroño).

Ocasión.—Se vende un microscopio de viaje con objetivos 3, 6 inmersión 1/12. Teléfono 44531. Madrid.

Efetonina Merck.—Con el presente número acompañamos un interesante prospecto de **Efetonina Merck** (la Adrenalina sustituida ventajosamente) y **Eucodal Merck** (supera a la morfina), cuya lectura recomendamos. Productos Químicos Farmacéuticos, S. A. Apartado 724. Barcelona. E. Merck. Darmstadt (Alemania).

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.

BARDANOL

Compuesta de extracto de raíces de LAPPA MAJOR L. y Estafío coloidal.

Laboratorio Gamir, San Fernando, 34. - Valencia.

BOLAÑOS Y AGUILAR • Talleres Gráficos • Altamirano, 50 MADRID

Jugo de carne Valentine's

El mejor alimento para convalecientes el
JUGO VALENTINE'S



El mejor jugo de carne el
VALENTINE'S

Los médicos lo emplean en los Hospitales, en sus clínicas particulares y aun en sí mismos cuando ven que el organismo necesita reponerse. Esto demuestra la fe que tienen en el poder vital de dicho preparado, pues aumenta las fuerzas decaídas cuando los órganos digestivos se han debilitado. Es el mejor alimento.

DR. JULIAN CALLEJA, presidente de la Real Academia de Medicina de Madrid (España): "Tengo una gran satisfacción en informarles que considero el JUGO VALENTINE'S como un poder de gran superioridad para vigorizar el sistema nervioso, por lo cual yo mismo lo empleo en mí y lo prescribo a mis enfermos."

JOHN TANNER M. D. LL. D., médico decano en el dispensario general Farringdon, para enfermedades de mujeres y niños, Londres (Inglaterra): "En los casos de flujos y hemorragias de todas clases, fiebres, formas graves de neumonía y extenuación extremada, cuando el estómago se niega a retener otras preparaciones ordinarias, es cuando el JUGO VALENTINE'S obra como una verdadera maravilla. No puedo hablar en términos más altos de este preparado, puesto que he podido apreciar sus inmensas ventajas en el tratamiento de los más serios y delicados casos que están bajo mi cuidado."

De venta en farmacias y droguerías en Europa y América
VALENTINE'S MEAT-JUICE Co.

RICHMOND, VIRGINIA, U. S. A.

Los señores médicos pueden pedir folletos conteniendo testimonios clínicos

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

TRATAMIENTO EFICAZ

REUMATISMO

YODOVISAL

Salicilato sosa
YODURO potasa

ESQUIZOFRENIA

MANGAN - ARSENILO

Cacodilato de manganeso-Cacodilato de sosa

Muestras y literatura:

D. FENOLLOSA
PAZ, 26 VALENCIA

Balneario de Carlos III TRILLO

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

Médico-director en propiedad: Excelentísimo señor don
VICTOR M.ª CORTEZO

Nervios. - Reuma. - Escrófula. - Piel
Deliciosa estación de verano. - Gran parque y monte

Clima de montaña, 780 metros

Servicio directo desde Madrid en tres horas.

Informes y folletos:

HOTEL LEONES DE ORO, Carmen, 30, Madrid

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. izqd.

¡Cuidado! Pedid el DEYEN pues hay imitaciones

ESTAFETA DE PARTIDOS

Se advierte a los compañeros que piensen solicitar la titular de Acehuche (Cáceres), vacante por nueva creación, ejerce, además del titular, otro médico, desde hace tres años, que tiene contratadas las iguales, desempeñando interinamente la plaza, y la solicita. Pidan informes al Ayuntamiento. La estación más próxima, 32 kilómetros. Malas vías de comunicación (15.040).

—Se permuta partido médico de cuarta categoría; asciende el igualatorio a 6.000 pesetas, más 1.650 de titular. Lugar a 90 kilómetros de Madrid, buenas vías de comunicación, por otro de igual categoría en las provincias de Madrid o Guadalajara. Para más detalles dirigirse a don Lorenzo Agudo, Auñón (Guadalajara).

—Se pone en conocimiento de todos los compañeros que piensen solicitar la vacante de Olmillos de Castro y sus anejos, ejerce un compañero que tiene contratadas todas las iguales por seis años.

