

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

Núm. 4.311. — Tomo 98

AÑO OCHENTA Y TRES

25 Julio 1936

Cardioetil y Cardioetil Estrícnico

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

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

Tratamiento curativo del estreñimiento Petrosina

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

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

No es irritante y no produce hábito en tratamiento prolongado.

Neurotónico

Elixir para vía gástrica. Injectable para vía subcutánea.

Medicación gliceroarsenial fosforada, con nucleína y estricnina.

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

Ciaticarina

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

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

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

BIFOSFOTIOCOL TOSSES Y CATARROS

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.

El Dr. García Vicente ha recogido en un tomo de 150 páginas, editado en papel eucé, con una lámina a tres tintas y numerosos grabados, las tres lecciones dadas en la Facultad de Medicina de Madrid sobre:

Terapéutica endobronquial Lavado pulmonar Broncografía

Ejemplar, 3,50 pesetas. ♦ Pedidos a EL SIGLO MEDICO

DE LA GOTA

III TRATAMIENTO MODERNO
POR LA TERAPÉUTICA DEL ESTÍMULO

Obra del Dr. ANAYA, en la que estudia, comenta y resume opiniones de profesores especializados en esta rama de la Medicina, exponiendo su criterio y tratamiento.

Un tomo cuidadosamente editado, práctico y necesario.

5 PESETAS EJEMPLAR.

Haga su pedido al

APARTADO 121 • MADRID

Correspondencia administrativa

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

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

- D. Luis Arranz, pagado fin diciembre 1936.
- D. Pedro Alvarez Sanz, ídem íd.
- D. José María López, ídem íd.
- D. Pedro Gil González, ídem íd.
- D. Federico S. Arjona, ídem íd.
- D. Bienvenido Sánchez, ídem íd.
- D. Manuel Fradejas, ídem fin junio 1936.
- D. Arturo González, ídem fin diciembre 1936.
- D. Joaquín Baeza, ídem íd.
- D. Amador Vicente Tapia, ídem íd.
- D. Andrés Pérez Sánchez, ídem íd.
- D. Isidoro Astruga, ídem íd.
- D. Enrique Albendea, ídem íd.
- D. Emilio Rodríguez Moreno, ídem fin julio 1937.
- D. Juan Vicente y Vicente, ídem fin diciembre 1936.
- D. Luis Tovar Martínez, ídem íd.
- D. Daniel Sánchez Lorenzo, ídem fin junio 1936.
- D. Néstor Calvo Sierra, ídem fin diciembre 1936.
- D. Leopoldo Sánchez Macarro, ídem íd.
- D. Domingo Velilla, ídem íd.
- D. Bernardo Ramírez, ídem íd.
- D. José Coco, ídem íd.
- D. Jesús Gutiérrez, ídem íd.
- D. Pedro Guzmán, ídem fin junio 1936.
- D. Enrique Rocandio, ídem fin diciembre 1936.
- D. Francisco Muñoz Valdés, ídem íd.
- D. Agustín Valverde, ídem íd.
- D. Samuel Sánchez, ídem íd.
- D. Baltasar Sánchez, ídem íd.
- D. José Muñoz, ídem íd.
- D. Higinio Arribas Matas, ídem íd.
- D. Ramón Abruña Rodríguez, ídem íd.
- D. Baltasar Hernández Collantes, ídem fin abril 1937.
- D. Vicente Muriel Jiménez, ídem fin diciembre 1936.
- D. Marcial Martínez, ídem fin junio 1936.
- D. Ricardo Núñez, ídem fin diciembre 1936.
- D. Elías Solís-Carreño, ídem íd.
- D. César Rodríguez, ídem íd.
- D. Adriano Gil González, ídem íd.
- D. Vicente García Gil, ídem íd.
- D. Francisco Gandía Campos, ídem íd.
- D. José Antonio Fraile, ídem íd.
- D. Isidoro Nevares Moreno, ídem íd.
- D. Juan María Laguía, ídem fin junio 1936.

(Continuará.)

Tratado práctico de etiqueta y distinción social

4 PESETAS
EJEMPLAR

Pedidos al
Apartado 121, Madrid

ANALISIS

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

Laboratorio del Dr. E. ORTEGA

Sucesor del Dr. CALDERON
Carmen, 12.-Madrid

FUNDADO EN 1866

se vierte en el irrigador la solución ya preparada en agua perfectamente hervida, se sienta el enfermo sobre un bidet con el irrigador a una altura de un metro sobre paciente siente deseos de orinar. En este momento debe entrar el líquido y hace esfuerzos como para orinar, con objeto de dilatar el esfínter. La solución entonces empieza a penetrar en la vejiga y llega un momento en que el paciente siente deseos de orinar. En este momento debe retirar la cánula y dejar que salga la solución que en la vejiga se encuentra, protegiendo el glande con una gasa o algodón hidrófilo. Una vez expulsado el líquido, vuelve a realizar la operación, y así sucesivamente, hasta hacer pasar por su uretra próximamente dos litros de solución. La primera micción consiguiente al lavado suele ir acompañada de escozor; en las demás no se experimenta sensación alguna cuando la solución es bien tolerada por la mucosa. Si el escozor persiste, es prueba evidente de que la concentración era excesiva, y hay que rebajarla. Aquí, como en los procedimientos anteriores, se puede sustituir la solución de permanganato por otra, bien de protargol al 1 por 3.000, 2.000 ó 1.000, bien de argirol al 2 ó 4 por 1.000. El nitrato de plata, repetimos, se usa poco en la blenorragia aguda, y otros compuestos de plata (argentamina, albargina, etc.) son menos fáciles de obtener y más costosos.

La blenorragia crónica en el hombre requiere como primera operación del tratamiento la dilatación de la uretra, unas veces porque se producen estrecheces, y aun cuando el calibre del conducto sea normal, la dilatación contribuye a desingurgitar las glándulas situadas a lo largo de la uretra, que son el refugio de los gonococos, y desde donde éstos dan lugar a las recidivas. Antes de comenzar la dilatación conviene darse cuenta de si la uretra sufre una irritación química debida al tratamiento local. En caso afirmativo, se suspende éste y se somete al enfermo durante unos días a dieta láctea. Cuan-

rente cuando la mancha se seca. Acompañan a este flujo dolores durante la micción y erecciones muy dolorosas, porque la uretra es incapaz de dar de sí tanto como lo requiere la distensión de los cuerpos cavernosos. Pasados unos quince días de estado agudo, la enfermedad, espontáneamente, tiende a declinar. El dolor durante la micción desaparece, transformándose en sensación de calor; las erecciones son menos frecuentes y menos dolorosas. El flujo se hace blanquecino y opalino y acaba por convertirse en un líquido viscoso. Sin embargo, no tiene tendencia a curarse espontáneamente, sino a pasar al estado crónico, y como éste va precedido de un estado de curación aparente, los enfermos muchas veces abandonan el tratamiento antes de hallarse libres de gonococos, y recidivan ya con los caracteres de la cronicidad.

La blenorragia crónica se caracteriza por flujo escaso, filamentos en la orina y complicaciones, como infartos de la próstata y estrecheces uretrales.

La mujer puede padecer también una blenorragia aguda y una crónica. La primera presenta un período de incubación de cinco a ocho días de duración, igual que en el hombre. El primer período, sólo escasas veces va acompañado de escozor al orinar y erecciones, pues ocurre con alguna frecuencia que la uretra queda indemne en la mujer; en cambio, hay prurito vulvar, que llega a hacerse insoportable. Respecto a flujo, sólo se observa cierta humedad en la vulva sin carácter alguno especial. Llegado el período de estado, los dolores son tan intensos, que resultan penosas la micción, la defecación y la marcha. El flujo, de incoloro y mucoso, se hace purulento, amarilloverdoso. Después vuelve a hacerse más claro, pasando al estado crónico.

En el estado crónico aparecen dolores en el bajvientre, cólicos durante las reglas y leucorrea, que es más abundante en el período intermenstrual.

El tratamiento de la blenorragia aguda en el hombre

comprende una parte higiénica y una medicamentosa. Por lo que a la higiene se refiere, hay que evitar los ejercicios muy continuados o muy fatigosos. Se hará lavar repetidas veces las partes enfermas y llevar un suspensorio. En cuanto a la alimentación, se evitarán toda clase de alimentos picantes, la cerveza, aguardientes y licores. Si el enfermo se resistiese a prescindir del vino, se le autorizará a tomarle en escasa cantidad y mezclado con mucha agua. En la clínica que dirige Lesser se da a cada enfermo un impreso, que contiene las siguientes indicaciones:

- 1.ª La enfermedad es muy contagiosa. No debe usted tener contacto sexual sino una vez terminado el tratamiento.
- 2.ª Si el flujo purulento se pone en contacto con los ojos, se produce una conjuntivitis violenta que, con frecuencia, conduce a la ceguera. Por lo tanto, debe usted lavarse las manos con todo esmero después de cada contacto con el miembro.
- 3.ª Tiene usted que evitar tomar cerveza, aguardiente, vino (con excepción del vino tinto muy diluido) y otras bebidas alcohólicas, así como los alimentos picantes o muy cargados de especias.
- 4.ª Los esfuerzos corporales debe usted reducirlos cuanto le sea posible. No le está permitido montar a caballo ni en bicicleta ni bailar.
- 5.ª Debe llevar un suspensorio bien colocado.
- 6.ª Las inyecciones tiene que hacerlas rigurosamente, según la prescripción del médico. Debe orinar inmediatamente antes de la inyección.
- 7.ª Debe mantener los órganos enfermos perfectamente limpios a fuerza de lavados repetidos.
- 8.ª Debe tener cuidado que la jeringa sea manteniéndola y guardada limpia.
- 9.ª El tratamiento no está terminado hasta que el médico se lo comuniqué, porque ocurre con frecuencia

pasar por la uretra, resulta muy irritante. Se puede sustituir el permanganato por el protargol al 3, 2 ó 1 por 100.

