

# EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

Núm. 4.192. — Tomo 93

AÑO OCHENTA Y UNO

14 Abril 1934

PRIMERA DENTICIÓN

## JARABE DELABARRE

Facilita la Salida de los Dientes

Calma los Dolores del Niño

Evita los Accidentes de Dentición

En suaves Fricciones  
en las Encías

Establecimientos FUMOUE

78, Faubourg Saint-Denis, Paris



Hygiene de la Mujer

## POUDRE CHAUMEL

(Polvos Chaumel)

DESCONGESTIONANTE  
ANTISÉPTICA  
SUAVIZANTE



Etablissements FUMOUE  
78, Faubourg St-Denis, Paris



Reconstituyente muy Enérgico

## CARNINE LEFRANCO

Jugo de Carne de Buey Cruda

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

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

1 a 2 cucharadas de las de sopa por día

ESTABLECIMIENTOS FUMOUE, 78, Fg Saint-Denis, PARIS



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

Ayuntamiento de Madrid



## EL NON PLUS ULTRA

en Aparatos universales  
de electromedicina

Nuevos inventos de **SORPRENDENTE**

**RENDIMIENTO y EFICACIA**

Folleto ilustrado gratis S. M.

LABORATORIOS U. V. - Apartado 331. - SEVILLA

## TRATAMIENTO EFICAZ

**REUMATISMO**

**YODOVISAL**

Salicilato sosa  
YODURO potasa

Muestras y literatura:

**D. FENOLLOSA**  
PAZ, 26 VALENCIA

**ESQUIZOFRENIA**

**MANGAN - ARSENILO**

Cacodilato de man-  
ganeso-Cacodilato  
de sosa

## ANTIASMA POLVO FUMIGATORIO MENTOLADO

Eficaz,  
Agradable  
e inofensivo.

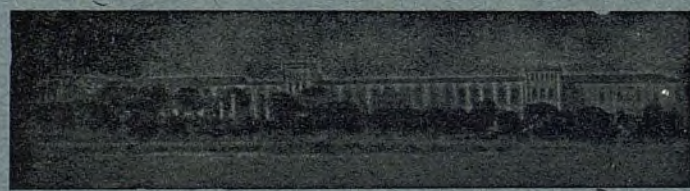
## BENGALAIS

ASMA, ENFISEMA, CATARRO, ORIZA  
De Venta en todas las Farmacias. - Muestras: RIERA S. C. BARCELONA, Ap. 228.  
A. FAGARD, Farmacéutico Preparador, 44, Rue d'Aguesseau, BOULOGNE-PARIS

## HIERRO QUEVENNE

Único aprobado por la ACADEMIA de MEDICINA de PARÍS  
a causa de su pureza y de su poderosa actividad para curar **Cloro-Anemia**  
El hierro ferruginoso inalterable en los países cálidos - 14, rue des Beaux-Arts, Par.

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



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

DISPEPSIA  
DOLOR DE ESTÓMAGO  
ACIDEZ  
VÓMITOS  
INAPETENCIA  
DIARREAS  
DILATACIÓN y  
ÚLCERA DE ESTÓMAGO  
se curan con este fa-  
moso medicamento.  
Es inofensivo y de  
gusto agradable.

ELIXIR

**SAIZ DE CARLOS**

## Polifosforina

POLVO - COMPRIMIDOS  
INYECTABLES

Agotamiento físico e intelectual

LABORATORIOS FEBUS  
WAGNER, 51  
BARCELONA

## Diuresinol

INYECTABLES

VENCE LA UREMIA

PARA EL ESTOMAGO E INTESTINOS

## Elixir Clorhidro Pépsico Amargós DIGESTIL

(Nombre registrado)

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



aparecido. Es claro que la primera impresión sea la de que se trata de un derrame pleurítico; pero hay síntomas que hacen pensar inmediatamente que no es así. Por el pronto, si el quiste se encuentra hacia el vértice, se demostrará que no llega hasta la base, lo cual en un verdadero derrame es bien poco probable. Ciertamente queda la posibilidad del derrame enquistado; pero de todos modos la particularidad apuntada basta para indicar la necesidad de proceder a exploraciones complementarias. Cuando el quiste se encuentra hacia la base, la confusión es más probable; pero también se observará muchas veces que la zona de macidez no rodea el tórax en forma de faja, sino que se detiene con bastante brusquedad en algún punto de la periferia. El contorno de la zona de macidez tiene una forma circular, y a nivel de él el tránsito de los síntomas positivos a los negativos es brusco. En el derrame pleurítico las cosas son distintas; el líquido llena todos los espacios; su límite, especialmente por la parte superior, tiende a la línea horizontal, y el tránsito de la zona patológica a la normal es progresivo. La desviación del mediastino es grande y desproporcionada al tamaño del supuesto derrame; se parece más bien a la que se observa en casos de neumotórax a presión. La radioscopia o la radiografía suelen desvanecer las dudas, mostrando una sombra de forma dispoidal y del tamaño como de una naranja. Pero hay que tener presente que la sombra que proyecta el líquido hidatídico normal es muy poco densa, a diferencia de lo que sucede con el quiste supurado o cuando presenta infiltraciones calcáreas. En cuanto a los bordes, en el quiste son limpios y la diferencia terminante; en cambio, en los abscesos y en los tumores pulmonares los bordes son borrosos. Importa mucho insistir en que cuando el clínico tenga alguna duda acerca de las condiciones de un presunto derrame pleural aguda a la radioscopia antes de proceder a la punción. Por desgracia es muy frecuente que ocurran las cosas al re-

piración de polvos. En cuanto a las lesiones ya constituidas, requieren el tratamiento propio de la lesión que se haya producido, por ejemplo, la bronquitis crónica, la insuficiencia cardíaca o la neumonía aguda. La presencia del polvo en el pulmón no influye en nada sobre los tratamientos y no se puede combatir directamente.

*Neumonía hipostática.*—Véase tomo VI, página 655.

*Neumonía lobular.*—Véase tomo VI, página 641.

*Neumonía crónica fibrosa.*—Llamada también esclerosis o fibrosis de los pulmones. La esclerosis crónica de los pulmones, como la de los demás órganos, es un estado consecutivo a numerosos otros procesos. Muchas veces se produce a consecuencia de neumonías agudas, cuando, por las pocas defensas del enfermo o por los tratamientos intempestivos, no se digiere o se absorbe el exudado. Pero las neumonías francas tienen poca tendencia a transformarse en crónicas y fibrosas; son, por el contrario, las neumonías atípicas las que no evolucionan en la forma cíclica clásica las que dejan esta secuela. La esclerosis de estos órganos existe también acompañando a gran número de procesos bronquiales, pulmonares y pleurales. Existen, clínicamente, varias formas de neumonías fibrosas. La crónica primitiva es la que se inicia el proceso con fiebre y postración progresiva. Estos procesos evolucionan hacia la muerte en el plazo de unos meses, y siempre deben hacer pensar en la tuberculosis. El tránsito de la neumonía fibrinosa aguda a la forma crónica se manifiesta porque no sobreviene la crisis franca en el momento en que era de esperar, sino que los procesos de induración pulmonar subsisten. Si persiste la fiebre, elevada o intermitente, se sospechará la existencia de una absceso o de una pleuresía interlobular. Cuando se trata de una bronconeumonía, o sea una neumonía lobulillar que pase al estado crónico y crónico, dicho tránsito se hace de una manera todavía más lenta y más insidiosa, porque la neumonía lobulillar no tiene la evolución cíclica de la otra forma. Una vez que se ha



formado la esclerosis, puede adoptar tres modalidades, que son: la de todo o casi todo un lóbulo, la de todo o la mayor parte de un pulmón y la diseminada por ambos pulmones, con la formación de bronquiectasias.

La esclerosis de todo un lóbulo se produce como consecuencia de las neumonías fibrinosas, de las esplenoneumonías y hasta de las neumonías lobulillares cuando son muy extensas y adquieren la forma sendolobular. Afecta con frecuencia a los lóbulos superiores, y presenta en ellos los mismos síntomas que la tuberculosis pulmonar de tipo fibroso. En realidad, se podrá afirmar la naturaleza tuberculosa del proceso en los casos en que se encuentren bacilos en el esputo o el enfermo presenta fiebre de tipo tuberculoso; pero, en cambio, en los casos contrarios, no se tendrá nunca la seguridad de que no se trata de un proceso tuberculoso, incluso cuando se ha tenido ocasión de no asistir al enfermo desde el principio del proceso agudo que dejó como secuela aquella esclerosis. Se estima probable solamente que la esclerosis de un vértice no sea de naturaleza tuberculosa en las personas de edad avanzada y cuando hay un obstáculo en las vías respiratorias altas del mismo lado. La dificultad es menor cuando se trata de esclerosis localizadas en el lóbulo inferior, porque es muy raro que se localicen allí los procesos tuberculosos y dejen el vértice libre. Esta esclerosis lobular de las bases se presenta muchas veces como consecuencia de las pleuritis con derrame. A su vez, si la esclerosis es extensa, abarca también a la pleura y ocasiona una soldadura de las dos hojas de la misma.

Las esclerosis que afectan a todo un pulmón no se suelen presentar a consecuencia de neumonías, porque no es corriente que estos procesos ataquen a un pulmón entero. O son la consecuencia de una tuberculosis fibrosa, o lo son de una pleuresía con derrame de la gran cavidad. Los síntomas consisten en una importante asimetría del tórax, porque en el lado de la esclerosis se re-

del quiste, porque las paredes de estos vasos recién formados acusan suma fragilidad. Por este motivo, tales hemoptisis suelen ser pequeñas, pero algunas veces llegan a parecer terribles por su abundancia. Se produce tras de los esfuerzos, especialmente los de la tos. Al avanzar el quiste en su desarrollo hacia la pleura, o desde un principio si se halla colocado superficialmente, se producen reacciones inflamatorias pleurales importantes. Parece ser que se trata de enfermedades intercurrentes, en las que el quiste no tiene otra participación que la de crear una irritación de la pleura que la haga más sensible; pero no todos piensan lo mismo, y es probable que se trate de fenómenos anafilácticos locales por absorción a través de la pleura de pequeñas cantidades de líquido hidatídico escapado de la bolsa por fisura de la misma. Aparte de los fenómenos pleurales, suelen sufrir los enfermos dolores punzantes locales y brotes febriles irregulares. Las más veces, el primer diagnóstico que se hace es el de una tuberculosis pulmonar, y se instituye un tratamiento inadecuado que conduce al fracaso. Los esputos mucosos no acusan, claro está, bacilos de Koch, pero esto no es un dato determinante de que no sean de naturaleza tuberculosa. Es importante saber también que no se encuentran en ellos pus ni fibras elásticas, y que cuando van mezclados con sangre, la mezcla no es por estrías, como suele ocurrir en la tuberculosis, sino que es íntima, de forma que el esputo adquiere el aspecto de pulpa de ciruela. Todos estos fenómenos dependen de procesos neumónicos que se desarrollan en las inmediaciones del quiste, probablemente a consecuencia de la absorción de pequeñas cantidades de líquido. Más tarde, los síntomas dominantes son los de un tumor intratorácico, que produce abombamiento del tórax hacia la base o hacia el vértice, según el sitio en que esté emplazado. A nivel del tumor la percusión revela un sonido mate absoluto, no se perciben vibraciones vocales y la broncofonía normal suele haber des-



# NEOSALIL

**Solución isoiónica de polisalicilatos  
para aplicación endovenosa**

## FÓRMULA

Salicilato de sodio . . . . . 1 grs.  
— potasio . . . . . 0,18 —  
— calcio . . . . . 0,10 —  
Suero glucosado c. s. para 10 cc.

ESPECÍFICO DEL REUMATISMO EN TODAS  
SUS FORMAS Y DE SUS COMPLICACIONES  
VISCERALES



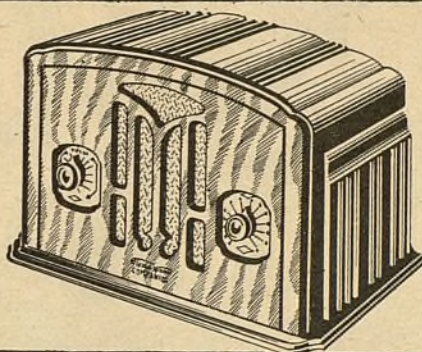
Muestras y literatura:  
**Alameda de Capuchinos, 32 - MALAGA**



Delegado científico para Madrid:  
**Dr. CARRASCO-Molino de Viento, 3**

## NUEVO APARATO DE RADIO COMPANION 6

*Superheterodino de 6 lámparas  
para corriente alterna y continua*



**Stewart Warner**

# Vías respiratorias

**JARABE FAMEL**  
*a base de lactosacárido soluble*

**ACCION  
RAPIDA  
Y  
SEGURA**

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

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

## ORIGINALIDAD TERAPEUTICA

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

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

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

**Laboratorio EGABRO**

**CABRA (Córdoba) España.**





**Poderoso reconstituyente para  
niños y adultos.**

**Contiene los principios indispensables  
a la función vital.**

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

**Laboratorios Viñas - Claris, 71 - BARCELONA**



## **SANATORIO NEUROPATICO**

Calle de Pablo Iglesias, 52 - CARABANHEL 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**

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

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

**Dirección médica: Dr. GONZALO R. LAFORA**

**AGUAS MINERALES NATURALES  
DE**

# **CARABANÑA**

**«LA FAVORITA»**

**PURGANTES ~ DEPURATIVAS ~ ANTIBILIOSAS ~ ANTIHERPETICAS**

**PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI**

**~ ~ MADRID ~ ~**



# TERTULIA MEDICA

## HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

### AMENIDADES

14-IV-1934

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

## EL RICINO

Estudio histórico-científico

Por V. M. OVALLES

(Conclusión.)

Sydenham repetía con frecuencia que todos los agentes medicamentosos de una terapéutica útil podían caber en el puño de su bastón, "y nosotros pensamos, dice

## BARACHOL

Cura Eczemas, Erupciones y Enfermedades Rebeldes de la Piel.

Martinet en su obra citada, que todavía, no obstante los progresos realizados en el arte de curar, hay una quincena de sustancias que pueden ser suficientes para casi toda la terapéutica medicamentosa, que son en todo caso indispensables, y que es preciso conocer bien".

El arsenal terapéutico se enriquece todos los días y de modo tan rápido, que es difícil a la clínica y al laboratorio separar lo bueno de lo malo, y, como no logra conseguirlo siempre, el práctico se confunde y se pierde.

Es bueno que éste ensaye los "medicamentos nuevos", pero con la condición de que conozca bien los "medicamentos usuales", es decir, los que hayan resistido a la prueba decisiva del tiempo, y conocidos así no le darán ningún disgusto y serán suficientes en la mayor parte de los casos.

Benchetrit, antes de venir a Venezuela, desempeñó en Tetuán el cargo de boticario con el Dr. Berliawuky.

La pequeña farmacia de éste tiene un estilo moderno: nada de mostrador y de

## JARABE ALMERA

A BASE DE FOSFATO DE CAL  
GELATINOSO, EL MAS ASIMILABLE

puertas a la calle, un saloncito de espera y, en una pieza inmediata, los remedios y el despacho de fórmulas, fuera de la vista del público.

Me ha parecido interesante hablar aquí de este original médico ruso, por la influencia que indudablemente ejerció en el espíritu de Benchetrit.

De lo cual deduzco la tendencia de éste a fraternizar con los farmacéuticos (*rara avis in terris!*), su poco apego a los procedimientos quirúrgicos, su preferencia

por la oligofarmacia y su inclinación a simplificarlo todo, y si a esto agregamos su amor a la ciencia, su desinterés profesional y la perseverancia característica en los hombres de su raza, no hay por qué extrañarse de los éxitos de este joven facultativo.

Benchetrit, como el profesor ruso, tiene fisonomía propia, y jamás podrán tenerla los hombres que carecen del valor de sus convicciones y que pretenden estar de acuerdo con todos.

Y como secuela de lo que dejo dicho, quiero hacer ciertas observaciones referentes al escándalo del Kiki.

### III

¿Se ha usado o no el aceite de ricino desde larga data por el Cuerpo médico de distintos países?



### FORMULA POR 20 GRAMOS

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

Precio al público 4,95 ptas.

¿Eminentes clínicos no lo han recomendado en obras que han llegado a ser clásicas?

¿Nuestros médicos no lo han usado a diario en todas partes, y las viejas del pueblo no se lo dan con harta frecuencia a los chiquitines, sin que se hable de casos desgraciados?

¿El ricino no ha sido estudiado por grandes botánicos y por notables químicos del orbe?

Y, en resumen, ¿no es una droga que figura en todas las farmacopeas, en todos los petitorios de farmacia, en todas las obras de terapéutica, y una de las más conocidas y usadas en todos los países?...

Verdaderamente que hay por qué admirarse de la oposición en teoría de algunos médicos al inocente Kiki...

Se asombraron de que el Dr. Benchetrit hubiese dicho que lo consideraba en la "epidemia febril" como más específico que la quinina en el paludismo y que el "606" en la sífilis.

Pero vamos a cuentas: ¿cree algún médico consciente que en el estado actual de la ciencia existe alguna sustancia a la cual se le pueda aplicar con absoluta propiedad el calificativo de *específico*?

Hasta ahora sólo se han tenido como tales la quinina en el paludismo, y el mercurio en la sífilis.

¿Y se curan todos los paludosos con quinina?...

Gardan  
contra la Gripe

¿Y nunca se ha asociado la quinina a los arsenicales, a los ferruginosos y a los colagogos para lograr la curación del paludismo?...

¿Y se curan todos los sífilíticos con el mercurio?...

¿Y nunca se le ha asociado al arsénico, al yodo y a otras sustancias de esa índole para tratar de vencer casos rebeldes?...

¿Y qué papel desempeña el arsenobenzol con relación al mercurio?...

Hay que decirlo con franqueza: que si entendemos por *específico* "el medicamento que ejerce una acción especial sobre tal o cual enfermedad en particular", ni a la quinina ni al mercurio se les puede calificar en rigor de tales.

Tampoco podríamos calificar así a la vacuna jennerriana, porque, en realidad, su efecto es sólo preventivo, y quizá el único específico, mientras no se le aplique a curar otra enfermedad. es el suero antidiftérico de Foux.

## CALCINHEMOL ALCUBERRO

PODEROSO ANTIANEMICO  
ALCALA, 88. — MADRID

Se ve, pues, que lo de específico es relativo, y que el Dr. Benchetrit puede demostrar con sus estadísticas en Caracas, Maracaibo y San Fernando de Apure que, en el sentido indicado, el aceite de ricino es *específico* en la "epidemia febril".

Ahora otra cosa:

¿Han estudiado los señores médicos que negaron *a priori* esa acción especial sobre la mucosa de que habla el profesor Gubler?...



¿Sabe alguno de ellos si en el aceite de ricino existe alguna toxina especial, capaz de obrar específicamente sobre el agente ignorado productor de la enfermedad?...

Todo eso está por demostrarse, y mientras no se demuestre, continúa la enfermedad y la acción de ese remedio en la región de lo ignoto..., y en pie todo lo dicho por Benchetrit.

Uno de esos médicos inteligentes, que residen en el interior de la República, pero a quien no gusta hacer ruido, el doctor J. A. Pérez Limardo, de El Tocuyo, publicó en el número 301 del periódico *La Torcas*, de dicha ciudad, correspondiente al 15 de diciembre del año pasado, un interesante artículo, intitulado: "Apuntes sobre la gripe", y en él recuerda este magnífico aforismo de nuestro gran Vargas:

"Toda enfermedad interior que el mé-

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

dico pueda traer a los intestinos, tráigala; ellos son un vasto campo, favorable al buen éxito del combate entre el médico y la enfermedad."

¿Os habéis fijado bien? Pues eso que Vargas aconsejó es exactamente lo que hizo Benchetrit: llevar a los intestinos el combate con la enfermedad.

Y como aún no se ha comprobado la acción especial sobre la mucosa intestinal, observada por el ilustre profesor Gubler, y como ya he insinuado la idea de que el aceite de ricino puede contener una toxina que obre de modo también especial sobre la enfermedad denominada por el Dr. Benchetrit "epidemia febril", yo vería con el mayor agrado que algunos de esos señores intransigentes que viven a caza de la última teoría y de la última substancia producida por los laboratorios, y ensayada en perros y conejos, me explicara:

¿Por qué el acibar, cuya dosis purgante es de 0,50 a 1,50, en pequeñas cantidades, unido al sulfato de hierro, que no es purgante, produce efectos drásticos?...

¿Y asimismo la cafeína, asociada en ciertas condiciones a muy pequeñas cantidades de teobromina (que no obra sobre el organismo sino a altas dosis) se transforma en el más enérgico de los excitantes musculares conocidos?...

Y para concluir:

¿Por qué el ácido prúsico y el yodo, que envenenan los fermentos orgánicos, paralizan o destruyen del mismo modo la acción de los metales coloidales?

Quizá más tarde tenga oportunidad de hablar de la variabilidad de los cuerpos compuestos y de fenómenos aún no explicados por la ciencia, pero que nos hacen pensar un poco en el sistema de Hahnemann, y en que los alquimistas no eran tan locos como algunos creen...

## PALABRAS AL VIENTO

(EL MEDROSO ENIGMA)

Doña Juana Boado Uriarte se arrojó por el balcón, y Antonio Alba Baunza se precipitó al paso del "Metro". Ambos han muerto.

Aunque nos conste, por experiencia, que el sentimiento interviene poco o nada en la actividad social, pues de día en día el "Homo homini lupus",

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

de Terencio, que Bentham ha hecho suyo, acentúa su poder, la brusca y voluntaria desaparición de una persona de la tierra no nos deja indiferentes. Se piensa con un asomo de tristeza que acaso hubiera sido evitable el drama. De esos dos suicidas, la mujer ha dado a conocer la causa de su resolución: una viudez reciente e inconsolable. Desconsolada e inconsolable no quiere decir lo mismo. Son dos palabras que no expresan idéntica temperatura espiritual. Se desconsuela el que ha sufrido

## SOLUCION REICHENBACH

BALSAMICA, CON TIOCOL, BENZOATO SODICO Y DININA

**J. DOMINGO CHURTÓ**

C. Libertad, 14.—BARCELONA

do una decepción o una pérdida, pero su ánimo puede volver, andando el tiempo, a la normalidad, que no es precisamente la alegría, sino un estado híbrido en el que entran, por dosis desiguales, el descontento y la satisfacción. Se vive, como dice la gente del pueblo, sin pena ni gloria. Si el desconsuelo nos sitúa en lo relativo, esto es, en un malestar transitorio, el que se declara inconsolable se echa en los brazos de lo absoluto, que es siempre el clima espiritual de las aristocracias. Pero es indispensable el preguntar: ¿existen infortunios sin consuelo posible. La respuesta tiene que ser afirmativa: los hoy, y aunque más frecuentemente en el dolor físico que en las adversidades del alma. Soportar los sufrimientos del cáncer es más difícil que acostumbrarse al vacío que deja la viudez en nuestro corazón. Aun la pérdida de un hijo suele ser más llevadera que ciertos padecimientos físicos, y no por causa de nuestro egoísmo,

## Antiséptico Glorógeno Lumen

Muestras gratis.

Centro Farmacéutico Jienense.  
Apartado 22.—Jaén.

sino porque todas las penas del ánimo encuentran lenitivos en la religión y en las compensaciones sentimentales que puede traernos el tiempo, al paso que ciertos dolores del cuerpo carecen de remedio y hasta de paliativos. La sensibilidad es más viva en la carne que en el espíritu.

El otro día un escritor de sólido talento, que suele preferir los temas austeros a las frivolidades que se prestan al malabarismo ingenioso, preguntábase por qué se suicida la gente. Y con las estadísticas a la vista pretendía demostrar que las causas económicas no suelen ser elementos decisivos en esas tragedias. De acuerdo. Las contrariedades, en materia de intereses, rara vez empujan al hombre a la muerte voluntaria, a menos de que el revés le haya sorprendido con poca salud. En plena robustez casi todo el mundo re-

**FIMONAL**  
Vías respiratorias.

siste esas conmociones. Puede suceder, sin embargo, y Alemania ha presenciado muchos casos, que la miseria cierre de tal modo el horizonte a la esperanza de un desquite, que determine un supremo acceso de desesperación. Pero, en general, los quebrantos de intereses, si no vienen acompañados del deshonor, son soportables. No desatinan, pues, los que niegan al suicidio el derecho a figurar entre los fenómenos sociológicos. Las hipótesis de Durkheim han perdido mucho terreno.

Pero la psiquiatría, por su parte, muéstrase demasiado exclusiva, atribuyendo nuestra evasión voluntaria de la vida a una crisis de ansiedad de las que suelen producirse en los temperamentos ciclotímicos. Según el doctor F. Achile Delmás, el 90 por 100 de los suicidios son ocasionados por la depersión nerviosa, y el otro 10 por 100 se deben a la hiperemotividad. De ahí por qué, asegura el eminente neurólogo, la profilaxia de ese mal no puede venir de la sociología, sino de la biología. Yo refuto la conclusión, excesivamente rotunda. La realidad es más amplia. Sin negar el frecuente origen patológico del suicidio, creo que el hombre y la mujer pueden abandonar la tierra definitivamente con la misma libertad de discernimiento con que se ausentan de un teatro antes de acabada la representación de una comedia que les aburre. El no reconocerlo implica una ofensa a nuestra independencia espiritual. Puede una persona plantearse fríamente este problema: "¿Qué razones o motivos me retienen en la vida?" Favorables, diez, y adversas, veinte; luego hay un saldo favorable a la muerte. Pues qué, ¿acaso no hemos visto a personas en

(Continúa en la página XX.)



# LABORATORIO FARMACEUTICO

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

DIRECTOR: D. BERNARDO MORALES

**BURJASOT VALENCIA**  
(ESPAÑA)

**Jarabe Bebé**

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

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

**Tetradinamo**

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

**Septicemiol**

(INYECTABLE)

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

**Eusistolina**

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

**Mutasán**

(INYECTABLE)

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

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación del ferrocarril.



## TUBERCULOSIS

AFECCIONES BRONCO-PULMONARES  
Gripe, Escrófula, Raquitismo

## SOLUCIÓN PAUTAUBERGE

*al Clorhidro-Fosfato de Cal creosotado.*

La mejor tolerada de todas las preparaciones creosotadas

**ANTICATARRAL y ANTISÉPTICA**

Seca las Secreciones y Cicatriza las Lesiones tuberculosas.

**EUPÉPTICA, RECONSTITUYENTE**

Reanima las funciones de Nutrición y el estado general.

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

Jiménez Salinas y C.<sup>a</sup>, Barcelona Sagués, 2 y 4 (S. G.)

## LABORATORIOS CAMPOS FILLOL VALENCIA

### LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal

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

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

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día.

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

### LACTOBULGARINA



## Antes y Después de la Operación

Al preparar al paciente para la operación



una cucharada sopera de Agarol al

acostarse



en lugar del habitual aceite

de ricino, evitará cualquier trastorno gá-

trico.



Unos cuantos días después,



cuando el paciente empiece a tomar

alimento,



medias dosis de Agarol



servirán de lógico eliminador porque

estimula la peristalsis



suavemente

sin molestias ni dolores.

AGAROL es la emulsión original de aceite mineral y agar-agar con fenolftaleína. Reblandece el contenido intestinal y estimula suavemente la peristalsis.

Agarol es agradable al paladar, sin sabor artificial y fácil de tomar. La dosis corriente para el estreñimiento crónico es una cucharada sopera que se reduce a medida que mejora el estado de la persona.

Gustosamente le enviaremos una muestra para su ensayo.

## AGAROL para el estreñimiento

Laboratorio y Comercio Substancia, S. A. - Apartado 410 - Barcelona



# 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.<sup>a</sup> 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.<sup>a</sup> Cortezo

### VOCALES

**Dr. MARIANO ACEÑA**  
De la Beneficencia Municipal de Madrid.

**Dr. JOSE ALVAREZ SIERRA**  
Del Hospital de San Rafael.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Dr. JOSE GOYANES Y CAPDEVILA**

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

**Dr. BALTASAR HERNANDEZ-BRIZ**

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

**Prof. TEOFILO HERNANDO Y ORTEGA**

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

**Dr. J. DE ISASA Y ADARO**  
Pediatra.

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

**Dr. JACOBO LOPEZ ELIZAGARAY**

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

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

**Prof. GREGORIO MARAÑON Y POSADILLO**

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

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

**Dr. M. MARTINEZ SALDISE**  
Médico titular.

**Dr. A. MORANA Y JIMENEZ**  
Análisis clínicos.

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

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

**Prof. GUSTAVO PITTALUGA Y FATORINI**

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

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

**Dres. JULIAN Y SANTIAGO RATERA Y BOTELLA**

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

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

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

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

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

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

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

**Dr. J. M.<sup>a</sup> TOME Y BONÁ**  
Dermatólogo. Secretario de actas de la Academia de Dermatología y Sifiliografía.

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

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

**Dr. J. M.<sup>a</sup> DE VILLAVEVERDE**  
Psiquiatra del Hospital del Buen Suceso. Neuro-psiquiatra de la Beneficencia Provincial de Madrid.

Vocal consultor jurídico: Dr. José M.<sup>a</sup> Cordero y Torres, oficial letrado del Consejo de Estado.

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

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

### PRECIOS DE SUSCRIPCION

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

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



## PROGRAMA CIENTÍFICO

### LEMA: PROGRESSI SUMUS PROGREDIMUS, PROGREDIEMUR

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

**SUMARIO:** Sección científica: Un caso de esclerosis en placas clínicamente curado por roentgenterapia, por el Dr. Julián Ratera. — Diagnóstico de la sífilis, por el Dr. E. de Oyarzábal. — Sesiones clínicas: Clínica médica del Dr. Fidel Fernández (Granada) — Periódicos médicos.

## Un caso de esclerosis en placas clínicamente curado por roentgenterapia<sup>(1)</sup>

POR EL

Dr. JULIAN RATERA

Entre las enfermedades del sistema nervioso central existe una, enigmática tocante a su origen, peculiar en su curso, desfavorable en sentido pronóstico, llamada por los franceses esclerosis en placas y por los alemanes esclerosis múltiples diseminadas o poliesclerosis.