AGUAS MINERALES NATURALES DE CARABANÑA

« LA FAVORITA »

PURGANTES \rightsquigarrow DEPURATIVAS \rightsquigarrow ANTIBILIOSAS \rightsquigarrow ANTIHERPETICAS

PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI

≈ ≈ MADRID ≈ ≈

¿Usa usted gafas?

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

«Puntual Cuyás»

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

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

«Luxtal»

que absorben los rayos infrarrojos sin colorear las imágenes.

SE FABRICAN EN TODAS LAS GRADUACIONES

PIDA FOLLETOS EXPLICATIVOS A TODOS LOS OPTICOS DE ESPAÑA

Antiasmático poderoso

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRUNQUIALES

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.

ULTIMOS INVENTOS

en APARATOS DIAGNOSTICOS de PRECISION para explorar todas las cavidades (OTOSCOPIOS, OFTALMOSCOPIOS, etc.) APARATOS para medir PRESION ARTERIAL. TRANSFUSION SANGRE. PNEUMO-THORAX, etc.

Pida usted folleto descriptivo:

LABORATORIOS U. V. Apartado 331. SEVILLA

Indicaciones del FORCEPS y técnica operatoria del mismo

Primeros párrafos del Prólogo de D. P. RAMON Y CAJAL

«Incompetente para hacer del libro meritísimo del Dr. Pons, titulado «Indicaciones del forceps y técnica operatoria del mismo», una crítica circunstanciada y digna, me contraeré a manifestar que, sin hipérbole alguna, reputo dicha obra como la más sencilla, completa y práctica que se ha publicado hasta ahora sobre tan interesante argumento.

Aunque el autor anuncia en el corto proemio que precede a su disertación que su propósito se reduce a realizar una labor meramente recopiladora, el lector se convencerá pronto de que el Dr. Pons ha logrado realizar más altos objetivos, puesto que, en bastantes ocasiones, su obra aparece realizada por conceptos originales y oxornada también con atinados juicios y felices comentarios.»

Para opositar a las vacantes que se anuncian por OPOSICIÓN

EL SIGLO MÉDICO

tiene editado 4 tomos que responden a las 4 partes de que consta el PROGRAMA

MEDICINA • CIRUGÍA • HIGIENE
• LEGISLACIÓN SANITARIA •

vez aparecieron las características de las hembras. Después les fué administrada una preparación del "Agnus castus", y volvieron a la esterilidad inmediatamente. Durante estos ensayos con las ratas usamos para control el Allan-Doisy Test. Quedó establecido que la planta "Agnus castus" contiene un principio que es antisexual en su acción fisiológica, por lo que le fué dado el nombre de "hormona antisexual". Otras plantas manifiestan estas características, especialmente la azucena tigrina ("Lilium tigrinum"). Es probable que, mediante una adecuada experimentación clínica, pueda compro-

AFECCIONES DEL GRUPO ARTRITICO H I V E R I C A

Muestras y literatura

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

barse el valor de las hormonas de estas dos plantas, para usarlas ventajosamente en trastornos sexuales.

Después nuestras investigaciones tuvieron por objeto el estudio de las substancias de las plantas capaces de curar las heridas de las plantas. Primero se pensó que estas substancias serían resinosas y peculiares a las plantas; un detenido examen demostró que no todas las plantas son igualmente eficaces para producir substancias curativas. Se ha demostrado experimentalmente que las plantas que tienen hojas carnosas, espesas, contienen en abundancia el principio curativo de las heridas. Algunas plantas, como la Calanchoe, cuando se cortan o aplastan, exudan un líquido que cubre completamente la herida. Si observamos cuidadosamente esta herida, veremos desarrollarse en ella un proceso similar al de la granulación en las heridas de los animales. Estas plantas fueron después tratadas con medicamentos en forma farmacéutica corriente, y especialmente en forma homeopática. Se hicieron ungüentos a base de lanolina, vaselina y también mixturas de vaselina. Además, preparamos una forma especial de plantas en polvo, a la que hemos dado el nombre registrado de "Teep". Para distinguir esta preparación de otras de la serie "Teep", la llamamos "Hormona

Inapetencia, Anemia, Debilidad

VINO MADARIAGA, tónico-fosfatado

Teep para heridas". Los ensayos se hicieron, como en los casos precedentes, primero sobre las plantas y después sobre los animales. Si se quiere obtener la rápida granulación de una herida, no se debe aplicar sobre ella preparaciones de hormona para heridas en forma de ungüentos, ni con

base de lanolina, sino en forma de polvos, con preferencia polvos "Teep".