Por fin, quedan los lavados vesicouretrales, que constituyen, indudablemente, el tratamiento preferible. Su autor, Janet, ideó una técnica, que duraba, por término medio, diez días, y comprendía disoluciones del 1 por 6.000 al 1 por 1.000 y algún lavado de la uretra anterior al 1 por 500. La concentración resulta excesiva, y por eso es preferible la técnica de Nicolás, que es la siguiente:

- Primer día, dos lavados, mañana y tarde, de 1 por 6.000 a 1 por 4.000.
- 2.º día, dos ídem, íd., íd., de 1 por 4.000 a 1 por 3.000.
 - 3.º día, dos ídem íd., íd., de 1 por 4.000 a 1 por 2.000.
 - 4.º día, dos ídem íd., íd., de 1 por 4.000 a 1 por 2.000.
 - 5.º día, un lavado, por la tarde de 1 por 4.000 a 1 por 2.000.
 - 6.º día, un ídem íd., íd., de 1 por 4.000 a 1 por 2.000.
 - 7.º día, un ídem íd., íd., de 1 por 4.000 a 1 por 2.000.
- Y así se continúa por espacio de quince días aproximadamente.

La técnica es la siguiente: Se receta el permanganato en papeles de 25 centigramos. Para preparar la solución al 1 por 6.000 se disuelve un papelillo en litro y medio de agua hervida. Para preparar la solución al 1 por 4.000 se emplea un papel por litro de agua, para la de 1 por 3.000, dos papeles en litro y medio, para la de 1 por 2.000 dos papeles por litro, para la de 1 por 1.000, cuatro papeles por litro. Para preparar la solución se tendrán las precauciones indicadas con motivo de los lavados de la uretra anterior. Se emplea la cánula de Janet, que es una pieza de cristal a la cual por un extremo se adapta la goma del irrigador, y el otro tiene forma cónica para aplicarse bien al meato. Antes de cada lavado orinará el enfermo y se lavará cuidadosamente los genitales externos; después de bien esterilizado todo el instrumental,

TERTULIA MEDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

AMENIDADES

25-VII-1936

La correspondencia de esta Sección deberá dirigirse al Sr. Director, con advertencia expresa de su destino: TERTULIA MEDICA; y la publicidad, a la Administración: Apartado 121.—MADRID.

La "carta de privilegios" de las Universidades de la Antigüedad

Por el Dr. RUDOLF HERZOG
Profesor de la Universidad de Giessen.

Hasta ahora, cuando se hablaba de las Universidades de la Antigüedad, se hacía con una cierta reserva, que John Walden, en el prólogo de su obra *«The Universities of ancient Greece»* (Londres, 1912), basaba en que a las Escuelas superiores a las que se daba aquel nombre no les había sido otorgada ninguna «carta de privilegios» de derecho corporativo.

Así, Denifle (*Die Entstehung der Universitäten des Mittelalters*, 1885) pudo ensalzar a la Universidad medieval como creación del espíritu cristiano de aquella época, y la comparación de las «Universidades» de la Antigüedad con las modernas se explicaba más bien como analogía interesante que como tradición claramente continua. Ymmisch fué el primero que en su discurso rectoral «Academia» (Freigurg i. Br., 1924), expuso la necesidad de una historia continua de las Universidades.

La lamentable laguna ha sido ahora cegada: estamos en posesión de la «carta de privilegios» para las Universidades del Imperio romano. Una copia de ella aparece en una inscripción de Pérgamo, encontrada

un rescripto del emperador Domiciano, del año 93 a 94, en su redacción original latina. He conseguido recuperar, mediante ciertas adiciones, el contenido de ambos documentos e incluirlos en la historia de la política antigua de las Escuelas Superiores.

El edicto de Vespasiano, después de una fundamentación que señala la utilidad y santidad de las profesiones de los maestros superiores (gramáticos y retóricos) y de los médicos, contiene, en tres párrafos, los derechos que se les concede: primero, exención de alojamiento de tropas y de todos los impuestos; segundo, protección legal contra ofensas a su persona («Hybris, injuria») bajo amenaza de castigos severísimos contra el ofensor; tercero, permiso de formar asociaciones («synodoi») en los santuarios en que lo deseen, con derecho de inviolabilidad (asilo). El que pretenda atropellar por la fuerza este derecho, queda sometido al tribunal del pueblo romano contra los crímenes de lesa majestad. Por las fórmulas empleadas, se reconoce claramente, como modelo, los privilegios de las grandes Asociaciones de artistas dionisiacos (poetas y actores), de atletas y de vencedores en los juegos sagrados, y los del Museo de Alejandría que Ptolomeo I fundó siguiendo el modelo de las escuelas atenienses de filósofos y que los emperadores romanos habían confirmado y favorecido.

Vespasiano, en el año 69, siendo pretendiente a la corona, había conocido en Alejandría el Museo, del que tomó el ejemplo para la institución de cátedras públicas con sueldo, en el año 74. Su edicto nos permite comprender por qué, desde el final del siglo I después de J. C., en Oriente y Occidente del Imperio se originaron (bajo la protección de las ciudades, que hacían educar en ellas sus funcionarios), y se desarrollaron en formas que tuvieron su continuación en las Universidades medievales y humanistas, Escuelas Superiores para el culto de Hermes, de las Musas y de Esculapio, como patronos de

Acidol-Pepsina
Gastritis-Dispepsias
Diarreas gastrogénas

los rectores, gramáticos y médicos, en Efeso, por ejemplo, divididas en las dos Facultades de Ciencias del Espíritu y Medicina.

Los emperadores siguientes hasta la época bizantina, siempre reiteraron y ampliaron los privilegios; en la Edad Media, el emperador Federico I los renovó en la Constitución de Roncaglia de 1158, que fué la base de todas las cartas de privilegio posteriores. Sólo el derecho de corporación del párrafo tercero, que Vespasiano concedió aplicando la ley de Asociaciones de Julio, basándose en la utilidad pública y en fundamentos religiosos, no aparece especialmente mencionado, como cosa que ya se entiende por sí misma, en las fuentes de Derecho antiguas tardías. Una particularidad del edicto de Vespasiano, que desaparece en las leyes posteriores, es la extensión de los privilegios a los «aitraliutae» o gimnastas médicos, quienes, como había ocurrido ya en el siglo V antes de J. C., nuevamente en el I de nuestra Era, en Alejandría, se habían

Fábrica especializada en Productos Dietéticos
y de Régimen Vegetariano

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

elevado desde la clase de entrenadores y masajistas al estudio científico de la Medicina natural como higiene.

El rescripto de Domiciano va contra representantes del magisterio de las Escuelas Superiores (los «medici» y «praeceptores»), que no se mostraban dignos de su elevado cargo. Con objeto de aumentar sus ingresos, su ciencia, que sólo debía comunicarse a un limitado número de jóvenes libres, la habían vendido

OPTOBALSAN

(Optoquina y balsámicos)
● INYECTABLE ●

allí en 1934, que me fué enviada para su estudio por el jefe de las excavaciones, Theodor Wiegand. El texto, mutilado, resultó ser una parte de una colección de documentos sobre cuestiones referentes a Escuelas Superiores; se conservan un edicto del emperador Vespasiano, de 27 de diciembre del año 74, dirigido a todo el Imperio (con redacción griega, hecha en la Cancillería de Gabinete, para la región Oriental), y

FIMONAL



**VIAS
RESPIRATORIAS**

de un modo indecoroso a una multitud de esclavos que les eran enviados al estudio por sus dueños para luego aprovecharse éstos. El emperador, que también, por lo demás, era muy severo con los esclavos, quiere castigar esta codicia con rigurosas medidas, probablemente — por lo que

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

permiten suponer los restos de la fragmentaria inscripción — mediante la supresión de los privilegios concedidos por su padre, equiparando la enseñanza dada a los esclavos por honorarios, al ejercicio de la función docente en una ciudad extraña, cuando los privilegios presuponen el ejercicio de la profesión docente en la propia ciudad. Iguales abusos fustigaron Séneca en los gramáticos; Galeno, en los médicos; Luciano, en los retóricos. El que Domiciano vaya contra ellos, debe ser inscrito en el activo del balance de su reinado.

La labor, provocada por los nuevos descubrimientos, en el estudio de la historia de las Universidades de la Antigüedad, será el obtener, a partir de rasgos peculiares dispersos, un cuadro más vivo que el ahora conocido. Actualmente se ve ya que estamos autorizados a enlazar en línea recta el árbol genealógico de nuestras Universidades actuales con la Academia de Platón y con Atenas, la Madre de la Sabiduría. Del genio griego proviene el concebir la Ciencia como un culto; concepción que fué tomada por los romanos, completándola con el frío fundamento de la utilidad pública. Vespasiano y Domiciano, al mismo tiempo que fomentaban las ciencias, útiles al Estado, expulsaron de Roma a los filósofos como enemigos de éste, y hasta

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

Adriano no volvieron a ser admitidos en el grupo de los privilegiados maestros de las Escuelas Superiores. Los romanos organizaron a los juristas como la Facultad más distinguida en Escuelas Superiores especiales; los técnicos, hasta el emperador Alejandro Severo, no fueron equiparados a los maestros de estas Escuelas; Juliano prohibió la enseñanza a los maestros de estas Escuelas Superiores cristianas, considerando una insinceridad el que enseñasen las ciencias que estaban bajo el patronato de los dioses por ellos combatidos.

EL CAMPO INSALUBRE

Muy frecuentemente las familias se marchan del campo para instalar se en la ciudad, con el fin de acrecentar sus recursos pecuniarios y de aprovechar las facilidades de estudio que la ciudad presta a los niños. Ambos motivos son, generalmente, considerados como racionales y laudables. El deseo de evadirse de la monotonía del campo y tomar parte en las distracciones variadas de las ciudades tiene su importancia en el mundo entero, aunque esto nos parezca un estado de cosas deplorable. Cuando un joven, mal aconsejado, prefiere una mediocre película de amor a una tarde pasada a solas con su caña de pescar, nos resignamos a comprobar la pobreza de sus gustos, pensando, sin embargo, que son más o menos inevitables en la época actual.

Pero que los padres abandonen el campo por la ciudad en el interés de sus hijos, debe parecer una locura a sus vecinos. No obstante, examinando cuidadosamente este motivo, se llega a justificarlo. El campo, a pesar de su famoso aire puro y de sus

CARABAÑA: el mejor purgante

distracciones bucólicas, es, a menudo, un arma mortífera, a causa de su agua sucia, de la falta de alcantarillas y cuidados médicos, del alejamiento y la pobreza relativa de los campesinos. ¿Debemos considerar la situación como insoluble y huir precipitadamente hacia la ciudad más vecina? O más bien, ¿debemos tratar de introducir la higiene urbana en el campo? Su aire puro y sus encantos merecen que se opte por esta segunda solución.