Esta enfermedad está caracterizada por la aparición en diferentes partes del sistema nervioso central de islotes o focos de esclerosis, diseminados por la medula espinal, bulbo, protuberancia, cerebro y cerebelo, cuya característica principal consiste, por una parte, en una proliferación de la neuroglia bajo forma de focos que, vistos al microscopio, se ve que consisten en un tejido neuróglíco fibrilar, dispuesto en forma de red, en el cual las fibras nerviosas están disminuídas en número, mas no destruídas del todo por lo regular, y por otra parte, por la desaparición de la mielina de los tubos nerviosos, permaneciendo intacto al principio el cilindro-eje.

Este hecho es importante, pues indica que el proceso no comienza en el tejido nervioso, sino en el neuróglíco intersticial. Generalmente, el asiento principal de estos focos es en la sustancia blanca cerebral, de donde pasa a la sustancia gris, siendo característico de estas placas el que su localización no corresponde a ningún sistema de la sustancia gris o blanca.

Los focos de esclerosis múltiple rara vez tienden a encogerse, indicando esto, en unión de su separación, perfectamente limitada del tejido sano, que no se trata de focos inflamatorios, y sí de focos gliomatosos neoformados, por lo cual se cree que se trata de gliosis múltiple, que quizás sería de orden endógeno puro. Otro hecho que demuestra la naturaleza no inflamatoria de estos focos es que los territorios escleróticos de la sustancia blanca no tienen nunca como concurrencia una degeneración secundaria de los haces que parten del foco esclerótico, como ocurre cuando se trata de procesos inflamatorios.

La etiología de esta afección es muy dudosa, pues no ha sido confirmada la influencia de los enfriamientos, fatigas y emociones, así como la de la sífilis, la cual puede desecharse como causa de esta enfermedad. Probablemente, sin embargo, se halla su origen en próxima relación con procesos inflamatorios.

Sucesivamente han sido invocadas como causa las infecciones agudas, las cuales, según P. Marie, pueden dar lugar a mielitis agudas, cuyo cuadro clínico puede ofrecer mucho parecido con el de la esclerosis en placas; las intoxicaciones, los traumatismos, a los que se concede gran importancia, hasta el punto, de que Strümpell ha visto una serie de casos en los cuales las manifestaciones morbosas aparecieron después de una grave caída de espaldas.

Oppenheim opina con razón que la gran cantidad de las causas ocasionales mencionadas por diferentes autores no tienen conexión innegable con los síntomas clínicos y el curso de la enfermedad, por una parte, y con los hallazgos anatómicos, por otra, por lo cual se pensó atribuir su origen a una causa única, atribuyendo ésta a un virus exógeno.

Hace ya muchos años, Roth, de Moscú (ya fallecido), expuso la convicción de que la esclerosis en placas tiene su origen en un microbio específico que vive de la mielina.

Bullock, en 1913, provocó en un conejo una parálisis de las extremidades por una inyección de líquido cerebroespinal, tomado de enfermos con esclerosis en placas, presentando la medula espinal del animal una imagen histológica completamente típica de esclerosis, hecho sobre el que informó en análogo sentido Simons en 1918.

Un año antes (1917), Kuhn y Steiner habían introducido sangre y líquido cerebroespinal de enfermos con esclerosis en placas en conejos y conejillos de Indias, y observado en los animales el origen de parálisis, que en algunos casos terminaron fatalmente, comprobándose la existencia de un espiroqueto especial.

Siemerling refirió en el mismo año un caso de esclerosis en placas, donde dos horas después de la muerte del enfermo vió espiroquetos vivos en cortes de los focos vistos por ultramicroscopia, hecho referido también por Büscher y Speer, así como por Marinesco, el cual vió en líquido cefalorraquídeo del cuarto ventrículo, extraído por punción, una espiroqueta muy diferente de la de la sífilis, y no reinoculable en serie.

Pero estas investigaciones tienen el inconveniente, para poder aceptarlas, de que todavía no se ha logrado demostrar los espiroquetos en estado vivo.

Cuanto a lo que se refiere al modo de transmitirse la

(1) Comunicación hecha a la Academia Nacional de Medicina el día 24 de marzo de 1934.



# ZINOSAL

JUSTE



**Colirio a base de sulfato de zinc químicamente puro**

**Instilación indolora. Aplicación cómoda. Conservación aséptica**

El ZINOSAL, en su nuevo envase, aumenta la eficacia terapéutica del sulfato de zinc y facilita su instilación.

Indicado en la **conjuntivitis subaguda diplobacilar** o de **morax axenfeld** y en las **conjuntivitis catarrales, crónicas primaverales**, etc.



Las indicaciones del Sulfato de Zinc, el ZINOSAL las mejora.

Muestras y literatura al

DEPARTAMENTO MEDICO DEL

**LABORATORIO JUSTE - Apartado 9.030 - Madrid**

**Francisco Navacerrada, 3, hotel. - Teléfono 55386**

## ION-CALCINA PALLARES

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



**Laboratorio M. PALLARES**  
**Plaza Mosén Sorell, 6**  
**VALENCIA**



## STROPHANTIUM PALLARES

Tintura de estrofantus, especial-  
mente preparada y exactamente  
dosificada



# SULFOÏDOL ROBIN

(Azufre coloidal)

REUMATISMO CRÓNICO - BRONQUITIS CRÓNICA  
DERMATOSIS ACNÉICAS - LARINGITIS REBELDES  
FERMENTACIONES INTESTINALES - VAGINITIS - METRITIS

GRANULADO AMPOLLAS

LABORATORIOS M<sup>ce</sup> ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS C

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

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

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

Solución coloidal  
fagógena  
polivalente.

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

2 FORMAS:  
MICOLISINA BEBIBLE  
MICOLISINA INYECTABLE

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

SOLUCIÓN 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 Sagués-BARCELONA  
Ayuntamiento de Madrid



enfermedad, no se sabe nada en concreto actualmente. Steiner la atribuye a la *mordedura de la garrapata*, aun cuando esto no ha sido demostrado todavía.

Por su parte, Marbourg, que comparó mutuamente las manifestaciones clínicas, cree que la esclerosis en placas pertenece a las *enfermedades metainfecciosas*, como la *parálisis general progresiva*.

F. H. Lewy tiene por probable que *alguna infección de la primera infancia* permanece ignorada, y sólo más tarde se hace apreciable, cuando ha penetrado ya en el sistema nervioso; sin embargo, aun en este periodo de la enfermedad puede demostrarse sólo difícilmente el agente causal.

En la literatura han sido descritos también *casos de enfermedad familiar de esclerosis en placas*, aun cuando hay algún autor que cree que esta predisposición hereditaria existe, *a lo sumo*, en *casos aislados*.

Por lo tanto, hasta ahora la causa de la enfermedad permanece en el misterio.

\* \* \*

La esclerosis en placas es enfermedad de *juventud y primera mitad de la vida adulta*, no presentándose generalmente ni antes de los dieciocho años ni después de los treinta, pues aun cuando se ha observado en niños, este hecho es muy raro, siendo todavía mucho más que aparezca en personas de más de treinta años.

La enfermedad se presenta *relativamente frecuentemente*, suponiéndose que su presencia sigue a la de las enfermedades orgánicas sistémicas del sistema nervioso.

Según el mismo y topografía de los focos escleróticos, es muy variable su cuadro clínico.

Cuando se halla ya constituida, el sistema predominante es el *temblor*, que ataca principalmente las extremidades superiores, y se distingue del de la parálisis agitante en que no existe, como en ésta, en estado de reposo, sino que aparece tan pronto como el enfermo quiere hacer algún movimiento voluntario, razón por la que se ha llamado temblor *intencional*, debido, según Charcot, a irregularidades en la conducción nerviosa a través de los cilindros-ejes demudados.

Así como el temblor predomina en las extremidades superiores, en las inferiores se presenta un estado especial de *contractura*, asociado, en estado más avanzado de la enfermedad, a una *paresia* de las mismas. Las piernas se hallan generalmente inmovilizadas en extensión y adducción, originando una marcha espasmódica, insegura, fatigándose muy pronto el enfermo al andar y coincidiendo todo ello con una *exageración de los reflejos rotulianos* y con *trepidación epileptoide del pie*.

Además de la marcha espasmódica descrita antes, hay en los primeros periodos de la enfermedad una verdadera *ataxia*, con signo de Romberg, que, en unión de la *inseguridad y cansancio*, son los primeros síntomas de que se quejan los enfermos. Puede haber también una marcha cerebelosa, caracterizada por la incertidumbre y el andar del ebrio.

La forma que acabamos de descubrir es la llamada *forma especial* de la esclerosis en placas, pero pronto se añaden alteraciones, que denotan el ataque, de otras partes del sistema nervioso, tales como los trastornos oculares, los trastornos de la palabra, y de la fonación y los vértigos, constituyendo los *síntomas cefálicos*.

Entre los primeros debe mencionarse el *nistagmus*, que tiene el mismo carácter intencional que el temblor, apareciendo tan pronto como el enfermo quiere fijar la vista en un objeto, viéndose entonces el globo ocular agitado, oscilando horizontalmente.

Cuanto al habla, tiene un carácter especial: los enfermos hablan lentamente, separando las sílabas unas de otras; tienen un *hablar escandido*, dando la impresión de que la pronunciación de cada sílaba exige un esfuerzo por parte del enfermo.

Por último, el vértigo indica una localización cerebelosa.

Al lado de esto contrasta la *escasez de los trastornos de la sensibilidad*, raros, y de los *trastornos tróficos*, que sobrevienen únicamente en el último periodo de la enfermedad bajo forma de escara glútea.

En algunos casos se añaden todavía *crisis gástricas* (Charcot) y *alteraciones por parte de los órganos pelvianos*, tales como retención o incontinencia de orina y constipación o incontinencia de las heces.

En el *curso ulterior de la enfermedad* aparecen manifestaciones que permiten concluir en una grave afectación del cerebro; se produce *cierta debilidad psíquica*, *depresión*, *marcada debilitación de la memoria* y de *todas las facultades intelectuales*, llegando en ocasiones hasta la *demencia*.

Un síntoma muy frecuente es la *aparición de ataques apoplejiformes*, los cuales se distinguen de los de la hemorragia cerebral por ir acompañados de una elevación de temperatura de 40 hasta 42 grados, recobrando el enfermo el conocimiento al cabo de uno o dos días, y desapareciendo la hemiplejía.

Durante el curso de la enfermedad pueden sobrevenir remisiones de meses, para volver a presentarse la enfermedad inevitablemente, progresando poco a poco hasta dejar a los enfermos confinados en un sillón o en la cama, paralíticos, sobreviniendo la muerte a consecuencia de enfermedades intercurrentes, y mucho más frecuentemente por una cistitis purulenta y por escaras sacras, o por un ataque apoplejiforme o una parálisis bulbar, durante la cual muere el enfermo de un ataque de asfixia.

\* \* \*

Todos los tratamientos empleados hasta ahora contra esta enfermedad han resultado impotentes, habiendo sido imposible no sólo curarla, sino detener su curso progresivo.

Con fin terapéutico fueron empleados *preparados de yodo*, *nitrato de plata*, *arsénico*, etc. La *fibrolisina* ha

### Avance de sumario para el número siguiente

(21 de abril de 1934)

DR. HELIODORO G. MOGENA: Ictericias.

PROF. BRUNO LANGE: La cantidad, la calidad y el momento de la infección con bacilos de la tuberculosis y su trascendencia para la aparición de esta enfermedad.

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

DR. B. PÉREZ MORENO: Sobre un caso de encefalitis letárgica.

Sesiones clínicas.

Bibliografía.

Periódicos médicos.

Sección profesional.



sido mencionada por Strümpell, quien dice haber obtenido una vez un buen resultado; pero con frecuencia su acción es nula. Actualmente se emplea el neosalvarsán.

Desde el punto de vista físico, han sido puestos en práctica el *masaje*, la *hidroterapia*, la *galvanización* y la *iontoforesis*.

En el año 1908 ensayó Duhain la irradiación de un caso, y pudo comprobar una acción favorable de la roentgenterapia en esta enfermedad.

En 1909 refirió Marinesco un ensayo que había hecho con rayos Roentgen en tres casos de esclerosis en placas; en dos de ellos, recientes, obtuvo un buen resultado, que se manifestó por una mejoría del lenguaje y de la escritura manual, en la desaparición del temblor de las manos y en una disminución de la contractura; en el tercer caso se trataba de un enfermo muy descuidado, en el que fué empleada la roentgenterapia incompletamente, sin resultado.

Marinesco irradió en series de dos sesiones, dirigiendo los rayos al cuello y a la columna lumbar; utilizó rayos duros filtrados, dando 5 H por campo.

En análogo sentido se expresó Bouchards, el cual observó en sus enfermos mejorías del poder visual, de las manifestaciones espásticas en las extremidades y en la marcha.

Beaujard publicó en 1910 dos casos típicos de esclerosis en placas, enviados por Raymond, que mejoraron considerablemente.

También en 1910 mencionó Nordentoft 18 casos de tumores cerebrales tratados con rayos Roentgen, y entre otros, el favorable efecto obtenido en un caso, que más adelante se manifestó como de esclerosis en placas.

En el Congreso para psiconeuralgia celebrado en Leningrado en 1924, Ipatoff refirió dos casos de esclerosis en placas tratados con rayos Roentgen. En uno de ellos se logró, después de cuatro series de sesiones, una mejoría en relación al lenguaje escandido, temblor intencional de las extremidades y marcha. En el otro desapareció el temblor intencional en las manos y el nistagmus, y también el lenguaje mejoró después de tres series de irradiaciones.

Las series empleadas por Ipatoff y Romanowa por aquella época consistían en tres campos sobre la región ténporo-occipital (derecha, posterior e izquierda), y uno en la región cervical de la columna vertebral; las series fueron repetidas cada dos o tres semanas, utilizando radiaciones penetrantes, filtradas a través de 3-4 milímetros Al, y dando en cada sesión tres unidades H.

En total, desde 1923 han sido tratados por Ipatoff y Romanowa hasta ahora 40 casos. Desde 1925 empleó Ipatoff altas tensiones, dando al principio, por analogía con el tratamiento de la siringomielia, 50 por 100 de la HED, dosis que más adelante disminuyó a 30 por 100, por haberse apreciado agravaciones con la anterior, habiendo dejado limitada la dosis últimamente a 10-25 por 100 de la HED sobre la piel, con 140 KV y 4 mm Al.

Puesto que, por una parte, es imposible localizar exactamente el asiento de los focos escleróticos, y por otra pueden no dar síntomas focos situados en sitios poco importantes funcionalmente, los autores irradiaron la mayoría de sus enfermos al principio en forma de tres irradiaciones en la región ténporooccipital (derecha, posterior e izquierda) con 10 por 100 de la HED, y cuatro irradiaciones con 25 por 100 en la columna vertebral, una en el cuello, dos en la columna dorsal y una

en la columna lumbar, dando, por consiguiente, siete sesiones en cada serie, intercalando entre las series un intervalo de descanso de tres a cuatro semanas. El número de series fué elevado a 10, de manera que una cura duró diez o doce meses.

Ultimamente se aumentó a nueve el número de campos en cada serie, elevando a cinco los craneales (tres en la línea media y uno en cada región temporal).

Los resultados obtenidos por Ipatoff y Romanowa son muy alentadores, puesto que de 28 enfermos que fueron observados de uno a cuatro años, en 22 se obtuvo una mejoría considerable, y hasta una curación en sentido clínico, comprobada en cuatro casos. En los otros seis casos sólo se obtuvo una ligera mejoría, que consistió en el restablecimiento de los movimientos de las extremidades, desaparición del nistagmus y del temblor intencional, disminución de los reflejos tendinosos, restablecimiento o mejoría del lenguaje, desaparición de las alteraciones por parte de los órganos pelvianos, etc. En algunos casos las mejorías aparecieron algunos meses después del tratamiento Roentgen, y hasta uno o dos años después, como ocurrió en un caso, donde la aparición del reflejo abdominal y epigástrico fué comprobado dos años después de la terminación de la cura.

La duración de la enfermedad, el grado de su extensión y la gravedad de los síntomas no ejercen aparentemente ningún influjo sobre el resultado del tratamiento, habiéndose obtenido curaciones clínicas en casos graves y de larga duración, mientras que en otros relativamente recientes y no muy extensos se obtuvo un resultado sólo después de 14 series de irradiación. En ningún caso ha sido visto un completo fracaso del tratamiento Roentgen.

*Modo de acción de la radioterapia (1).*—Bajo el empleo de pequeñas dosis de rayos tiene lugar un retroceso de las células neuróglícas, mejora la circulación sanguínea del cerebro, se hacen de nuevo normales los tubos de mielina, y si se admite la teoría de un virus infeccioso provocador de la enfermedad, se ejerce posiblemente una acción mediata sobre ese virus.

Cuanto a la valoración crítica de los resultados del tratamiento, hay que tener en cuenta que el curso de la esclerosis en placas muestra remisiones aun sin ningún tratamiento, habiendo observado Oppenheim que ya la permanencia en cama produce una remisión; por lo tanto, el resultado terapéutico debe ser juzgado muy cuidadosamente.

Sin embargo, la aparición de remisiones, especialmente en enfermos ambulatorios, de un modo permanente y casi regular, como han comprobado Ipatoff y Romanowa, después del empleo de dos a cuatro series de irradiación, demuestra que esto no es ninguna casualidad.

Si, por otra parte, en una serie completa de enfermos aparecen claramente remisiones acentuadas, cabe interpretar estas remisiones, en enfermos cuya vida y ocupaciones no han sufrido la más mínima alteración fuera del tratamiento Roentgen a que fueron sometidos,

(1) Dos condiciones especiales explican los resultados terapéuticos, hoy en día indudables, por una parte, la extrema sensibilidad de las células neuróglícas frente a los rayos X, y, por otra, la robustez de los elementos nerviosos, capaces de funcionar a pesar de lesiones importantes, mientras no sean destruidos, de suplirse y de recobrar toda o parte de su actividad, por poco que se atenúe la causa que les altere.



a la acción de este tratamiento, por lo cual parece justificada plenamente la convicción de que los rayos Roentgen poseen fuerzas curativas para tales enfermos, que hasta ahora habían sido tenidos por incurables, por lo que los autores ya citados creen que puede aconsejarse calurosamente este método de tratamiento.

En el enfermo objeto de mi comunicación el efecto de la radioterapia ha sido todavía más indudable, pues la mejoría experimentada ha sobrevenido en un período de agravación progresiva de los síntomas, por lo cual no puede estar permitida la duda sobre la eficacia de este agente terapéutico.

El enfermo objeto de esta comunicación es un individuo joven, de veinte años de edad, soltero y natural de Puebla de Almoradiel (Toledo).

No tiene antecedentes familiares, pues sus padres viven sanos, así como sus cinco hermanos. De antecedentes individuales, refiere haber padecido sarampión de pequeño, así como otras enfermedades de corto curso, que no precisa.

La enfermedad actual comenzó a notarla durante el verano de 1930, en el que comenzó a sentir vértigos, cansancio y constipación muy rebelde, pasándose a veces ocho y diez días sin regir el vientre. Al mismo tiempo comenzó a notar irritabilidad visual, molestándole toda clase de luces, las cuales le producían un intenso lagrimeo.

Estos síntomas de irritabilidad del sistema nervioso se extendieron al aparato auditivo, llegando a producirle los ruidos más mínimos un reflejo sobre el aparato circulatorio, que le originaba crisis de palpitaciones, las cuales le obligaban a suspender la marcha, hasta que se pasaba y podía reanudarla de nuevo.

Más adelante comenzó a notar depresión general de fuerzas, especialmente en las piernas, sintiendo al andar como si el suelo se moviese y diese sacudidas extrañas, dificultando todo esto la marcha.

Por parte del cerebro, además de los síntomas de irritabilidad mencionados antes, se le presentó al enfermo una sensación de presión extraña en la cabeza, como si ésta fuese a estallar, debido probablemente a aumento de presión intracraneal. Más adelante se le presentaron manías, irritabilidad de carácter, intranquilidad e insomnio.

Ya en abril de 1931 ingresó en el pabellón de observación del Hospital Provincial por primera vez, saliendo a los quince días y volviendo poco tiempo después, de donde le llevaron a Alcalá de Henares, donde fué tratado, sin que notase ninguna mejoría.

En el mes de octubre del mismo año consultó con el Dr. Lafora, quien le hizo la punción lumbar, y con el resultado del análisis del líquido cefalorraquídeo y minuciosos reconocimientos que se le hicieron, fué diagnosticado de esclerosis en placas, a continuación de lo cual fué tratado con sulfoarsenol, y más adelante con neosalvarsán.

Reingresa de nuevo en el pabellón de observación del Hospital Provincial, diagnosticándole también el doctor Huertas de esclerosis en placas, y dándole un volante para recomendar su ingreso en la clínica del Dr. Marañón, donde ingresó el 29 de febrero de 1932.

A su ingreso, y aparte los síntomas ya enumerados, presentaba nistagmus, estando las pupilas perezosas a la luz y rígidas a la convergencia, con insuficiencia de ésta.

Respecto a los nervios craneales presenta una hipe-raesia. Los restantes se hallan normales.

Existe ligero temblor intencional, así como dificultad

para hablar, presentando el habla el carácter típico, escondido, de la esclerosis en placas.

La marcha es muy dificultosa, teniendo que apoyarse en un bastón, y marchando aun así con dificultad, debido a la contractura que presenta en las piernas. Además se cansa rápidamente, teniendo que dejar de andar casi inmediatamente después de haber comenzado a hacerlo.

No hay signo de Romberg al pronto, pero si el enfermo persiste un rato de pie con los ojos cerrados acaba por vacilar y caerse.

El tratamiento a que estuvo sometido en la clínica del Dr. Marañón fué de inyecciones de neosalvarsán, 0,15 centigramos cada cuatro días, comenzando el día 8 de mayo, y poniéndosele 15 inyecciones en total.

Además se le pusieron 12 inyecciones intravenosas de salicilato de sosa y glucosa, una cada dos días, desde el 10 de junio al 5 de julio.

A pesar de todos los cuidados que se tuvieron con él y del interés que se puso en su tratamiento, los síntomas de la enfermedad persistieron, con tendencia a acentuarse, pues aumentó la dificultad para andar, así como para levantarse de la silla en que se pasaba sentado todo el día; la escritura era casi imposible, a no ser muy despacio y con mucha dificultad; la constipación era rebelde a todo tratamiento, y persistían los zumbidos de oídos, las sensaciones parestésicas (hormigueos) en las piernas y los pies y, en general, la dificultad para toda clase de movimientos.

Desde luego fué diagnosticado de esclerosis en placas no sólo por el Dr. Marañón, sino por cuantos médicos le vieron durante su estancia en esta clínica.

A fines de julio se acuerda el traslado del enfermo a mi Servicio de Fisioterapia del Hospital Provincial, donde ingresa el 27 de julio de 1932, teniendo necesidad de ser trasladado por no poder andar ni tenerse en pie.

El tratamiento roentgenterápico a que ha estado sometido el enfermo comenzó en el mes de agosto de 1932, habiendo terminado en junio de 1933, habiendo recibido en total 11 series de sesiones, una cada mes, en la cabeza y en la columna vertebral.

En cada serie han sido dadas nueve irradiaciones, cinco al cráneo, en la forma descrita antes al hablar de la técnica de Ipatoff y Romanowa, y cuatro a la columna vertebral.

Nosotros hemos modificado la técnica de estos autores en el sentido de emplear una tensión mayor que la aconsejada por ellos, que era de 140 kilovatios, empleando una de 180 kilovatios, y en lugar de 3-4 milímetros de aluminio hemos empleado filtros pesados, habiendo hecho uso de uno de 0,5 milímetros cobre.

En cambio, la dosis craneal la hemos reducido en cada campo del 10 al 5 por 100 de la HED, conservando en los campos vertebrales la de 25 por 100; de este modo hemos equiparado el cráneo a uno de los campos vertebrales, dando 25 por 100 de la HED entre los cinco campos craneales; otra ventaja de esta dosificación es la de no exponer a la depilación del cuero cabelludo, que en nuestro enfermo se presentó después de la tercera serie de dar 10 por 100 de la HED por campo en el cráneo, razón por la cual interrumpimos después el tratamiento craneal en las dos series siguientes, comenzando de nuevo a irradiarle a la sexta serie con 5 por 100 de la HED, y no habiendo ocurrido desde entonces ningun-



na depilación; cuanto a la que tuvo se repobló, menos en una pequeña zona de la sien izquierda, pero tan reducida, que pasa desapercibida (1).

El efecto del tratamiento no se hizo esperar, pues después de la segunda serie de irradiaciones comenzó a poder incorporarse más fácilmente en la cama y a andar algunos pasos.

Durante las sesiones sufría un roentgenkater bastante acentuado, quejándose el enfermo de dolor de cabeza y de inapetencia, teniendo náuseas y vómitos; pero a los cuatro o cinco días pasaban estos trastornos y se repónía otra vez, notando cada vez una progresiva mejoría de los síntomas, llegando a andar, primero con la ayuda de un bastón, y después completamente solo.

Al llegar el mes de junio de 1933, y después de 11 series de sesiones, fué dado de alta, en vista de que la mejoría era tan acentuada, que podía andar perfectamente, habiéndole desaparecido todos los síntomas menos el nistagmus, que persiste atenuado, y aun así, después de salir se repuso más el estado general, hasta el punto de recobrar el aspecto de una persona completamente sana. Un síntoma que le molestó siempre mucho, el estreñimiento, ha desaparecido radicalmente. Andar, tan perfectamente, que incluso aprovechando el poco tiempo de que dispone para ello practica algunos deportes, como el fútbol y la bicicleta. Por último, todos los síntomas mentales que el enfermo tenía han desaparecido, hallándose actualmente, según confesión del enfermo, tan bien o casi mejor que antes de su enfermedad.

La mejor demostración del perfecto estado en que ahora se halla es la de que ha sido declarado útil para el servicio de las armas.

Estos son los resultados obtenidos en este caso, a los que iremos añadiendo los de otros enfermos que tenemos actualmente en tratamiento y que, por su interés, nos han parecido dignos de hacerlos conocer.

## Diagnóstico de la sífilis

POR EL

Dr. EUSEBIO DE OYARZABAL

Unicamente cuando se tiene sífilis hay que hacer tratamiento específico. Esta, al parecer, perogrullada, no lo es tanto, como alguien pudiera suponer. Y me fundo para decir esto en que antes de comenzar una terapéutica antisifilítica conviene asegurarse del diagnóstico por todos los medios que la ciencia ha puesto en nuestras manos.

Dejando a un lado la sífilis terciaria visceral y la más tardía (cuaternaria), por ser éstas generalmente patrimonio de especialistas, que emplean para su diagnóstico métodos adecuados, y porque estas afecciones, aparte su propia gravedad, no nos interesan en cuanto se refieren a su propagación y exterminio, voy a ocuparme en el trabajo presente de la sífilis que hemos convenido en llamar florida, o sea la que se manifiesta por el chancro y lesiones secundarias en la piel y las mucosas.

(1) Nuestra dosis de eritema, medida a nivel de la piel con el dosímetro Hammer, utilizando tensiones de 180 a 200 kilovatios y filtros de cobre, es de 1.200 unidades r internacionales.

Dos medios auxiliares de laboratorio nos sacan muchas veces de dudas: uno, muy usado, la reacción serológica de la sangre; otro, que se practica menos y que consiste en la investigación de la espiroqueta pálida. En el período terapéutico más importante, en el llamado chancro seronegativo, el estado inicial de la sífilis ya está formado clínicamente, y quizá también el virus haya penetrado en el organismo atravesando la barrera ganglionar. Esto es lo que se desprende, al menos, de los últimos trabajos de Kolle, Armuzzi y Erich Hoffmann. Entonces es cuando el mal es fácil de atacar terapéuticamente, y el individuo puede ser resguardado con bastante facilidad de las manifestaciones de la enfermedad. En estos casos, enseñando a la masa del pueblo los estragos que causar puede su mal, y valiéndose para ello de todos los adelantos de la ciencia, vendrán a tratamiento médico en mejores condiciones que ahora individuos que al presente no acuden a nosotros por no darse cuenta de la importancia que tiene atajar el mal en sus comienzos. La seguridad diagnóstica no se adquiere en tanto no se ha demostrado la presencia de la espiroqueta, y me refiero, sobre todo, a aquellos casos de reacción atípica del chancro y de localización un tanto insólita. En el período secundario, la reacción de Wassermann nos dice que el afectado es sifilítico, pero de ningún modo que las manifestaciones que presenta en la piel o mucosas sean de naturaleza específica. Por eso, y mirando la cuestión de ese lado, es de desear se demuestre también la presencia de la espiroqueta en la sífilis secundaria. Y aquí encajan los casos raros en que la reacción Wassermann, etc., no obstante las manifestaciones clínicas indudables, aparece negativa o cambia en el curso del tiempo. Comparando estadísticas de un gran número de reacciones serológicas, no dejan de impresionar las grandes discrepancias que se notan entre ellas. Todos los especialistas tienen seguramente casos en que, investigaciones hechas por distintos individuos, han dado resultados diferentes. Estimo el número de éstas en un 5 por 100. Es, por tanto, absolutamente necesario que toda sífilis secundaria florida se someta a tratamiento específico tan pronto como sea posible, o, dicho de otro modo, a la sífilis se le quita su poder contagioso extirpándola de raíz.

La reacción de Wassermann y similares tienen su máxima importancia en el control de los efectos terapéuticos. Durante la época del tratamiento, estas investigaciones son indispensables en las sífilis seronegativas primarias y aun en las demás formas, con objeto de darse cuenta de la eficacia del tratamiento.

En el mismo sentido, la investigación de la espiroqueta resulta de una importancia enorme en la práctica. Sabido es que, en estos últimos tiempos, un gran número de sifilíticos presentan lo que se viene llamando resistencia al salvarsán. Se cree que las espiroquetas en estas personas no son distintas de las demás, sino que en ellas el salvarsán actúa con dificultad, no ataca con éxito a sus enemigos. De las experiencias llevadas a cabo hasta el presente se deduce



Medalla de Oro, Exposición Universal, París 1889.

## Granulos de CATILLON

0,001 Extracto Normal de

# STROPHANTUS

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

**ASISTOLIA, DISPNEA, OPRESION, EDEMA, Lesiones MITRALES**

## Granulos de CATILLON

0.0001

# STROPHANTINE

CRISTAL.