En este caso, como en el de las hormonas sexuales, se pensó en el principio antagónico, y se encontró. La planta es "Viscum album", el muérdago común. Este fué conocido de las antiguas tribus germanas, que le atribuían propiedades muy mortíferas, como la referencia hecha en el Saga de la muerte del Dios Sol o Dios de la Vida, el cual murió herido por una flecha impregnada de muérdago. El muérdago es una planta parásita que crece en las heridas de la corteza de los árboles. El roble trata de cerrar la herida segregando un principio curativo (hormona); pero el muérdago, cuya existencia depende de la herida abierta, segrega un contraprin cipio, u "hormona antigranulativa" del muérdago produce el mismo efecto en las heridas de varias plantas. En los animales, si la herida no sangra, rehúsa curar durante todo el tiempo que esté presente en ella el principio activo del muérdago. En las heridas

BENZOFORMINA PRODUCE FORMOL Y DESINFECTA ORGANISMO

recientes no se coagula la sangre cuando están bajo la acción de esta hormona.

Siguiendo nuestro plan, no hemos intentado aislar esta hormona en estado de pureza, sino que se han hecho tinturas con las plantas frescas, estrictamente de acuerdo con los principios homeopáticos. Además, la extracción del principio activo se hizo macerando la planta fresca en aceite, en ciertos casos.

Después hemos hecho investigaciones para conocer las reacciones a las drogas del sistema vascular de los vegetales. Y hemos visto en nuestras experiencias que la presión vascular y osmótica de una planta puede ser alterada por la presencia de ciertas drogas. Citaremos como ejemplo el siguiente: cuando un centímetro cúbico de solución de adrenalina 6.^a X (o sea al 1/1.000.000) se añade al agua de la vasija que contenga las raíces y el tallo cortado hasta la mitad de una planta y ponemos en la cima de este tallo un tubo en forma de U, cuya base se ha llenado de mercurio, la adrenalina ocasiona inmediatamente una alteración en la presión de la savia, que es registrada por la alteración del nivel del mercurio en los brazos del tubo en U. Por una serie de ensayos se comprobó que las drogas capaces de alterar la presión sanguí-

nea en los animales actúan de un modo semejante sobre la presión de la savia en el sistema vascular de las plantas.

A la vez que estos experimentos, se hicieron otros con plantas que manifiestan una temperatura interna muy alta. La temperatura fué cuidadosamente determinada por medio de un instrumento de gran sensibilidad, construido para medir a la vez el calor interno y externo, y se pudo apreciar en una ocasión que el calor interno de una planta difería en 30° de la temperatura atmosférica. Y se ha comprobado en personas que padecían

Antiséptico Glorógeno Lumen

Muestras gratis.

Centro Farmacéutico Jienense.
Apartado 22.—Jaén.

fiebre que al tomar preparaciones de estas plantas manifestaban una notable resistencia a las altas temperaturas, y el pronóstico de tales casos es más favorable que cuando no se emplean estas preparaciones.

En conclusión: el trabajo realizado este año no es más que un preliminar del vasto e inexplorado campo de investigación de las hormonas de las plantas. Lo que se ha conseguido establecer es la identidad de los principios vitales de las hormonas de los animales y de las plantas en los casos en que anteriormente sólo se han usado hormonas de origen animal.

¿Por qué somos médicos?

(Traducido y adaptado por J. H. S.)

He aquí la traducción más fiel que hemos logrado de las hermosas palabras del eminente médico belga De Beckers, a este respecto pronunciadas durante un brindis del banquete de fin de año de la revista francesa "Concurs Médical", y en la que éste llevó la voz representando al cuerpo médico belga y a su revista "Bruxelles Médical":

"¡Médicos!