Hoy día, los habitantes de las ciudades beben agua que, desde su manantial, es decir, a veces en un recorrido de más de un centenar de kilómetros, ha sido aireada por diversos procedimientos, purificada en algunos casos por medio de cloro y vigilada constantemente por expertos, de tal modo, que está apartado todo peligro de infección. En el campo, llámase agua potable a la que proviene de un pozo poco profundo, situado a proximidad de un establo o de un sumidero, pero muy a menudo no es más que agua de evacuación.

En la ciudad, una mujer encinta encuentra a algunos pasos de su casa los consejos que se dan en la consulta prenatal. En cambio, su hermana del campo, pobre y tan sobrecargada de trabajo, que no puede ir a consultar al médico de la ciudad, suele morir de parto por falta de cuidados y de tratamiento preventivo necesari-

os o porque el parto debió hacerse en una Maternidad.

En la ciudad, un tratamiento preventivo pronto y eficaz remedia una mala dentición, una desviación de la columna vertebral y, en general, las numerosas enfermedades que atacan a los niños. El campesino, por el con-

STROPHANTIIUM PALLARES

Valoración biológica:
Un cc. contiene 2 1/2 miligramos de Estrofantina

trario, da vueltas en un círculo vicioso: en primer lugar, los salarios bajos, que imponen mediocres condiciones de vida, originan la enfermedad o la incapacidad. La producción es reducida y la comunidad demasada pobre para poder cubrir los gastos de los servicios médicos necesarios. En las ciudades, comparativamente ricas, casi se impone a los habitantes un servicio de higiene competente.

Esta situación necesita ser modificada si se quiere evitar el despoblamiento del campo en provecho de la ciudad, más rica en posibilidades. El abandono de vastas extensiones rurales que poseen actualmente productores de materias primas y consumidores de productos manufacturados podría tarde o temprano amenazar la riqueza de la nación entera.

Recientes estudios emprendidos en los Estados Unidos han puesto de relieve este grave problema. En 1922, el Milbank Memorial Fund emprendió un estudio minucioso de las condiciones de higiene del Condado de Cattaraugus, colectividad rural típica que posee una población estable de 72.000 habitantes, la mayor parte de ellos empleados en pequeñas industrias o en la producción de leche. Se organizó una demostración de higiene, así como un servicio sanitario, compuesto de un servicio de enfer-

B A R A C H O L

Cura Eczemas, Erupciones y Enfermedades Rebeldes de la Piel.

medades contagiosas, un servicio de estadísticas y un laboratorio.

Para establecer de modo imparcial los resultados obtenidos, el Dr. C. E. A. Winslow (1), profesor de Higiene social en la Facultad de Medicina de Yale, se encargó de estudiar el ren-

(1) Recordaremos que el profesor Winslow estuvo encargado de la Sección de Higiene de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja durante un periodo de algunos meses, de enero a septiembre de 1921.

(Continúa en la página XVI)

EL SIGLO MEDICO

Desea en las capitales de provincia (excepto Madrid, Barcelona, Valencia, San Sebastián, Salamanca y Zaragoza) y en poblaciones importantes

DELEGADOS

para divulgación de la revista y gestiones de publicidad en ella. Serán preferidos los solicitantes que estén relacionados con Laboratorios, Farmacias, etc.

Dirijan la correspondencia al Sr. Administrador, Apartado 121.-Madrid.

UVESTEROL
VITAMINA D CRISTALIZADA PURA
COLESTERINA IRRADIADA
REEMPLAZA AL ACEITE DE HIGADO DE BACALAO

GOTAS UVÉ
SALES METALICAS
NI ARSENICO-NI ESTRICNINA
TODAS LAS ANOREXIAS

TUBERCULOSIS-LINFATISMO-RAQUITISMO-DESMINERALIZACION
PRIMEROS PRODUCTOS FRANCESES IRRADIADOS POR RAYOS ULTRA-VIOLETA

LABORATORIOS D. I. C. F. A. R.
APARTADO 45
SAN SEBASTIAN

Elixir Estomacal



SAIZ DE CARLOS

COMPOSICIÓN: Citrato de bismuto soluble, 30 centigramos; Extracto de quina, 5 centigramos, y Alcalinos, para cada cucharada grande.

DILUIDA una pequeña cantidad del producto en igual porción de agua, y añadidas unas gotas de solución diluída de ácido clorhídrico, se forma un precipitado coloidal de sales bismúticas.

ESTA es una reacción análoga a la que se produce en el estómago, al ponerse en contacto el medicamento con el jugo gástrico, quedando tapizada la mucosa por este precipitado coloidal de bismuto, con una homogeneidad imposible de conseguir con el uso de medicamentos sólidos (tabletas, polvos, etcétera), aún empleados a grandes dosis.

A esta razón fundamental se debe la eficacia del ELIXIR ESTOMACAL SÁIZ DE CARLOS y la confianza que inspira a los médicos del mundo entero desde hace más de medio siglo.

INDICADO en los casos de HIPERCLORHIDRIA, ÚLCERA Y DILATACIÓN DE ESTÓMAGO y DIARREAS o CATARROS INTESTINALES.



166

Otros preparados SÁIZ DE CARLOS:

NEURANÉMICO SÁIZ DE CARLOS

COMPOSICIÓN: Yoduro ferroso puro, Hipofosfito de sodio, Hipofosfito de cal, Nucleol, Quina y Tintura de nuez vómica, en forma de jarabe.

INDICACIONES: Anemia, Neurastenia, Histerismo, Raquitismo, Pérdidas fosfáticas y Menstruación difícil.

PURGATINA SÁIZ DE CARLOS

COMPOSICIÓN: Aloes, Ruibarbo y Podofilino, en forma de comprimidos.

INDICACIONES: Estreñimiento, estados biliosos.

QUINOFEBRINA SÁIZ DE CARLOS

COMPOSICIÓN: Quina, Azul de metileno, Citrato de hierro y Genciana, en forma de comprimidos.

INDICACIONES: Fiebres palúdicas.

PIDAN MUESTRAS A **LABORATORIOS SÁIZ DE CARLOS**, SERRANO, 28.-MADRID

E

Fu
Ni

PU

185

Dr. M
De la Be

Dr. V
Director d
de Santa A
mero de la

Prof. J. I
Agregado
drid. Jefe
de la Bene
mico C. de

Dr.
Jefe de la
de la Direc
Médico de
ven

Dr. S
Profesor d
démico de

Prof. A. F
Auxiliar d
drid. De

Dr. E.
Presidente
Higiene M
número de

Prof. FID

De la Facu
Beneficenci
co C. en la

Dr. S. G. A
Jefe del S
de la Inst
Mun

Prof. A.
De la Fac
démico de

Dire

Red

E
Número

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

HISTORIAL

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

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

1854 AÑO OCHENTA Y TRES 1936

CONSEJO DE REDACCIÓN CIENTÍFICA

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

Conde de Gimeno. Presidente de la Academia Nacional de Medicina

VOCALES

- | | | | |
|--|---|--|---|
| Dr. MARIANO ACEÑA
De la Beneficencia Municipal de Madrid. | Dr. MARIANO GOMEZ ULLA
Inspector general de Cirugía del Ejército. | Dr. NICASIO MARISCAL Y GARCIA
Director del Instituto Nacional de Toxicología. Académico y Secretario perpetuo de la Academia Nacional de Medicina. | Prof. R. ROYO-VILLANOVA
De la Facultad de Valladolid. Académico C. de Valladolid en la Nacional de Medicina. |
| Dr. VITAL AZA Y DIAZ
Director del Sanatorio Quirúrgico de Santa Alicia. Académico de número de la Nacional de Medicina. | Dr. F. GONZALEZ DELEITO
Coronel Médico. Jefe de la Clínica Psiquiátrica militar de Ciempozuelos. | Dr. A. MORANA Y JIMENEZ
Análisis clínicos. | Dr. J. SARABIA Y PARDO
Pediatra. Decano del Hospital del Niño Jesús. Académico de número de 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. | Dr. JOSE GOYANES Y CAPDEVILA
Decano de la Beneficencia Provincial. Académico de número y Bibliotecario de la Nacional de Medicina. | Dr. F. MURILLO Y PALACIO
Ex Director general de Sanidad. Académico de número de la Nacional de Medicina. | Prof. ANTONIO SIMONENA Y ZABALEGUI
De la Facultad de Medicina de Madrid. Académico de la Nacional de Medicina. |
| Dr. JULIO BRAVO
Jefe de la Sección de Propaganda de la Dirección general de Sanidad. Médico de los Dispensarios Antivenéreos nacionales. | Dr. JOSE GOYANES ECHEGOYEN
"Fellow" de la Clínica Mayo. (Rochester). Neurología y neurocirugía. | Prof. J. A. PALANCA Y MARTINEZ FORTUN
Ex Director general de Sanidad. Profesor del Instituto Nacional. Académico de la Nacional de Medicina. | Prof. ENRIQUE SUÑER Y ORDONEZ
De la Facultad de Medicina de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina. Director de la Escuela Nacional de Puericultura. |
| Dr. SANTIAGO CARRO
Profesor del Instituto Rubio. 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. ANTONIO PIGA Y PASQUAL
Médico forense de Madrid. Ex Presidente del Colegio de Médicos de Madrid. | Dr. J. M.^a TOME Y BONA
Dermatólogo. Bibliotecario de la Academia de Dermatología y Si-filiografía. |
| Prof. A. FERNANDEZ MARTIN
Auxiliar de la Facultad de Madrid. De la Beneficencia Municipal de Madrid. | Dr. J. DE ISASA Y ADARO
Pediatra. | Prof. GUSTAVO PITTALUGA Y FATORINI
De la Facultad de Madrid. Director de la Escuela Nacional de Sanidad. Académico de número de la Nacional de Medicina. | Dr. RAFAEL DEL VALLE Y ALDABALDE
De la Beneficencia Provincial. Académico de la Nacional de Medicina. |
| Dr. E. FERNANDEZ SANZ
Presidente de la Liga Nacional de Higiene Mental. Académico de número de la Nacional de Medicina. | Dr. SANTIAGO LARREGLA
Jefe del Laboratorio del Hospital de San Francisco de Paula y del de Pediatría de la Facultad de Medicina. | Dr. A. PULIDO Y MARTIN
Urólogo. De la Beneficencia Provincial. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina. | Dr. J. VALDES LAMBEA
Jefe de los Servicios de Tuberculosis del Hospital Militar y Profesor de Fimatology del Ejército. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina. |
| Prof. FIDEL FERNANDEZ Y MARTINEZ
De la Facultad de Granada. De la Beneficencia general y Académico C. en la Nacional de Medicina. | Dr. E. LUENGO Y ARROYO
Del Instituto Nacional de Higiene. | Dres. JULIAN Y SANTIAGO RATERA Y BOTELLA
Radiólogos. De la Beneficencia Provincial. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina. | Dr. J. M.^a DE VILLAVERDE
Psiquiatra del Hospital del Buen Suceso. Neurosiquiatra de la Beneficencia Provincial de Madrid. |
| Dr. S. GARCIA VICENTE
Jefe del Servicio de Laringología de la Institución Antituberculosa Municipal de Madrid. | Prof. GREGORIO MARAÑON Y POSADILLO
De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina. | Dr. J. MARTIN RENEDO
Jefe de la Clínica Oftalmológica del Hospital Militar de Carabanchel. | |
| Prof. A. GARCIA Y TAPIA
De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina. | Dr. MANUEL MARIN AMAT
Jefe del Servicio de Oftalmología de la Beneficencia Provincial de Madrid. Académico C. de la Nacional de Medicina. | | |