**TÓNICO DEL CORAZON POR EXCELENCIA**

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

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

Laboratoire CATILLON, 3, Boulevard St-Martin, PARIS



# Silicyl

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

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

# PYRÉTHANE

## GOTAS

25 a 50 por dosis - 300 por día (agua bicarbonatada)

**AMPOLLAS A:** 2 cc. Antitérmicas.

**AMPOLLAS B:** 5 cc. Antineurálgicas.

1 a 2 al día

con o sin medicación intercalar por las gotas.

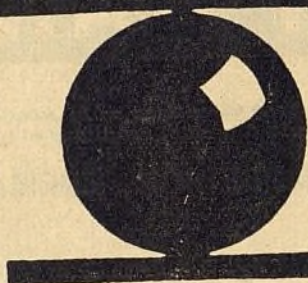
**Poderoso Antineurálgico**



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 AFEC-  
CIONES 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

## iodaseptine cortial

**TUBERCULOSIS  
PULMONAR CRÓNICA**

Dosis ligeras de 3 a 6 gotas  
en series de 20 días

**ADENOPATIAS  
DE LA INFANCIA**

Dosis ligeras de 3 a 6 gotas  
en tres series según la edad

**REUMATISMOS  
CRÓNICOS**

Dosis fuertes de 3 a 20 gotas al día

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

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

## iodaseptine salicilada

**REUMATISMOS  
AGUDOS**

UNE  
LA ACCIÓN DEL YODO AL EFECTO SALICILADO

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



que, sometidos estos individuos a tratamiento inespecífico, cambia de tal modo su manera de ser, que los mismos espiroquetas pierden su salvarsán-resistencia. No se debe hablar, por consiguiente, de espiroquetas salvarsán-resistentes, sino de pacientes resistentes al salvarsán. Estos son los casos que deben ser reconocidos desde el primer momento, viendo qué clase de efectos surge el salvarsán sobre el agente y el terreno, para poner remedio en el acto si hay necesidad. El pronóstico es malo en esta clase de individuos, sobre todo si se emplean pequeñas cantidades del medicamento; privando a la espiroqueta y al organismo del hábito, se obtienen casi siempre buenos resultados.

Estas breves consideraciones quisiéramos fueran suficientes para comprender la importancia que tiene la investigación de la espiroqueta. Esta debe hacerse lo mismo en el diagnóstico que en la valoración clínicoterapéutica. Únicamente por el empleo inteligente de los métodos auxiliares con que hoy contamos puede ser exterminada la sífilis. Claro es que esto impone mayor trabajo; pero, en cambio, se obtiene un mayor beneficio para la humanidad. El que llega a adquirir con una técnica perfecta cierta práctica no tarda más de cinco minutos en hacer un diagnóstico en campo obscuro en los casos positivos. Al lado de éstos existen otros en que hay que estar horas para obtener resultado. Cuando se trata de cortes, conviene saber se necesita, por lo menos, un cuarto de hora para cada preparación.

Creo innecesario decir que este fatigoso trabajo tiene que ir acompañado de sus correspondientes honorarios.

Sobre las cuestiones que pienso desarrollar será lo más claro y terminante posible, pues la sífilis no se cura con trazos de escritura, sino con inyecciones; del diagnóstico y control terapéutico depende todo lo que hayamos de hacer después.

Comienzo, pues, por la posibilidad de demostrar el pálido fuera de las eflorescencias específicas de la piel. No obstante ser estos métodos difíciles y bastante infrecuentes, debemos, sin embargo, conocerlos, y dado caso que la sospecha clínica haya sido negativa en las manifestaciones de la piel, todavía quedan en nuestras manos otros medios auxiliares.

Tan fácil como es demostrar la presencia del espiroqueté recurrente en la sangre, lo es de difícil en la sífilis el pálido. Este es precisamente un parásito de tejido, y al que se conoce muy bien por la clase de sus movimientos. Las investigaciones de Noeggerath y Staehelin, así como las de Hoffmann y Boer, han dado en la sangre, la mayoría de las veces, resultado negativo. Wolff investigó en gota pendiente e iluminación en campo claro. De recomendar es, sin embargo, se haga la investigación de gota en campo obscuro. Sillitti pudo ver hasta 16 espiroquetas en frotis hechos con la sangre de un niño de cincuenta días. Edmundo Hoffmann pudo demostrar los espiroquetas en el cordón umbilical. Las inoculaciones de sangre de sífilítico a conejos dan con bastante fre-

cuencia resultados positivos. En este sentido, las experiencias sobre animales con la sífilis del conejo, y que Kolle hace en la actualidad con los ratones, no han adquirido todavía la suficiente importancia práctica.

En el líquido cefalorraquídeo, los espiroquetas pálidos pueden hacerse manifiestos por la investigación histológica, según el método de Alzheimer (impregnación del coágulo por el nitrato de plata). Los mejores resultados los suministra, sin embargo, la inoculación a los conejos. La investigación de la orina, que tan importante es en el leptospira icteroides, no tiene valor en el diagnóstico del pálido. Debemos hacer resaltar que cuando se hace la investigación de los genitales, el número de faltas que se cometen es grande, porque, normalmente, en esas partes existe un gran número de espiroquetas saprófitas, que pueden dar lugar a diagnósticos equivocados. Stoddart tomó moco del tercio anterior de la uretra de cien pacientes quirúrgicos y encontró espiroquetas en el 44 por 100 de ellos. Noguchi, por el contrario, no halló nunca espiroquetas. Fiessinger confirmó esto, y dice que únicamente en una limpieza superficial existen bacilos del esmegma en un 2 por 100 de los casos. Dora Fusch demostró que en los sífilíticos del sexo femenino, no obstante estar libres de manifestaciones, se encuentran pálidos en el canal cervical, observación más tarde confirmada por Gellhorn y Eherenfert.

En el esmegma, Pinard tuvo ocasión de poner de manifiesto el pálido. Con el método del nitrato de plata obtuvo en la sífilis secundaria tres resultados positivos de los doce casos sometidos a examen. La investigación en campo obscuro no es la más apropiada para el esmegma; es más importante la biológica, según los principios de Uhlenhuth y Mulzer, que fueron los primeros en demostrar el pálido en él. Sin embargo, Lakaye ha podido obtener resultados positivos en nueve casos de los 22 examinados en períodos secundarios.

La mayor importancia práctica se presenta ante los casos en que se trata de saber si las manifestaciones que tenemos ante la vista pertenecen o no a la sífilis primaria o secundaria. En estos casos, el modo de recoger el material a investigar es de la mayor importancia. Un suero producido por irritación y tomado *lege artis*, suministra con facilidad resultado positivo, en tanto un material tomado malamente, o no da ningún resultado, o lo da falso.

Fundamentalmente hay que diferenciar dos clases de productos patológicos: los que proceden de lesiones cerradas, como, por ejemplo, un exantema papuloso, de los que se originan en superficies erosionadas o abiertas, como, por ejemplo, un chancro erosionado o ulcerado. A esto hay que añadir que las superficies abiertas sífilíticas se encuentran muchas veces localizadas en el terreno de las aberturas corporales y los genitales. En ambos casos hallanse a menudo diferentes clases de espiroquetas, y en los genitales, especialmente el refringers y el balanitidis,



además de los soprofitos que existen en la superficie exudativa de los condilomas planos. Todavía más difícil es la investigación de las eflorescencias de la boca, por existir en ella numerosas clases de espiroquetes, entre los que tenemos el dentium, tan fácil de confundir con el pálido. Teóricamente resulta de interés el hecho, no obstante no tener una especial importancia, el que aisladamente muchos espiroquetes inoensivos se parecen, y aun para el observador más práctico resultan a veces difíciles de distinguir del pálido. Scherescheuski, por ejemplo, describe una porción de espiroquetes encontrados en el pene; Oelge ha descrito el *espiroquete incertitudinis*.

Mirando la cuestión en general, el planteamiento que se ofrece al investigador no es éste de: ¿Cómo me valdré para poner de manifiesto los espiroquetes y saber si entre ellos está el pálido? Sino esta otra, mucho más exacta y de mayor resultado práctico: ¿Cómo conseguiré hacer una preparación en la cual exista el pálido, éste se encuentre en cantidad y, a ser posible, solo? Veamos cómo: Erich Hoffmann, que ha sido el fundador de la técnica de la investigación de los espiroquetes, dice que en las preparaciones de secreciones, el pálido únicamente puede ser diagnosticado cuando, aparte de él, no existen formas de desviación de otros espiroquetes. Del mismo modo que en la tuberculosis no nos contentamos con el hallazgo de uno o dos bacilos ácidosresistentes, de igual manera no debe satisfacernos en la sífilis el encuentro de uno o dos ejemplares de espiroquetes. De aquí el que siempre que sea posible se investiguen las eflorescencias cerradas, y cuando éstas no existan, aquellas manifestaciones que asienten en regiones pobres en espiroquetes saprofitos, como, por ejemplo, las ulcerocostrosas de la cabeza. Claro es que un investigador experimentado, aun en una preparación en que existan diferentes tipos de espiroquetes, siempre reconocerá el pálido. Sin embargo, el número de estos especialistas es muy reducido. Una importancia grande tiene en los casos dudosos la punción de los ganglios, aconsejada por Erich Hoffmann, y de la que hablaré más tarde.

En el chancro sífilítico trátase, por lo general, de investigaciones de superficies erosionadas, exudativas o purulentas. La preparación consiste en la limpieza y la irritación. La limpieza se hace quitando el pus y los saprofitos; la irritación, recogiendo el suero de la profundidad de la induración, rico en espiroquetes. La sangre debe evitarse siempre. Lo mejor es tomar una torunda de gasa humedecida en solución de sal común y pasarla varias veces sobre el chancro. El paciente ha de tener éste bien fijo y permanecer así, sentado o de pie, unos minutos. Si se trata de un chancro sucio, debe hacerse la limpieza previa con  $H_2O_2$ . Una de las faltas más frecuentes que se cometen en la limpieza e irritación del chancro es la de proceder inmediatamente a la investigación, cuando lo que debe hacerse es dejar pasar algún tiempo para que salga en alguna cantidad el líquido que se va a examinar. A la limpieza sigue la irrita-

ción. El suero puede recogerse por raspado, por expresión, por aspiración o por pinchazo. En general, es suficiente valerse del suero obtenido por raspado y expresión. Puede hacerse con un bisturí o con un cubreobjetos, pasándolos suavemente sobre la superficie del chancro, siempre en la misma dirección y apretando su base con los dedos. Del mismo modo se procede con las eflorescencias secundarias. Pasado medio minuto rezuma ordinariamente un suero ambarino en la superficie, que es el que nos sirve para la investigación. En la práctica diaria es suficiente, en general, el método descrito. No encuentro nada práctico tomar el suero con capilares y enviarlo a un centro de investigación. En mi práctica, lo que me ha dado siempre el mejor resultado ha sido hacer el raspado, la irritación y la toma del suero con un cubreobjetos. Con éste se trabaja muy limpiamente y se le infunde al paciente menos miedo que con el bisturí.

Las manifestaciones de la sífilis secundaria se investigan según los mismos principios. Si se trata de lesiones costrosas (lo mismo puede decirse del chancro costroso), no es necesario levantar éstas; basta apretar con fuerza en su base para que aparezca en la superficie un segregado muy rico en espiroquetes. Las eflorescencias de la boca sólo se someten a examen cuando no existen otras en otro sitio. Aquí se necesita una limpieza repetida y a fondo con  $H_2O_2$ .

Puede ocurrir que la investigación de una erosión muy sospechosa no dé resultado positivo el primer día, por ser costumbre muy extendida entre los pacientes curarse ellos mismos la lesión con polvos, pomadas, etc. En estos casos se prescribirá una solución de sal común, que se aplicará en un algodón o gasa mojado en ella y dejándola puesta durante veinticuatro horas. Haré observar que bajo este tratamiento el chancro epidermiza rápidamente. El paciente se encuentra al día siguiente en buenas condiciones para la investigación. Los polvos de azufre sirven igualmente para limpiar y no afectan al pálido. En ocasiones trátase de comprobar si en un fimosis se encuentra o no un chancro. Por el tacto solo podemos engañarnos. Así ocurre, por ejemplo, en los condilomas acuminados, que, palpados, dan la sensación de dureza pétrea. Lo mejor es guiarse por el cordón linfático dorsal y lavar bien la secreción purulenta del saco prepucial (introduciendo un catéter fino). Después de secar se introduce una sonda seca en el sitio sospechoso, la que, por lo general, sale manchada de una secreción rica en espiroquetes.

Si un chancro bien limpio no encierra en su secreción ningún espiroquete es porque quizá haya sido falsamente tratado, en cuyo caso debe recurrirse a la maniobra recomendada por Erich Hoffmann y consistente en la punción ganglionar. Según Hoffmann, pueden puncionarse también las eflorescencias cerradas, si bien la punción de los ganglios linfáticos regionales es el método de investigación más importante, porque su secreción es completamente limpia. Aun en el hombre, la punción de los ganglios linfá-



ticos es de un valor considerable, sobre todo en los casos de sífilis asintomática, puestos tan de relieve por las experiencias de Kolle. Muchos son los métodos aconsejados para hacer esta punción.

Me voy a limitar aquí a dar a conocer el preconizado desde 1921 por Oelze y practicado por mí desde hace tiempo:

1. Desinfección de la parte afectada y, eventualmente, corte del pelo. Como desinfectantes son suficientes el alcohol, el éter, o la tintura de yodo. Fijación del ganglio entre el pulgar y el índice de la mano izquierda, procurando al mismo tiempo que haga una ligera saliente en la piel. Si son varios los ganglios infartados, no se recoge del más duro, sino de aquel que presente una resistencia mediana.

2. La aguja recta, gruesa y corta, permite mejor que una larga la buena localización en el ganglio.

3. 7n la jeringa de una cavidad de 1 ó 2 cc. se aspiran de 0,25 a 0,5 cc. de solución fisiológica de Cl. Na.

4. La jeringa, armada de la aguja, se hace penetrar en la periferia del ganglio. Con alguna práctica, y en los que no son muy pequeños, esto se consigue con relativa facilidad.

5. Una vez introducida la aguja se le da unas cuantas vueltas dentro del ganglio.

6. Se inyecta el líquido.

7. Se retira la jeringa. Algunos esperan de dos a cinco minutos, durante los cuales mueven la aguja en el ganglio.

8. Vuelve a elevarse la aguja y a aspirar su contenido.

9. Se saca la jeringa, y su contenido se reparte en varios portaobjetos ya preparados de antemano con una pequeña gota de solución fisiológica de sal común o agua destilada. En el preparado suele haber pocos eritrocitos, y por el contrario, muchos linfocitos. El líquido no debe contener gran cantidad de elementos corpusculares, porque entonces se entorpece la investigación de los espiroquetes.

En toda punción ganglionar hay que seguir al pie de la letra la técnica descrita si se quiere tener un alzado tanto por ciento de los resultados positivos y no gastar más tiempo que el puramente necesario. La punción ganglionar es, sin duda alguna, de gran importancia para los enfermos en los espacios de tiempo en que la reacción de Wassermann es negativa y en los casos dudosos (tratados localmente). A mi juicio, debía ser mucho más empleada en la práctica de lo que hasta ahora se viene haciendo.

El material que se va a someter en la investigación debe siempre desleirse sobre un porta hasta que se muestre una ligera turbidez.

El diagnóstico y el diagnóstico diferencial de los espiroquetes vivos en campo oscuro apenas si pueden ser reconocidos por las descripciones, por muy detalladas que éstas sean. Aquellos que no hayan tenido ocasión de trabajar en una clínica de la especialidad pueden adquirir la técnica y la práctica necesarias ensayándose en campo oscuro media hora

todos los días, durante unos seis meses. Es necesario acostumbrarse a ver el pálido, para lo cual nada mejor que buscarle las eflorescencias cerradas donde existe puro. Debo decir, además, que en las investigaciones diagnóstico-microscópicas, el cambio de objetivos y oculares más perjudica que beneficia la visión óptica exacta de la figura, y téngase en cuenta que el recuerdo de lo visto facilita mucho el conocimiento del objeto en este caso el espiroquete pálido. Se debe utilizar un ocular de fuerza mediana. El cambio frecuente de oculares da inseguridad y entorpece el diagnóstico.

El mismo pálido aparece en el campo oscuro (el cual aumenta extraordinariamente todos los contornos) sumamente delgado, sutil y rico en espiras. Con los aumentos usuales de inmersión 1/12 y ocular 12, aparecen las espiras bastantes regulares; con aumentos más fuertes, éstas se hacen confusas. Son característicos del pálido los movimientos de rotación alrededor de su eje y los de doblez o acodamiento hacia la mitad de su cuerpo, lo que hace forme ángulos más o menos abiertos. Los propios movimientos activos de cambio de lugar son pequeños en nuestros medios de observación; nunca se desliza el pálido con agilidad a lo largo del porta y cubreobjetos. En contraposición con él, muchos espiroquetes saprofitos irradian gran claridad, muestra pocas espiras, y sus extremos son reducidos. Las espiras plateadas del pálido, finas y ligeramente brillantes, aparecen, por el contrario, como si hubieran sido fundidas. Cuando se ha llegado a adquirir dominio en la técnica de la investigación y toma del segregado, el diagnóstico del pálido se hace con mayor seguridad que otro cualquiera. Me consta que hay compañeros que creen que es imposible diferenciar, por ejemplo, los espiroquetes de la boca y el pálido. A éstos les diré que el pálido tiene para el observador aveau una fisonomía tan característica en el campo oscuro, que, entre la abigarrada mezcla de espiroquetes, fácilmente se le distingue. Creo que es más fácil encontrar un pálido en una preparación de conjunto que una pareja de gonococos. El pálido hay que buscarlo; tiene que ser siempre descubierto. Los bacilos tuberculosos, las plasmodias de la malaria y los gonococos se les busca y se les encuentra. En la investigación del pálido, el observador experimenta, cuando le ve, la sensación de un descubrimiento. La finura de su forma, que tan fácilmente se sustrae a la mirada del que no está muy atento; sus movimientos característicos de péndulo alrededor de su centro, la rotación en torno de su eje longitudinal y el permanecer en su sitio, son sus características principales. Falta, por consiguiente, al pálido los movimientos bruscos de conjunto de las espiras de un extremo al otro. Oelze dice haber observado que, por la adición de salvarsán a la preparación, los movimientos del pálido se conservan más tiempo que el de los demás espiroquetes. De la exactitud de la observación queda uno convencido, no así del empleo práctico del método. Cuando no se disponga de conden-



sador para campo obscuro, se recurrirá a los métodos de coloración (Fontana, Giensa, tinta china); pero nunca quedará uno tan tranquilo de si existe o no pálidas como con el campo obscuro. Axioma: todo espiroquete que se pone en duda si es o no el pálida, no es el pálida.

## SESIONES CLÍNICAS

### Clínica Médica del Dr. Fidel Fernández

(Hospital de San Lázaro, Granada)

(Sesión científica del jueves 25 enero 1934.)

#### ROTURA UTERINA

Dr. D. Eduardo López Font.—El buscar estos días algo con qué corresponder a la amable invitación que para estas sesiones clínicas me hizo el organizador y jefe de ellas, Dr. Fidel Fernández, ha constituido para mí una preocupación que, si llego a salvarla airoosamente, será contando con la benevolencia del director de la Maternidad de Granada, Sr. Alonso, que me autoriza para presentar a ustedes un caso clínico tratado y resuelto por él con su habitual pericia, y a cuya evolución asistí cuando desempeñé el cargo de ayudante en su clínica.

Se trata de la enferma María Vélez Izquierdo, natural de La Peza (Granada), de treinta años de edad, casada, y sin antecedentes hereditarios ni patológicos de importancia.

Manifiesta que se casó a los veinte años, que ha tenido cinco embarazos, todos buenos, y cuatro partos. El último embarazo terminó por cesárea abdominal a causa de placenta previa; convalecencia de la misma, normal, aunque la forma de la cicatriz no corresponde a una curación *per primam*. A los dos años de esta operación tuvo su última regla en abril de 1930, quedando embarazada desde entonces. Comenzó a aumentar el volumen de su vientre de un modo extraordinario en los últimos meses de la gestación, y el día 22 de diciembre del mismo año sintió ligeros dolores en el bajo vientre; a las pocas horas se repitieron, y en la noche del mismo día sintió un vivo dolor, que casi le hizo perder el conocimiento. Arrojó después sangre por sus genitales y quedó encamada esperando el parto, que no se presentó. Persistió la hemorragia, aunque ligera. A los pocos días tuvo una gran subida de leche, que persistió algún tiempo, y al mes aproximadamente de esto vuelve a su vida ordinaria, porque su vientre disminuyó mucho de volumen y las molestias desaparecieron en gran parte. En el mes de marzo de 1931 vemos por primera vez a la enferma, o sea tres meses después del accidente, y acusa su exploración los datos siguientes:

Enferma desnutrida, ligeramente febril y con marcado hábito asténico. Todas las reacciones de embarazo son negativas.

Por palpación acusa una tumoración voluminosa, cuya extremidad superior tiende a perderse hacia el hipocondrio derecho, de bordes imprecisos, y sin poder encontrar nada más en el resto del abdomen por existir marcada resistencia.

Exploración vaginal: cuello duro, orificio cerrado, cuerpo uterino deformado.

Mamas sin secreción. Han desaparecido la mascarilla y pigmentación gravídicas.

Posible diagnóstico de embarazo extrauterino, interrumpido el 22 de diciembre, que acaso fuese un síndrome cataclísmico atenuado lo que la enferma sufrió.

Pocos días después su estado se agrava, y no parece prudente prolongar más la espera.

Laparotomizada la enferma, se encuentra un feto muerto, de ocho meses,acráneo, anencéfalo, con sus membranas y placenta en cavidad peritoneal, todo ello enquistado por adherencias y neomembranas peritoneales. En lugar del supuesto anidamiento extrauterino se encuentra el útero evertido y abierto totalmente por su cara anterior, a nivel de la antigua cicatriz, e involucionado. Extracción sencilla del feto y anexos. Histerectomía subtotal. Cierre de la cavidad sin drenaje. Curso operatorio normal.

Se trata, pues, de una rotura uterina en enferma cesareada dos años antes, cuya rotura asienta a nivel de la antigua cicatriz, con expulsión del huevo entero, posiblemente intacto, a la cavidad peritoneal, con tolerancia y supervivencia de la enferma.

Este caso clínico, excepcional por el grado de tolerancia, constituye a este respecto un verdadero record entre los de su clase; representa además el tipo más acabado de roturas uterinas consecutivas a operaciones cesáreas ejecutadas con anterioridad en la misma enferma. Por estas razones, y por no estar suficientemente difundida la evolución clínica de los mismos, he decidido presentaros el caso. Ninguna otra razón me ha movido a ello, porque lesiones como ésta, que no tienen más base anatómica que la sencilla alteración mecánica que supone la rotura, con las elementales complicaciones que dan la hemorragia y la infección, no pueden tener por sí solas valor científico que justifique su presentación.

Existen en la literatura médica casos muy parecidos, pero ninguno le iguala, dentro de su modalidad clínica, en cuanto a tolerancia intraperitoneal del huevo.

Los más sobresalientes casos a este respecto son:

El de Braun, en que la tolerancia del huevo entero, a término, en la cavidad peritoneal llegó a seis semanas.

William Nicolson comunica otro caso de Hinrichs a la Sociedad de Obstetricia de Filadelfia en marzo del pasado año, en que el feto fué retenido durante cuatro semanas.

Von Dahl y Sussmann tienen cada uno un caso en que la expectación se mantuvo por ocho días, y los fetos estuvieron abandonados en cavidad peritoneal sin ocasionar trastornos graves.

El primer caso que se registra de esta naturaleza es el de Soltz, publicado en la *Gaceta Médica de Estrasburgo* el año 1849; pero en éste no hubo ni tolerancia ni supervivencia de la enferma, que murió rápidamente.

A título de curiosidad, y por obedecer la rotura uterina no al desgarramiento de la cicatriz de una operación cesárea, sino a la cicatriz de otra rotura anterior, citaré el caso de Rose, comprobado por Munde, que acaso sea único en la ciencia. Mujer de treinta y dos años, en 1.º de junio de 1869, después de cinco horas de trabajo aparecen todos los síntomas de una rotura uterina. Introdujo la mano en el útero y corrobora la rotura, a través de la cual extrajo un niño que había pasado a la cavidad abdominal. Curación al mes. El 1.º de abril de 1872 se repite otro parto igual al anterior en la misma enferma. En 20 de mayo de 1874 se repite el mismo ac-



# NEYOL

AUTOR DOCTOR R. FERRIS MEDICO  
MEDICACION BALSAMICA INTENSIVA

INYECCION INDOLORA

TRATAMIENTO  
MODERNO DE LAS  
ENFERMEDADES DEL  
APARATO RESPIRA-  
TORIO



LABORATORIOS-FEDE S.A.

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



Neyol n.º 1  
Procesos crónicos del  
aparato respiratorio

1

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

COMPOSICION POR 100 C. C. = Para-iso-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

2

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

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

Neyol n.º 3  
Niños

3

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

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

Neyol n.º 4  
Procesos agudos

4

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

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

Neyol n.º 5  
Antiasmático

5

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

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

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

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

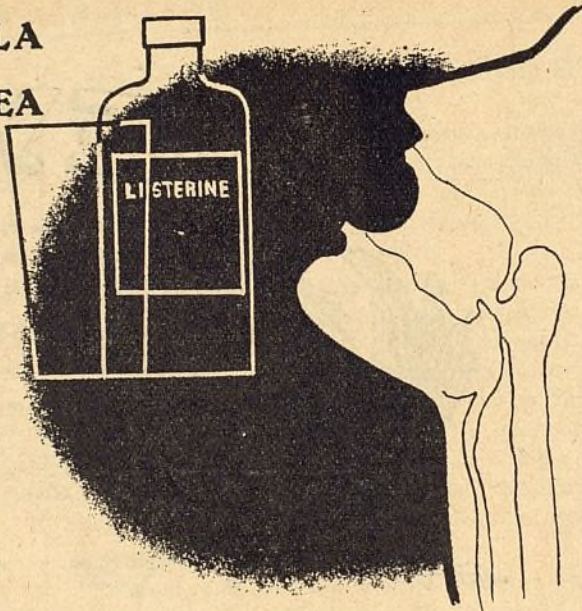
SOLICITEN MUESTRAS Y LITERATURAS



## LA DESINFECCION DE LA CAVIDAD BUCO-FARINGEA

...requiere un antiséptico energético y a la vez inofensivo, uno que destruya rápidamente los microbios y, al mismo tiempo, que no irrite ni congestione la mucosa; uno que limpie perfectamente, que penetre en todas las cavidades y cicatrice las pequeñas heridas consecutivas a toda extracción; uno que elimine realmente la fetidez de aliento o halitosis cualquiera que sea su origen. Ese desinfectante ideal, inócuo, cicatrizante y desodorante es Listerine. Su eficacia ha sido comprobada científicamente.

Concesionario: FEDERICO BONET.- Apartado 501.- MADRID.



"El número real de microorganismos muertos por el Antiséptico Listerine supera los 200.000.000 indicados por los fabricantes."

# LISTERINE

## LA RESTITUCION AL ORGANISMO DE SALES MINERALES

Cuando el organismo, por exceso de trabajo cerebral o por enfermedades, tiene que consumir los propios elementos mineralizadores del sistema nervioso, prodúcese el desequilibrio bioquímico causante de todos los estados de depresión comprendidos bajo el nombre genérico de neurastenia. NEVROSTHENINE representa la medicación racional en esos casos. Restituye a los nervios las sales minerales en forma de glicerofosfatos de sosa, potasa y magnesia, y en la misma proporción fisiológica que se encuentra en el cuerpo humano.

Concesionario: FEDERICO BONET - Apartado 501 - MADRID



# NEVROSTHENINE

(FORMULA DEL DR. FREYSSINGE)





cidente, y el 28 de febrero de 1876 hay otro caso igual, pero con la circunstancia favorable para el feto de que pudo ser extraído vivo de la cavidad peritoneal, sobreviviendo la enferma a cuatro roturas consecutivas.

Battechner publica la observación de una mujer que sufrió tres roturas consecutivas.

Recientemente, casos del tipo clínico del por nosotros presentado se repiten con mucha frecuencia, y para darles una idea de ella, sobre todo en relación con las otras clases de rotura, les presentaré un resumen estadístico de los casos que he podido sacar, publicados en las revistas francesas durante los años 1929 al 33. Para su mayor claridad, los dividiremos en tres tipos: roturas espontáneas durante el parto, producidas por la violencia que supone la distocia; roturas provocadas durante el mismo por las maniobras terapéuticas empleadas para resolverlo, y roturas espontáneas ocurridas durante el embarazo o comienzo del parto, y que obedecen exclusivamente, como en nuestro caso, a una mayor debilidad de las paredes uterinas.

Del primer tipo he podido registrar 13 casos; del segundo, 10, y del tercero, otros 10. He aquí el cuadro:

1 1/2 por 100 a la población europea, asistida también durante el mismo tiempo y en idénticas condiciones. Posteriormente, los mismos autores publican otros tres casos de rotura espontánea durante el parto, y los tres recaen también sobre el elemento indígena, y no existiendo diferencias etnográficas que justifiquen estas lesiones hay que considerar que la causa de las mismas reside en la diferencia cultural que las separa. Por eso creemos que esta forma clínica, que pudiéramos llamar del pasado, es cada vez menos frecuente, y se abusa un poco de su descripción.