¿Por qué somos médicos? Porque amamos la vida, ya que en nuestra profesión la vida es bella, tanto para gastarla como para defenderla.

CARABAÑA: el mejor purgante

¿Por qué somos médicos? Porque amamos la batalla diaria y todos los obstáculos por que todos los días hay que atravesar; no está todo en luchar contra la enfermedad, hay que hacerlo también contra la desesperanza, el odio y la mentira.

¿Por qué somos médicos? Por orgu-

TERTULIA MEDICA

I

ADVERTENCIA

llo. El orgullo de una pesada responsabilidad y el orgullo de ser guía en la desventura, el orgullo del deber, el de la confianza en sí y el mayor orgullo del vencedor.

¿Por qué somos médicos? Por egoísmo. ¿O es que no hemos encontrado en nuestra carrera los días más bellos y alegres de toda nuestra vida?

SOLUCION REICHENBACH

BALSAMICA, CON TIOCOL,
BENZOATO SODICO Y DIO-
NINA

J. DOMINGO CHURTÓ
C. Libertad, 14.—BARCELONA

¿Por qué somos médicos? Porque la Medicina es un arte personal y particular, a veces duro y difícil, deceptivo algunas, pero que ilumina maravillosamente la luz que se esfuerza por esparcir.

¿Por qué estamos orgullosos de ser médicos? Porque hemos comprendido que nada es más puro que el buscar la verdad y nada más grande que alcanzar su ideal.

Y este médico que queremos ser, éste pronto no existirá ya más, se me aparece con este ideal de verdad, de justicia y de bondad, del cual sois vosotros con honor, señores directores del "Concurs Médical", el vivo y emocional reflejo."

EL RICINO

Estudio histórico-científico

Por V. M. OVALLES

PRIMERA PARTE

MOTIVOS DE ESTE TRABAJO

Ningún remedio moderno, sin excepción del "606" y el clorhidrato de eme-

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

tina, ha tenido el privilegio de despertar entre nosotros una oleada de entusiasmo tan grande como ese viejo fármaco a quien el Padre de la Medicina llamaba "aceite de kiki" o "kikino".

Verdad es que en Caracas no se había presentado una epidemia de tal magnitud como la que azotó a los caraqueños a fines de 1918, ni un joven galeno con tal firmeza de convicciones para encajar una verdad en la mente del pueblo, como el Dr. Aarón Benchetrit.

De modo que hay que considerarle, en justicia, como el campeón del *Oleum Ricini*, y a popularizar, si cabe, los méritos del "kiki" tienden las presentes líneas.

Empezaremos con una advertencia importante.

En Venezuela se conoce, impropia-mente, con el nombre de tártago el ricino. El tártago es el *Euphorbia lathyris*, L., de la misma familia de las Euforbiáceas a que pertenece aquél, y produce un aceite tan activo, que se administra en dosis de cinco a quince gotas, como purgante, poseyendo, además, propiedades rubefacientes.

Convendría que los médicos y farmacéuticos no usaran semejante denominación, desde luego que no figura en ninguna farmacopea, a excepción de la venezolana, con semejante nombre.

II

PROCEDENCIA

El ricino crece espontáneo en la India, Africa y América; se le cultiva mucho en el sur de Francia y de Espa-



ña, y hoy se halla aclimatado en casi todos los lugares del globo.

En los países cálidos se desarrolla tanto, que adquiere proporciones de árbol.

Cultivado el ricino en un área tan inmensa, presenta multitud de variedades, que algunos consideran como especies, muchas de las cuales son resultado de circunstancias especiales de cultivo.

He aquí las principales de esas variedades o especies.

Ricino verde (*Ricinus viridis*, Desp.)
Ricino inerme (*Ricinus inermis*, Jacq.)
Ricino de adorno (*Ricinus speciosus*, Burm.)

Ricino de hojas enteras (*R. integrifolius*, W.)

Ricino lampiño (*R. glaber*, Moris.)
Ricino armado (*R. armatus*, Andr.) Etcétera.

Pero en este estudio me referiré únicamente al *Ricinus communis*, de Linné.