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

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

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

PRECIOS DE SUSCRIPCION

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

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

EL SIGLO MEDICO

Tomo 98

Sábado 25 de Julio de 1936

Núm. 4311

PROGRAMA CIENTÍFICO

LEMA: PROGRESSI SUMUS, PROGREDIMUS, PROGREDIEMUR

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

SUMARIO.—SECCIÓN CIENTÍFICA: Consideraciones clínicas y anatomopatológicas sobre un caso de endometrioma, por el Dr. Vital Aza.—Vistazo sobre algunas novedades de gastroenterología, traducción de R. Luis y Yagüe.—La anatoxina estafilocócica, por el Dr. Javier M. Tomé y Bona.—BIBLIOGRAFÍAS.—PERIÓDICOS MÉDICOS.

Consideraciones clínicas y anatomopatológicas sobre un caso de endometrioma⁽¹⁾

POR EL

Dr. VITAL AZA

Académico.

La sincera modestia de quien hace sobre un asunto (por especial y concreto que sea) de su disciplina, una comunicación académica, le lleva a suponer que cuanto ha de decir es de sobra sabido de quienes le escuchan, a los que, justamente, concede un merecido crédito de cultura vastísima y de enciclopédicos conocimientos, y ello le conduce a entrar sin prólogos, exordios, aclaraciones ni premisas, en la entraña, recóndita o sutil, del tema que trata, sin dudar de que todos conocen a fondo la materia de la que ha de ocuparse.

En nuestra ignorancia multiforme, ¡cuántas veces—a poco alejado de nuestros habituales afanes que en el tema fuera—hemos precisado, para una buena comprensión del mismo, de aquellas nociones, de aquellas notas previas con las que el comunicante creía, benévolo y generoso, lastimar, quizás, nuestra cultura (ausentes o mal prendida con los alfileres livianos de un estudio incompleto), y que nos fueron imprescindibles, con esa “puesta al día” que, casi sin querer, se nos presentaba, para situar debidamente nuestra atención y para orientar con acierto, de lo poco que sobre la materia sabíamos, aquello forzosamente necesario para comprender cosas y hechos que de otra manera no nos hubiera sido dado percibir ni captar!

Al hablar esta tarde de “endometriomas”, sabemos bien que ello nada exotérico, recóndito, desconocido u abstruso va a parecer a la atención y sabiduría de quienes nos oigan, pero sabemos mejor que si alguien hubiere que no se adelante a pensar en qué sentido va a correr nuestra palabra, en qué dirección va a moverse nuestro pensamiento, que desea unirse a su atención, no habrá por eso de mirarse con rubor ni de disculpar, sonrojado, su ignorancia. Cultivando nosotros siempre el pobre huerto, la modesta parcela de nuestra especialización ginecológica, ha transcurrido—tan reciente es su adquisición doctrinal y tan íntimamente enraizado en los profundos estratos de un cientificismo patológico su concepción remota—, toda nuestra vida escolar, lejana ya, pero no remota, toda nuestra primera década de nuestro ejercicio de profesionales, ya polarizados en una sola disciplina ginecológica, sin que, ni en los libros magistra-

les, ni en los textos clásicos, ni en las revistas, ni en las Academias a la Obstetricia y Ginecología consagradas se hablara nada de *endometriomas*..., aunque, sin saberlo, tantas y tantas veces pasaran ellos al lado del clínico, al que no se le habían dado aún..., un aún que es casi un ayer, los datos precisos para definir, conocer e individualizar los “*endometriomas*”. ¿Desde cuándo, precisa y concretamente, han saltado al tapete científico, al fichero bibliográfico de la Ginecología los *endometriomas*? ¿Desde hace seis, ocho, diez años, acaso doce, tal vez menos, quizás más? Difícil concretar la edad de las mujeres..., pero no mucho más fácil (cuando han de barajarse cosas tan femeninas también, como la vanidad de un publicista, la prioridad de una nota académica, la fecha de una descripción anatomopatológica), querer fijar exactamente cuándo nació a la luz de la Ginecología esta agrupación sindrómica que, como *endometriomas*, se conocen hoy. No traigo, pues, la fe de nacimiento de ellos: ni podría hacerlo, ni tampoco una comunicación de la índole de ésta—sólo clínica y anatomopatológica ambientada—justificaría esfuerzos investigativamente bibliográficos ni escarceos cronológicos. Nos basta, antes de exponer nuestros datos concretos, mera narración sintomática, con gráficas demostraciones, objetivas y elocuentes, decir a quienes no lo sepan, o, habiéndolo sabido, hoy no lo recuerden (contemos siempre con esta “digestión” de nuestro espíritu, que apetece e ingiere muchos conocimientos, absorbe pocos, asimila menos y expelle los más), qué son *endometriomas*—aquellas formaciones heterotópicas, de tejido glandular, del tipo de la mucosa uterina, con sus componentes *muscular*, *estroma* y *glándulas*, residentes, no sólo en partes del útero, alejadas de su cavidad, distanciadas del endometrio—bajo su serosa, en pleno tejido muscular, en los ligamentos redondos y anchos—, sino en las trompas, en el fondo de Douglas, en los ovarios..., más lejos aún..., es decir, en todo el área uterogénitopelviana, que alcanza a la mitad inferior del abdomen, y en cicatrices de laparotomías o de intervenciones vaginoperineales que han seguido a operaciones ginecológicas de las más variadas.

La característica estructural que fundamenta todas estas formaciones, es la presencia de tubos glandulares

(1) Comunicación a la Academia Nacional de Medicina.

DE EFEDRA ESPAÑOLA

EFEDRINA ESPAÑOLA



**LABORATORIOS JUSTE
MADRID**

Francisco Navacerrada, 3. hotel
• Apartado de Correos 9030

HISPANOFEDRINA

HISPANOFEDRINA
AMPOLLAS

Asma bronquial, estados
alérgicos, hipotonías, etc.

HISPANOFEDRINA
COMPRIMIDOS

Asma bronquial, coriza
espasmódica, astenia

HISPANOFEDRINA
JARABE

INDICADO en bronquitis,
tosferina, asma bronquial

NATEINA

(Comprimidos de vitaminas ABCD y fosfato cálcico)

EVITA Y COHIBE LAS HEMORRAGIAS

(Elósegui, Pittaluga, Pi y Suñer, Niekau, Klemperer, V. Domarus', Finkelstein, V. Falkenhausen, Bjoern-Hansen, etc.)

TRATAMIENTO ESPECIFICO DE LOS ESTADOS DE CARENCIA Y DE DESCALCIFICACIÓN

COADYUVANTE EFICAZ EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS (Klemperer)

NATEINA administrada durante el embarazo evita complicaciones hemorrágicas. Administrada a la madre durante la lactancia evita y cura los estados escorbúticos del niño y asegura su desarrollo normal.

DOSIS: DE 6 A 18 COMPRIMIDOS AL DIA



NATEL

Alimento vitaminado completo, de ingestión grata y tolerancia perfecta

HARINA NATEL (Vitaminas A B C D, fosfato cálcico y harina tostada).

NATEL LACTEADO. Es una nueva forma en la que se ha sustituido la harina por leche desecada al vacío en polvo, por lo que puede emplearse en la lactancia artificial desde el primer día.

LABORATORIO LLOPIS, S. A.

Directores: F. y M. Llopis, Farmacéuticos.

Nueva dirección:

VELAZQUEZ, 28. - MADRID

de epite
una cap
regular.
tica y n
nuestro
ca en l
admirab
yectare
dacia d
un teji
angulos

A ve
res, en
sas, ha
res alre
indicada

El ep
tales de
dose c
que alm
deramen
masa d
de ele
pueden

El el
ciones
epitelio
das ella
del seg
temas
las más
área tan
ción de
desde l
ováricas
la vida
al perde
diendo
experim
mucosa
nias, h
hallánde
de dege
nignida
autores.
cionales
con la
zación,
de endo

Con
(El Día
"los en
anatom
derados
sual", y
anatom
menstru
la fech
les, cau
adelanta
ca de l

No h
finido e
ternal,
distinto

de epitelio genital, cilíndrico, ciliado o no, dispuestos en una capa, limitante de una luz glandular más o menos regular, a menudo dilatada y a veces francamente quística y rodeados—nos dice el Dr. Arcaute, colaborador nuestro en todas las cuestiones de Anatomía patológica en la Clínica de nuestra especialidad, y autor de las admirables preparaciones microscópicas que luego proyectaremos..., y que disculparán, por su interés, la audacia de molestar nosotros la atención de ustedes—, de un tejido citógeno de elementos redondeados o de tipo anguloso, análogos a los del corion de la mucosa uterina.

A veces acompañan a estas proliferaciones glandulares, en mayor o menor proporción, fibras musculares lisas, haciendo capas concéntricas más o menos regulares alrededor de las formaciones glandulares y citógenas indicadas.