Respecto a la segunda forma, o sea la provocada por las maniobras terapéuticas, por las operaciones obstétricas encaminadas a resolver una distocia, vemos lo desproporcionadamente que se distribuye en dicha estadística, y a esta forma, que pudiéramos llamar de transición, le cuadran las mismas anteriores consideraciones. Ambas reconocen por causa la negligencia y abandono, que hace acudir a las distocias demasiado tarde. El pronóstico de estas dos clases de roturas es tan grave, que los médicos han reaccionado contra ellas en tal forma, que acuden quizá con demasiada frecuencia a la

Roturas espontáneas durante el parto, producidas por la violencia de una distocia				Roturas provocadas durante el parto por intervenciones obstétricas				Roturas espontáneas durante el embarazo o comienzo de parto, que obedecen a debilidad adquirida por operaciones cesáreas y sus similares			
Años.....	Núm. de casos.	Autores que los citan	Lugar y fecha	Núm. de casos	Autores que los citan	Lugar y fecha	Núm. de casos.	Autores que los citan	Lugar y fecha	Núm. de casos.	Autores que los citan
1929.	1	Hartteman.	Nancy 20-IV-1929.	1	Grose (Versión).	Montes 4-IV-1929	1	Pery.	Burdeos 8-I.	1	Pery.
	1	Magos.	Nancy 4-V-29.	1	Cauvenberghe (id.)	Idem.	1	Dervaigne.	Idem 13-V.	1	Dervaigne.
1930.	3	Laffont.	Argel.	1	Anderodias (forceps).	Idem 12-XI-29.	1	Estienny.	Toulouse 17-XII		
	1	Surau.	Paris 6-XII-30.	3	Bohles (delmas).	Strassburgo 6-XII-30					
1931.	1	Bholer.	Strassburgo 7-XII-31	1	Pery (versión).	Idem id.					
	2	Lacome.	Paris 6-VII-31.								
1932.	1	Dujol.	Lyon 20-VI-32.	1	Dufoyse (forceps).	Lyon 13-I-32.	1	Robert y Fraissac	Burdeos 6-XII.		
	1	Delord.	Montpellier 4-V-32.	1	Delmas (versión)	Montpellier 21-XII-32	1	Pastiel.	Bélgica 3-XII.		
	1	Grimault.	Nancy 12-I-32.				1	Trillat.	Lyon 20-VI.		
	1	Trillac.	Lyon XII-32.				1	Paucot.	Lille 28-X.		
1933.				1	Lapaigne (id.)	Idem 27-IV-33.	1	Cooll-Carrera.	Montpellier 21-XII		
							1	Germez.	Lille 22.		
							1	Weiss.	Strassburgo 4-III.		
	13			10			10				

Si comparamos esta pequeña estadística con otra hecha en idénticas condiciones muchos años antes, vemos que se ha iniciado un movimiento de descenso en las roturas que pertenecen al primero y al segundo tipo, y en cambio se inicia un movimiento de ascenso en las del tercero, o sea en las que corresponden a nuestro caso clínico, y este aumento obedece a la mayor cultura social del ambiente, y también al aumento de la cultura médica.

Laffont y Larribère publican en 1929 una estadística de roturas uterinas ocurridas en la maternidad de Argel desde los años 1908 al 28. Las dos únicas roturas espontáneas durante el trabajo del parto ocurridas durante los mismos años se dieron en mujeres indígenas. De 18 casos de rotura provocada durante el parto, que se dieron en el mismo período de tiempo, corresponde a las indígenas una frecuencia de 18 por 100 de roturas en el total de partos asistidos a ellas, y sólo de

vía abdominal para resolver aquellas situaciones obstétricas, y las ampliaciones dadas a la ejecución de la operación cesárea ha traído por consecuencia un aumento en el número de las mismas, de una parte, y de otra parte, un déficit en la calidad de las cicatrices uterinas resultantes de la misma operación, que se ha traducido en un aumento de las roturas uterinas en los embarazos subsiguientes. Y esta forma, que pudiéramos llamar forma del porvenir, tiene en su cuadro clínico marcadas diferencias sobre las dos formas restantes, y que vamos ligeramente a describir.

Esta rotura ocurre con frecuencia antes de que el trabajo comience, antes de que el cuello desaparezca, de que la dilatación se inicie y con las membranas íntegras, algunas veces con dolores poco intensos que se presentan en el último mes del embarazo, y que con frecuencia no se les da la importancia que realmente tienen, y aquí hemos de señalar la necesidad de que toda



mujer que ha sufrido una operación cesárea sea puesta bajo la vigilancia y el reconocimiento médico apenas estas molestias se inicien en una nueva gestación. Pero lo que hace más difícil su diagnóstico es que esta rotura puede ser compatible durante algún tiempo con pulso y temperatura normales, sin signos de hemorragia interna o externa ni rigidez abdominal, y esto hace que el médico, acostumbrado a la dramática descripción de los libros, no diagnostique, o lo haga demasiado tarde, esta clase de roturas, que son las que más se benefician del tratamiento.

Así, pues, tres puntos particulares caracterizan estas roturas:

1.º El hacerse con un *mínimum* de síntomas prodromicos. Falta el síndrome de Bandl-Frommel, el de Zweifel, etc.

2.º La hemorragia suele ser pequeña no sólo por asentar la rotura a nivel de una cicatriz, sino porque asentando en el cuerpo uterino, éste por sí sólo puede hacer su hemostasia, como después veremos.

3.º Frecuentemente, el huevo es expulsado en bloque completo e íntegro a la cavidad peritoneal, lo que asegura una cierta asepsia a este accidente.

En estas dos condiciones últimas se basa su relativa benignidad, pues los trabajos de Durante sobre circulación uterina demuestran que ésta se hace de un modo muy distinto de como hasta ahora se reconocía. El útero es considerado como un músculo formado por la coalescencia de los dos canales de Müller; su irrigación es asegurada por la arteria uterina, cuyas flexuosidades están destinadas a prevenir el aumento de volumen del órgano durante la gestación. Desde hace muchos años fijó Durante su atención en la estructura especial de las arterias y venas uterinas, y ha acabado por describirlas de la manera siguiente:

"Ciertos vasos se señalan porque su pared tiene un espesor desproporcionado con la estrechez de la luz deformada, en estrella o aplastada encinta, estrechada por los relieves de los haces subendoteliales de la túnica muscular. Esta desproporción se señala no sólo sobre los vasos de calibre medio, sino también sobre los finos de calibre capilar, cuyo endotelio, ligerametne engrosado, está doblado por un manguito de dos o tres hileras de células fusiformes u ovoideas que derivan del estroma vecino. Los vasos aparecen unas veces con pared circular regular, o bien individualizados en el seno de una zona conjuntiva que le separa de los haces musculares vecinos del miometrio. Pero estos haces, dispuestos alrededor de los vasos, forman como una segunda túnica contráctil discontinua, cuya acción a distancia será menos brutal que la de la túnica media, gracias a la interposición de la zona conjuntiva que amortigua su acción. Algunas veces este anillo muscular encierra un ramillo de arteriolas reunidas en su centro. Al lado de estas zonas se distinguen otras de arquitectura más complicada. La túnica media es frecuentemente reforzada por importantes haces subendoteliales, oblicuos o perpendiculares a la dirección de los vasos, que hacen relieve en la luz vascular y constituyen verdaderos esfínteres locales. Otros, al contrario, tienen una dirección longitudinal. La capa circular falta a veces a nivel de estos pilares musculares, que se confunden entonces hacia afuera con los elementos adyacentes del miometrio. De otra parte, la pared está formada de elementos contráctiles

esparcidos en todas direcciones, que se fusionan por su extremidad distal con los haces musculares vecinos.

"Sobre los cortes transversales es frecuente encontrar diferencias considerables en la estructura de los diversos cuadrantes de la pared. Algunos aparecen descubiertos de capa circular sobre una parte solamente de su pared. Otros, al contrario, están localmente reforzados por manguitos musculares, llegando a duplicar y triplicar el espesor de la pared sobre un segmento del vaso. Señalemos, en fin, la frecuencia de fibras radiadas, que hacen el papel de un elemento dilatador activo, pudiendo ocupar toda la pared, que se insertan dentro de la capa circular. Pero lo que más llama la atención en ciertas regiones son los cambios frecuentes de células contráctiles entre vasos y miometrio.

"Al lado de estas formas complejas existen otros tipos simplificados. La túnica media no existe más que en una parte de su pared, y el resto está constituido por endotelio, que reposa sobre el extremo intersticial. Otras veces, en fin, se reducen a algunas fibras que desaparecen a su alrededor. El vaso está tan sólo representado por su endotelio, sumergido en un magma de tejido conjuntivo más o menos extenso, realizando así las amplias lagunas descritas por Keifferr.

"Sobre los cortes longitudinales, estos vasos presentan también diferentes irregularidades, como aporte de fascículos del miometrio, refuerzos esfinterianos y, más lejos, adelgazamiento y desaparición de la pared muscular, no citando más que estos tipos principales, de los cuales hay variedades múltiples que se adaptan a las condiciones que rigen las diferentes regiones del miometrio. De esto se deduce que estos vasos no pueden ser simples conductores de corrientes sanguíneas. Lo que distingue particularmente los vasos uterinos es la cooperación de su túnica media propia y de los elementos del miometrio, sea que haya un simple entremezclamiento de células contráctiles, sea que los haces del miometrio vengan a suplir una media ausente o a reforzar la que existiese, habiendo hecho decir a Keifferr que el útero es una expansión enorme, una hipertrofia local colosal de las paredes vasculares, quedando explicada esta simbiosis de los elementos del miometrio y de las paredes vasculares por su origen embrionario."

La arquitectura general del miometrio se aproxima singularmente a la de aquellos pequeños órganos glomí o paraganglios. Sabido es que estos órganos son los manómetros reguladores de la circulación, y por su analogía se ha podido considerar la capa media del cuerpo uterino como un glomus enorme, como un regulador autónomo, destinado a asegurar automáticamente, por reflejos vasculares locales, una circulación en relación con el estado funcional del órgano para hacer frente a las exigencias menstruales, y durante el embarazo mantener en los lagos placentarios, juntamente con las formaciones fibromusculares de la placenta humana, una presión normal, con entera independencia de las variaciones que pueda sufrir la circulación materna. Estos órganos constituyen verdaderos corazones periféricos, que se rigen automáticamente según los estímulos de la presión intravascular. Los unos activan la circulación de retorno. Los otros, o bien remedian la insuficiencia más o menos variada de la impulsión cardíaca, amortiguada por la distancia, por la compresión gravídica de los vasos abdominales, o bien la refuerzan cuando las condiciones uterinas la exigen en el embarazo, parto y



puerperio, pudiendo en unos casos incluso abolir el reflejo sanguíneo en una región determinada del cuerpo uterino, y por este mecanismo cohibir en ella una emorragia. Hemostasia que se halla asegurada en nuestro caso por este triple mecanismo: 1.º, actuación de las llamadas ligaduras vivientes, de todos conocidas; 2.º, por el proceso, también conocido, que llama Stegeman transposición autónoma de la corriente sanguínea. Estos dos mecanismos macroscópicos que intervienen como fisiológicos en el acto del alumbramiento, impidiendo la hemorragia placentaria, pueden intervenir, juntamente con el mecanismo microscópico anteriormente descrito, para impedir la hemorragia en la zona traumatizada por la rotura.

Las condiciones de relativa asepsia que se dan en esta clase de roturas por cicatrices son tan aceptables, que puede decirse que son las exigidas por el cirujano cuando practica una cesárea.

Si tenemos en cuenta que las causas de mortalidad en la clásica rotura uterina la dan la hemorragia y la infección, y estos dos elementos se dan en los casos clínicos del tipo del que nos ocupa tan disminuídas, nos podremos dar cuenta de que su pronóstico operatorio, como su evolución clínica, tienen una mortalidad pequeña.

El estudio anatomopatológico de la cicatriz uterina consecutiva a la operación cesárea ha sido hecho por diferentes autores clínica y experimentalmente, y resulta que está formada por tejido conjuntivo que evoluciona igual que en una herida aséptica cualquiera. En los primeros meses abundan los elementos histiocitarios, que después evolucionan hacia un tipo mesenquimático, disminuyendo el grosor de la zona hasta quedar constituida por una delgada capa de tejido conjuntivo adulto. Este conjuntivo esclerótico no es menos resistente que el tejido muscular, pero lo que puede originar algunos trastornos durante la gestación es que mientras los elementos musculares sufren los estados de hipertrofia e hiperplasia por el estado gravídico, el tejido conjuntivo cicatrizal no las sufre, y de ahí el peligro consiguiente en cuanto la regeneración mucosa es perfecta, pudiéndose realizar en la misma la implantación del huevo, y esto constituye un nuevo peligro para su integridad en subsiguientes embarazos.

En una comunicación reciente de Trillart y Dargent, hecha el 6 de febrero de 1933 a la Sociedad Ginecológica de Lyon, hablan de una enferma cuya, por haber muerto a los setenta días de operarse de una cesárea, permitió realizar el examen histológico de su cicatriz. En ella encontraron: primero, tejido uterino normal, sin huellas de supuración; segundo, una banda de tejido muscular en el que se encuentran islotes de tejido conjuntivo, que probablemente representan los puntos de la sutura; tercero, una banda de tejido escleroso, deduciendo las siguientes conclusiones, teniendo en cuenta que la enferma murió de puerperia consecutiva a la operación.

Primero, el procedimiento de exclusión peritoneal permitió evitar la peritonitis, pero no impidió el desenvolvimiento de una puerperia que mató a la enferma; segundo, el útero conservó un estado de integridad en medio de los desórdenes inflamatorios múltiples que le rodean; su evolución es normal, a pesar de que existe trombosis de la hipogástrica y supuración del tejido celular del ligamento ancho; tercero, la cicatriz uterina

de la histerectomía presenta coaptación perfecta, sin desunión; cuarta, las comprobaciones histológicas muestran que no hay nada de reconstitución muscular íntegra. El microscopio revela tejido escleroso cicatrizal entre los dos labios de la herida.

Del asiento de la cicatriz sólo diré que son más peligrosas desde el punto de vista de su integridad las que asientan en el cuerpo, y más resistentes las del istmo y cuello.

Coll de Cabrera, en una reunión obstétrica de Montpellier, el 21 de diciembre de 1932, habla de una enferma dos veces cesareada, una en fondo en el año 1928, y otra en el cuerpo en 1925. En un embarazo posterior murió dicha enferma por efecto de una rotura verificada a nivel de la cicatriz que tenía su asiento en el fondo. Max Ribière y Traisac refieren otro caso de enferma con cesárea baja que en un embarazo posterior tuvo una rotura segmentaria no a nivel de la antigua cicatriz, lo que demuestra la resistencia de estas cicatrices segmentarias.

También deben preferirse las incisiones longitudinales a las transversales.

De un modo general puede decirse que el embarazo en las mujeres cesareadas se suele presentar con menos frecuencia. No hay razón alguna para ello después de lo dicho y, salvo casos especiales, lo que ocurre es que, debido al miedo, las enfermas hacen lo posible por evitar los embarazos. En general, las enfermas llegan a término, el desenvolvimiento del feto es normal y el embarazo no se complica más que cuando las adherencias fijan el útero fuertemente a los órganos vecinos.

Respecto a la conducta a seguir en las embarazadas cesareadas, es necesario ante todo darse cuenta de que es imposible conocer ni medir la resistencia de una cicatriz si lo que motivó la cesárea fué una distocia permanente (pelvis estrecha). Pero si la indicación no fué más que transitoria (placenta previa, etc.), se puede esperar que se realice el parto espontáneo, pero siempre bajo la vigilancia médica y con la preparación necesaria para una intervención de urgencia.

Refiriéndonos a nuestro caso, recordaremos que en su etiología intervinieron los siguientes factores: primero, tipo asténico de la enferma, cuya influencia es conocida, porque la expuso en estas mismas sesiones científicas del Servicio de Medicina interna de D. Fidel Fernández el Dr. D. Claudio Hernández; segundo, cicatriz por segunda intención de operación cesárea anterior; tercero, probable inserción de la placenta en la vecindad de la cicatriz; cuarto, probable hidroamnios, puesto que la enferma asegura que su vientre creció de un modo extraordinario y existió una monstruosidad fetal; quinto, posibilidad de terreno sífilítico, ya que a la sífilis puede achacarse la monstruosidad; sexto, la sintomatología fué tan poco acusada en nuestra enferma, que no fué diagnosticada en ninguno de los consultorios por que pasó; séptimo, en su evolución resalta la extrema tolerancia peritoneal y la resistencia a la infección, que no se presentó ni primaria ni secundariamente, aunque los loquios de este puerperio debieron ser vertidos en gran parte en la cavidad peritoneal.

Respecto a su tratamiento, es tan claro y tan hábilmente lo practicó en la Casa de Maternidad su jefe señor Alonso, que no cabe más que felicitarle por el éxito obtenido. Salvo casos excepcionales, se impone la histerectomía subtotal, con drenaje de la cavidad a la me-



nor sospecha de infección. Varnier decía: "Cuando una mujer ha roto su útero, bien está que quede atrás para ponerse en cura de las lesiones sufridas en el servicio. No es con los inválidos con quienes debe hacerse una campaña." Con esto significaba su criterio respecto a la intervención mutiladora en la casi totalidad de los casos.

## PERIODICOS MEDICOS

### Extranjeros

FAURE-BEAULIEU y R. WAHL.—*Sobre el tratamiento de las miopías por la glucocola.*

Trabajos norteamericanos y alemanes tienden a demostrar la existencia en los miopáticos de trastornos importantes del metabolismo de la creatina.

Noción que ha sido el punto de partida del tratamiento por la glucocola.

Considerando que la creatina juega papel esencial en el tono y la nutrición del músculo en reposo; que la creatina se elimina por la orina en forma de creatinina; que la creatina muscular tiene origen casi únicamente endógeno, el papel de la glucocola en el metabolismo de la creatina, así como sus perturbaciones metabólicas en los miopáticos, se comprende el tratamiento de estos enfermos por la glucocola.

Los autores que han tratado miopáticos por la glucocola han observado una disminución de los trastornos del metabolismo y una mejoría clínica.

Hemos tratado algunos miopáticos con la glucocola. En todos ellos este tratamiento ha sido precedido de la valoración de la creatina y creatinina urinarias. En todos ellos, después de cuatro días de régimen sin creatina (supresión de la carne, del pescado, de las leches y de los huevos), es sometido dos meses al tratamiento por la glucocola.

La dosis diaria de glucocola administrada en varias tomas en el día al empezar las comidas, disuelta en agua o mezclada con los alimentos, y régimen alimenticio sin creatina.

La glucocola se presenta en forma de polvo blanco, de sabor ligeramente azucarado.

Los dos primeros días la dosis diaria fué de 10 gramos, administrados cinco al mediodía y cinco por la noche; los tres días siguientes, 15 gramos en tres veces: cinco gramos en cada comida, y el resto del tiempo, 20 gramos en cuatro tomas, hasta el final del tratamiento.

Pasado este tiempo de tratamiento aconsejamos un descanso terapéutico, volviendo al régimen alimenticio normal, suspensión de la glucosa que se mantuvo durante quince días.

Después, repetición del tratamiento con glucocola y régimen alimenticio sin creatina y sin albúminas animales.

Los resultados clínicos conseguidos permiten aconsejar esta medicación. (*Paris Médical*, 2 diciembre 1933, número 48, pág. 448.)—M. A. C.

P. L. DROUET.—*Tratamiento de la úlcera gastroduodenal por el extracto de lóbulo posterior de hipófisis.*

Numerosas observaciones han demostrado resultados terapéuticos en la úlcera gastroduodenal asociando o no

los métodos parenterales al tratamiento clásico. Tenemos la proteinoterapia, la insulino-terapia, la pepsino-terapia y las inyecciones de lóbulo posterior de hipófisis.

Desde hace tres años tratamos ulcerosos gastroduodenales mediante las inyecciones subcutáneas de extracto de lóbulo posterior de hipófisis.

La técnica consiste en inyectar todos los días en el tejido celular subcutáneo el contenido de una ampolla de extracto de lóbulo posterior de hipófisis, dosificada en volumen de glándula (un cuarto, un tercio, medio lóbulo), o en unidades activas (40 unidades). Inyectar dosis más elevadas no proporciona mayor beneficio, y si a veces ciertos inconvenientes sobre motilidad gástrica.

Inyectamos series de 12 ampollas, constituyendo una cura; a repetir dos o tres veces, según los casos, después de una semana de reposo. También se puede inyectar 20 ó 30 ampollas, una diaria, sin interrupción.

Inyección a realizar en cualquier momento del día; pero los resultados mejores los hemos observado inyectando una hora antes de la comida del mediodía.

La duración del tratamiento está subordinada a la rapidez de los efectos. En la hiperclorhidria bastan de 12 a 15 inyecciones, siempre que no se trate de hiperclorhidria refleja (trastornos uteroováricos, ptosis renal, etcétera). En la úlcera gástrica precisa, término medio, de 36 a 40 inyecciones.

En la mayoría de los casos hemos empleado solamente las inyecciones de extracto de lóbulo posterior de hipófisis. No asociamos alcalinos ni polvos de otra clase. El tratamiento poshipofisario basta en la generalidad de los casos. En caso de úlcera pilórica o con intensos espasmos de píloro administramos belladona o atropina.

El régimen, en general, puede rápidamente ampliarse, para cumplir sus fines de recuperación general.

Las únicas contraindicaciones de este tratamiento son: el estado de gestación y las grandes hipertensiones.

En algunos casos, consecutivamente a la inyección, puede aparecer palidez de la cara por crisis pasajera de vasoconstricción periférica.

Cólicos intestinales secos, consecuencia de la contracción provocada del intestino. Es por lo que en muchos enfermos se regularizan las deposiciones.

Percepción de la contracción gástrica, a veces acompañada de dolores, en especial en los portadores de úlcera pilórica. Es la necesidad de la belladona o la atropina en esta localización ulcerosa.

Todos ellos son accidentes transitorios sin la menor complicación.

Este tratamiento le hemos utilizado en hiperclorhidrias con resultados constantemente favorables; se modifican los vómitos y desaparecen los trastornos digestivos; la acidez clorhídrica disminuye, así como se normalizan los signos radiológicos gástricos.

Consideramos indicado este tratamiento en todas las localizaciones de úlceras gastroduodenales; tiene sus limitaciones en relación a la existencia de fenómenos inflamatorios; en periulcerosos se impone detenerse a tiempo.

Así, cuando, después de 20 ó 30 inyecciones, no se consigue mejoría apreciable, es inútil continuar; hay que recurrir al tratamiento quirúrgico. (*Paris Médical*, 2 diciembre 1933, núm. 48, pág. 452.)—M. A. C.



F. FUCHS.—*Tono de las vías urinarias y diuresis.*

Observaciones cuidadosamente registradas han demostrado que la diuresis disminuye el tono de las fibras musculares en las vías urinarias altas, en especial en la pelvis renal y el uréter. Asimismo, cuando la diuresis es muy intensa, también se modifica el tono de las porciones altas de la musculatura de la vejiga.

No se trata de un proceso periférico; la disminución del tono se hace por un mecanismo de regulación central. Probablemente el centro se encuentra situado en el suelo del tercer ventrículo. Iníciase esta hipotonía cuando la diuresis pasa del litro y medio diario, y tiene su amplia significación al llegar a los tres litros en las veinticuatro horas. En casos raros, en los que el individuo tenía riñón único, bien fuera por anomalía congénita o por nefrectomía previa, se requiere igualmente una diuresis de tres litros para que la pérdida de tono se haga marcadamente ostensible. Esta pérdida de tono trae consigo una mayor dilatación de pelvis renal y uréter, paso más lento de la orina y tendencia al estancamiento. Las fibras del nervio esplácnico son las que transmiten esta inhibición del tono, y si artificialmente bloqueamos el nervio, el fenómeno cesa de registrarse.

Este trastorno del tono se refleja también en parte de la musculatura de la vejiga. Las fibras del detrusor pierden su tonicidad normal, mientras las del esfínter la conservan. De ahí que cuando tal ocurre, la vejiga tienda a vaciarse incompletamente y aparezca la orina residual de la vejiga. De este modo se explica que, exagerándose esto, las diuresis extremas provocadas en determinados enfermos (prostáticos) traigan consigo un aumento de la orina residual muy intenso, e incluso la retención vesical total. De ahí los peligros de los diuréticos muy activos, como el salirgan, el novurit, etc., para combatir las intensas hidropesías cardíacas cuando al mismo tiempo hay hipertrofia de la próstata.

Por la misma razón se explica satisfactoriamente el beneficioso efecto de la diuretica en ciertas polaquiurias de cualquier clase que sean, a frigore, nerviosa o por hipertrofia incipiente de la próstata. En estos casos la diuresis es poco intensa y la disminución del tono de las vías urinarias muy marcada. Además, aun en los casos en los que la diuretica no llega a producir diuresis, actúa sobre el sistema nervioso central, y de este modo disminuye directamente el tono de pelvis, uréter y detrusor. La teobronina combinada con el lominal es asimismo muy eficaz en estos casos.

Otro hecho que encuentra explicación satisfactoria es la movilización de los cálculos de pelvis y uréter por los diuréticos. Los cálculos se encuentran enclavados por la hipertonía refleja que provocan; al desaparecer ésta se movilizan y tienden a progresar, arrastrados por la corriente de la orina. Acción beneficiosa sobre la expulsión de cálculos de ciertas aguas minerales diuréticas (Alzola, Belascoain, Corconte, etc.), y peligro del uso de las mismas por los prostáticos.

No sólo se relaja por la diuresis el tono normal de las vías urinarias: los espasmos locales provocados por multitud de causas ceden y desaparecen con una diuresis bien graduada. De ahí la utilidad de los diuréticos en casos de retenciones espasmódicas de orina con dolores renales.

También sirve esta acción para diferenciar la natu-

raleza orgánica o funcional de algunos trastornos. (*Wiener klinische Wochenschrift*, 1934, número 8.)—F. G. D.

J. SAPHRA.—*El tratamiento de la tos ferina por la quinina.*

Para el autor, la vacunoterapia sólo tiene efecto sugestivo y de proteinoterapia general, y los distintos medicamentos recomendados contra esta enfermedad dan resultados muy mediocres. Teniendo en cuenta las analogías biológicas entre germen de la tos ferina y neumococo, analogías que se hacen patentes en la hipersensibilidad de ambos gérmenes frente a la quinina y sus sales, así como la importancia de las infecciones mixtas con neumococos y bacilos de la influenza, frecuentes en la tos ferina, el autor se ha decidido a utilizar la quinina en el tratamiento de la coqueluche. Además, la quinina modera, tan bien por lo menos como el luminal, la hiperexcitabilidad de los centros nerviosos de la base del cerebro, y disminuye la fuerza de conducción de las excitaciones.

Ha utilizado el medicamento en más de 200 casos, observando siempre que el período convulsivo era más corto y menos molesto que en los casos no tratados por la quinina. Pero la tos ferina la padecen especialmente los niños, y en éstos es difícil dar quinina por su amargor y por lo mal que degluten las píldoras. Cuando son niños mayores que saben tragar, las píldoras de 0,1 de quinina, que tanto abundan en el comercio, y en especial las de cardiazolquinina, resuelven el problema. La dosis es de 0,1 gramo por año de edad hasta los seis años (dosis por día) fraccionada en tres porciones. La dosis de 0,6 se sostiene hasta los diez años. Para los niños pequeños de menos de un año se da 0,01 por mes.

Cuando un niño no sabe tragar y no quiere tomar cosas amargas se recurre a preparados insípidos, como el tanato de quinina, la euquinina o la aristoquina. El primero tiene escasa cantidad de quinina y hay que dar dosis más elevadas, quizá dobles. Los otros dos compuestos son buenos, pero muy caros. Los chocolates de quinina tienen las mismas ventajas e inconvenientes. Los supisitorios son molestos de poner, pero en ocasiones son muy útiles.

A veces asocia la quinina con el pertusín o con el bromoformo, y aun con el luminal. En estos casos es dudoso decidir cuál es el medicamento activo. (*Die Medizinische Welt*, 1934, núm. 8.)—F. G. D.

A BÖGER y F. DIEHL.—*Refuerzo de la acción de la estrofantina sobre el corazón descompensado por medio de las inyecciones de cloruro de calcio.*

En los casos de insuficiencia cardíaca, y, sobre todo, en los de insuficiencia del corazón izquierdo, se consigue un aumento del volumen de la circulación mediante la inyección de estrofantina seguida de la de cloruro de calcio. Al aumentar el volumen minuto y el volumen latido del corazón, se combate eficazmente el éstasis de la circulación menor o pulmonar. El calcio tiene la propiedad característica de modificar apenas o nada el volumen minuto y el volumen latido de un corazón normal; en cambio, actúa intensamente sobre el corazón descompensado, y sus efectos son mucho más intensos cuando se asocian a la digital o a la estrofantina. Calcio y sustancias digitálicas ejercen una acción pareci-



da sobre la circulación periférica, acción preferentemente vagotropa, si bien se hacen notar asimismo efectos simpácticotropos. Modifica las resistencias periféricas y reduce el número de las pulsaciones. Por esta razón algunos clínicos estiman que los efectos del calcio y de la digital sobre la circulación deben considerarse como análogos, o, al menos, como muy parecidos. (*Zeitsch. f. Klinik. Med.*, 1933, tomo 125, f. 3 y 4.)—F. G. D.

W. BERBLINGER.—*La encefalomyelitis postvaccinal.*

Recientes estudios y observaciones han demostrado que la vacuna puede actuar de un modo intenso sobre el sistema nervioso central, provocando enfermedades a veces graves, que unas veces han sido diagnosticadas de encefalitis puras, y otras, de encefalitis con poliomyelitis.

Sus síntomas más importantes son: fiebre alta, taquicardia, vómitos, respiración de Cheyne-Stokes, convulsiones y espasmos musculares seguidos de parálisis de piernas o brazos. Las pupilas, unas veces reaccionan normalmente, y otras presentan rigidez a la luz. Lucksch dice que la encefalitis que sigue a la vacuna se diferencia de la epidémica por la falta de parálisis de los músculos oculares. En las polioencefalitis y poliomyelitis, las parálisis musculares aparecen bruscamente, y en la encefalitis postvaccinal se instalan de un modo lento; faltan en ésta síntomas meníngeos llamativos, y el líquido cefalorraquídeo es normal o sólo presenta un aumento moderado del número de células. Para poder decir que hay relaciones entre vacunación y encefalitis, ésta debe aparecer aproximadamente diez días después de vacunado el individuo. Parece ser más frecuente en los niños vacunados por vez primera, y son tanto más sensibles cuanto más edad tienen al vacunarse. En los países en que se ha observado se calcula una encefalitis por cada 100.000 vacunados, y su mortalidad viene a ser la de un tercio de los casos.