III

HISTORIA

Se conoce el ricino desde la más remota antigüedad: la Biblia lo menciona y figura en las narraciones de Herodoto; Hipócrates, Teófrasto y Dioscórides le describieron con el nombre de "kiki" y dijeron que se encontraba en Egipto y en España, indicando también el método de extraer el aceite de las semillas, del cual se hacía uso en su época para el alumbrado y como purgante.

Plinio dice que los romanos llamaban a la planta *Ricinus* por la semejanza que tienen las semillas con las garrapatas de los perros, las cuales se denominaban así en latín; e indicó el modo de extraer dicho aceite en las costas de España, el cual consistía en hervir las semillas con agua, que es exactamente el mismo método que se emplea en Venezuela...

Caillaud cree que entre los egipcios

IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico
BALDACCI - PISA

debió gozar el ricino de una estimación especial, y asegura haber encontrado sus semillas en muchos sarcófagos que cuentan más de cuatro mil años.

El aceite de ricino (*Oleum ricini*) se llama también aceite de higuera, aceite de kerva, aceite de castor, aceite de Palma-Christi, etc.

Se le dió este último nombre a causa de que sus hojas son palmeadas: los cinco lóbulos de la hoja semejan los cinco dedos, y la parte superior del limbo, la palma de la mano, adoptándose la de Cristo para darle mayor importancia al vegetal.

En cuanto al nombre de aceite de castor (*Castor oil*), dado por los ingleses, se origina de que antes lo importaban del Canadá, y se decía entonces que era producto de los mencionados roedores.

"Aun cuando ha muchos siglos que se conoce la acción purgante de las semillas del ricino, dice Trouseau, sin embargo, no las administraban los médicos, porque las creían venenosas. Hacia el año 1767 fué cuando se imaginó extraer el aceite de estas semillas y emplearle como purgante. (Cauvane's, *Dissertation on the oleum palmae christi, seu oleum ricini, or (as it is commonly called) Castor oil, its uses, etc.*, 2.ª edición, 1769.)



Sin embargo, no fué conocido en Europa hasta después de publicada la versión francesa, hecha por Hamart de la Chapelle, 1777, de la obra de Cauvane, y las investigaciones de Odier, de Ginebra, insertas en el tomo XLIX del antiguo *Journal de Médecine*.

"El célebre químico - farmacéutico Proust, dice Gregoire en su *Dicc. Enciclopédico de Historia*, etc., descubrió en España el aceite de ricino o palma-christi en 1799, en el rico laboratorio que le montó allí el rey Carlos IV."

(Continúa.)

la reacción de estos focos, que debe ser alcalina, efecto de los gases que se producen durante la putrefacción, y ello es así porque en algunos casos el desarrollo de gajos en el estómago de los cadáveres provoca un reflujio de los restos alimenticios que se encontraron en los mismos, por el esófago a los bronquios, y allí se desarrollan procesos de putrefacción postmortales, que originan cavidades semejante a la descrita. La presencia de restos alimenticios en la caverna producida por esta invasión cadavérica acabará de explicar el origen de la misma, porque cuando el proceso se ha producido en vida, aunque sea por la invasión de substancias alimenticias en el árbol bronquial, se hallan dichas substancias alteradas cuando se llega a poder hacer la autopsia, que no es posible reconocerlas.