El epitelio sufre en ocasiones modificaciones accidentales de aplastamiento más o menos acentuado, haciéndose cúbico o aplanado, por la presión de los líquidos que almacenen las transformaciones *quistoides* o verdaderamente quísticas de las formaciones glandulares; la masa de tejido citógeno puede reducirse a un *mínimum* de elementos subepiteliales, y las fibras musculares pueden mostrarse ausentes en su totalidad.

El elemento progenitor común de todas estas formaciones será, según las más autorizadas opiniones, el epitelio del celoma, por lo que pudieran considerarse todas ellas como formaciones blastoides y blastomatosas del segmento cloacal celómico. A expensas de los sistemas derivados de ese epitelio pudieran desarrollarse las más variadas proliferaciones, con localizaciones en área tan extensa, no dejando de influir en la manifestación de las mismas acaso procesos tóxi-infecciosos y, desde luego y principalmente, influencias hormonales ováricas. (La increción ovárica puede decirse que rige la vida de los endometriomas, y que éstos dejan de ser, al perder los ovarios, su capacidad hormonal.) Descendiendo a las modificaciones que anatómicamente puedan experimentar con relación a las funciones propias de la mucosa uterina, pueden igualmente sufrirlas (hiperemias, hemorragias, transformación decidual, esclerosis), hallándose tan sólo al parecer exentas, "*motu proprio*", de degeneración cancerosa, aunque este criterio de benignidad anatomopatológica es discutido por algunos autores. Justifican todos estos datos anatómicos y funcionales su estrecho parentesco estructural y fisiológico con la mucosa uterina, así como por su variada localización, un mismo origen, y, finalmente, la denominación de endometriomas y endometriosis que se les asigna.

Con palabras de un reciente trabajo sobre el tema (*El Día Médico*, Prof. C. A. Castaño), diríamos que "los endometriomas son *pequeños úteros en miniatura*, anatomopatológica, histológica y fisiológicamente considerados, ya que hasta pueden tener su función menstrual", y de ahí no sólo las intensas transformaciones anatomopatológicas, expresión de las fases pre y post-menstruales, sino la aparición clínica de los dolores en la fecha catamenial, por las hemorragias intratumorales, causa de la rebelde y marcada dismenorrea—que adelantamos ya—caracteriza la expresión sintomatológica de las formaciones endometriales.

No hay como no tener un origen limpio, rotundo, definido e indudable..., para poder ostentar prolijidad paterna, variedad de ascendientes, y, con ellos, nombres distintos. Así, a estas formaciones endometriales, que

saltan allí donde no tenían por qué existir, que se "escaparon del útero...", para inmiscuirse en estromas y parénquimas ajenos y discordantes histológicamente con la anatomía uterina, se les llama de diferente manera: "*endometriomas*", "*endometriosis*", "*adenomiosis*", "*adenoblastomas*", "*endoblastomas*", etc., "*formaciones endometroides*", etc... En convencional clasificación, que hemos aceptado al catalogar nuestro caso clínico, llamaremos *endometriomas* cuando, a la representación anatómica del tejido glandular uterino, con el relleno conjuntivo interglandular o estroma, acompañen elementos musculares, y apellidaremos de *endometriosis* (degeneración endometrial) cuando se hallen glándulas "como las del útero y estroma, sin músculo, y reservaremos el nombre de formaciones endometroides, adenomiosis, etcétera, a las que recuerden, con más vaguedad y menos precisión, contornos, la mucosa uterina.

Entre nosotros, es tan forzoso como grato, al ocuparnos del tema que estamos exponiendo, hablar de nuestro compañero el Dr. Fernández Ruiz, joven ginecólogo de los Servicios del Hospital de San José y Santa Adela, quien ha hecho sobre endometriomas los trabajos más completos, documentados y originales que en español han aparecido. A ellos remitimos a todos los que quieran documentarse en estas cuestiones; y como allí está dicho cuanto nosotros no habíamos ahora de poder mejorar, añadir ni modificar, ni siquiera queremos aportar datos bibliográficos, que vendrían siempre de su mano, que supo resumir, desde la alta autoridad del profesor Aschoff, en su monumental y reciente obra, a la postrera nota académica o artículo periodístico cuanto en la literatura mundial se conoce y estudia sobre endometriomas.

Siempre llega a nuestros labios, con un gran calor de afecto y con la viva admiración que nuestro compañero, joven y estudioso, inteligente y modesto nos merece, el nombre del Dr. Fernández Ruiz, pero él ha de tener más cordial eco aún al ser citado en esta Academia, que supo, hace poco más de un año, premiar, honrándose y honrándole al hacerlo, un notable trabajo presentado por el Dr. Fernández Ruiz, a uno de los premios que esta Corporación científica tiene, consuetudinariamente, establecidos.

Los trabajos del Dr. Fernández Ruiz sobre este asunto, aparecidos últimamente en varias revistas (*Medicina Ibero*, *Actas de Obstetricia y Ginecología*, *Medicina*, etc.), y expuestos otras veces en comunicaciones académicas (Sociedad Ginecológica Española, Sesiones Clínicas del Hospital de San José y Santa Adela, etcétera), son seguidos entre nosotros por los de los doctores Agüero, Usandizaga, y en Sudamérica, por uno, muy completo y de acusada personalidad clínica—expuesto en forma de "Lección magistral"—, del profesor Carlos Alberto Castaño, de Buenos Aires. Siguen todos estos notables ginecólogos en la descripción de su casuística las pautas, ya clásicas, en tan reciente problema anatomopatológico, dentro de las que estudian los endometriomas; los autores norteamericanos (Sampson, Culler y Curtis), y la escuela alemana, con el profesor Robert Meyer a la cabeza, y por lo que hace referencia a la expresión sintomática de los endometriomas y a la posibilidad de establecer un diagnóstico diferencial con la serie de ginecopatías, con las que se confunden (metropatías, fibromatosis uterina, perimetroaneitis, "plastrones" fímicos, pelviaenexiales, etc.). In-

siste mucho el Prof. Castaño en los "agrandamientos de las tumoraciones en los días menstruales", es decir, en algo parecido a lo que el mismo autor, en otras ginecopatías, llamaba "mareas" anexiales: reconocida una paciente en la que, tal día como hoy, hallamos una tumoración anexial del tamaño de una mandarina, la encontramos al poco tiempo, al practicar un nuevo examen ginecológico, mucho mayor, para volver a palparla sensiblemente, disminuida de volumen pasado un breve lapso. Estas "mareas"—fases de subida y de descenso, marea alta y marea baja—se creen explicables, por C. A. Castaño, en las enfermos de tumoraciones anexiales fímicas, en las cuales describe este dato exploratorio por las asas intestinales íntimamente unidas por adherencias fibrosas a los anejos enfermos, y que, con fases de repleción distendidas por heces y gases, y de aplanamiento, al vaciarse unas y otros, dan impresión palpatoria bien distinta, y, en una y otra oportunidad, tamaños diferentes a la exploración ginecológica.

En los endometriomas, estos agrandamientos de las tumoraciones es la fecha catamenial ("Signo de Halban"...), otro signo de Halban más, decimos nosotros), son debidos a que por la congestión del endometrio tumoral, al que llega, como al útero, "in situ", la influencia hormonal y la hiperemia subsiguiente—el volumen del tumor en ovario (Douglas)—donde lo tactásemos, aumenta. Lo mismo ocurre en las formaciones endometriales desarrolladas en las cicatrices laparotómicas: en el momento del máximo dolor el tumor crece, para retrogradar luego.

Pero ya se adivina, considerando lo artificioso y aleatorio de esta orientación diagnóstica objetiva, que ha de ser bien difícil, si otros datos no hay, clasificar acertadamente estas ginecopatías en la clínica. Por ello, no chocará que afirmemos que estas pacientes, agrupadas ahora bajo el epígrafe, un poco difuso y abstracto, de endometriomas, endometriosis, etc., tenían de antiguo una clasificación diagnóstica que clínicamente se nos escapaba. Eran esos "casos raros", "excepcionales", "interesantes" de entidades bien conocidas: miomas (anexitis, metropatías hemorrágicas, etc.).

Cuando las hemorragias, menstruales o atípicas, de una fibrometosa, o los dolores en un proceso flogístico anexial, no cedía a la terapéutica al uso, o en el transcurso del tiempo había modalidades clínicas que escapaban a las normas corrientes con que esas entidades—fibromas, anexitis, metropatías—, se definían, se buscaba alguna complejidad patológica excepcional, y era un fibroma que degeneraba malignamente o una tumoración anexial, que erróneamente se había así clasificado. Los síntomas, bien pocos, y siempre los mismos, con que en la clínica—flujos anormales, trastornos hemorrágicos y dolores—, al caracterizar un endometrioma, suelen definirse así: dolor menstrual, dismenorrea..., que van acentuando los años: que no existía, acaso, de soltera, ni tal vez en los primeros años de la vida genital de la enferma, y es entre los treinta o cuarenta años cuando comienza o se hace más intensa—menorragia con opomenorrea o menstruación disminuida con adelanto menstrual; ninguna mejoría del síndrome doloroso menstrual ni de las otras algias (dispareunia, disquécia, disuria, etc.), con el reposo, el calor, las vacunas, las curaciones tópicas, etc.—, y todo ello compatible con gestaciones varias, con partos normales. Otras veces registrábamos, al emplear radioterapia, en casos de "fi-

broma con anexitis", éxitos que, ante esta dualidad nosológica, no eran corrientes..., y puede hoy asegurarse que no se trataría de flogosis anexial, sino de *endometriomas ováricos*, con fibromas uterinos, y de ahí el buen resultado con los rayos X conseguido.

En nuestro caso: mujer de cuarenta años; un parto normal hace dieciocho años, varón, que vive hasta los doce, falleciendo de una tifoidea, y a los tres años un aborto, que lleva al alma de esta pobre madre el dolor de una maternidad frustrada y el recuerdo de cariños que no se renuevan. Gran dismenorrea y dispareunia, que no existían antes; hemorragias; dolores ilíacos; lumbalgia, coxigodinia; nerviosismo, insomnio, leucorrea, adelgazamiento. La vemos por primera vez en nuestra consulta, en el verano del 34—hace ahora dos años—; al reconocimiento bimanual, tumoración fibromatosa como una granada, con proceso flogístico anexial doble, que la mantiene fija e inmóvil, con ese aspecto clínico de "perímetroanexitis leñosa". Ha hecho, sin éxito, largo tratamiento de diatermia, óvulos, balneoterapia, etc.