Las lesiones son muy difusas, se extienden a todo el cerebro y a la medula, y las infiltraciones perivasculares son más intensas en la sustancia blanca, permaneciendo casi inalteradas las células de la gris. Para el autor, las lesiones de las encefalitis que siguen a la vacuna y a la varicela son muy análogas a las que se observan en las formas agudas de esclerosis múltiple, que se extienden a la medula y corteza cerebral, pero no idénticas. En cambio, las lesiones de la encefalitis post-sarampionosa son absolutamente iguales que las de la encefalitis postvaccinal, por lo que estima que la causa de estas dos últimas debe ser idéntica, o, al menos, muy parecida. A su juicio, el virus de la vacuna activaría otro persistente e inactivo, siendo este último el verdadero causante de la enfermedad. Para ello se funda en la imposibilidad de demostrar la existencia del virus de la vacuna en el cerebro de los niños muertos de encefalitis postvaccinal. De todos modos, la objeción de Ecksten, quien por inyección suboccipital de linfa vacuna provocó en el mono síntomas y lesiones de encefalomyelitis, hace que no puedan sentarse conclusiones definitivas en este asunto.

La rareza extrema de esta complicación de la vacuna, que, aun tomando por base las estadísticas más cargadas, sólo provocaría un muerto por cada 300.000 vacunados, hace que no deba tomarse en consideración la posibilidad de una encefalitis para combatir la vacuna obligatoria. (*Die Medizinische Welt.*, 1933, núm. 26.)—F. G. D.

T. L. ALTHAUSEN.—*Dextroterapia en las enfermedades del hígado.*

Para que el hígado funcione normalmente, precisa que contenga cierta cantidad de glucógeno. Tan pronto como éste falta, el hígado funciona con anormalidad manifiesta. Cuando, por cualquier causa, la neoformación de glucógeno es insuficiente o se hace con cierta lentitud—falta de hidrocarbonados en cantidad suficiente en el torrente circulatorio o mal aprovechamiento de los mismos—, disminuyen las reservas del hígado en glucógeno, con todas sus consecuencias desagradables. La experimentación en los animales, corroborada por la observación clínica, ha puesto de manifiesto que la administración de dextrosa en estas circunstancias trae como consecuencia inmediata el que se forme glucógeno y las reservas vuelvan a ser normales o, al menos, mejores que hasta entonces. De ahí que su administración esté indicada en todas las enfermedades del hígado, lo mismo en las primitivas que en las secundarias por lesión primaria de otros órganos o aparatos.

Caso de que no existan contraindicaciones de otra naturaleza, lo mejor es dar una dieta rica en hidrocarbonados y un plus de 50 a 100 gramos de dextrosa en forma de zumo de frutas, plus que puede repetirse tres veces al día. Tan sólo por vía oral pueden administrarse cantidades tan grandes de dextrosa. Cuando se ha intentado administrarla por vía rectal, se ha visto que la absorción era muy deficiente e incierta, por lo que jamás conocíamos con exactitud la cantidad aprovechada, y la administración por vía endovenosa ni es más segura, ni más eficaz, ni más cómoda. Además, en estos casos, el azúcar inyectado se deposita más en el corazón y en los músculos y menos en el hígado, por lo que las inyecciones endovenosas de dextrosa tienen indicaciones peculiares. Sólo en casos graves, en los que la vía oral sea imposible, se recomienda la inyección endovenosa lenta en la vena cubital, a pesar del riesgo de la embolia de aire.—(*Journal Amer. Med. Association*, 1933, tomo 100, núm. 15.)—F. G. D.

HALBRON, LENORMAND y DARTIGUE.—*Tratamiento de la angina de pecho por algunos ácidos aminados.*

Era muy seduciente, dicen los autores, ver los efectos que los ácidos aminados ejercían en los dolores anginosos; ensayos terapéuticos realizados (Lenormand) habían puesto en evidencia que algunos de éstos, como el triptófano y la histidina, inyectados a pequeñas dosis en el dermis, tienen un tropismo nervioso particular y un efecto manifiesto sobre el sistema simpático.

Al igual que en el tratamiento del catarro del heno y de los dolores gástricos, emplearon una solución mixta de los productos mencionados en inyección intradérmica de 1/2 cc. todos los días. Los enfermos tratados padecían enfermedades, y tan sólo les unía los dolores precordiales. Todos ellos con este tratamiento mejoraron de un modo muy considerable: disminución de dolores y de angustia. La explicación de esto dicen no poseer en la actualidad los datos necesarios para darla. Producen las inyecciones hipotensión, eritema—lugar del pinchazo—y dermatografismo intenso.

Terminan diciendo la importancia de esta terapéutica y la importancia máxima que tiene para todos la continuación de estos estudios e investigaciones.—(*La Presse Médicale*, núm. 82, pág. 1585, 14 octubre, 1933.)—H.



## 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*.—El nuevo Reglamento de la Asociación de Titulares.—El Presidente de la Asociación de Titulares en Purchena.—Un triunfo ejemplar.—Academias y Sociedades.—Unámonos todos, por *Sisinio Crespo*.—Defensa del médico libre. El nuevo Vicerrector de la Universidad.—Facultad de Medicina de Valladolid.—El Dr. Pérez Arenal.—La Sanidad en el Parlamento.—Sección oficial. Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Tertulia.—Vacantes.

## BOLETIN DE LA SEMANA

## Noticiario rimado

Entre fiestas y aguaceros,  
los químicos y drogueros  
su Congreso han celebrado,  
y de agua, ciencia y dineros  
a Madrid han inundado.

Os señalo que éste ha sido  
un gran Congreso, famoso  
por los hombres que han venido,  
por el caudal abundoso  
de temas en él vertido  
y por el modo horroroso  
que, sobre todo, ha llovido.

Con tanta química pura,  
no podemos extrañar  
la baja temperatura,  
ni del cielo la negrura  
y el terco chaparrear.  
¿Qué otra cosa iba a pasar?  
Como la química quiera,  
hoy cambia el modo de andar  
a la misma Primavera...  
Conque poned a secar  
el gabán y la chistera,  
...¡y a estudiar!

\* \* \*

Después de algunos desmanes  
que en contra de la razón  
urdieron los cachicanes,  
han vuelto a dar a Goyanes  
su puesto en el Caserón.  
Ya tiene el viejo Hospital  
de nuevo al gran cirujano  
de la Bene provincial,  
y, en cuanto pase el verano,  
le tendrá como Decano,  
que es lo justo y lo cabal.

\* \* \*

El domingo hubo gran gala  
en la Academia Española.  
Marañón entró en la sala  
con una letra en el ala  
y un buen discurso en la cola.

Me pasaréis la figura,  
pues, avión de gran altura,  
Marañón, hoy, tanto vale,  
que ya de la esfera sale  
de mi terrena escritura.

Planeó en la Medicina,  
hizo *lupin* en la Historia,  
y en la política indina  
fué *de ala*, de esquina a esquina;  
pero ahora sube a la Gloria  
con su pluma peregrina.

\* \* \*

Aunque aquí ya nada choca  
de esta *revolución* loca  
en que todo es *toma y daca*,  
lo que le ha ocurrido a Coca  
de otras cosas se destaca.

¡Subir a tan gran altura  
a impulsos de la aventura,  
el descoco y el cinismo,  
y volver a la... estatura  
al hundirse el socialismo!  
¡Y que en solemne sesión,  
en plena Diputación,  
le llame, hasta el Presidente,  
eso que llama la gente  
al que hurta... nuestra atención:

¡Imprudente!

¡Pobre figurón de yeso!  
Después del agrio suceso,  
perdió su brillo de laca,  
y Coca se quedó en... eso:  
en una figura opaca.

\* \* \*



Pasó la última semana como las otras del año, siendo un nuevo desengaño para la ilusión hispana.

Hubo Cortes, y a millares huelgas y atentados viles, y se aumentó en varios miles la deuda a los Titulares.

Las demás cosas están tratadas por separado. Perdonad lo que ha ripiado esta vez

DECIO CARLÁN.

## El nuevo Reglamento de la Asociación de Titulares

La *Gaceta* del día 6 de abril publica el nuevo Reglamento de la Asociación del Cuerpo de Médicos Titulares, Inspectores municipales de Sanidad, que estaba pendiente de aprobación desde octubre del año 1932, y que, no obstante los buenos ofrecimientos de los Directores generales Sres. Pascua, Bejarano y Barreal, venía durmiendo el sueño del ovido. Es éste un triunfo que debemos apuntar a la directiva de la Asociación, y por el cual hacemos pública nuestra felicitación sincera.

El nuevo Reglamento difiere poco en esencia respecto al anterior, conservando algunos de sus capítulos más incoloros y anodinos, pero, sis embargo, tiene también aciertos y positivas reivindicaciones, que debemos señalar, para que la clase médica sepa aprovecharlas. El primer triunfo del nuevo Reglamento es mantener la obligatoriedad de la Asociación, dándola carácter oficial. Por cierto que la palabra *oficial* sustituye al título de *nacional*, como justificante de la excepción de Cataluña, que se hace en el párrafo último del artículo primero.

Las mayores modificaciones se refieren a orden interior. Así vemos que se ha suprimido el voto provincial en las Asambleas, sustituyéndole por el de tipo sindical. Esto tiene la ventaja de que los que no abonen sus cuotas carecerán de personalidad y, en cambio, habrá un voto por cada cuota satisfecha.

Según lo dice taxativamente el párrafo quinto del artículo 22. Ya era hora de poner coto a esa abusiva costumbre de ir dejando al descubierto los deberes de cotización para luego intervenir con todo desenfado y hacer obstrucciones equívocas en las grandes Asambleas.

También merece considerarse como de gran oportunidad el párrafo cuarto del artículo 16, según el cual los cargos de Presidente, Secretario y Tesorero pueden recaer en asociados que no sean vocales delegados. Con esto se garantiza la actuación de las Juntas, pues según el Reglamento anterior, éstas no podían reunirse muchas veces, por incompatibilidades de residencia de sus vocales. De hoy en adelante, la presidencia podrá designar para los cargos directivos a personas que tengan facilidades para trasladarse al punto donde se celebren las reuniones.

Los cuatro organismos de la Asociación (Secciones de distrito, Juntas Provinciales, Comité ejecutivo y Asambleas de representantes) tienen bien deslindado su

funcionamiento, y podrán actuar rindiendo óptimos frutos para el bienestar médico.

Tiene importancia el hecho de que, siendo Subsecretario el Presidente de los Colegios médicos, se reconozca el carácter oficial de la Asociación de Titulares, según en justicia corresponde por sus trascendentes servicios, sus antecedentes y su importancia en el orden social.

Lo concerniente a labor científica (título IV y artículos 38 al 41) producirá una excelente impresión, pues justifica una vez más el fervor de la clase médica rural dentro del movimiento intelectual y cultural del país. La organización de cursillos a que se refiere el artículo 39 podrá, si se aprovecha juiciosamente, contribuir a elevar el nivel de los médicos titulares y a intensificar su colaboración en el mejoramiento sanitario del país.

Con este nuevo Reglamento llega a su mayoría de edad la Asociación de Inspectores municipales, y encuentra desbrozados caminos y orientaciones por los que puede conseguir el logro de sus ideales. En él se consolida el carácter de dicho organismo, que puede ser justamente considerado como de cooperación y asistencia a las altas instituciones oficiales de la Sanidad. Y al mismo tiempo que se elevan los prestigios del Cuerpo, se robustece la organización, estableciendo lazos de disciplina que permitirán actuar con unidad de criterio ante las necesarias y próximas reformas del ejercicio cénico.

A la fecha memorable del 12 de enero de 1904, que en el artículo 96 de la Instrucción General creó la Junta de gobierno y Patronato de Médicos titulares, y a la de 9 de febrero de 1925, que el artículo 43 del Reglamento de Sanidad Municipal dió origen a la actual Asociación, tendremos que añadir como efemérides histórica la del 6 de abril de 1934.

J. ALVAREZ SIERRA.

## El Presidente de la Asociación de Titulares en Purchena

El Presidente de la Asociación de Médicos Titulares, Dr. Osorio, acompañado de los Directores Ruiz Heras y Agusto, ha estado en la cárcel de Purchena para visitar al compañero Dr. D. Antonio Rivera.

Una verdadera caravana de automóviles, ocupada por casi todos los titulares de la provincia, sirvió de escolta al Dr. Osorio.

Tuvieron la satisfacción de comprobar que, no obstante las deficiencias naturales de todas las cárceles de partido y las condiciones del régimen penitenciario, nuestro compañero goza de una relativa independencia y es atendido con todo cariño e interés.

Desde Purchena se trasladaron los directivos de la Asociación a la ciudad de Almería, donde se celebró un banquete ofrecido por el Presidente a los titulares de aquella región. Por iniciativa de dicho Presidente se tomó el acuerdo de abrir una suscripción para atender la orfandad de las dos niñas hijas del alcalde fallecido a consecuencia de la tragedia de Alcontar.

La idea de esta suscripción nos parece admirable, y demuestra una vez más la exquisitez espiritual de los médicos rurales españoles, amparando a esas huérfanas, que no son culpables de la desorganización de los servi-



# MORRHUËTINE

## JUNGKEN

### CARACTERES ESENCIALES

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



Pasó la última semana  
como las otras del año,  
siendo un nuevo desengaño  
para la ilusión hispana.

Hubo Cortes, y a millares  
huelgas y atentados viles,  
y se aumentó en varios miles  
la deuda a los Titulares.

Las demás cosas están  
tratadas por separado.  
Perdonad lo que ha rabiado  
esta vez

DECIO CARLÁN.

## El nuevo Reglamento de la Asociación de Titulares

La *Gaceta* del día 6 de abril publica el nuevo Reglamento de la Asociación del Cuerpo de Médicos Titulares, Inspectores municipales de Sanidad, que estaba pendiente de aprobación desde octubre del año 1932, y que, no obstante los buenos ofrecimientos de los Directores generales Sres. Pascua, Bejarano y Barreal, venía durmiendo el sueño del ovido. Es éste un triunfo que debemos apuntar a la directiva de la Asociación, y por el cual hacemos pública nuestra felicitación sincera.

El nuevo Reglamento difiere poco en esencia respecto al anterior, conservando algunos de sus capítulos más incoloros y anodinos, pero, sin embargo, tiene también aciertos y positivas reivindicaciones, que debemos señalar, para que la clase médica sepa aprovecharlas. El primer triunfo del nuevo Reglamento es mantener la obligatoriedad de la Asociación, dándole carácter oficial. Por cierto que la palabra *oficial* sustituye al título de *nacional*, como justificante de la excepción de Cataluña, que se hace en el párrafo último del artículo primero.

Las mayores modificaciones se refieren a orden interior. Así vemos que se ha suprimido el voto provincial en las Asambleas, sustituyéndole por el de tipo sindical. Esto tiene la ventaja de que los que no abonen sus cuotas carecerán de personalidad y, en cambio, habrá un voto por cada cuota satisfecha.

Según lo dice taxativamente el párrafo quinto del artículo 22. Ya era hora de poner coto a esa abusiva costumbre de ir dejando al descubierto los deberes de cotización para luego intervenir con todo desenfado y hacer obstrucciones equivocadas en las grandes Asambleas.

También merece considerarse como de gran oportunidad el párrafo cuarto del artículo 16, según el cual los cargos de Presidente, Secretario y Tesorero pueden recaer en asociados que no sean vocales delegados. Con esto se garantiza la actuación de las Juntas, pues según el Reglamento anterior, éstas no podían reunirse muchas veces, por incompatibilidades de residencia de sus vocales. De hoy en adelante, la presidencia podrá designar para los cargos directivos a personas que tengan facilidades para trasladarse al punto donde se celebren las reuniones.

Los cuatro organismos de la Asociación (Secciones de distrito, Juntas Provinciales, Comité ejecutivo y Asambleas de representantes) tienen bien deslindado su

funcionamiento, y podrán actuar rindiendo óptimos frutos para el bienestar médico.

Tiene importancia el hecho de que, siendo Subsecretario el Presidente de los Colegios médicos, se reconozca el carácter oficial de la Asociación de Titulares, según en justicia corresponde por sus trascendentes servicios, sus antecedentes y su importancia en el orden social.

Lo concerniente a labor científica (título IV y artículos 38 al 41) producirá una excelente impresión, pues justifica una vez más el fervor de la clase médica rural dentro del movimiento intelectual y cultural del país. La organización de cursillos a que se refiere el artículo 39 podrá, si se aprovecha juiciosamente, contribuir a elevar el nivel de los médicos titulares y a intensificar su colaboración en el mejoramiento sanitario del país.

Con este nuevo Reglamento llega a su mayoría de edad la Asociación de Inspectores municipales, y encuentra desbrozados caminos y orientaciones por los que puede conseguir el logro de sus ideales. En él se consolida el carácter de dicho organismo, que puede ser justamente considerado como de cooperación y asistencia a las altas instituciones oficiales de la Sanidad. Y al mismo tiempo que se elevan los prestigios del Cuerpo, se robustece la organización, estableciendo lazos de disciplina que permitirán actuar con unidad de criterio ante las necesarias y próximas reformas del ejercicio cénico.

A la fecha memorable del 12 de enero de 1904, que en el artículo 96 de la Instrucción General creó la Junta de gobierno y Patronato de Médicos titulares, y a la de 9 de febrero de 1925, que el artículo 43 del Reglamento de Sanidad Municipal dió origen a la actual Asociación, tendremos que añadir como efemérides histórica la del 6 de abril de 1934.

J. ALVAREZ SIERRA.

## El Presidente de la Asociación de Titulares en Purchena

El Presidente de la Asociación de Médicos Titulares, Dr. Osorio, acompañado de los Directores Ruiz Heras y Agusto, ha estado en la cárcel de Purchena para visitar al compañero Dr. D. Antonio Rivera.

Una verdadera caravana de automóviles, ocupada por casi todos los titulares de la provincia, sirvió de escolta al Dr. Osorio.

Tuvieron la satisfacción de comprobar que, no obstante las deficiencias naturales de todas las cárceles de partido y las condiciones del régimen penitenciario, nuestro compañero goza de una relativa independencia y es atendido con todo cariño e interés.

Desde Purchena se trasladaron los directivos de la Asociación a la ciudad de Almería, donde se celebró un banquete ofrecido por el Presidente a los titulares de aquella región. Por iniciativa de dicho Presidente se tomó el acuerdo de abrir una suscripción para atender la orfandad de las dos niñas hijas del alcalde fallecido a consecuencia de la tragedia de Alcontar.

La idea de esta suscripción nos parece admirable, y demuestra una vez más la exquisitez espiritual de los médicos rurales españoles, amparando a esas huérfanas, que no son culpables de la desorganización de los servi-



# MORRHUËTINE

## JUNGKEN

### CARACTERES ESENCIALES

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

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

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

*Eficaz en el tratamiento de las*

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



**LABORATORIO MIRABENT BARCELONA**

**ESPECIALIDAD NACIONAL**



SELLOS

GRANULADOS



# TRICALCINE IRRADIADA

DOSIFICADA A ½ MILIGRAMO de ERGOSTERINA  
IRRADIADA POR DOSIS

## VITAMINA D SALES DE CALCIO

### RECONSTITUYENTE GENERAL

TRASTORNOS DEL CRECIMIENTO  
DEBILIDAD — CARENCIA  
DESMINERALIZACION  
RAQUITISMO

21, RUE CHAPTAL - PARIS .IX<sup>e</sup>

**TRICALCINE**  
EL ESPECIFICO RECALCIFICANTE MAS ANTIGUO



# *Alimento fisiológico completo*

## VINO DE VIAL

### *Quina, carne, lacto-fosfato de cal*



RIGUROSAMENTE DOSIFICADO Y ASIMILABLE,  
REUNE TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS DEL  
FOSFATO DE CAL, DE LA QUINA Y DE LA CARNE

ES EL RECONSTITUYENTE MAS ENERGICO EN LOS CASOS DE DES-  
NUTRICION DE LOS FOSFATOS CALCICOS

De venta en todas las farmacias

Depósito general para España:

## D. ANTONIO SERRA. -- Apartado 26, REUS (Tarragona).



cios sanitarios municipales ni del abandono en que los Poderes públicos han tenido al sector más importante de la medicina clínica.

En esta Redacción hemos recibido ya varias cartas de compañeros adelantándose a la idea de esta suscripción y demostrando su interés por el infortunado médico víctima del caciquismo pueblerino.

## UN TRIUNFO EJEMPLAR

Al resolverse definitivamente el resultado de las difíciles y comentadas oposiciones al Cuerpo de inspectores médicos escolares, creemos de alta ejemplaridad se-



Dr. D. Saturnino García Vicente.

ñalar el éxito que en dicha competición ha obtenido nuestro muy querido compañero el ilustre Dr. D. Saturnino García Vicente.

Los brillantísimos ejercicios realizados por él han impuesto su triunfo, alcanzando la más alta puntuación entre todos los opositores a todas las especialidades. El Dr. García Vicente es, pues, el número 1 de cuantos lucharon por tan discutidas plazas, y regentará el puesto de laringólogo de la Inspección médica escolar.

A nosotros no nos sorprende que García Vicente figure a la cabeza de los hombres verdaderamente estudiosos y capacitados para luchar sin otras armas que las de una sólida preparación y una dignidad modelo. Porque García Vicente fué a estas oposiciones para demostrar que la plaza que regentaba por libre nombramiento no era un regalo, no era un enchufe, sino una designación justa y acertadamente hecha.

Si alguno dudaba de ello, bien corrido estará, ya que el éxito de nuestro querido compañero es de los que no admiten más comentario que el del aplauso y la felicitación entusiasta.

## ACADEMIAS Y SOCIEDADES

### ACADEMIA MEDICO-QUIRURGICA ESPAÑOLA

Presidencia del Dr. Manuel Arredondo

(Sesión del 9 de abril de 1934.)

#### TRATAMIENTO CON VITAMINA DE LAS ALERGIAS Y OTROS SÍNDROMES

*Dres. Oliver Pascual y S. Montejo.*—Habiendo demostrado en las alergias la existencia frecuente de una distonía del metabolismo cálcico, con tendencia a excesivas pérdidas de calcio, nos pareció lógico su tratamiento con vitamina D que, como sabemos, regula este metabolismo y el del fósforo, lo que explica su estrecha dependencia con la función de las paratiroides, del timo, del tiroides, del bazo y del tejido linfático.

La deficiencia de vitamina D produce en el organismo, junto con la deficiencia de calcio y fósforo en la dieta o independientemente de su constitución, las diversas formas de raquitismo infantil y del adulto; algunas formas de osteomalacia con osteoporosis, contribuyen a la producción de diversas formas de espasmo-filia o de tetania y disminuye la resistencia a las infecciones.

La hipervitaminosis D, o sea la administración de dosis altas de Viosterol aumenta la calcemia, provoca calcificaciones metastásicas y cambios degenerativos en órganos, con trombosis de sus pequeños vasos y capilares. Es un síndrome similar al de la administración de dosis excesivas de parathormona.

Con ingestión normal de calcio y fósforo, las dosis terapéuticas de vitamina D producen una corriente de fósforo y calcio hacia los huesos, con elevación de la fosfatemia, si bien la calcemia se modifica poco o nada. En cambio, sus dosis elevadas provocan una disolución de los componentes óseos y una eliminación anormal de fosfatos por orina y heces.

Ahora bien: la acción fisiológica de la vitamina D es en gran parte independiente de la dieta y del funcionamiento de las paratiroides, y actúa especialmente sobre la permeabilidad intestinal. Mayor importancia tiene la vitamina D sobre el metabolismo de las esterinas. La ingestión de dosis elevadas de vitamina D provocan un cuadro semejante al de la intoxicación por cloroformo, con modificaciones del sistema fisiológico regulador del metabolismo del calcio y del fósforo.

Finalmente, recordemos que los enfermos alérgicos tienen frecuentes oscilaciones de la calcemia, y en ellos la administración de vitamina D determina una clara mejoría clínica.

*Dr. Regueiro.*—Limitándonos a la cuestión de alergia y procesos hepatovesiculares, creemos de interés recordar cuatro casos en los que parece posible afirmar la desaparición de cálculos biliares. Enfermos en los que el estudio radiológico y clínico indicó la existencia de cálculos vesiculares. En uno, en el que pudo realizarse la comprobación radiológica previa administración oral de tetragnos, en la intervención no se hallaron cálculos, si bien, extirpada y abierta la vesícula biliar, hallamos una especie a modo de vesículas constituidas por barro biliar envuelto en moco. Son hechos no raros y que arrancan de los estudios Westphal.

En cuanto a las relaciones del calcio en los procesos alérgicos, probablemente todo sea cuestión del sistema neurovegetativo, si bien sus trastornos son generalmen-



te hereditarios y de tipo vagotónico. Es como muchos autores afirman que el alérgico no es quien quiere, sino el que puede.

*Dr. Sicilia.*—En dermatología es de gran interés el estudio de los procesos alérgicos; de aquí el grandísimo valor clínico del análisis químico y biológico para llegar a conocimiento de estados agudos o de marcha crónica de la piel y que pueden ser dependientes de modificaciones de la calcemia, de la fosfatemia o de situaciones de las glándulas de secreción interna.

*Dr. Gutiérrez Arrese.*—En los estudios de vitamina D y enfermedades infecciosas merecen especial atención los de McCollum y, sobre todo, los de Grant, que recientemente ha demostrado que falta de vitamina D aumenta la permeabilidad intestinal para las toxinas y gérmenes infecciosos. Es la repetición de estas aportaciones tóxicas las que en un momento dado pueden engendrar hechos alérgicos. Experimentalmente hemos logrado con dietas carentes en vitaminas D producir lesiones intestinales congestivas y aun equimóticas, con hipertrofia de los ganglios linfáticos; lesiones que en algunos casos han alcanzado el grado de la necrosis.

*Dr. González Quevedo.*—El proceso en el estudio de la alergia permite cada día más conocernos nuevos casos, si bien en bastante número de ellos nuestro espíritu investigador queda en la duda. Es lo que nos ha sucedido en el siguiente caso: asmático de tipo alérgico, tratado de muy diversa manera sin el menor resultado, al recibir una de las múltiples inyecciones de los preparados aconsejados rómpese la aguja y queda en pleno tejido muscular. Para su extracción se requiere actuación quirúrgica algo traumatizante, que provoca gran pérdida sanguínea, y la no menor sorpresa de que desde dicho momento no se repiten sus crisis asmáticas. Así continúa durante quince días, para reaparecer su sintomatología, toda la que persiste, a pesar de haber repetido autohemoterapia; situación de sus crisis asmáticas que persisten hasta el día, a pesar de las múltiples y variadas medicaciones realizadas.

*Dr. Cárdenas.*—En la comunicación que se nos ha presentado nada se dice de las vitaminas en relación con el metabolismo del agua. Es asunto que en la actualidad ha recibido estudios profundos por Földes, que pretende explicar muchos de los procesos hasta hoy considerados como alérgicos como verdaderas alteraciones del meta-

bolismo hídrico. En tal grupo incluye no sólo el raquitismo y la osteomalacia, sino también la epilepsia y diversos procesos cutáneos, como el eczema.

M. ACEÑA.

\*\*\*

## SOCIEDAD ESPAÑOLA DE TISIOLOGIA

Presidencia: Dr. PALANCA

(Sesión del día 25 de enero de 1934.)

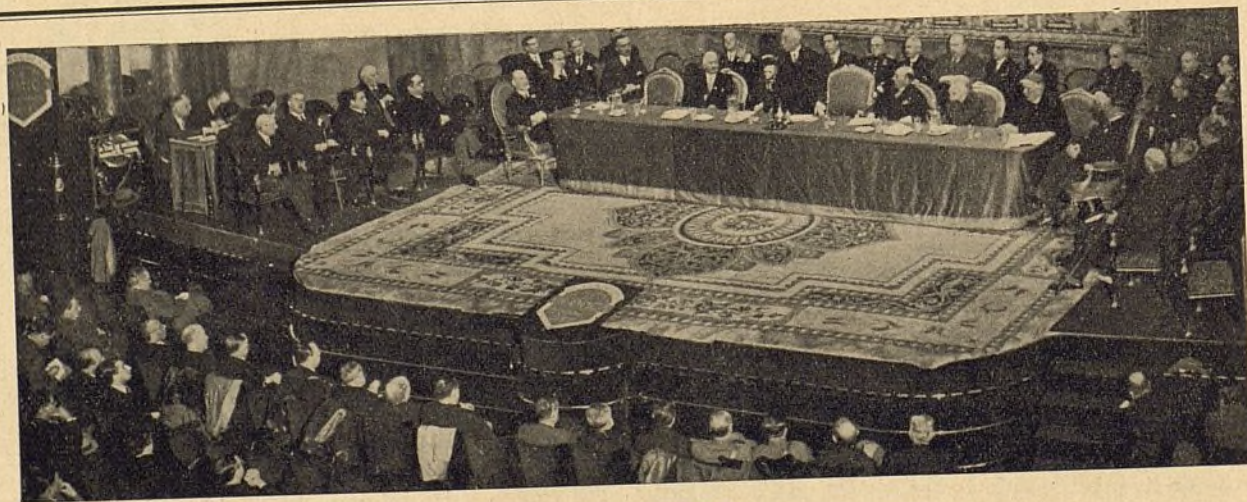
### NUEVA TÉCNICA DE EXPLORACIÓN RADIOGRÁFICA DE VÉRTICE PULMONARES

*Dr. Miñana.*—En una época no muy lejana se oponía al valor de los datos clínicos el de los radiográficos, y aparecieron entonces una serie de trabajos que no hicieron sino sembrar discordancias entre los clínicos y los radiólogos. En aquella época empezamos a intentar un nuevo control de las imágenes radiográficas, y pronto pudimos darnos cuenta de que el valor distinto que se asignaba a los datos de la radiografía y de la clínica no estaba en los datos mismos, sino en la interpretación falsa que de ellos se hacía. Llegamos entonces a la conclusión de que las lesiones tuberculosas tienen un enorme polimorfismo y, como consecuencia de este polimorfismo, vimos que la técnica de una sola proyección no podía en muchos casos resolver el problema diagnóstico.

Hace una exposición de la técnica de control anatómico empleada en sus trabajos, que conduce a demostrar el polimorfismo enorme de las lesiones tuberculosas del pulmón, lo que hace que la técnica radiográfica en una sola proyección sea a todas luces insuficiente.

Señala la dificultad de la exploración de los vértices por la sumación de imágenes óseas y musculares y por la frecuencia con que los vértices aparecen desfavorablemente proyectados; incluso no habiendo lesiones pueden no aparecer claros, debido esto a su mayor o menor altura, puesto que el vértice del pulmón no es más que un cono transparente colocado dentro de masas musculares que le opacifícan y contribuyen a su mejor interpretación.