La gangrena pulmonar suele ser la consecuencia de otros procesos, de modo que muchas veces se presentan sus primeros síntomas agravando a estos otros. Pero otras veces se manifiesta de una manera bastante destacada, de forma que se puede dividir su evolución en dos períodos: el neumónico tóxico y el de abertura del foco. En los diabéticos, ya lo dijimos, es fácil que el proceso persista algún tiempo latente. La iniciación del proceso es semejante al de una neumonía; pero desde el primer momento llama la atención la violencia del dolor y la gravedad de los síntomas tóxicos generales. La cara se presenta ansiosa, el enfermo tiene sudores profusos, delirio, estado tífico. La tos provoca una expectoración que no tiene aspecto característico. La exploración del pulmón tampoco da todavía síntomas característicos del proceso que se está desarrollando. Pero de repente se abre el foco en los bronquios o en la pleura, y entonces cambia el cuadro de una manera repentina. El caso más frecuente es el de la perforación en la pleura. El enfermo presenta síntomas agudos de neumotórax, que llegan en ocasiones a producirle la muerte por asfixia si no se interviene; en caso de que salve este período, se produce un derramamiento de los gases que se encuentran en el espacio pleural, que debe ser alcalina, efecto de los gases que se producen durante la putrefacción, y ello es así porque en algunos casos el desarrollo de gajos en el estómago de los cadáveres provoca un reflujio de los restos alimenticios que se encontraron en los mismos, por el esófago a los bronquios, y allí se desarrollan procesos de putrefacción postmortales, que originan cavidades semejante a la descrita. La presencia de restos alimenticios en la caverna producida por esta invasión cadavérica acabará de explicar el origen de la misma, porque cuando el proceso se ha producido en vida, aunque sea por la invasión de substancias alimenticias en el árbol bronquial, se hallan dichas substancias alteradas cuando se llega a poder hacer la autopsia, que no es posible reconocerlas.

varios de esos recursos ya hemos dicho que están contraindicados cuando tales síntomas adquirieren preponderancia. Aun en los demás casos se encontrarán muchos enfermos en quienes la escasa eficacia de los repetidos recursos obligará a suspender el tratamiento mecánico.

En cuanto al tratamiento medicamentoso, no le hay contra el enfisema en sí, pero le hay, y es obvio que ha de emplearse contra la bronquitis crónica, acompañante y causante del enfisema, y contra el desfallecimiento del corazón. Si los enfermos tienen accesos de asma, no se olvide que al principio se puede tratar de accesos de asma bronquial, que acaban por determinar el enfisema, pero que más tarde serán de asma cardíaco. Se aplicarán los tónicos y estimulantes cardíacos, los derivativos y, como último recurso de alivio, el opio y sus derivados, así como otros narcóticos.

Gangrena pulmonar.—Es una enfermedad más frecuente en el hombre que en la mujer, y más en los adultos que en los niños. Se produce cuando los gérmenes de la putrefacción se ponen en contacto con el tejido del pulmón. Favorecen la producción de esta enfermedad todas las causas de debilitación general del organismo; de modo que esta enfermedad solamente por excepción ataca a los que se encuentran libres de toda tara anterior. Todo cuanto altera la vitalidad y la resistencia del pulmón favorece la localización de la gangrena pulmonar, por ejemplo, las infecciones y los traumatismos, la acción de los gases tóxicos. Los gérmenes de la putrefacción llegan al pulmón corrientemente por las vías aéreas; algunas veces por contigüidad desde un órgano inmediato, por ejemplo, en los cánceres ulcerados del esófago, y otras por vía circulatoria. La causa más frecuente del desarrollo de la gangrena pulmonar en personas que hasta entonces se encontraban sanas es la inhalación de partículas de alimentos que llevan gérmenes o que entran en putrefacción una vez que se encuentran en las vías respiratorias. Este fenómeno es corriente en

los alienados y en los casos de parálisis labioglosolarin-gea. Lo más corriente es que se desarrolle con motivo de algún otro proceso de las vías respiratorias, y descuellan entre ellos, por la frecuencia con que la provocan, la bronconeumonía, las dilataciones bronquiales y las bronquitis fétida. En la neumonía franca y también en el cáncer del pulmón es poco corriente la gangrena; pero resulta más frecuente cuando estas enfermedades se producen en ancianos, en diabéticos o en alcohólicos. No hay que confundir los casos de gangrena lobular, que adquiere un aspecto neumónico, con la neumonía franca complicada de gangrena pulmonar. La flora de los focos de gangrena pulmonar puede ser tan variada como la que se encuentra en la boca. Lo corriente es que la destrucción del tejido pulmonar se produzca por la combinación de los gérmenes de la supuración con los de la putrefacción, entre los que descuellan los espiroquetas, los bacilos en virgula, el bacilo fusiforme y el estreptococo pútrido. También se han descrito bacilos parecidos al tuberculoso, pero que se diferencian de éste porque no es ácido-resistente, y otros anaerobios. La enfermedad puede afectar una forma circunscrita y otra generalizada, si bien es discutible que mientras se conserva circunscrita llegue a ser verdaderamente gangrena pulmonar. Se trata más bien de una necrosis o neumonolacia que se encuentra rodeada de tejido pulmonar poco alterado, y de éste se pasa insensiblemente al tejido pulmonar sano. Así persiste la enfermedad durante mucho tiempo. Se encuentra este proceso en los diabéticos. Los focos tienen un color rojo negruzco, otras veces verdoso o negro, parecido al de las escaras que se producen en la piel por la acción de la potasa cáustica. La parte mortificada se va desprendiendo de los tejidos que la rodean y acaba por formar un sequestro que yace rodeado de tejido pulmonar normal, pero entre los dos existe un líquido sanioso. Entonces es cuando se inicia la verdadera gangrena, o sea la putrefacción del tejido necrosado, hasta que el repetido se-