Proponemos terapéutica quirúrgica, y donde habitualmente reside, es laparotomizada—provincia norteña—, y la vemos al año justo..., peor de molestias, de dolores, de ánimo y de vigor; al reconocimiento, hallamos casi las mismas lesiones fibromatosas perimetroxiales que antes..., y, además, con eventración por la cicatriz laparotómica de una neorme hernia.

No era difícil reconstruir lo ocurrido, ni censuramos la conducta operatoria: abrieron el vientre, intentaron la exéresis, prudentemente, con sana cobardía, y desistieron; cerraron el abdomen; se infectaron los planos de sutura o no se reconstruyeron bien... Quisiéramos también no comentar lo que se dijo explicando (!) el caso: "eran sólo adherencias: se quitarían con baños de sol"...

Hicimos, quizás, la operación más laboriosa y difícil desde hace muchos años; a las dificultades iniciales había, claro está, que sumar las creadas por entrar y salir en el vientre y por manosear dentro de él, quitando adherencias. Hallamos un útero, como habíamos previsto, del tamaño de una granada, y una doble tumoración anexial "como puños"... *descubiertas*, puestas patentes, después de separar adherencias del epíplon, vejiga, intestino delgado, asa ilíaca, ciego y apéndice retrocecal, etcétera...

Por hemisección, y de "abajo arriba", se logra extirpar—subtotalmente—útero y anejos; en las maniobras de liberación, penosísimas, se rompe..., y sutura, intestino grueso; toda el asa ilíaca formaba como el techo del block inflamatorio uteroanexial, y se cree haber roto vejiga, pues salen algunas gotas de líquido claro al despegar, en la cara anterior, la serosa vesical...; pero un catéter atestigüa, por fortuna, que la vejiga urinaria no se ha roto, que se ha tratado, indudablemente, de alguna serosidad peritoneal enquistada, de hidatides de Morgan, y al despegar las tumoraciones anexiales para conseguir su exéresis, salida de sustancia *pastosa*, oscura, con sangre vieja, *locada*, como *brea*, negruzca, como chocolate...: los llamados *quistes de chocolate*. Ponemos un desagüe de Mickuliz, cerrando el vientre por planos, luego de reseca el epíplon contenido en la eventración; postoperatorio febril, largo, enojoso; a los siete días, fístula estercorácea; se cura a diario dos y tres veces, con prolijos cuidados, con atentas medidas tópi-

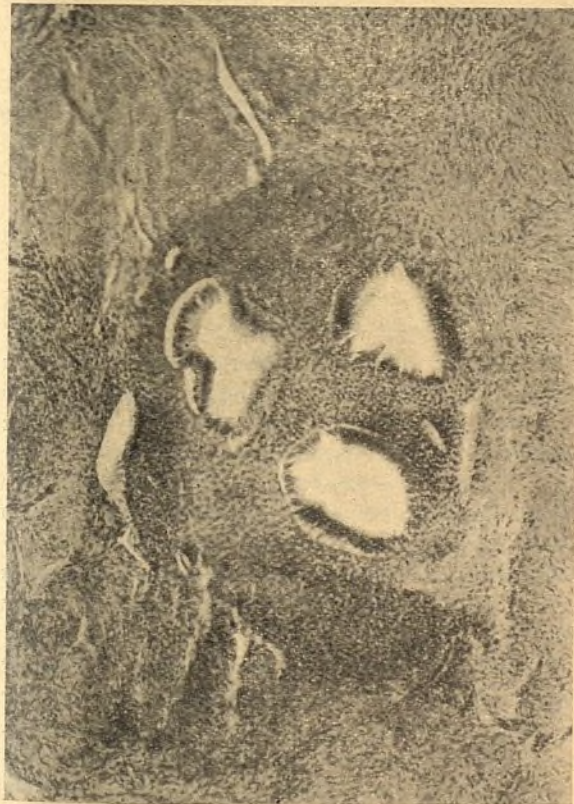
cas, en las que no nos cabe el menor mérito, pues como siempre hacemos, no volvemos a tocar—diríamos con gráfica frase—, “no volvemos a poner un dedo encima” a las operadas, pues creemos que el arte de curar... es distinto del tecnicismo operatorio. En mis operadas, siempre es mi mujer quien *carga* con el enojo de estas curaciones complejas, difíciles, que ella hace menos dolorosas y largas con su arte, dulzura y paciencia bien genuinamente femeninos..., y a las cinco o seis semanas, curación perfecta, total, sin que, por fortuna, la colocación del saco de Mickuliz como desagüe, muy bajo, haya quitado solidez a la cicatrización de la herida, no quedando vestigios de la anterior hernia postoperatoria.

La operada ha engruesado seis kilogramos, y tolera muy bien, con adecuada opoterapia, la carencia ovárica.

MICROFOTOGRAFÍA 1.^a

Corresponde esta primera microfotografía al corte de una tumoración uterina, de tipo fibromiomatoso, alejada cuatro o cinco centímetros de la cavidad uterina, en cuyo espesor destacan múltiples proliferaciones glanduloides del tipo de la que tenemos presente.

Estos islotes o proliferaciones glandulares nos ofrecen las siguientes características: formaciones glandulares de revestimiento epitelial cilíndrico, ciliado, en una sola capa, de tipo genital, endometrial, acompañados de una densa masa de tejido citógeno, de elementos redondeados y ligeramente alargados, idénticos a los del co-

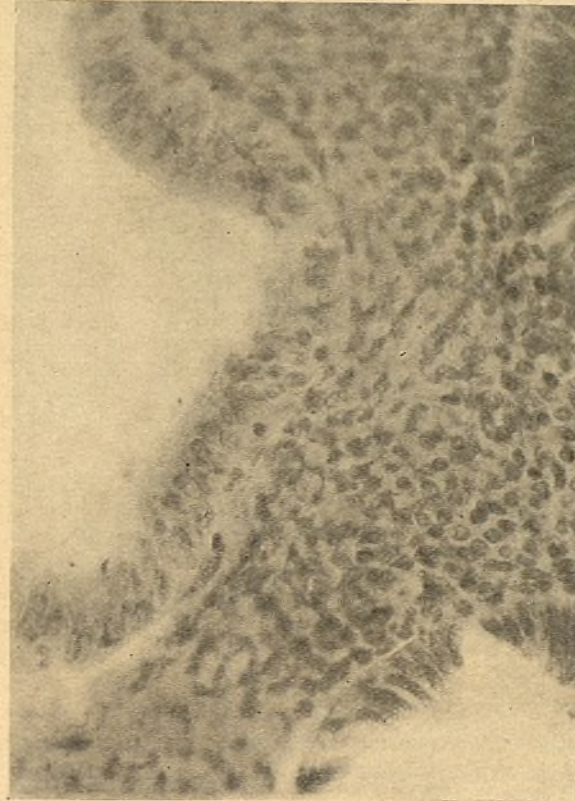


Microfotografía 1.^a

rion de la mucosa uterina, con sus correspondientes capilares, bien marcados y dilatados en la periferia del infiltrado celular, y en su totalidad, envueltos en la masa fibromiomatosa, pudiendo observarse en alguna zona—zona más clara—la disposición satélite, en capas concéntri-

cas, que las fibras musculares adoptan alrededor del islote glandular.

Realiza, en suma, esta tumoración todas las características de un *endometrioma típico*, de localización ute-



Microfotografía 2.^a

rina extracavitaria, intrínseco o intersticial, con su masa tumoral fibromiomatosa y sus proliferaciones endometriósicas múltiples y típicas.

MICROFOTOGRAFÍA SEGUNDA

Reproduce un campo de la primera, a mayor amplitud, alcanzando al tejido citógeno y bordes glandulares.

MICROFOTOGRAFÍA TERCERA

Corresponde esta microfotografía, con poco aumento obtenida, a la pared de un “*quiste de chocolate*” de ovario, de la misma enferma que el endometrioma antes reseñado.

En su mayor parte, el epitelio aparece desprendido de las paredes del quiste, y tan sólo en el repliegue que no se ve en la microfotografía es todavía visible y despegado del corion por un exudado hemorrágico que llenaba la bolsa quística. A mayor aumento, de otro corte, se ha obtenido la

MICROFOTOGRAFÍA CUARTA

Del borde de otro entrante de la misma cavidad quística. Puede en él apreciarse claramente la figura cilíndrica de la mayoría de las células epiteliales, el aspecto cúbico de algunas de ellas, y el corion de elementos alargados, angulosos, que aquí sistemáticamente le acompaña.



Microfotografía 3.ª

Reúnen estos cortes caracteres igualmente bien definidos de *endometriosis*, tanto por el epitelio como por la presencia del tejido citógeno que le acompaña, y aspecto macroscópico de su contenido chocolate, constituyendo un blastoide celémico aberrante o extrauterino.



Microfotografía 4.ª

No son todavía tan numerosos en nuestro país los casos de endometrioma publicados (lo serán mucho más cuando, sistemáticamente, se estudien en ese sentido las piezas operatorias) que resulte impropio apartar otro, si ello ha de servir, además, para mostrar tan magníficas microfotografías como las que, hechas por el Dr. Arcante, acabamos de ver, y para rendir el homenaje de nuestro recuerdo y de nuestra justificada admiración al Dr. Fernández Ruiz, que tanto ha hecho por divulgar entre nosotros el estudio de las endometriosis. Ello disculpará los desaciertos que hayamos podido tener, no mayores que vuestra bondad, ciertamente.

VISTAZO SOBRE ALGUNAS NOVEDADES EN GASTROENTEROLOGIA

PUBLICADAS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE 1935

(*Journal Belge de Gastroenterologie*. Tomo III, núm. 10, diciembre 1935. Págs. 768 a 792.)

TRADUCCIÓN DE R. LUIS Y YAGÜE
Académico.—Director del Instituto Rubio de Madrid.

ESOFAGO

Bernard y Renty refieren tres casos de metástasis a distancia de cáncer esofágico:

I. Dos tumorcitos incluidos, uno en el cuádriceps, otro en la pared abdominal.

II. Hígado abollado, doloroso y grande.

III. Metástasis al nivel del codo, que fué amputado con diagnóstico clínico y radiológico de sarcoma.

Repasando los datos contradictorios encontrados a este respecto en la literatura, los autores concluyen en la existencia innegable de metástasis a distancia; creen que son más frecuentes en la variedad yustacardiaca, y estiman que puede generalizarse desde el comienzo de su evolución.