Se ocupa de las diferentes técnicas propuestas para el examen radiológico de los vértices pulmonares, tratando en primer lugar de la de Albers-Schönberg, que es



EN LA SALA CAPITOL

Brillante aspecto que ofrecía el acto inaugural del IX Congreso Internacional de Química, celebrado en Madrid el día 5 de los corrientes.





Uno de los actos más solemnes del IX Congreso Internacional de Química ha sido el celebrado en la Universidad Central para dar la investidura de Doctores "Honoris Causa" a los Profesores Walden, Lewis, Le Chatellier, Fournau, Armstrany, Robinson, Parrawno y Kaner, que aparecen en la foto vistiendo las muletas de la Facultad de Ciencias.



la más antigua y que tiene varios inconvenientes, entre ellos el de que la oblicuidad de los rayos a la placa hace que la imagen no sea nítida, y, por otra parte, para conseguir rayos paralelos habría que llevar el foco muy lejos. Esta técnica tiene la ventaja de ofrecer una nueva perspectiva del vértice. Hace referencia a otras técnicas propuestas más modernamente, que tienen el inconveniente de la gran sumación de imágenes, que hacen sumamente difícil la interpretación. Una de las técnicas últimamente propuesta consiste en centrar el tubo muy bajo, con lo que se consigue mayor amplitud de vértice y mayor transparencia; pero esto ocurre así cuando el tubo está cerca, y cuando se hacen radiografías a distancia la amplitud de altura que se consigue es insignificante. La proyección de Holzneck tiene un fundamento análogo a la de Albers-Schömborg, con la ventaja de que se puede trabajar con el tubo a distancia; inclinándose el sujeto un poco hacia adelante, la amplitud del vértice es muy grande. En la proyección de cifosis posterior el resultado es el mismo. Hace ver que todas estas proyecciones tienen el inconveniente de que las lesiones solamente se observan en una sola perspectiva. Entonces, partiendo de la base de que hay lesiones cuyos diámetros son muy desiguales y que pueden pasar desapercibidas cuando se hace la radiografía en una sola proyección, ideamos unir a la proyección de Holzneck la de Fleischner, o de lordosis, que se había empleado para explorar cisuras, pero no para los vértices. Estas dos proyecciones juntas tienen el interés de ser perpendiculares, lo que hace que ninguna lesión pueda pasar desapercibida. Aplicado esto a la práctica les ha dado muy buenos resultados.

Esta nueva técnica consiste, en resumen, en hacer una radiografía en la proyección de cifosis anterior que corresponde a la perspectiva de mirar al sujeto de arriba

abajo y de adelante atrás, dirigiendo la mirada tangente a la clavícula, y la posición segunda equivale a mirar al sujeto de abajo arriba. En cuanto a la técnica propiamente dicha, no tiene ningún secreto radiográfico, pues basta aumentar el kilovoltaje, sin que sea preciso aumentar el tiempo. Sólo hay que dar un poco más de dureza para compensar el mayor espesor. Nosotros acostumbramos a utilizar una placa de 30 por 40, protegemos la mitad de la placa con una chapa de plomo y obtenemos la radiografía en cifosis, en la que aparecen las clavículas muy bajas; después, tapando esta media placa, se hace la radiografía en lordosis, apareciendo entonces las clavículas muy arriba; de estas dos proyecciones habrá siempre una en que veamos la lesión que se persiga de una manera más clara, y en lo sucesivo, con objeto de no hacer más gasto de material, procedemos de la siguiente manera: en la radiografía de tórax corriente, de la que no se debe prescindir nunca, puesto que es la mejor manera de ver el límite superior del vértice, por desaparecer la parte más alta en las radiografías hechas en posición oblicua, podemos aprovechar la parte baja no impresionada con los pulmones, y que podemos reservar cubriendo la placa con una plancha de plomo que proteja esta zona para hacer una de las proyecciones a que antes hemos hecho referencia; de esta manera, sin gasto de material, únicamente con un disparo más, se puede obtener la perspectiva más interesante.

A continuación presenta una serie de casos demostrativos de la eficacia de esta nueva técnica, sentando la conclusión de que es insuficiente la exploración radiográfica de los vértices en una sola proyección, y que siempre que haya dudas respecto a la interpretación de imágenes de vértice debe recurrirse a la técnica de ver éstos en las dos proyecciones perpendiculares a que ha hecho referencia.





#### EN LA ACADEMIA ESPAÑOLA

El nuevo socio de número D. Gregorio Marañón y Posadillo, rodeado de algunos académicos asistentes al acto de su toma de posesión, en el cual leyó el recipiendario un notable estudio acerca del P. B. J. Feijóo, contestándole por la Academia D. Armando Cotarelo y Valledor.

*Dr. Martín Crespo.*—Se muestra conforme con la importancia del método, pero niega novedad a la técnica, puesto que las posiciones empleadas son ya conocidas. Considera que es preciso hacer radiografías no en una o dos posiciones, sino incluso en tres, cuatro, cinco: en todas las que sean precisas para el diagnóstico exacto.

*Dr. García Triviño.*—Reconoce la importancia de la técnica propuesta por el Dr. Miñana. Cree, sin embargo, que las lesiones pleuríticas de vértice deben verse mejor en las radiografías anteroposteriores o posteroanteriores. Por otra parte hace ver que en esas posiciones inclinadas hacia atrás o hacia adelante no se sabe dónde termina el vértice y dónde empieza el resto del pulmón, asunto de gran interés, puesto que actualmente se está discutiendo mucho cuáles deben considerarse como límites de los vértices pulmonares.

*Dr. Vallejo de Simón.*—Hace referencia a un caso, del cual presenta la radiografía, que fué diagnosticado por ésta de tener una caverna que no pudo hallarse después en la autopsia, considerando que quizá en este caso se hubiera podido apreciar que no se trataba en realidad de una caverna, siguiendo la técnica propuesta por el doctor Miñana. Se pregunta si serán bastantes estas dos posiciones o si será preciso utilizar más para aclarar el diagnóstico. Pregunta el Dr. Miñana si bastaría hacer una radioscopía en esas posiciones y, en este caso, si sería necesario dar o no inclinación al tubo.

*Dr. Noguera Toledo (D. Julio).*—Señala la posibilidad de confusión de las cosas pleurales de vértices con las líneas acompañantes de costilla, considerando que el error radiográfico estriba en este caso en hacer la radiografía en una u otra posición.

*Dr. Miñana.*—Sostiene que la técnica propuesta por

él es nueva, por estar inspirada en el sentido de descubrir exactamente lesiones que hasta el momento actual nadie intentó explorar, como son todas las lesiones de diámetros desiguales, cavernas planas, etc., y por no haber sido empleada hasta ahora, puesto que, desconocida la frecuencia del hecho de que lesiones desfavorablemente proyectadas pueden pasar desapercibidas en cualquier proyección no se hacía necesario el empleo de dos proyecciones perpendiculares entre sí, base fundamental de la técnica por él propuesta.

Manifiesta que la exploración radiográfica de la zona límite del vértice pulmonar sólo se consigue en las radiografías obtenidas en la proyección normal, y a condición, como demuestra Zawadoski, de que el rayo incidente se encuentre centrado a nivel de la primera vértebra dorsal.

En cuanto a las tuberculosis iniciales del vértice, las lesiones de escasa densidad, difícilmente perceptibles por esta razón en las radiografías normales, pueden pasar desapercibidas con el empleo de esta nueva técnica, debido a la mayor transparencia que adquieren los vértices en posiciones inclinadas. Sólo será posible obtener utilidad en el diagnóstico de las lesiones de comienzo por este nuevo método cuando, a medida que nos vayamos familiarizando con él, vayamos estrechando la zona que separa las imágenes del tórax normal de las imágenes patológicas.

\*\*\*

#### FACULTAD DE MEDICINA

##### CONFERENCIA DEL PROFESOR KATCH

Ante una nutrida representación de profesores y alumnos pronunció el martes pasado su conferencia sobre la



# CALCIBRONAT

## SANDOZ

*Calcio-bromo-lactobionato*

Nuevo compuesto brono-cálcico orgánico que asocia sinérgicamente en un solo medicamento

*las propiedades sedantes del bromo*  
sobre la corteza y los centros subcorticales y medulares con

*los efectos sedantes del calcio*  
sobre los espamos y la excitabilidad anormal del sistema nervioso vegetativo.

**Reduce a la mitad la dosis terapéutica del bromo**

SABOR AGRADABLE    :-    ASIMILACION MAXIMA    :-    TOLERANCIA ABSOLUTA

**CALCIBRONAT**

Polvo granulado

Cajas de 100 gr. y 500 gr.

**CALCIBRONAT**

Tabletas efervescentes

Cajas de 10 y 50 comprimidos

== **LA BROMOTERAPIA MAS EFICAZ Y MEJOR TOLERADA**

### EL TRATAMIENTO DE LAS **TUBERCULOSIS QUIRURGICAS** POR EL **METODO del D.<sup>R</sup> FINIKOFF**

**ACEITE IODADO  
INYECTABLE**

DEL **D.<sup>R</sup> FINIKOFF**  
(MEZCLA EXTEMPORANEA)

**CALCIUM**

DEL DOCTOR  
**FINIKOFF**  
(INTRAVENOSO)

Literatura y Muestras a los Señores Medicos D.M.Moses  
Representante del **Laboratorio de los Productos Scientia**  
2 D<sup>o</sup> Plaza Independencia-Madrid.



# GRANULOS CHANTEAUD

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

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

Hidrastina..... miligr.  
Hiosciamina..... 1/4 miligr.  
Iodoformo..... miligr.  
Juglandina..... centigr.  
Lobelina (sulfato)..... ½ miligr.  
Picrotoxina..... ½ miligr.  
Pilocarpina (nitrato de).... miligr.  
Podofilino..... centigr.  
Quasina..... miligr.

Quinina (arseto. de) miligr.  
Quinina (hidroferro-  
cinato de).... miligr. centigr.  
Quinina (bmhto. de Sulfato.  
Quinina (valetto. de) 2 centigr.  
Scilitina..... miligr.  
Sal de Gregori..... miligr.  
Sosa (arseniato de) miligr.  
Zinc (fosfuro de)... miligr.



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

## SEDLITZ

## CH. CHANTEAUD

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

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

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

# AETHONE

PODEROSO SEDATIVO, no TÓXICO

**Tos espasmódica**

**Tos Ferina**

**Tos de los Tuberculosos**

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



cura de decloruración y su técnica el profesor Katch, de la Universidad de Greiswald (Alemania).

Dió comienzo a su disertación indicando el lugar a que ha llegado la dietética en terapéutica, habiéndose constituido en verdadera disciplina científica, pues dentro de un plan dietético continuado existen enérgicas medidas dietéticas, como es la de suprimir la sal para declorurar a los enfermos.

Con este fin, tienen Katch y Mellendorf una dieta, en la cual se ha reducido a la cantidad de 1,1 gr. la ingesta de cloruro sódico; claro es que con dieta alimenticia simplemente no podemos declorurar por completo a los enfermos, y aquí mismo vemos que, aun siendo muy pocos los cloruros que toman los enfermos sometidos a la dieta ya citada, no nos bastan para hacer una rápida y enérgica decloruración; tenemos para esto la extracción del jugo gástrico durante varios días seguidos, y así se han llegado a extraer a un enfermo 30 gramos de cloruros en muy poco tiempo. Esto, que no es sino un método fundamentado de la Medicina moderna, tiene su representación en la antigüedad, pues los vomitivos que usaban los médicos empíricamente no eran más que métodos de decloruración.

Continuó indicando una serie de enfermedades a las cuales se las puede aplicar una dieta de decloruración; entre ellas tenemos la descomposición circulatoria, la nefritis con edemas (ya sabemos el papel del cloruro sódico para la retención acuosa), en varias formas de hipertensión con obesidad en bronquiectasias con gran secreción, en la diátesis ulcerosa, en la exacerbación de gastritis, particularmente si son refractarias a otro tratamiento y van acompañadas de hipersecreción.

Por último, dedicó unas palabras a esta última, haciendo resaltar de ella que, si bien no es una enfermedad, tampoco se la debe rechazar como tal y, por lo tanto, hay que tratarla desde un principio como si lo fuera.

Al terminar fué muy aplaudido, recibiendo muchas felicitaciones de los profesores asistentes.

\*\*\*

## ACADEMIA ESPAÑOLA DE DERMATOLOGIA Y SIFILIOGRAFIA

CURSO DE 1933-1934

Esta Academia celebrará sesión el miércoles 18 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. Sáinz de Aja*: El problema de la esterilización.
- 3.º *Dr. Solla*: Depilación diatérmica.
- 4.º *Dr. Cuesta*: Virusterapia rábica a las algias tatóbicas.
- 5.º *Dres. Tomé Bona, Escartín y Aliaga*: Nota previa sobre el empleo de la terapéutica dermobiofílica.
- 6.º *Dres. R. Campos y S. Gallego Calatayud*: Contribución al conocimiento de la terapéutica del linfogranuloma venéreo por el antígeno específico.
- 7.º *Dr. S. Gallego Calatayud*: Una forma rara de acromia parasitaria: la acromia posteritrasma.
- 8.º *Dres. R. González Medina y S. Gallego Calatayud*: La terapéutica histaminica de la placa de pelada.

9.º *Dr. J. Bejarano*: Sobre la degeneración coloide del dermis.

El secretario general, *Dr. J. F. de la Portilla*.

## UNAMONOS TODOS

Aunque mi vida profesional, que lleva caminando para dieciséis años, ha transcurrido suavemente y sin que la menor nube haya empañado su horizonte, porque habiendo ejercido con el actual en cuatro pueblos, ninguno de éstos me ha ofendido en lo más mínimo, ni ha habido vecino ni Ayuntamiento que no me haya pagado, casi siempre lo han hecho por adelantado. De estos pueblos, en dos entré cobrando equis pesetas y salí ganando equis. Y esto me da fuerza para pedir la unión de todos los médicos. Si siento el precedente anterior es para demostrar que, hoy por hoy, no es la desesperación la que me hace anhelar la para mí tan suspirada unión médica; es que veo que todo el mundo nos persigue y se ensaña con nosotros, y pienso en que, si hoy todavía no me han llegado los ultrajes lugareños, ese día ha de llegar. Día cruel, seguido de muchos iguales, en los que los desprecios e insultos pueblerinos me producirán coraje y rabia; mas, ¡ay!, que entonces no tendré fuerzas ni dientes para gritar ni para morder, y ¡oh, dolor!, ni mano fraternal y cariñosa que me proteja y haga ver, si no lo que soy, lo que fui y para lo que serví, así como los beneficios que presté a la Humanidad.

Compañeros, dejad de ser soberbios, que os pasa lo que a un ciego de este lugar: éste es tan soberbio, que no admite mano cariñosa que le proteja y le lleve con firmeza por lugares sanos. El, solo y por sí solo, cree que no necesita de nadie. Llega a tal extremo su orgullo, que se cree capaz de todo, y realiza actos tales como subir al tejado de su casa, ir de un pueblo a otro por las carreteras, vender libritos de cuentas entre la multitud de personas que asisten a las ferias; lo realiza tal y conforme su soberbia se lo dicta: desprecia el apoyo. ¿Y qué le sucede muchas veces? Que cuando siembra sus tierras, la simiente la deja sin cubrir y no obtiene fruto; sus viñas las destroza al cavarlas y podarlas, y tampoco le dan uvas. ¡Ay!, y cuando imprudente se mezcla entre la muchedumbre, ésta le arrolla y le atropella, y cuando temerario sale de su casa en días de lluvia, muchas veces tropieza, cae y se llena de lodo. ¿Y qué hacen los demás cuando en estos tristes trances le ven? De él se ríen y no les mueve a compasión. Al orgullo le desprecia todo el mundo.

Compañeros, ¿no sería mejor que imitásemos a la pequeña abeja? ¿No es esto noble y digno? ¿No os admira? ¿No os dan ganas de imitarla? ¡Qué hermosos prismas hexagonales fabrica! ¡Qué hermosa miel en ellos deposita! ¿La habéis visto alguna vez ociosa? ¿La habéis visto alguna vez desobedecer a su reina? No, ella y todas unidas, como los hexágonos de su compacto panal, trabajan y obedecen siempre; no se muestra soberbia de su poder, se une a todas las demás para que su prisma hexagonal, unido al que forman sus compañeras, hagan un todo útil para ellas y para la Humanidad.

Compañeros, los pueblos para ser grandes necesitan de la unión. Recuerdo haber visto una fotografía que representaba un trono de rey. En él y en lenguaje francés



se leía: "La unión hace la fuerza", concepto éste que, de puro sabido, por cierto ya, se le llama perogrullada.

Mirad qué pueblos conocéis grandes, y los que están dispuestos a trabajar y lo hacen a una sola voz y apretados en un solo haz, sin divisiones.

¿Queréis serlo así? Un compañero ha saltado a la palestra: Adolfo Lozano Borroy, Valderobres (Teruel), dispuesto a sufrir sinsabores y amarguras sólo por endulzar nuestra vida y hacer que se nos haga justicia. Compañero, envíale tu adhesión.

SISINIO CRESPO.

## Defensa del médico libre

El día 29 de septiembre del pasado año 1933, y en nuestra segunda lección del cursillo que con el título genérico de "Instruir deleitando" venimos desarrollando en *La Voz Médica*, insertamos un artículo-enfermedad con el subtítulo "La más perniciosa de las anemias". Bien es verdad que nada sino darle gusto a la pluma adelantamos con aquel y otros escritos; pero como parece que estamos en plan de desperezo y muchos compañeros nos alientan con sus adhesiones y casi otros tantos con su colaboración eficaz para la redención de la clase, vamos a dar otro golpecito al tema de los médicos libres, entre los que, con gran orgullo, nos encontramos.

Claro está que no vamos a defender, sino todo lo contrario, a aquel médico que, sabiendo que existe un titular LEGÍTIMO en un PUEBLO PEQUEÑO, mete allí la cuña de su nariz para colarse entero y hacer un mal tercio a su compañero.

Pero seamos sinceros, amigos titulares. Pónganse todos la mano en el pecho y respondan: ¿cuántos titulares existen en España con una plaza lograda en buena lid? Nosotros nos atrevemos a afirmar que no pasan del 10 por 100. Y el resto, ¿cómo lograron su titular? Pues unos, la inmensa mayoría, como consecuencia de un acto caciquil, y los restantes, por una decisión arbitraria del Ayuntamiento cuando aún no había nada legislado respecto a provisión de vacantes.

No vamos a enfrentarnos contra estos últimos, ancianos médicos que, aunque no de una manera legal, la costumbre (que es ley en defecto de ésta) les otorgó una titular en aquellos tiempos, que eran peores, con ser éstos pésimos. Pero ¿qué decir de aquellos que después de haber obtenido una plaza de un modo rastro, ilegal e injusto, echan pestes contra el compañero que, *por puños* y trabajando en su profesión, quiere lograr lo que él consiguió con medios menos dignos? ¿Pero es que tienen todavía valor para chillar? ¿Y de aquellos otros que, como señores feudales, poseen diez o doce pueblos bajo su dominio, y ayudados (mejor diríamos súplidos) por varios practicantes, quieren hacer coto cerrado de su finca, que les renta 25.000 pesetas?

Desde luego, nada bueno, y sobre todo existiendo esa multitud de compañeros *sin trabajo*, que son el oprobio y la vergüenza mayor de la clase médica española.

Todavía queda mucho por hacer para lograr un alivio a la plétora que nos abrumba, para limitarnos a encoger los hombros, culpando a una crisis mundial del hambre de nuestros compañeros. Eso dicen muchos de aquellos que se dan banquetes a diario y en los que se comen el pan que pertenece a los hambrientos.

No sabemos qué harían los compañeros a que aludimos si, viéndose huérfanos de caciques, hubieran solicitado en vano una y otra titular. ¿No aprovecharían la ocasión de una colocación que les asegurara un sueldo mínimo para llevar un poco de pan a su boca y a las de los suyos, que se lo reclaman incesantes? Nosotros creemos que esa actitud de aceptar un trabajo digno está más que justificada cuando se sabe que, como antes hemos dicho, el titular ocupa su plaza de un modo ilegítimo o que dicho titular lleva el peso (?) de una enorme clientela, a la que forzosamente tiene que desatender, con grave peligro para la salud pública. ¿Pueden estos señores considerar a los médicos libres como animales dañinos, o son ellos realmente los que merecen ese calificativo de todos los demás compañeros?

Pero hay todavía más. Generalmente, los médicos libres (nos referimos, claro está, a los de los pueblos) aceptan el trabajo que se les ofrece digno de un modo transitorio y como un medio de tener una espera menos penosa hasta conseguir una titular. Pero no sólo son los compañeros los que les tratan como a perros sarnosos: es también el vigente reglamento el que trata de sepultarlos eternamente en la irredención.

Si el médico libre, como es natural, aspira a lograr una titular, ¡está arreglado! El posee el título de I. M. de S., que en vano le considera apto para realizar una función que no podrá desempeñar en su vida. A los tres años de no ejercer como titular (¡qué más querría él!) se le *castiga* a pasar a la cola del escalafón. Con esa ley absurda, si, por enfermedad, el más anciano médico que tuviera el número 1 del escalafón hubiera de abandonar temporalmente una titular, que procure que su enfermedad no le dure tres años, porque la ley, en caso contrario, *le ampararía como enfermo* y le abonaría el *subsidio* de una injusta y eterna postergación.

Esto en cuanto a los concursos de antigüedad, que en cuanto a los antiguos concursos de méritos (?), hay que suponer que el médico libre no disponga de pesetas para comprarlos en esos graciosos cursillos, de los cuales decía uno de nuestros colaboradores que "gusto-so acudiría a ellos *por descansar*", y para organizar los cuales se ponen de acuerdo dignísimos profesores con la buena voluntad de llenar sus bolsillos de billetes. Por otra parte, aunque el médico libre haya asistido a un centenar de epidemias, haya colaborado, como miembro de la Junta Municipal de Sanidad y como médico de cabecera de sus clientes, a la extinción de las mismas, y haya logrado un porcentaje de defunciones mucho menor que el titular, la ley no le otorga mérito alguno. ¿Para qué, si es de la *parte de afuera*?

En fin, no queremos terminar este artículo sin advertir a los titulares *verdad* que si a ellos les tocó en *suerte* a un médico libre que les ha dificultado la vida, piensen que es injusto atacar a todos, juzgando por la excepción, y que la aspiración de todo I. M. de S. es la de contar con una titular que aclare un poco este mundo de sombras que es, desgraciadamente, nuestra profesión.

Y en cuanto a los cientos de médicos libres que merezcan llamarse compañeros, hemos de advertirles que esperamos se apresten a la lucha que nosotros hemos iniciado hace un mes en favor de las causas nobles y con el fin de una reivindicación de nuestra profesión, y para lo cual contamos ya con delegaciones en las pro-



vincias de Almería, Avila, Badajoz, Burgos, Cáceres, Canarias, Castellón, Córdoba, Cuenca, Huesca, León, Lérida, Logroño, Madrid, Pontevedra, Salamanca, Segovia, Sevilla, Soria, Tarragona y Zaragoza.

Esperamos las adhesiones de simpatizantes y colaboradores en nuestra residencia: Valderrobres (Teruel).

A. LOZANO BORROY

Valderrobres, abril 1934.

## El nuevo Vicerrector de la Universidad

Ha sido elegido Vicerrector de la Universidad Central el Dr. D. Eduardo Hernández Pacheco, catedrático de Geología Geognóstica y Estratigráfica de la Facultad de Ciencias. El nuevo vicerrector es personalidad dedicada exclusivamente a la investigación y al estudio, considerado en el extranjero como uno de los grandes sabios de la ciencia universal.

Libre de prejuicios y de partidismos, sin la presión de banderías y de compromisos de grupo, su independencia es una garantía de que sabrá laborar por el engrandecimiento de nuestra labor docente y por la pacificación de los espíritus en la vida estudiantil.

El Dr. Hernández Pacheco estudió la carrera en Madrid, fué discípulo de D. Salvador Calderón, del marqués del Socorro y de D. Ignacio Bolívar. Premio extraordinario de Doctorado y Licenciatura, ganó la cátedra muy joven. Amigo íntimo de aquel gran cristalógrafo que se llamaba D. Lucas Fernández Navarro, contribuyó con él a reorganizar las salas de minerales y fósiles del Museo de Historia Natural, donde actualmente desempeña el cargo de jefe de Sección. Son notables sus publicaciones sobre Petrografía y Geología Dinámica, así como sus comunicaciones a las Sociedades científicas con motivo de la excursión que realizó el año 1913 a la cuenca del Lucus, en el Norte de Africa.

Puede considerarse como un acierto la designación del Dr. Hernández Pacheco para el cargo de vicerrector.

## Facultad de Medicina de Valladolid

PROMOCIÓN DE 1908-1909

Los compañeros que hayan terminado sus estudios en el indicado curso y deseen participar en la celebración de las bodas de plata de la promoción, deben comunicar su adhesión a D. Luis Díez Pinto, calle de Claudio Moyano, 8, Valladolid. Las fiestas se celebrarán en la primera decena de junio, y se ruega inmediata conformidad.

*La Comisión organizadora.*

## EL Dr. J. PEREZ ARENAL

¡Amigo médico! La madrugada de un sábado del mes de marzo último has dejado de sufrir para siempre en estas tierras montañosas todavía cubiertas de nieve, blanco sudario de un cruel y largo invierno. He visto remontan la noche de tu última angustia y he oído los respiros tranquilos e inocentes de tus cinco hijos cuando, muy joven aún, los abandonas víctima de fatal dolencia.

¡Compañero médico! Muchas manos de compañeros se

tienden hacia ti, que luchaste por salvar la vida de muchos semejantes, y todas se sienten impotentes para salvar la tuya, tan pronto vencida entre amarguras y sinsabores de tu calvario de médico rural. A pesar de tu espíritu batallador, tu vida, que ganó pronto la aureola de la popularidad, no ha resistido los embates de tu continuo batallar; azotado por los vientos, a través de caminos helados, en tu diaria peregrinación por llevar la salud a humildes aldeanos, tu exaltado espíritu por proteger a los que sufrían ha hecho un sorprendente alto en el camino, y como los árboles desgajados por el viento, tus ilusiones se han roto, dejándonos el frío que rodea a tu rápida y sentida muerte.

¡Hermano médico! Con el ánimo ensombrecido por tu desgracia y con la frente inclinada respetuosamente ante tu cadáver, tu amigo y hermano de profesión, que en vida procuró guardarte la lealtad y cariño de un bien entendido compañerismo, te ofrece en la muerte una última y modesta medicina: una oración por tu alma que alivie al mismo tiempo el inmenso dolor de tus seres queridos.

FRAILE MONTERDE.

Reinosa, marzo 1934.

## La Sanidad en el Parlamento

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

El Sr. SIMÓN CASTILLO: Señores Diputados, verdaderamente, como decía ayer el Sr. Pellicena, este asunto parece que ha nacido con mala luna; es un asunto, a mi juicio, muy claro y evidente, y yo no he oído ni un solo argumento en pro de que los servicios de Sanidad persistan en Gobernación; ni uno. Sólo oí decir a la señora Nelken, y, efectivamente, decía una gran verdad (y a mí me ha ocurrido), que hay veces en que es necesario ir a vacunar con la Guardia civil; si eso fuera una razón para que los servicios de Sanidad continuaran en Gobernación, por el mismo motivo tendrían que estar en este Ministerio el servicio de recaudación de contribuciones, la Judicatura, etc., tantos otros servicios que muchas veces tienen que hacer uso de los agentes de la fuerza pública. De modo que en favor de que los servicios de Sanidad persistan en Gobernación no he oído ni un solo argumento. (*Varios señores Diputados: Eso es exacto.*) Ahora bien, para su traspaso a Trabajo, en ese aspecto, entiendo que los argumentos existen a capazos.

Verdaderamente hay hoy en la Sanidad un aspecto que, por su gran volumen, por su índole, por su enorme trascendencia, no es nunca excesiva toda la atención que en ello se ponga. Debe tenerse en cuenta, además, que, con arreglo a la Constitución, creo que en su artículo 65, deben instaurarse en España los seguros sociales, y en esta parte habré de referirme sólo a la parte de los seguros sociales que tienen un aspecto sanitario. En el artículo 46 de la Constitución se marcan aquellas ramas que constituyen los seguros sociales, que son: el seguro de invalidez, el seguro de enfermedad, el seguro de maternidad, el seguro de accidentes del trabajo, el de vejez, el de paro forzoso y el de vida en cuanto afecta a viudedad y orfandad en determinadas condiciones. Hay algunos que en el aspecto sanitario no tienen directo in-



terés, aunque sí inmenso en el social, como son el seguro de paro forzoso, el seguro de viudedad y orfandad e incluso el seguro de invalidez permanente; ahora bien, el seguro de enfermedad, el de accidentes del trabajo, el de maternidad y el de invalidez temporal tienen un aspecto marcadamente sanitario, netamente médicosocial, hasta tal extremo, que en ellos el elemento sanitario, el médico, no sólo constituye la mano de obra imprescindible, sino que, además, es el asesor, el informador técnico obligado.