questro encuentra salida al exterior a través de un bronquio o se abre en la pleura o en el mediastino. Como consecuencia de este vaciamiento, quedan cavernas muy irregulares, cuyas paredes están revestidas de un líquido sanioso muy maloliente; penden de ellas asimismo trozos de tejido esclerado. A veces se encuentran cruzadas estas cavernas por algún bronquio o algún vaso que han resistido a la acción destructiva de la gangrena. Tratándose de vasos, es lo habitual que se encuentren trombados; pero si la destrucción ha sido muy rápida, no da lugar a que la trombosis se produzca, y ocurren hemorragias que se mezclan con el líquido sanioso. En tanto que la porción central del foco sufre esta serie de transformaciones, las porciones periféricas simplemente se infiltran y supuran, constituyendo luego tejido de granulación que sirve para limitar el foco. La caverna así producida puede reducirse y cicatrizar si sus dimensiones son pequeñas, pues en ocasiones son las de una lenteja, en tanto que cuando es mayor (puede llegar a ser como un puño o más), la cavidad persiste indefinidamente. En esta forma de focos pequeños y circunscritos puede invadir la gangrena pulmonar partes extensas del pulmón, especialmente los lóbulos inferiores.

La gangrena difusa que se produce, por ejemplo, a consecuencia de la embolia séptica de una rama importante de la arteria pulmonar o por la obstrucción de un bronquio grueso por una masa extraña también séptica, ataca a una parte extensa del pulmón. Los focos de reblandecimiento tienen un color gris verdoso o negruzco; en la autopsia aparecen más densos, más húmedos y más fáciles de desgarrar que el pulmón normal. El olor es tan malo como el de las masas cancerosas en putrefacción, y si se los frota con el dedo mientras se los lava al chorro, el tejido sanioso se deshace y quedan extensas cavidades de paredes sumamente anfractuosas, de las que cuelgan restos de tejido pulmonar, trozos de bronquios y de arterias. Conviene explorar detenidamente

VACANTES

La de Aceluche (Cáceres); por nueva creación; cuarta categoría; 1.650 pesetas; población, 2.218 habitantes; provisión concurso libre de méritos e Inspección por Tribunal. Solicitudes, 19 de abril.

—La de San Felices (Soria); por renuncia; quinta categoría; 1.375 pesetas; población, 627 habitantes; provisión concurso libre de antigüedad y selección por Inspección. Solicitudes, 19 de abril.

—La de Salvador de Zapardiel (Valladolid) y sus anejos; por nueva creación; cuarta categoría; 1.650 pesetas; población, 434 habitantes; provisión concurso restringido antigüedad y selección por Tribunales. Solicitudes, 19 de abril.

—La de Villa-Carlos (Baleares); por defunción; terce-

ALMORRANAS



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

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.

ra categoría; 2.200 pesetas; población, 2.806 habitantes; provisión concurso libre de antigüedad y selección por Inspección. Solicitudes, 19 de abril.

—La de Loja (Granada); por jubilación; primera categoría; 3.300 pesetas; población, 21.400 habitantes; provisión concurso libre de méritos y selección por Tribunal. Solicitudes hasta el 20 de abril.

—La de Olmillos de Castro (Zamora) y sus anejos; por nueva creación; tercera categoría; 2.200 pesetas; población, 1.109 habitantes; provisión por concurso libre de méritos y selección por Inspección. Solicitudes hasta el 20 de abril.