(“Las metástasis a distancia del cáncer del esófago”. *Arch. Mal. App. Digs.* Julio 1936, pág. 695.)

ESTOMAGO

Investigaciones experimentales.—Por medio de una fístula continente, que no permite el reflejo, han sido hechas por G. Loewy una serie de tomas en el perro, con diferentes comidas y en diversas condiciones.

I. Al nivel del bulbo duodenal, la carne ha sido, de todos los alimentos, la que ha producido mayor acidez medida en pH. La acidez es tanto más grande cuanto la cantidad de carnes es más abundante. Las grasas no producen acidez; la curva del pH es vecina de la neutralidad.

Los azúcares, el pan, la patata, tienen curvas poco más o menos semejantes, intermediarias entre la curva casi neutra de las grasas y la acidez de las carnes. El azúcar produce la menor acidez; los huevos pueden producir acidez bastante fuerte, comparable a las observadas después de las comidas de carne.

II. En el duodeno, entre el bulbo y el ángulo duodenoeyunal, se efectúa una neutralización. Después de la comida de carne, el pH pasa en la travesía duodenal de 4,90 a 6,15 término medio.

III. Después de la derivación aislada de la bilis, la reacción del contenido del bulbo duodenal está poco modificada. En una experiencia, en que después de deriva-

ción de la bilis se ha formado una úlcera en el bulbo, ha sido comprobado que la reacción a este nivel se ha vuelto menos ácida. Cerca del ángulo duodenoyeyunal los resultados de las experiencias concuerdan para establecer que, en ausencia de bilis, la reacción del medio duodenal se hace claramente neutra o alcalina.

IV. Después de la derivación aislada del jugo pancreático, la acidez medida en pH después de una comida de carne al nivel del bulbo, se eleva muy claramente, y la acidez clorhídrica libre aparece de modo constante. En ausencia de jugo pancreático, el estómago, el duodeno y el yeyuno tienen, después de la comida de carne, un pH ácido aproximadamente semejante. A pesar de la acidez más grande del medio del intestino delgado y la presencia de acidez libre, no ha sido observada úlcera duodenal en las experiencias de derivación pancreática.

("Investigaciones experimentales sobre el pH del contenido duodenal en ausencia de bilis y jugo pancreático". Société de Gastro Entérologie de Paris, 17 junio 1935. *Arch. Mal. App. Dig.* Octubre 1935, pág. 861.)

Leucopederis gástrica.—Para Loeper, los líquidos de digestión gástrica contienen leucocitos en abundancia, y esta leucocitosis es tan constante, obedece a leyes tan precisas, y su curva está dibujada de modo tan claro, que es imposible no ver en ella una reacción necesaria y fisiológica.

El papel de los leucocitos es protector y fermentativo. Tienen acción proteolítica y lipásica. Su poder autotóxico se manifiesta en presencia de todo alimento, y la anafilaxia depende, en parte, de la insuficiencia de esta leucopederis.

Después de haber recordado la técnica empleada, el autor estudia el fenómeno en estado fisiológico y en algunos estados patológicos.

("La leucopederis gástrica". *Nutrición*. T. V., núm. 2, 1935, pág. 129.)

QUIMISMO

I. *La secreción ácida y la secreción mucosa*.—Loeper y Fau llegan a las conclusiones siguientes:

1.^a El quimismo gástrico traduce el estado de la mucosa gástrica. Cuando se le hace variar, el cambio permanece proporcional al tipo de quimismo inicial.

2.^a Los alimentos, según su naturaleza, favorecen ya la secreción ácida, ya la mucosa.

3.^a Ciertos medicamentos, tales como la atropina, excitan la secreción mucosa e inhiben la gástrica.

4.^a Los diferentes estados patológicos gástricos están caracterizados por variaciones del quimismo. Los unos—con tipo de dispepsia hiposténica—se caracterizan por cifra de acidez baja y elevación paralela de la secreción mucosa y de leucopederis.

Para otros, por último—tipo cáncer o gastritis crónica—, la cifra del moco es muy elevada; la acidez, descendida o nula.

5.^a Cada vez que el quimismo varía, patológica o experimentalmente, cambia en el sentido de una disociación ácidomucorreica.

6.^a Las secreciones ácida y mucosa están en estado de equilibrio constante; toda rotura de este equilibrio traduce un estado patológico pasajero o permanente de la mucosa gástrica.

El síndrome de las úlceras gastroduodenales realiza

al máximo esta disociación y esta rotura del equilibrio.

7.^a Lo mismo que la secreción normal ácidomucorreica del estómago aparece bajo la dependencia de un reflejo neurovegetativo, de igual modo toda anomalía de esta secreción se halla bajo la dependencia de un trastorno del sistema neurovegetativo.

8.^a Existe de modo permanente rotura del equilibrio secretorio del estómago, que precede y acompaña a todas las úlceras del estómago.

9.^a Se puede concluir que en el curso de las úlceras gastroduodenales el trastorno del sistema neurovegetativo y el estado patológico permanente de la mucosa es el hecho esencial; *la ulceración no parece ser más que la última etapa de la enfermedad ulcerosa*.

("Contribución al estudio de las variaciones fisiológicas de la mucosa del estómago". *Nutrición*, t. V, núm. 221, 1935.)

II. Horario de la clorhidria.

M. J. Demole, estudiando cierto número de sujetos normales y de enfermos de aparato digestivo por la prueba de la histamina, toma como criterio "únicamente la hora en que la clorhidria alcanza su máximo—o, lo que es lo mismo, su horario—, sin tener en cuenta el grado de esta acidez ni la cantidad segregada". Y llega a las conclusiones siguientes: "Los ulcerosos gástricos tienen secreción gástrica que alcanza su máximo con rapidez—tipo taquisecretorio—y persiste a veces bastante tiempo."

En los ulcerosos duodenales, por el contrario, el máximo de acidez no es jamás precoz, aun cuando la secreción ácida debe ser prolongada.

Las colecistitis tienen secreción de CHI siempre tardía—tipo bradisecretorio—, y, en general, de poca duración.

De lo que se desprende que, puesto que ninguna curva es patognomónica de una afección particular, sino que hay simple preferencia marcada de ciertos síndromes por algunos tipos secretorios, el análisis de las curvas secretorias a la histamina, establecidas y clasificadas según los principales enunciados, antes nos orientará, sobre todo por conclusiones negativas, permitiendo eliminar tal o cual síndrome en presencia de ciertas curvas. Del mismo modo que una clorhidria elevada habla contra un cáncer del estómago, otra curva del tipo taquisecretorio—precoz—, por ejemplo, es argumento contra una colecistitis o una úlcera duodenal.

En resumen: nos parece que el estudio de las modalidades de la secreción ácida del estómago—su horario en particular—tienen más valor para el diagnóstico que el grado de esta acidez.

("El horario, la secreción gástrica; su valor para el diagnóstico comparado al de la acidez. *Arch. Mal. App. Dig.*, noviembre 1935, pág. 907.)

III. Curva de fermentos gástricos.

La curva de la secreción de los fermentos gástricos, después de la inyección de histamina y acetilcolina, y también de la prueba de alcohol de Ehrmann y la comida con harina de avena de Rehfuess, ha sido estudiada por Manuel Bruno a Costa en individuos normales y en ulcerosos gastroduodenales; la pepsina y el lab han sido evaluados según la técnica de Mechaëlis, algo modificada.

He aquí las conclusiones de este interesante trabajo:

1.^a En las personas normales, la histamina aumenta la cantidad y la concentración de la pepsina gástrica en 75 por 100 de los casos, siendo la secreción de la pepsina paralela a la de la acidez, y alcanzando su máximo quince a treinta minutos después de la inyección; las curvas de secreción del lab son más irregulares que las de la pepsina.

2.^a En los ulcerosos duodenales, el contenido gástrico en ayunas es, con frecuencia, más concentrado en fermentos que en las personas normales; la histamina aumenta la cantidad y la concentración de pepsina, respectivamente, en 88 y en 52 por 100 de los casos; el máximo de estos valores se produce, en general, quince a treinta minutos después de la inyección; muy rara vez la secreción del lab se hace en cantidad suficiente para aumentar la concentración del jugo en ayunas; las diferentes secreciones gástricas del agua, de ácido y de fermentos, a veces paralelas, pueden efectuarse también sin que se observe entre ellas ninguna relación o dependencia.

3.^a La inyección subcutánea de 20 centígrados de acetilcolina no tiene ninguna influencia sobre la secreción gástrica de los fermentos.

4.^a La comida alcohólica de *Ehrmann*, no aumenta siempre la concentración de los fermentos; si el aumento existe es pequeño y aparece cuarenta a sesenta minutos después de la inyección de alcohol.

5.^a La comida de harina de avena, de *Rehfuss*, aumenta la concentración de los fermentos, cuyo máximo coincide con las últimas muestras de la prueba, es decir, sesenta a cien minutos después de la digestión de la harina.

6.^a Se comprueba, pues, que, en muchos casos, el jugo gástrico en ayunas no es el más propio para hacer conocer la capacidad máxima de concentración enzimática del estómago, sobre todo de la pepsina, sino que se debe averiguar esta capacidad treinta minutos después de la inyección de histamina o sesenta minutos después de la inyección de la solución alcohólica, o, por último, noventa minutos después de la ingestión de harina de avena. Estimamos esta indicación como digna de ser seguida todas las veces que queramos conocer los valores más elevados de los fermentos en función de estas pruebas.

7.^a En los gastrópatas, la disociación clorhidropéptica aparece más rara vez cuando se provoca la secreción gástrica por los medios naturales y normales que cuando se la suscita por la histamina.

8.^a Los valores elevados de pepsina y de lab pueden esclarecer en algunos casos un diagnóstico dudoso de úlcera duodenal, y en los ulcerosos duodenales con altos valores de pepsina, 50 por 100 de los casos resisten a la terapéutica médica.

("Curva de la secreción de los fermentos gástricos, su valor diagnóstico y pronóstico en los ulcerosos. *Arch. Mal. App. Dig.*, noviembre 1935, pág. 921.)

Pliegues de la mucosa.—Cottenot y Chérigie emplean las sales de torio en estado cristalino para estudiar radiológicamente los pliegues de la mucosa gástrica, y prefieren la preparación siguiente: óxido de torio, 50; bicarbonato de sosa, 30; excipiente mineral, 15. A esta preparación la mezclan una yema de huevo. Si juzgamos por los clichés publicados, los resultados obtenidos

con esta técnica son mucho menos buenos que los que obtenemos con el neobar desde hace dos años.—(*Nutrición*, t. V, núm. 2, 1935, pág. 183.)