Discutir la intervención sanitaria en este aspecto produce el mismo efecto que si habiéndose de confeccionar y desarrollar una ley Hipotecaria, quisiéramos los médicos inspirarla, dirigirla y desenvolverla; creo que habría que confiar esa misión a los notarios y a los abogados. Pues del mismo modo está tan íntimamente ligada la Previsión y la Sanidad, que en todas partes (está fracasando en algunos sitios el seguro social precisamente por olvidar esa ligazón) el Ministerio de Sanidad, donde lo hay, lo es también el de Previsión, por ser ambos aspectos inseparables. Hoy la Medicina, en el sentido curativo, tiene menos importancia que el preventivo; lo fundamental es que allí donde estén los servicios de Sanidad estén también los de Previsión; de modo que si la Previsión estuviera en Gobernación y Sanidad en Trabajo, entiendo que tendrían que trasladarse los servicios de Sanidad a Gobernación o lo de Previsión a Trabajo, porque son cosas que no pueden estar desconectadas. Por eso, en esa enmienda, de la que soy firmante, conservando cierta autonomía, se propugna un lazo de unión; que haya una Subsecretaría de Sanidad y de Beneficencia y otra de Trabajo y Acción social, pero que los servicios de Previsión dependan del Ministro para que sirva de lazo de unión entre ambas Subsecretarías, al mismo tiempo que sea la autoridad de ambas. Efectivamente, la Sanidad ha de ser preventiva; mucho interesa curar a un palúdico, pero interesa más que no haya palúdicos; interesa curar a un tífico, pero interesa más que no haya tifoideas. Y el seguro social tiene que adoptar esa tendencia forzosamente, sin que pueda en modo alguno crearse una duplicidad de servicios, porque con ello se daría lugar a dobles gastos también. ¿Cómo evitaremos que haya palúdicos o tíficos? Pues por medio del abastecimiento de aguas y con todas las demás medidas profilácticas que tienen que ir conjuntamente con el seguro social, con el de enfermedad, con el de Sanidad pública. Por eso creo que todas las razones abonan en el sentido de que el seguro social, el seguro de enfermedad principalmente estén enlazados con la Sanidad; el seguro de enfermedad no es una operación de seguro vulgar, no puede limitarse a, mediante una prima que se abona a una entidad, cubrir un riesgo, no; es más: el seguro social ha fracasado en muchas partes de Europa precisamente por eso, por desconocer eso; se ha creado una burocracia tan frondosa, que se dan casos, y no es el único en esas proporciones, de un país en el que para 29.000 sanitarios que prestaban el servicio había 27.000 empleados no sanitarios.

También esto ha pasado, proporcionalmente, en España con el seguro de maternidad, que está fracasando en este aspecto, y yo sé de algún caso concreto. En Cataluña, por ejemplo, el seguro social, en el primer año y medio de funcionamiento, recaudó 2.300.000 pesetas, y se han invertido en farmacia, médicos y comadronas 143.000 pesetas. (El Sr. Ayast: Eso no es exacto.) Son los datos que tengo, y no me sorprenderían, por una ra-

zón: porque hace ya muchos años que yo, precisamente en esa entidad que tiene la delegación del seguro social, propugné reiteradamente, y no lo conseguí, que se sometiera al reglamento de la Comisaría Sanitaria y diera una retribución decorosa a sus sanitarios. Esa entidad tenía una filial que se denominaba "Instituto de la Mujer que trabaja", que daba asistencia médica, y a esos médicos no se les pagaba, o se les pagaba con cantidades irrisorias; no pude conseguir que se les pagara decorosamente. Ignoro si ahora cobran, pero me atrevo a afirmar que si se les paga, es muy poco.

Pero, volviendo al tema, hay más: y es que en las organizaciones del seguro de enfermedad, donde no se filtra ese aspecto sanitario, se limita el tiempo de la enfermedad y se llega a limitar también la prescripción de los medios terapéuticos. Todo esto es antisanitario y al propio tiempo es la causa del descontento de los beneficiarios y de la ineficacia muchas veces de la asistencia.

Hace ya muchos años (no sé si el Sr. Largo Caballero lo recordará) que en alguna ocasión tuvimos una conversación, en unión de D. Lucio Martínez Gil, en que abundaban conmigo en este criterio, y no comprendo cómo ahora se oponen a ese traspaso... (El Sr. Largo Caballero: Porque sabemos que el Ministerio de Trabajo tiene suficiente, y llevar allí otros servicios es para no cumplir ninguno.) Si piensan hacerlo... (El Sr. Largo Caballero: No es que lo piensen; es que no lo podrán cumplir.) ¿Para qué se crea la Subsecretaría? (El señor Alvarez Angulo: Para colocar amigos.—El Sr. Largo Caballero: A eso no quiero contestar.)—El Sr. Rey Mora: Pues conteste S. S., porque tiene obligación de hacerlo.)

El Sr. PRESIDENTE: Que no conteste; tendría que hacerlo reglamentariamente.

El Sr. SIMÓN CASTILLO: Me sorprende la oposición del sector socialista. Decía que en una ocasión, estando en la Mutualidad Obrera de Madrid, o seudomutualidad, porque de eso habría mucho que hablar... (El Sr. Martínez Gil: Mutualidad Obrera. Lo afirmo yo, que sabe su señoría que la conozco.) Mutualidad Obrera. Perfectamente. Pero entiéndase que es una Mutualidad que vende al público también en sus farmacias. (El Sr. Martínez Gil: Perdón el Sr. Simón; S. S. no puede afirmar que tenga farmacias porque no las tiene.) Cuando las tenía, pues... (El Sr. Martínez Gil: No las has tenido nunca.)

El Sr. PRESIDENTE: Vamos al tema.

El Sr. SIMÓN CASTILLO: Hablando yo con el señor Martínez Gil—prosigo—en la Mutualidad Obrera de la Casa del Pueblo, precisamente en aquellos tiempos de la Dictadura en que SS. SS. mandaban no sólo en Trabajo, sino también en Gobernación (eso no me lo podrá negar), hablando yo con el Sr. Martínez Gil en aquella ocasión, me referí a un proyecto de reglamento del seguro de enfermedad que había traído a la aprobación de la Dirección general de Sanidad, proyecto redactado por mí y en el que se asignaba a los médicos de las Mutualidades un sueldo mínimo decoroso, porque entendía que el trabajo no retribuido es inmoral, y me lamentaba ante su señoría de que ese proyecto no fuese aprobado por la Dirección de Sanidad a causa de la oposición que los señores socialistas que había en aquella entidad le hicieron. (El Sr. Martínez Gil: Eso no es exacto.) En la Mutualidad Obrera no se daba a los médicos retribución alguna. (El Sr. Martínez Gil: Su señoría no sabe lo que dice, y perdóneme que le diga esto. Su señoría habla





**TODAS  
NEURÁLGIAS  
REBELDES**

# NAÏODINE

**SEDACIÓN  
RÁPIDA Y  
ATÓXICA**

en ampollas de 10 cc. y 20 cc.  
**INYECCIONES INDOLORAS**  
10 cc. a 30 cc. por día

**NAÏODINE B**  
en solución concentrada a 5 %  
**ESPECIAL PARA ENDOVENOSAS**  
CURA ATÓXICA DE LAS DIVERSAS  
NEURAXITIS Y ALGIAS REBELDES

JUAN MARTIN, MADRID Y BARCELONA  
agentes de  
**LABORATOIRES J. LOGEAS - BOULOGNE S/ SEINE - FRANCE**

O.V.P. ÉDITIONS



# Publicaciones de EL SIGLO MEDICO

## CONTESTACIONES MONOGRAFÍAS

al Programa oficial vigente para  
OPOSITAR  
las vacantes de Médico titular Inspector  
Municipal de Sanidad

En una sola obra la preparación completa

Redactada por los doctores Carlos María Cortezo, Federico González Deleito, Antonio Fernández Martín y Francisco Javier Cortezo.

MEDICINA

CIRUGÍA

HIGIENE

LEGISLACIÓN SANITARIA

4 TOMOS

1.600 páginas

25 ptas. la obra completa

Precio por cada tomo por separado, 10 ptas.

PASEOS

DE UN

SOLITARIO

Hombres y mujeres de mi tiempo.

Recuerdos, anécdotas y Memorias de

CARLOS M.<sup>A</sup> CORTEZO

Dos tomos, 8,50 para los suscriptores de  
EL SIGLO MÉDICO

UN MÉDICO RURAL

Novela original de BALZAC

Traducida por D. Marcelino Pastor

Con revisión y prólogo del Dr. D. Carlos María Cortezo

Portada de López Motos

4 pesetas ejemplar

FORMULARIO CRÍTICO

POR LAS CLINICAS DE EUROPA

SE ENCUENTRAN A LA VENTA LOS SIGUIENTES TOMOS:

- I A 7 pesetas (segunda edición).
- II B C (agotado y en reimpresión).
- III D E 8 pesetas (segunda edición).
- IV F G H 7,50 pesetas.
- V I J K L 7,50 pesetas.
- VI M N 7,50 pesetas.
- VII O 7,50 pesetas.
- VIII P (hasta Parto). 8,50 pesetas.

Se encuentran a la venta las siguientes:

	Suscrip- tores Ptas.	No sus- criptores Ptas.
I.—Hemoptisis tuberculosas y no tuberculosas, por el Dr. Valdés Lambea.....	1,50	1,75
II.—La demencia precoz, por el Dr. Vallejo Nágera.....	1,50	1,75
III.—Diagnóstico y tratamiento de las dermatosis más frecuentes, por el Dr. Javier María Tomé y Bona (2. <sup>a</sup> edición).....	1,50	1,75
IV.—Los problemas clínicos de la úlcera del estómago, por el Dr. Fidel Fernández Martínez (de Granada).....	1,50	1,75
V.—La blenorragia aguada y su tratamiento, por el Dr. Angel Pulido Martín.....	1,50	1,75
VI.—El médico rural ante las distocias más frecuentes, por el Dr. Vital Aza (2. <sup>a</sup> edición).....	1,50	1,75
VII.—Los problemas clínicos del estreñimiento rebelde, por el Dr. Fidel Fernández Martínez (de Granada).....	1,50	1,75
VIII.—La epilepsia, por el Dr. José María de Villaverde.....	1,50	1,75
IX.—El médico práctico ante la difteria y sus complicaciones. Intubación laríngea, por el Dr. García Vicente, y Alteraciones de la voz. Laringitis y ronquera, por el Dr. Huarte Mendicosa. (Dos monografías en una.)...	1,50	1,75
X.—El tratamiento del reumatismo, por el Dr. Federico Peco y M. Sellés.....	1,50	1,75
XI.—Las helmintiasis intestinales más frecuentes en patología humana, por el doctor Santiago Larregla.....	1,50	1,75
XII.—Manual de sifiliografía práctica, por el Dr. Javier María Tomé y Bona.....	2,00	2,50

EL JURAMENTO DE HIPÓCRATES

según la traducción de Littré

Tirada hecha en gran papel con preciosa orla  
veneciana

Cada ejemplar 1 peseta

FOLLETOS DE INTERÉS PRÁCTICO

Editados por EL SIGLO MÉDICO

	Pesetas
Código Penal Vigente.....	2,00
Reglamento de la ley de Accidentes del Trabajo en la industria.....	2,00
Estudio histórico crítico de la Legislación Sanitaria Española.....	1,50
Reglamento y Programa vigentes para las oposiciones a ingreso en el Cuerpo de Sanidad de la Armada.....	1,50
Programa oficial vigente para las oposiciones a ingreso en la Academia de Sanidad Militar.....	1,25
Reglamento y Programa de oposiciones a las vacantes de médico de la Lucha Antivenérea.....	2,00
Reglamento y Programa oficial vigente para oposiciones a plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad.....	1,50
Reglamento para la provisión de vacantes de médicos y farmacéuticos titulares.....	1,50
Estatutos de los colegios oficiales de médicos.....	1,50

**AVISO IMPORTANTE.**—No serviremos ningún libro sin previo pago. Los reembolsos tendrán un aumento de 0,75 pesetas, por pequeño que sea el pedido.



por hablar.) De lo que digo estoy absolutamente seguro; sabe S. S. que es bien cierto. (*El Sr. Martínez Gil: ¿Qué va a estar seguro! ¿Quién le ha dicho eso a S. S.?*) Su señoría mismo me lo dijo, aunque yo ya lo sabía.

El Sr. PRESIDENTE: Vamos al voto particular.

El Sr. SIMÓN CASTILLO: Entiendo que la Sanidad y la Previsión social tienen que formar, si no un todo indivisible, sí dos organismos, si se quiere, autónomos, pero que no puedan desconocerse ni puedan en modo alguno desconectarse. Si no se hace así, el servicio será ineficaz, será antieconómico y fracasará. Tiene que tender, conjuntamente y enlazado a la Sanidad pública, a evitar los enfermos, y así evitará los gastos que la enfermedad ocasiona, evitará las pérdidas de jornal para el obrero, las pérdidas de producción para la economía nacional; y sólo pido para la consecución de tan altas aspiraciones la leal y fecunda colaboración de todos.

El Sr. PRESIDENTE: Tiene la palabra el Sr. Pellicena; pero le ruego que precise los términos, a fin de que puedan servir de norma a los Sres. Diputados para votar.

El Sr. PELLICENA: De acuerdo con las indicaciones de la Presidencia.

Creo que hemos llegado a un punto del debate en que es perfectamente fácil la coincidencia. Alguna vez había de servir este diálogo, que constituye la esencia del régimen parlamentario, para que las diferentes fracciones de la Cámara pudieran llegar a un principio de acuerdo. Parece que se ha presentado una enmienda firmada por los Sres. Palanca, González y Fernández de Labandera y otros Diputados, en la que se recoge prácticamente el espíritu del voto particular que he tenido el honor de defender ante la Cámara, y al cual, amablemente, han facilitado sus firmas los Sres. Maura y Bilbao. Creemos, pues, que en esa enmienda está recogido el espíritu de nuestro voto particular, y lo creemos porque, aun cuando el último párrafo de la misma pudiera suscitar alguna vacilación, alguna duda, de las manifestaciones del Sr. Ministro de Trabajo, en su primera intervención, se deducía claramente que al pasar estos servicios de Previsión social al Ministerio de Trabajo y dárseles la estructura que nosotros proponemos en el voto particular, se regirán por la legislación que les fue más peculiar. En este sentido, para facilitar la concordia y la solución, retiramos el voto particular si la Comisión, haciendo suya la enmienda del Sr. Palanca y de los otros Sres. Diputados que la signan, la convierte en dictamen. De lo contrario, habremos de mantener el voto particular. (*El Sr. Armasa pide la palabra.*)

El Sr. PRESIDENTE: Perdón el Sr. Pellicena. La Comisión, en este instante de la discusión, no puede aceptar esa enmienda ni ninguna otra; lo único que puede hacer ahora es anunciar su propósito y, llegado que sea el momento, aceptar o no la enmienda.

El Sr. ARMASA: Para eso había pedido yo la palabra.

El Sr. PELLICENA: Perdón el Sr. Presidente; me había parecido que era esta una manera de facilitar la discusión, porque no creo que fuera preferible pedir votación nominal de nuestro voto particular y después ir a la votación de la enmienda, cuando se podía pasar con una sola o ninguna votación.

El Sr. PRESIDENTE: Su señoría puede retirar el voto particular contando con el ofrecimiento de la Comisión —si se lo hace— de que aceptará las iniciativas contenidas en la enmienda a que su señoría alude. Pero lo que

no se puede hacer reglamentariamente es ingerir, en este momento de la discusión, una enmienda, cuando ni siquiera se ha discutido.

El Sr. PELLICENA: Sr. Presidente, no trataba de ingerir ninguna enmienda; pedía únicamente la opinión de la Comisión.

El Sr. PRESIDENTE: El Sr. Armasa tiene la palabra.

El Sr. ARMASA: Señores Diputados, muy pocas palabras, porque esta brevedad es la demostración del propósito que tiene la Comisión de dar facilidades de arreglo.

Nosotros, al escuchar los términos de la enmienda que el Sr. Palanca ha expuesto ante la Cámara como explicación del voto de su minoría, no podemos negar que ha respondido a un propósito, que quizá tuviésemos nosotros, de encontrar la fórmula de arreglo que se busca. Creemos que esta manifestación que hacemos será suficiente para que el Sr. Pellicena retire su voto particular y para que cuando llegue el momento voten todos esa enmienda del Sr. Palanca, que si, en efecto, está en los términos expresados y responden la minoría y la Cámara al contenido de ella, es lo que la Comisión estima más acertado en cuanto al dictamen.

El Sr. PELLICENA: Pido la palabra.

El Sr. PRESIDENTE: La tiene S. S.

El Sr. PELLICENA: Únicamente para decir a la Cámara que, después de las manifestaciones del Sr. Presidente de la Comisión, retiramos el voto particular presentado.

El Sr. PRESIDENTE: Eso es lo procedente. Queda retirado el voto particular.

Abrese discusión sobre la totalidad.

Concedida la palabra al Sr. Fuentes Pila, que no se hallaba en el salón, dijo

El Sr. PRESIDENTE: El Sr. Ayats tiene la palabra.

El Sr. AYATS: Señor Presidente, en vista de las manifestaciones que se han hecho y ante la posibilidad de que el dictamen quede modificado, renuncio a hacer uso de la palabra en este turno de totalidad, sin perjuicio de hacerlo, si acaso, cuando se discuta el nuevo dictamen.

El Sr. PRESIDENTE: Se tendrá en cuenta.

El Sr. NEGRÍN: Pido la palabra.

El Sr. PRESIDENTE: La tiene S. S.

El Sr. NEGRÍN: Señores Diputados, sucintamente voy a intentar exponer los motivos que obligan a la minoría socialista a oponerse al proyecto de ley que se discute, motivos que, en este caso, no obedecen—espero poder convencer de ello a la Cámara—a designios políticos, sino que tienen una fundamentación legítima.

(Continuará.)

## SECCION OFICIAL

### MINISTERIO DE JUSTICIA

#### ORDEN (I)

En virtud de la autorización concedida por el Decreto de 27 de febrero próximo pasado, en relación con el de 2 de octubre de 1933, y de conformidad con lo preceptuado en el artículo 390 del vigente Reglamento de los servicios de Prisiones,

(1) Con la rectificación publicada en la *Gaceta* del 20 de Marzo. (N. de la R.)



Este Ministerio ha dispuesto se convoque a oposición para proveer seis plazas vacantes de médicos del Cuerpo de Prisiones, dos con el sueldo anual de 5.000 pesetas, y cuatro con el de 4.000, más un número igual de plazas de aspirantes, que quedarán en expectación de destino para cubrir las vacantes que se produzcan en lo sucesivo.

Los que deseen tomar parte en estas oposiciones deberán ser españoles, doctores o licenciados en Medicina, carecer de antecedentes penales y no padecer enfermedad ni defecto físico que les imposibiliten para el ejercicio del cargo. Dirigirán sus instancias a esta Dirección general, dentro del plazo de treinta días naturales, a contar desde el siguiente a la publicación de esta orden en la *Gaceta de Madrid*, y acompañarán los documentos siguientes:

1.º Copia certificada del acta de inscripción de su nacimiento en el Registro civil, debidamente legalizada, si el solicitante fuera natural de cualquier punto distinto del comprendido en el territorio de la Audiencia de Madrid.

2.º Certificación negativa expedida por el Registro Central de Penados y Rebeldes.

3.º Certificación expedida por el médico de Sanidad nacional, en la que se declare que el interesado no padece enfermedad ni defecto físico que le imposibilite para el desempeño del cargo.

4.º Título profesional o testimonio notarial del mismo y, en su defecto, el resguardo de haber efectuado el pago de derechos para la obtención de aquél. También podrá acompañarse certificación académica acreditativa de tener aprobados los estudios completos de la licenciatura o del doctorado de Medicina, a reserva de presentar el expresado título o el resguardo del pago de derechos mencionado para poder tomar posesión del cargo.

A la instancia se acompañará el recibo que justifique haber abonado en la Habilitación de ese Centro directivo la cantidad de 50 pesetas como derechos de oposición.

El Tribunal que ha de juzgar a los opositores será presidido por V. I. y formarán parte de él, como Vocales, un catedrático de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, dos médicos del Cuerpo de Prisiones y el subinspector general de Prisiones, que actuará como secretario.

Los ejercicios se verificarán en Madrid y darán comienzo el 15 de junio próximo, ajustándose a las materias señaladas en el programa que se inserta a continuación. El Tribunal fijará el número de aquellos ejercicios y la forma de practicarlos y publicará en la *Gaceta de Madrid* la relación nominal de los solicitantes admitidos, el orden en que habrán de actuar y el local y hora en que hayan de verificarse los citados ejercicios.

Lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos consiguientes. Madrid, 8 de marzo de 1934.—*Ramón Álvarez Valdés*.—Señor Director general de Prisiones.

(*Gaceta* del 17 de marzo.)

*Gaceta* del 5 de abril de 1934:

*Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión*.—Orden disponiendo que la Subsecretaría convoque concurso-oposición libre para proveer una plaza de Ayudante de Sección del Instituto Nacional del Cáncer.

*Gaceta* del 6 de abril de 1934:

*Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión*.—Orden aprobando el reglamento (que se inserta) de la Asociación Oficial del Cuerpo de Médicos titulares, inspectores municipales de Sanidad.

*Gaceta* del 8 de abril de 1934:

*Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión*.—Decreto modificando la constitución de las Juntas provinciales de Beneficencia.

## GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 701,4; ídem mínima, 692,4; temperatura máxima, 12,2°; ídem mínima, 2,2; vientos dominantes, O. y SO.

En los adultos no han sufrido disminución los catarros agudos de las vías respiratorias y, lo que es más importante, siguen ofreciendo gravedad en muchos casos. Dan lugar a bronconeumonías. Correspondiendo a la depresión barométrica y al tiempo lluvioso, se han agravado, además de los procesos crónicos respiratorios, los reumáticos agudos y crónicos. En los enfermos que padecían endocarditis reumáticas, esta agravación ha sido muy manifiesta.

En cambio, en los niños ha disminuído algo el sarampión, que se ha caracterizado por su evolución benigna y con pocas complicaciones, incluso en niños que se hallaban delicados.

## CRONICAS

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

Indicaciones del forceps y técnica operatoria del mismo, por el Dr. D. A. Paulino Pons. Prólogo del Dr. R. Ramón y Cajal. Un tomito con numerosos grabados, 4 pesetas.

Tratado práctico de Etiqueta y distinción social, quinta edición. Distribución esmerada por asuntos. 4 pesetas ejemplar.

Se ha realizado el milagro.—Con este título adjuntamos prospecto de la Casa Manuel Marín y G. Campo, editores, dando a conocer a nuestros suscriptores las obras médicas más notables y modernas de su Editorial.

Veán nuestros suscriptores en la página XVIII de anuncios la lista de libros que tiene a la venta EL SIGLO MEDICO.

### 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 LAPPAL MAJOR L. y Estaño coloidal.

Laboratorio Gamir, San Fernando, 34. - Valencia.

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



# Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

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

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

**ARTERIO y PRESCLOROSIS, ENFISEMA, ASMA, REUMA crónico y que desforma, LUMBAGO, 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 sear. 30 gramos (un centi-cubo-cúbico) contiene 0 gr. 54 de yodo que corresponde químicamente a 0 gr. 71 de K. I.

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

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

*Se halla en todas las buenas farmacias.*

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

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

**LIPIODOL  
LAFAY**

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



**¡CONTRA  
EL DOLOR!**

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

ACONSEJAD

**CEREBRINO  
MANDRI**

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



Preparado en España por el Dr. J. Mandri, Farmacéutico, Madrid.

## Eficaz e inocuo tratamiento

se obtiene con el empleo de la ANTIBLEFARINA KIRCHNER en las BLEFARITIS, CONJUNTIVITIS, QUERATITIS, ORZUELO, QUEMADURAS, EROSIONES, ULCERAS Y HERIDAS INFECCIOSAS DE LA CórNEA, ULCERACIONES Y QUEMADURAS PALPEBRALES.

La ANTIBLEFARINA KIRCHNER es la primera pomada oftálmica a base de **Loretinato de Bismuto** que se divulgó a los señores oftalmiatras de España y América latina, según fórmula del Profesor don Tomás Blanco, de Valencia, que fué quien dió a conocer en España la gran eficacia terapéutica, en oculística, del **Loretinato de Bismuto** y el que pudo precisar, por su dilatada experiencia clínica, las varias indicaciones que posee por su intensa acción bactericida y poder astringente o secativo.

La expresión del crédito alcanzado por la ANTIBLEFARINA KIRCHNER, está en el hecho de la aparición, posteriormente, de preparaciones similares, como ocurre siempre que una determinada especialidad farmacéutica adquiere, por su eficacia, un auge considerable entre los señores facultativos.

Dada su absoluta inocuidad, puede aplicarse inclusive al ir a acostarse

# ANTIBLEFARINA

LITERATURA  
Y MUESTRAS  
PARA EXPERIMENTACION CLINICA:

OFTALMOTERAPICOS KIRCHNER-Sardañola (Barcelona)



# CESTONA AGUA Y BALNEARIO DE CESTONA

(S. A.)  
GUIPUZCOA (cerca de San Sebastián)

## EL CARLSBAD DE ESPAÑA

Unicas indicadas con éxito maravilloso para las enfermedades del  
HIGADO, INTESTINOS, ESTRENIMIENTO, ARTRITISMOS, NEURASTENIA, ETC., ETC.

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

TEMPORADA OFICIAL: DE 15 DE JUNIO A 30 DE SEPTIEMBRE

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

Pídanse noticias directamente a CESTONA (Guipúzcoa)

### ESTAFETA DE PARTIDOS

—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, Añón (Guadalajara).

### VACANTES

La de Orihuela del Tremedal (Teruel); por renuncia; tercera categoría; dotación, 2.200 pesetas; 25 familias de beneficencia y población de 1.200 habitantes; provisión por oposición. Solicitudes hasta el 29 de abril. No hay derechos de oposición.

—La de Berceo (Logroño); por renuncia; quinta categoría; dotación, 1.375 pesetas; tres familias de beneficencia y

## SANATORIO PENA-CASTILLO

### SANTANDER

Destinado a enfermos del aparato digestivo, nutrición y sistema nervioso

Clima delicioso, once hectáreas de parque, completa instalación de mecanoterapia, electricidad, calor y terapéutica física. Hotel de dietética. Dos hoteles para psiconeurosis. Pabellón especial de radioterapia profunda. Sección de toxicómanos.

Director, EXCMO. SR. D. M. MORALES

"HOZNAYO".—LA MEJOR AGUA DE MESA

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

**CANFORETIL B. MARTIN**

(Nombre registrado)

(Solución etéreo-oleosa de alcanfor puro del Japón)  
En ampollas de 0,10, 0,20, 0,40, 0,50 y un gramo de alcanfor puro

### Aguas Minero-Medicinales de MARMOLEJO

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

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

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

GRAN HOTEL BALNEARIO. Todo confort

Venta de agua embotellada en todas las farmacias

Pedidos de botellas e informes al señor Gerente, en

**MARMOLEJO (Jaén)**

Calle Calvario, 101 - Teléfono 9

## CATARROS BIFOSFOTIOL TOSSES

SOLUCION ARSENIO FOSFORADA CON TIOL

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



su cabal salud preferir la nada a una vida dolorosa? Hubo en el combate naval de Santiago de Cuba un marino español que, mientras algunos de sus camaradas se ponían en salvo, después de haber cumplido con su deber, optó, como solución honrosa, hundirse en el mar con su destructor. Estoy aludiendo al comandante Villamil. ¿Quién se atrevería a sostener que aquel héroe consumió el acto irrevocable en un

**IRRIGACIONES RADIO-ACTIVAS**  
**MONTURIOL**  
**CURAN FLUJO BLANCO**  
Muestras Farmacia Monturiol,  
San Bernardo, 60

eclipse de su inteligencia? Fué a la muerte serenamente, afrontándola, como Nelson, porque lo consideró necesario. En la Roma imperial esa forma de deserción de la tierra era corriente entre los miembros de aquella parte del patriciado que no se resignaba a contemporizar con la indignidad. Del poeta Lucrecio se ha dicho que se dio la muerte en plena lucidez, por simple hastío de vivir.

La religión y la moral, velando por nosotros, nos dicen: "No tienes derecho a suprimirte. La vida no te pertenece. Te la ha dado Dios y es una pesadumbre de la que El sólo puede librarte." La objeción es, efectivamente, grave. Si aceptamos que hemos venido a la tierra, en cumplimiento de una misión, no hay escape que justifique o excuse la muerte deliberada. Es preciso sufrirlo todo, como Job, sin maldecir del muladar. Pero, desgraciadamente, no todos los seres gozan del

**GOTAS SANGUINEAS**  
**ROYEN**

privilegio de la fe, que los mantiene subordinados a la divinidad. La mayoría se rebela contra un poder sobrenatural, del que se considera abandonada. Esa pobre mujer que no ha podido conllevar su soledad, y ese hombre que ha roto el pacto con la vida; aquélla, arrojándose desde un balcón a la calle, y éste metiendo el cuerpo bajo las ruedas de un tren, no se resolvieron a dar ese paso de la noche a la mañana. Antes pidieron desesperadamente auxilio al cielo y a la tierra, que oyeron sus quejas con igual indiferencia. La resolución de morir no es nunca improvisada. Suele ir precedida de un patético debate entre el instinto, que nos ata a la vida, y la conciencia, que nos exhorta a liberarnos del dolor, sea como sea. En una obra del doctor Mauricio de Fleury

están estudiadas minuciosamente todas las etapas que pueden conducirnos a la muerte voluntaria. ¿Hay una profilaxia contra esas tentaciones que a veces nos atraen con invencible voluptuosidad? La psiquiatría afirma. Yo, personalmente, me permito oponer a ese dogmatismo científico ciertas reservas, alguna de ellas de mucho peso y de carácter científico. "La tendencia al suicidio no es fatalmente hereditaria", dice el psiquiatra. Paul Bourget había sostenido esa misma tesis en una de sus novelas más conmovedoras. Pero a renglón seguido añade la ciencia: "Lo que es transmisible es la hiperemotividad. Lo que se puede heredar es el temperamento ciclotímico, que preparan el terreno a las soluciones supremas y fatales..." Es poner un nombre diferente a la misma enfermedad. Lo interesante sería poder dominar, por la higiene, por la religión y por la moral, esas características de la

**BENZOFORMINA**  
PRODUCE FORMOL  
Y DESINFECTA ORGANISMO

materia, aboliendo la predisposición morbosa. ¿Se puede lograr ese resultado? Tal vez. ¿Cómo? Viviendo menos febrilmente que ahora y limitando nuestros apetitos y nuestras ambiciones. Devolviendo, en suma, al espíritu la soberanía que le ha conferido el Creador sobre la animalidad, de la que somos prisioneros dentro de una civilización que subordina la virtud al éxito y la idea a la fuerza. Es preciso rehacer la pedagogía infiltrando en ella toda la substancia religiosa que tuvo en otro tiempo, cuando el hombre vivía y moría con más moderación y serenidad que ahora. Claro es que de todas suertes el resultado final no variará y que, antes o después, todos podremos repetir melancólicamente con el poeta: "La mort avec ses mains prendra mon coeur meurtri", lo cual no es, ni a cien leguas, un consuelo. Pero quizá lo más cuerdo sea el

**"MALTOPOL"**

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

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

aprender a perderle miedo a la muerte, considerándola, según el cristianismo, como una tregua de quietud y de silencio entre la eternidad que nos ha precedido y la que nos seguirá...