—La de Villafranca del Campo (Ternel) y sus anejos Peracense, Singre,

Agaton y Bueña; por oposición anterior desierta; tercera categoría; 2.200 pesetas; población, 2.700 habitantes; provisión por concurso libre de méritos y selección por Inspección. Solicitudes hasta el 20 de abril.

—La de Arraya de Oca (Burgos), Cerratón de Juarros y Villaescusa la Sombria; por renuncia; segunda categoría; 2.750 pesetas; población, 896 habitantes; provisión por concurso libre de méritos y selección por Inspección. Solicitudes hasta el 20 de abril.

—La de Motilla de Palancar (Cuenca); por renuncia; tercera categoría; 2.200 pesetas; población, 3.657 habitantes; provisión por concurso libre de méritos y selección por Inspección. Solicitudes hasta el 20 de abril.

Correspondencia administrativa

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

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

D. Antonio Cenjor, pagado fin diciembre 1934.

D. Pedro García Maguregui, idem idem.

D. Vicente Pintado, idem id.

D. Marcelino Santamaría, idem id.

D. Francisco Niño Atienza, idem id.

D. Ventura de Anca, idem id.

ANALISIS

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

Laboratorio del Dr. E. ORTEGA

Sucesor del DR. CALDERON

Carretas, 14.-Madrid

FUNDADO EN 1866

¿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 medicos

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

ANTIASMA POLVO FUMIGATORIO MENTOLADO

Esas, Agradable é inofensiva.

BENGALAIS

ASMA, ENFISEMA, CATARRO, CORIZA

De venta en todas las Farmacias. — VENTRAS RIERA S. C. BARCELONA Ap° 229.

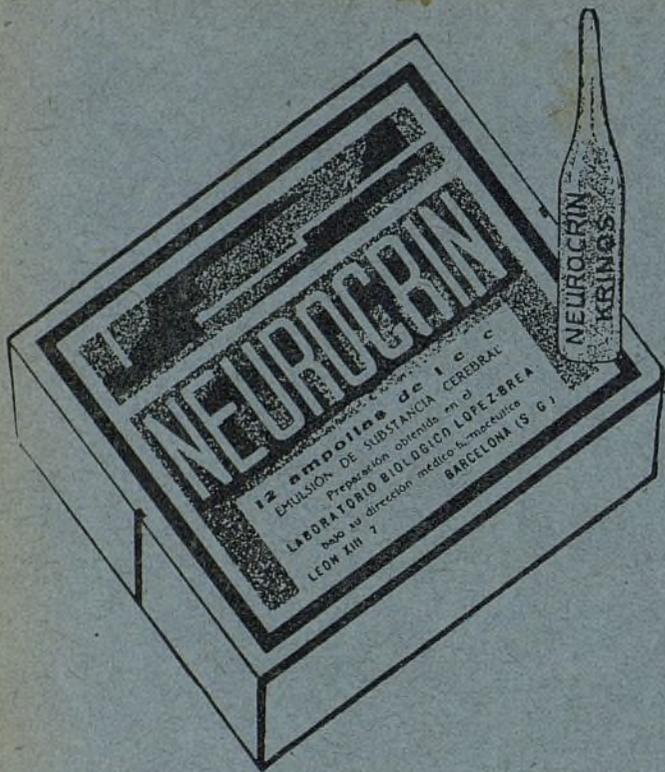
A. FAGARD. Farmacéutico Preparator. 44, Rue d'Aguesseau. BOULOGNE PARIS

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



Terapéutica Biológica de las Jaquecas

Neurocrin Krynol

(Emulsión aséptica de substancia cerebral)

INDICACIONES

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

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

Agotamiento nervioso, Psicosis depresivas, Surmenage, Desnutrición y Raquitismo

ADMINISTRACION Y DOSIS

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

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

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

Ayuntamiento de Madrid

Bolaños y Aguilar (S. L.), Talleres gráficos. Altamirano, 50, Madrid

TERAPEUTICA DE LAS ALTERACIONES MENSTRUALES

OVARIOTONO

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



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

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

HEMOSTONO

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



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

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