MANUEL BUENO

(Del diario A B C.)

## La enfermera a través de las edades

Por Mrs. SEYMER

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

### ORIGENES

Egipto, Mesopotamia, Palestina, India, Grecia y Roma.

La ignorancia sobre las enfermedades en las sociedades primitivas cu-



bre por igual y con el mismo trazo a todas ellas. Los enfermos eran considerados como víctimas, no de los fenómenos naturales, sino de una mala voluntad suprahumana, divina o diabólica, concepción siniestra que tan sólo el largo transcurso de los siglos ha conseguido disipar. En las edades primitivas, cuando el hombre era todavía mirado como impotente contra las fuerzas del mal, era cosa no extraña no encontrar médico ni enfermera alguna. Y cuando se comenzaron a dibujar ambas profesiones, lo hicieron bajo una forma rudimentaria y mal caracterizada. A pesar de que en gran número de pueblos civilizados la teoría y la práctica de la formación de la enfermera son del más reciente y asombroso advenimiento, el historiador de ésta debe examinar las nociones médicas corrientes en los pueblos de la antigüedad.

Pues de sus burdas concepciones del arte de curar han nacido todos los mé-

**96** COMPLEMENTO  
**Elixir CALLOL**

todos modernos, tanto del dominio del médico y el cirujano como del de la enfermera.

Para estudiar las concepciones médicas de las primeras civilizaciones conocidas, comenzaremos por Egipto y Mesopotamia, para continuar con Palestina, India y Grecia y terminar con Roma.

### Egipto.

El primer lugar se lo otorgamos a éste, porque gran número de su literatura médica, escrita en las hojas de papiro, ha llegado hasta nosotros, debido a la magnífica conservación de éstas entre las cálidas y rubias arenas de su desierto.

Los egipcios, al igual que los demás pueblos de entonces, miraban al enfermo como un fenómeno en parte



natural y en parte sobrenatural. Y también, lo mismo que en la India y la Grecia primitiva, consideraban al médico como de origen divino. Un médico famoso, Imhotep, que vivió tres mil quinientos años antes de Jesucristo, fué poco a poco mirado como un dios, para llegar a ser más tarde el dios de la curación de los griegos con el nombre de Asklepios.

Su nombre significaba "El que viene de la paz". Y sobre el muro de su templo, en Philae (erigido por los Ptolomeos en el siglo III antes de J. C.), se le llamaba "el buen médico de los dioses y de los hombres, el dios velador, benévolo y misericordioso, que atiende a los su-

Fábrica especializada en Productos Dietéticos y de Régimen Vegetariano

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

frimientos de los pesarosos, curador de los enfermos y protector en el sueño de los agitados y los desgraciados". Es de interés grande para su historia el discurso de R. Catón en 1904 y lo que una voz reciente, la de Dawson, ha dicho sobre él:

"La medicina, cuyos orígenes se hunden en la magia, sigue una independiente y rápida carrera en Egipto, ya que desde el período de las Pirámides se hallan documentos atestigüadores de que algunos hombres llevaban el título de médicos sin que hubiera ninguna relación entre éste y el mago."

Pero, a pesar de todo, al igual que los demás pueblos primitivos, los primeros egipcios tendían a confundir la medicina con la magia.

Y no sorprende el descifrar en los papiros de literatura médica prescripciones de esta índole, entremezcladas con invocaciones mágicas. El más completo y el mejor conservado es el "papyrus" Ebers, cuya escritura es de una claridad maravillosa.

Data éste de mil quinientos años antes de J. C., pero se piensa por muchos historiadores que algunas de sus partes son de fecha mucho más lejana. Es una verdadera enciclopedia de prescripciones relativas a todas las formas de las enfermedades conocidas

## CARABAÑA: el mejor purgante

entonces. Algunas de ellas están compuestas de drogas que hoy conocemos perfectamente, por ejemplo, la mirra, el ricino y otros tantos, en tanto que en otras se utilizan ingredientes tales como la grasa de ratón y la sangre de rata.

Las partes de máximo interés del "papyrus" Ebers son las que tratan

de los ojos y las orejas, así como la última sección del mismo, que habla de los tumores. He aquí algunos ejemplos de las prescripciones, que serán suficientes para evidenciar su interés:

"Otro medio para alejar las dolores: unguento fabricado con semillas de ricino. Las personas afectas de heridas impuras y dolorosas se untarán por la mañana temprano durante diez días. Remedio de gran eficacia, probado millones de veces. Otro remedio para impedir que las pestañas hieran los ojos es: cenizas, sangre de lagarto y de rata, cortar las cejas y aplicar el producto hasta que se curen."

Algunas notas marginales, como, por ejemplo, "remedio eficaz", ponen en evidencia que estas recetas no eran solamente teóricas, sino que se ponían en práctica.

Otras papiros médicos de importancia existen en Berlín, Londres, Nueva York y París. Uno de ellos trata de ginecología; otro, de heridas, y el más antiguo de todos, de arte veterinario (es de necesidad absoluta para datos precisos sobre el tema recurrir al mencionado Dawson).

No hemos encontrado ningún resto

## CONGESTIONES PROSTATICAS Y CISTITIS H I V E R I C A

Muestras y literatura

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

de una institución comparable a un hospital, y tampoco, que sepamos, existían ni hombres ni mujeres cuya profesión pudiera corresponder a nuestras enfermeras y enfermeros. Los cuidados eran probablemente administrados, como después en Grecia y en Roma, por las mujeres y los esclavos de la casa. Pero, a pesar de esto, sabemos que en los templos de Imhotep los egipcios practicaron la incubación: el enfermo pasaba la noche en el templo de una divinidad con la esperanza de obtener en sus sueños indicaciones sobre el tratamiento a seguir. Queda actualmente bien poca cosa del templo de Imhotep en Menfis, como acertadamente dice un escritor de nuestros días, el inglés J. B. Hurry, en su libro sobre el dios, impreso en Londres el año 1928.

"Se componía, puede afirmarse sin duda alguna, de numerosas salas y anexos, de los cuales había varios dedicados al culto del dios Imhotep. Otras estaban destinadas a fines clínicos y también a la instrucción de los magos-médicos; todavía había algunas dedicadas a la preparación y a la conservación de los medicamentos que, por los diversos papiros, entre ellos el famoso de Ebers, sabemos que eran muy variados. Un anexo, por

lo menos, se destinaba a sala de estancia de los pacientes y los suplicantes."

En este momento la higiene llevaba allí leguas de avance a la medicina: los egipcios eran muy cuidadosos en sus abluciones y en la limpieza de sus vestidos, siempre hechos de tela fina; desde los tiempos más remotos practicaban la circuncisión. Herodoto—nacido en 484 antes de J. C.—nos cuenta que "durante tres días consecutivos cada mes, los egipcios purificaban su cuerpo por eméticos, fuera cual fuera su estado de salud, ya que estaban persuadidos de que cada una de las enfermedades a las cuales se hallaban expuestos los hombres están ocasiona-

## Inapetencia, Anemia, Debilidad

VINO MADARIAGA, tónico-fosfatado

das por las sustancias de las que se nutren."

Desde la antigüedad, la terapéutica egipcia fué célebre: en la "Odisea", Homero hace alusión a las drogas de Egipto, y Herodoto cita el hecho de que en su tiempo los egipcios tenían un médico diferente para cada una de las distintas partes del cuerpo; son éstos, sin duda, los primeros especialistas.

Por él sabemos también que el gran rey de los persas Ciro llevaba en su escolta el mejor médico-oculista y que Darío (521-485 antes de J. C.) tenía en su corte "algunos egipcios reconocidos como los más hábiles médicos del mundo". Numerosos autores se han preguntado a través de los tiempos cómo ha podido ser que los egipcios, con un tan vasto conocimiento de las drogas, no hayan jamás producido una teoría adecuada de la medicina. Uno de ellos, E. W. Budge, escribe en su "The Syriac Booc of Medicines": "Una cosa sorprendente es que la medicina egipcia no se haya jamás desenvuelto en un sistema científico." La respuesta a este enigma se encuentra probablemente en el hecho de que la ciencia médica, habiendo evolucionado, era cada vez más dirigida por los sacerdotes que vigilaban y modifi-

## IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico  
BALDACCI - PISA

caban el tratamiento de la enfermedad. Las recopilaciones de las doctrinas médicas de los sacerdotes eran llamadas por los griegos "los libros herméticos". Los médicos se hallaban obligados por reglas que nos han sido reveladas en el pasaje de Diodoro de Sicilia, año 40 de la era cristiana.

(Continuará.)



## DE GRAN INTERES

### Obra nueva TERAPEUTICA FUNDAMENTAL DE LA TUBERCULOSIS

POR EL DR.

**VALDES LAMBEA**

Jefe de los servicios de Tuberculosis del Hospital Militar de Madrid y profesor de Fimatología del Ejército.

Lecciones para médicos generales y estudiantes

Precio del ejemplar, 10 ptas.

Pedidos a **EL SIGLO MÉDICO**. A reembolso 0,75 más.

## 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**

población de 489 habitantes; provisión por oposición. Solicitudes hasta el 29 de abril. 30 pesetas derechos de oposición.

—La de Alfambra (Teruel) y sus anejos Escorihuela y Peralejos; por renuncia; segunda categoría; dotación, 2.750 pesetas; 40 familias de beneficencia y población de 2.900 ha-

bitantes; provisión por oposición. Solicitudes hasta el 29 de abril. No hay derechos de oposición.

—La de Fuentelapeña (Zamora); por renuncia; tercera categoría; dotación, 2.200 pesetas; 60 familias de beneficencia y población de 2.022 habitantes; provisión por oposición. Solicitudes hasta el 29 de abril. 30 pesetas derechos de oposición.

—La de Almuñécar (Granada); por nueva creación; primera categoría; dotación, 3.300 pesetas; 300 familias de beneficencia y población de 9.116 habitantes; provisión por oposición. Solicitudes hasta el 29 de abril. No hay derechos de oposición.

—La de Fuente Encarroz (Valencia); por excedencia; tercera categoría; dotación, 2.200 pesetas; 32 familias de beneficencia y población de 2.826 habitantes; provisión por oposición. Solicitudes hasta el 29 de abril. No hay derechos de oposición.

—La de Laspuña (Huesca) y sus anejos Tella y Puertolas; por nueva creación; tercera categoría; dotación, 2.200 pesetas; 12 familias de beneficencia y población de 2.120 habitantes; provisión por oposición. Solicitudes hasta el 29 de abril. 30 pesetas derechos de oposición.

—La de Alfajarín (Zaragoza); por defunción; cuarta categoría; dotación, 1.650 pesetas; 15 familias de beneficencia y población de 1.335 habitantes; provisión por oposición. Solicitudes hasta el 29 de abril. No hay derechos de oposición.

## Antiasmático poderoso

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES

### JARABE-MEDINA DE QUEBRACHO

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

**PRECIO; 6,50 pesetas frasco**

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

## 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.

Don Eloy Rodríguez, pagado fin diciembre 1934.

D. Godofredo Martín, ídem íd.  
D. Leandro García, ídem íd.  
D. José Cordero, ídem íd.  
D. Saturnino Rodríguez, ídem íd.  
D. Emilio Herranz, ídem íd.  
D. José Sáinz López, ídem íd.  
D. Félix Alegre, ídem íd.  
D. José María Peleato, ídem íd.  
D. Alberto Chornique, ídem íd.

D. José Luis Saavedra, ídem íd.  
D. Manuel Martínez, ídem íd.  
D. Arcadio Domínguez, ídem íd.  
D. Cesáreo Valverde, ídem íd.  
Don Alfredo Terrón, ídem íd.  
Don José Romero, ídem íd.  
Don Jenaro Sánchez, ídem íd.  
Don Ismael Durán, ídem íd.  
Don Fernando Mesa, ídem íd.  
Don Eusebio Belinchón, ídem íd.

(Continúa en la página XXIII.)



## B A R A C H O L



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

**LABORATORIOS FAUS — VILLAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)**



**¿Piensa usted suscribirse a alguna revista?  
Antes de decidir debe compararse**

*Si usted considera a*

# EL SIGLO MEDICO

como

REVISTA MENSUAL **13 números** semejantes al **los cuatro semanales** del pasado  
Resulta que publica al año **13 números** que formarían **los cuatro semanales** enero. ~

**UN NUMERO MAS** que las **REVISTAS MENSUALES**  
Con la ventaja de mantener la actualidad más inmediata **SEMANALMENTE**

**Sumario científico de lo publicado en el mes de enero por EL SIGLO MEDICO**

AUTORES	TEMAS	EXTENSION
Graciano Baloardo.....	En el Primer Centenario de la Prensa Médica Española.....	9 columnas
Dr. F. González Deleito.....	Lo que del contagio y de la profilaxia del cólera morbo asiático pensaban hace cien años los médicos de los Hospitales General y de la Pasion, de Madrid.....	10 —
Dr. Antonio Fernández Martín.....	La autopsia razonada del emperador y el rey Don Pedro de Braganza...	12 —
Dr. M. Renedo.....	La oftalmología hace un siglo.....	4 —
Dr. Javier M. Tomé Bona.....	Concepto de las enfermedades venéreas hace cien años.....	10 —
Dr. A. Vallejo Nágera.....	La psiquiatría española en 1834.....	3 —
Dr. Rafael Tapia Hernando.....	El tratamiento del cáncer de la lengua en 1834 por el Dr. Argumosa y el estado actual de la cirugía en esta afección.....	2 —
Dr. M. Aceña.....	El método de Malgaigne en las luxaciones escapulo-humerales.....	5 —
Dr. J. García Vicente.....	Tres casos de hace cien años. Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia 1834.....	1 —
Dr. Angel Pulido Martín.....	Ojeando el primer año del «Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia»...	3 —
Dr. José Alvarez Sierra.....	La medicina rural española hace cien años.....	3 —
Dr. Juan Hernández Sampelayo.....	Los estudiantes de medicina en 1834.....	2 —
Dr. Guillermo Muñiz y González...	Modalidades psicopáticas en el medio familiar y sanatorial.....	9 —
Dr. Javier María Tomé Bona y Gabriel Trompiz Graterol.....	La sífilis en la etiopatogenia de la cirrosis del hígado.....	6 —
Dr. M. Reichardt.....	Comoción y contusión cerebral.....	5 —
Profesor, Dr. Obdulio Fernández Rodríguez.....	Un ensayo de química inmunológica.....	37 —
Dr. González Suárez.....	Las nuevas ideas sobre la etiología, evolución y tratamiento de la enfermedad reumática.....	5 —
Dr. Gregorio Nieto.....	Un caso clínico psíquico.....	12 —
Sesiones Clínicas.....	Sesiones de clínica médica y fimatológica del profesor Codina Castellví...	2 —
Bibliografías.....		4 —
Prensa extractada.....		10 —

**Total, 154 columnas de texto científico.**

**EL SIGLO MEDICO** publica además de estas **154 columnas**, **Por las Clínicas de Europa**, formulario razonado por entregas y **48 columnas** de **TERTULIA MEDICA** con amenidades históricas, artísticas y literarias, y además

**48 planas, 96 columnas de artículos profesionales.**

Fotografados de actualidad y los ilustrativos del texto científico.

EN RESUMEN, **EL SIGLO MEDICO**, si se le compara con una revista mensual, publica al año **13 números** de **112 páginas**, **224 columnas** de texto. Tal sería **EL SIGLO MEDICO** como revista mensual por **25 pesetas** al año, **13 números**, formados por cuatro **semanales** cada uno.

**EL SIGLO MEDICO** lleva publicándose **ochenta y un años**, y como continuador del «BOLETIN DE MEDICINA», recoge **todo** el movimiento médico de **un siglo** dedicado a la defensa de los intereses **científicos, morales y materiales** de la clase, sin pertenecer a partidos, grupos ni pandillas que mermen su **absoluta independencia**.

**Suscríbase usted a EL SIGLO MEDICO**

**25 pesetas 52 números semanales al año**

o sea un igual de

≈ **13 NUMEROS COMO REVISTA MENSUAL, 13** ≈

Dirija la correspondencia a la Administración de **EL SIGLO MEDICO**. Calle de Serrano, 58. Apartado 121. Madrid



grena. En cambio, el pulmón sano se suele dilatar. Los síntomas que produce son de dos clases: los unos, que dependen de la presencia del quiste mismo, y los otros, que son la consecuencia de la absorción de productos procedentes de él y de las reacciones de inmunidad que el organismo presenta contra los mismos. Al lado de enfermos que toleran perfectamente la presencia del quiste, sin otros síntomas que los mecánicos, y en quienes hasta se puede descubrir la presencia del equinococo por casualidad, se encuentran muchos más en los que, o bien a través de las paredes intactas, o merced a fisuras, tan pequeñas que nos sea imposible descubrir en una autopsia, se produce la absorción de pequeñas cantidades de líquido quístico que obra como un enérgico antígeno. Frente a él produce el organismo amboceptores específicos, y si otro día sobreviene la absorción de una cantidad mayor de líquido, se desencadena una anafilaxia que se manifiesta unas veces por una simple urticaria, pero que puede aumentar otras hasta producir la muerte súbita.

Comoquiera que los amboceptores son específicos, se puede hacer con el suero del enfermo una prueba de la fijación del complemento, que tiene verdadero valor para el diagnóstico de la enfermedad, y que se puede aprovechar para esto mismo, incluso algún tiempo después de roto el quiste, si quedan dudas acerca de la naturaleza de la enfermedad padecida, porque los amboceptores persisten en la sangre hasta varios años después de desaparecido el quiste. En los primeros períodos de la enfermedad, esto es, generalmente mientras el quiste no determina síntomas locales por ser muy pequeño o porque está colocado profundamente, los enfermos pueden no acusar molestia subjetiva alguna, pero no es esto lo más corriente, sino que ya presentan tos y expectoración mucosa, mezclada muchas veces con pequeñas cantidades de sangre. La sangre procede de una capa de neoformación vascular que se engendra alrededor

duce mucho el semiperímetro, en una desviación del mediastino hacia ese mismo lado, y en los que son característicos de la esclerosis. Como el arco de las costillas no se puede reducir, lo que ocurre es que desciende el hombro y se eleva el diafragma; las costillas llegan al contacto mutuo, y hasta se montan parcialmente; el tórax se encorva, presentando la convexidad hacia el lado sano y la concavidad hacia el enfermo. En el lado sano ocurren los fenómenos contrarios, y a veces el pulmón sano se distiende, especialmente su borde anterior, de forma que llega a cruzar por detrás del diafragma hasta el lado enfermo y marque a lo largo del esternón una zona de sonido timpánico. La auscultación del lado sano demuestra que hay una respiración fuerte y pueril. Si la esclerosis afecta al lado izquierdo, la retracción del pulmón hace que el corazón quede completamente al descubierto y en contacto muy íntimo con la pared esternocostal. No solamente se percibe perfectamente el latido de la punta, sino que en toda la región precordial se aprecia claramente una ondulación. La punta del corazón suele encontrar desplazada hacia arriba y afuera. En el segundo espacio intercostal izquierdo, a dos centímetros del borde del esternón, o a mayor distancia si la esclerosis ha sido muy intensa, se percibe, durante el diástole, un choque, que corresponde a la dilatación de los senos de Valsarva de la arteria pulmonar. También se encuentra desplazado hacia arriba el espacio semilunar de Traube.

En la esclerosis del pulmón derecho se percibe el latido cardíaco a este lado del esternón, pero, en cambio, no se perciben latidos de la aorta a la derecha del borde esternal. El hígado se eleva, pero es difícil determinar los límites que le separan del pulmón, porque el sonido que da éste es bastante oscuro y se confunde insensiblemente con el macizo. En la esclerosis bronconeumónica se pueden fijar las esclerosis de una manera difusa en ambos lados, pero prefieren las bases y los



bordes posteriores, en tanto que respetan los vértices, como suelen hacer los procesos bronconeumónicos agudos, de los que son consecuencia. El resultado constantemente negativo de los exámenes de los espitos y la distribución de las lesiones que dejan libres los vértices pulmonares nos servirán para eliminar el diagnóstico de tuberculosis pulmonar. Las formas circunscritas son de poca importancia pronóstica; habitualmente las partes restantes del pulmón compensan perfectamente la deficiencia de las porciones enfermas. En cambio, en las formas progresivas y extensas el pronóstico es muy serio, porque, tanto la bronquitis, que casi constantemente las acompaña, como la deficiencia de la respiración y de la circulación de la sangre por los pulmones esclerosados, amenazan la vida del enfermo, esta última por intermedio del desfallecimiento cardíaco.

Los recursos terapéuticos de que disponemos frente a esta enfermedad son escasos. No podemos impedir que un proceso agudo pase al estado crónico, una vez que estas formas crónicas se han declarado; tampoco podemos impedir con eficacia su tendencia progresiva. Nos tenemos que limitar a administrar una medicación yodurada, a investigar con mucha tenacidad la tuberculosis por si existe, lo que, según hemos dicho, es muy probable en varias formas de esta enfermedad, y a combatir la bronquitis crónica y todos los síntomas que aparezcan de insuficiencia cardíaca.

*Quistes hidatídicos del pulmón.*—En el capítulo de "Parasitología", en el tomo anterior de este Tratado, hemos expuesto con la debida extensión lo concerniente a la tenia equinococo. Aquí añadiremos que se puede considerar seguro que la infección del pulmón tiene lugar siempre desde el aparato digestivo, por vía sanguínea o por vía linfática. La vía más corriente es la sanguínea, aquí, de que las oncosferas se detengan casi siempre en el hígado, en las ramas de la vena porta; pero si, por excepción, escapan a estos capilares, pueden

llegar por la cava inferior al corazón, y desde el ventrículo derecho por los vasos pulmonares al pulmón. La opinión que les atribuye la vía linfática supone que ingresan por esta vía en el conducto torácico, y de aquí van al confluente venoso de Pirogoff, y por la cava superior también al corazón derecho, desde donde pasan, asimismo, a los vasos pulmonares. La capa conjuntiva adventicia que rodea siempre a los quistes de esta naturaleza es sumamente delgada cuando tales quistes asientan en el pulmón, de modo que más bien parece que se trata del tejido pulmonar atrofiado que de un tejido producido como consecuencia del proceso irritativo. Por este motivo y por la escasa resistencia que opone el pulmón al desarrollo del quiste en todos sentidos, adquiere pronto éste un gran tamaño y una forma esférica. Desplaza el mediastino hacia el lado opuesto, comprime partes del pulmón, especialmente los lóbulos restantes y se extiende hasta la pleura, donde provoca una inflamación adhesiva. Llegado este grado de desarrollo, el quiste se suele romper, porque la pared es sumamente delgada y los movimientos respiratorios imponen a la masa líquida importantes diferencias de presión. Según el tamaño del quiste y la amplitud de la rotura, se producirá unas veces simple infiltración de líquido en el tejido pulmonar y otras un vaciamiento total del mismo en la pleura, en los bronquios, en el pericardio o en la cavidad abdominal. Si el embrión muere, las paredes se hacen más gruesas; las que son propias del quiste se arrugan, y el contenido se torna espeso. Se transforma en una masa constituida por colesterrina, sales calcáreas y algunos ganchos libres. En cambio, si la bolsa, aún cerrada, se infecta, aumenta la tensión en el interior de la misma, y es más fácil que se abra en las cavidades inmediatas. Por otra parte, presenta el enfermo fiebre de tipo supuratorio. Como complicaciones del proceso se pueden encontrar alrededor del quiste zonas de atelectasia o de inflamación de diferentes caracteres o de gan-



# SARNA

## (ROÑA)

cura rápida y  
cómoda con el

### Sulfureto Caballero

Destructor tan seguro del Sarcptes 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

— XXIII —

Don José Vázquez, ídem íd.  
Don Salvador Mayoral, ídem íd.  
Don Gerardo G. del Castillo, ídem íd.  
Don Regino Ganzarain, ídem íd.  
Don Leoncio Ugarte, ídem íd.  
Don Manuel Esquin, ídem íd.  
Don Lauro Castañeda, ídem íd.  
Don Plácido Milian, ídem íd.  
Don Fermín Pagés, ídem íd.  
Don José del Río, ídem íd.  
Don Ricardo Beltrín, ídem íd.  
Don Augusto Pérez, ídem íd.  
Don Dionisio Martín, ídem íd.  
Don Fernando Rey, ídem íd.  
Don Severino Rodríguez, ídem íd.  
Don Tomás R. del Campo, ídem íd.  
Don José San Martín, ídem íd.  
Don Lucio Calvo, ídem íd.  
Don Angel Blasco, ídem íd.  
Don Miguel Planas, ídem íd.  
Don Manuel Pérez Hernández, ídem íd.  
Don Valeriano Alonso, ídem íd.  
Don Miguel Martínez, ídem íd.  
Don Enrique Córcoles, ídem íd.  
Don Mariano Escribano, ídem íd.  
Don Sixto Martín, pagado fin septiembre 1934.  
Don Emilio Segoviano, pagado fin diciembre 1934.  
Don Emiliano Hernández, ídem íd.  
Don Carlos Carmeno, ídem íd.  
Don Eutimio Casado, ídem íd.  
Don José González de la Huebra, ídem íd.  
Don Raimundo Gallego, ídem íd.  
Don Gumersindo Ares, ídem íd.  
Don Ramón Iglesias, ídem íd.  
Don Justo Navarro, ídem íd.  
Don Francisco Cerezo, ídem íd.  
Don Daniel Burgos, ídem íd.  
Don Trinidad Fernández, ídem íd.  
Don Sixto Rodríguez de Sepúlveda, ídem íd.  
Don Juventino Cabezudo, ídem íd.  
Don Máximo Viana, pagado fin de marzo 1935.

Don Emilio Pelarda, pagado fin diciembre 1934.  
Don Andrés Pérez, ídem íd.  
Don Eloy Enríquez, ídem íd.  
Don Ramón López, ídem íd.  
Don Didimo Temprano, ídem íd.  
Don Avelino García, ídem íd.  
Don Eduardo Baeza, ídem íd.  
Don Manuel Ruiz, ídem íd.  
Don Fidel Ballesteros, ídem íd.  
Don Francisco Gómez, ídem íd.  
Don Román Rubio, ídem íd.  
Don Enrique Quintero, ídem íd.  
Don Santiago Díaz, ídem íd.  
Don Miguel Lombardo, ídem íd.  
Don Juan Mata, ídem íd.  
Don Manuel Arredondo, ídem íd.

## ANALISIS

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

Laboratorio del Dr. E. ORTEGA

Sucesor del DR. CALDERON

Carretas. 14.-Madrid

FUNDADO EN 1866

Don Juan Giner, ídem íd.  
Don Eduardo Vallejo, ídem íd.  
Don Ramón Pérez Gracia, ídem íd.  
Don Abilio Vinuesa, ídem íd.  
Don Francisco Gutiérrez, ídem íd.  
Don Albano Fernández, ídem íd.  
Don Joaquín Vara, ídem íd.  
Don Moisés Ruiz, ídem íd.  
Don José Pérez Vázquez, ídem íd.  
Don Pablo Sánchez, ídem íd.  
Don Regino Piniel, ídem íd.  
Don Alberto Ciudad, ídem íd.  
Don Angel Vinuesa, pagado fin de abril 1934.  
Don Antonio Billoch, pagado fin diciembre 1934.  
Don Antonio Martín, ídem íd.

Don Apolinar Bugallo, ídem íd.  
Don Fernando González, ídem íd.  
Don Pablo Gutiérrez, ídem íd.  
Don José Cigarrán, ídem íd.  
Don Enrique Albbendendea, ídem íd.  
Don Julio del Barrio, ídem íd.  
Don José Muñoz, ídem íd.  
Don Nicolás Díaz, ídem íd.  
Don Cándido Oyamburu, ídem íd.  
Don Heliodoro de la Paz, ídem íd.  
Don Julián Mardomingo, ídem íd.  
Don Eduardo Peláez, ídem íd.  
Don Victoriano Gómez, ídem íd.  
Don Baldomero Romero, pagado fin septiembre 1933.  
Don Antonio Martioda, pagado fin marzo 1934.  
Don Francisco Alonso, pagado fin diciembre 1934.  
Don Angel Hernández, ídem íd.  
Don Félix García, ídem íd.  
Don Amador Vicente de Tapia, ídem íd.  
Don Dionisio Velasco, ídem íd.  
Don Julián Ruipérez, ídem íd.  
Don Fernando Vallmitjana, ídem íd.  
Don Andrés Martínez, ídem íd.  
Don Elías Martín, ídem íd.  
Don José Montañó, ídem íd.  
Don Agustín Pérez, ídem íd.  
Don Lauro Castañedo, ídem íd.  
Don Segundo Sanz, ídem íd.  
Don Emiliano Agudo, ídem íd.  
Don Domingo Coma, ídem íd.  
Don José Jordana, ídem íd.  
Don Amancio González, ídem íd.  
Don Manuel Medrano, ídem íd.  
Don Isabelino Rubio, ídem íd.  
Don Domingo Viejo, ídem íd.  
Don Manuel Peña, ídem íd. 1933.  
Don Esteban Núñez, ídem íd. 1934.  
Don Laureano Calvo, ídem íd.  
Don Valentín López, ídem íd.  
Don José Pacheco, ídem íd.  
Don Miguel Martín, ídem íd.

(Continuará.)

## 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

## ALMORRANAS



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



# LIPOBI



BISMUTO  
LIPOSOLUBLE

## PIÑA

EL MEJOR PRESENTADO,  
MEJOR TOLERADO Y  
MAS ECONOMICO.

**POR ALGO  
ES EL QUE COMPRAN TODOS LOS DISPENSARIOS ANTIVENÉREOS**

ACTUALIDAD MEDICA  
R. LUTEMBACHER

*Tratamiento  
del  
Reuma  
por los  
POLISALICILATOS.*

**POLISALICILATOS  
PIÑA**

Con esta asociación de  
salicilatos  $\frac{Na}{100}$   $\frac{K}{18}$   $\frac{Ca}{10}$  en  
solución, se ha conseguido  
un líquido isotónico que, por  
su equilibrio fisiológico de  
iones suprime las intoleran-  
cias en venas y estómago.

**LABORATORIO PIÑA  
SAGASTA, 17 MADRID**

ECZEMAS REBELDES, CUANDO TODO FRACASA, LA PIEL QUEDARA LIMPIA CON

EN EL PSORIASIS Y

# PSORICALOL

MANCHA QUE LIMPIA

## PIÑA