Gastrofotografía.—Para Garín y Bernay, el moco aparecería mucho más como una dificultad y una causa de error que, como elemento de diagnóstico, que se pueda tener en cuenta racionalmente.

("La mucorrea gástrica vista la gastrofotografía". *Nutrición*. T. V, núm. 2, pág. 171.)

Gastroscofia.—F. Moutier afirma que en el estómago como en la piel, se encuentran las condiciones y los elementos suficientes y necesarios para realizar toda una gama de lesiones capaces de evolucionar con más o menos rapidez.

De estas lesiones, unas deben hallarse en relación directa con irritaciones locales de la mucosa; pero muchos de estos accidentes—congestión, púrpura, edema, epitelitis erosivas o erosiones del corion—deben ser consideradas como reacciones alérgicas. Se debe encontrar al nivel de la mucosa gástrica el equivalente de gran número de reacciones cutáneas, es decir, de fluxiones y de inflamaciones que vayan desde la congestión y el edema hasta la necrosis celular.

Estas reacciones, que son con frecuencia verdaderas erupciones internas, se manifiestan en proporción de los recursos y posibilidades anatomofisiológicas de la viscera.

("Las lesiones efímeras de la mucosa gástrica". *Nutrición*. T. V, núm. 2, 1935, págs. 159-169; dos figuras.)

Estómago y tuberculosis pulmonar.—Olleros y De la Viesca han estudiado 44 casos de tuberculosis pulmonar desde el punto de vista del estado del estómago. Han empleado los métodos de exploración siguientes: determinación del contenido gástrico en ayunas, estudio bacteriología, según Katsch y Kalk; pruebas de histamina, cromatológico y morfológico del sedimento, curvas de secremoscopia, experiencias de insuflación de Henning y de Norpoth, radiografía en capa delgada y gastroscopia.

En casi todos los casos los autores han encontrado alteraciones gástricas, con las características siguientes:

1.^a Gran cantidad de secreción en ayunas y enorme abundancia de elementos celulares; en los hipoácidos, presencia de flora Gram negativa.

2.^a Disociación de la cromoscopia y de la secreción ácida.

3.^a En radiología, con frecuencia, pliegues muy finos de la mucosa, sin que haya, sin embargo, verdadera atrofia de ella, sino denudación.

4.^a En un caso operado por hemátomesis y melenas de repetición, gastritis folicular como substracto anatómico de las hemorragias.

("El estómago tuberculoso y el estómago en los tuberculosos". *Revista Española de Enfermedades del Aparato Digestivo y de la Nutrición*. T. I, octubre 1935, páginas 745-764; 11 figuras.)

Fibrolipoma gástrico.—J. Glass, describe la observación de un fibrolipoma gástrico, operado en un hombre de treinta años. El tumor tenía una cicatriz de 2 cm. cuadrados, que explicaba la melena, por la cual el enfermo buscó asistencia.

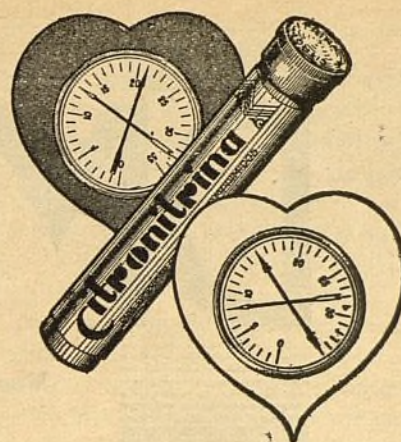
En una revista de tumores benignos del estómago, el autor coloca, por orden de frecuencia, primero, los adenomas, que constituyen el mayor número de los tumo-

*Para sus hipertensos
y arterioescleróticos.*

TRATAMIENTO PROLONGADO
DE LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL
DE LA ARTERIOESCLEROSIS
Y DE SUS COMPLICACIONES
POR LA

Citronitrina

Vergés & Oliveres



CITRONITRINA es un citronitrato sódico asociado al citrato de sosa, presentado en forma de comprimidos. Actúa por la acción vasodilatadora que ejerce el nitrito sódico y la hipoviscosa del citrato.

INDICACIONES: Hipertensión arterial, cualquiera que sea su forma y origen. Arterioesclerosis, Aortitis, Angioespasmos, Embolias, Flebitis, Angina de pecho, Estados pletóricos y congestivos, etc.

Composición por comprimido: Citronitrato sódico, 0'10. Citrato sódico, 0'40. Sustancia inerte, c. s.

DOSIS: De tres a 4 comprimidos al día. Dosís corriente, 3 comprimidos.

VERGÉS & OLIVERES
Laboratorio Quimioterápico del Ebro
TORTOSA

MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS



LINITUL

Compresas de tul engrasado y esterilizado a 120°

Impiden las adherencias del apósito a las heridas y llagas. El levantamiento de la cura se hace, por tanto, cómodamente y con toda facilidad. Evita el DOLOR y las HEMORRAGIAS, dejando los tejidos en las mejores condiciones para que verifiquen rápidamente el trabajo de cicatrización.

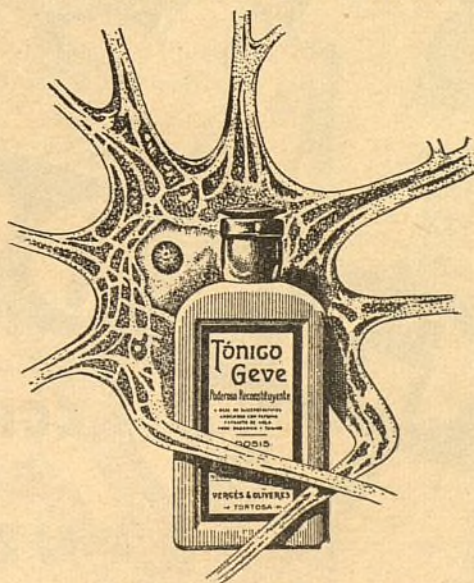
El apósito ideal, tanto en las curas de alta como de pequeña cirugía

PÍDANOS MUESTRAS Y LITERATURA

LABORATORIO QUIMIOTERÁPICO DEL EBRO
VERGÉS & OLIVERES - TORTOSA

TÓNICO "GEVE"

Granulado a base de glicerofosfatos asociados a la kola y con pepsina



TÓNICO "GEVE"

fija el calcio de su composición al elemento celular

Dosis. *Adultos:* Cucharadita de las de café, bien llena, después de la comida y cena.—*Niños:* Mitad dosis.

Muestras gratis
a los señores médicos

VERGÉS & OLIVERES
Laboratorio Quimioterápico del Ebro
TORTOSA

DMELCOS

Vacuna Estabilizada para el tratamiento del Chancro Blando y de sus complicaciones.

COMPOSICION : Emulsion estabilizada de bacilos de Ducrey de diferentes procedencias, de una concentracion de 225 millones de microbios por centimetro cubico

PRESENTACION : Caja de 6 ampollas de capacidad graduada 1 cc., 1 cc 5, 2 cc., 2 cc 5, 3 cc.

MODO DE EMPLEO : Inyeccion intravenosa Inyecciones por dosis progresivas descansando 2 o 3 dias en cada inyeccion

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPÉCIA
marques "POULENC frères" & "USINES du RHÔNE"
21 rue Jean Goujon PARIS 8



GYNOCALCION

ACCIDENTES DE LA PUBERTAD **ACCIDENTES DE LA MÉNOPAUSIS**

LABORATORIOS CORTIAL 15. Boul. Pasteur. PARIS

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

res benignos; después, los leiomiomas. En un tercer grupo distingue los schwaniomas, los fibromas y los lipomas.

("Tumor benigno—fibrolipoma—del estómago". *Arch. Mal. App. Dig.* Julio 1935, pág. 706.)

CANCER

Latencia.—Se sabe el carácter insidioso de la evolución del cáncer al nivel del estómago. Según Mac Carthy, el 75 por 100 son inoperables a su llegada a la clínica Mayo. Esto, no sólo para los cánceres de la zona silenciosa del estómago, sino para los de los orificios—píloro y cardias—, que constituyen la casi totalidad de los casos observados sin síntomas precoces.

1.º Dube y Riopelle presentan un caso en que había latencia absoluta de un cáncer infiltrado en sábana, del estómago—comprobación de autopsia—, con metástasis múltiples, casi exclusivamente óseas y alteraciones graves de la medula espinal, dando lugar a paraplegia.

("Epitelioma gástrico latente con metástasis óseas múltiples y paraplegia". *Unión Médica del Canadá*, t. LXIV, septiembre 1935.)

2.º **Linitis plástica.**—M. Chiray y G. Albot refieren un caso de cáncer fibroso, en una mujer de cincuenta y cuatro años.

El estudio anatómico de la pieza operatoria, con imágenes microscópicas muy demostrativas, muestra, en efecto, lesiones difusas de gastritis crónica atrófica y un epiteloma atípico a células diseminadas, acompañado de proliferación exuberante de tejido fibroso, localizada en la curvatura menor, realizando ya el aspecto esquemático que se observa en las formas generalizadas de linitis plásticas.

Señalemos todavía que el examen radiológico hacía ver: curvatura menor rígida con curva anormal y ligeramente, lagunar. Por palpaciones bajo pantalla, se comprobaba ligero empastamiento localizado de la pared gástrica. Este examen, al propio tiempo que los trastornos dispépticos generales progresivos, habían orientado al diagnóstico hacia un tumor gástrico probablemente intramural.

("A propósito de los aspectos anatómicos y radiológicos iniciales de la linitis plástica. Un caso de cáncer fibroso preluético, localizado, en la curva menor". *Arch. Mal. App. Dig.* Octubre 1935, pág. 841.)

3.º **Cirugía del cáncer gástrico.**—Didier describe un nuevo modo de gastroenterostomía, primer tiempo de una gastrectomía. Este procedimiento, aplicable sobre todo a la cura de tumores de la curvatura menor de situación alta, consiste en practicar, a partir de la curvatura mayor, sección incompleta del estómago, y, dejando al tumor en su sitio, restablecer la continuidad por anastomosis a lo Polya.

El tumor es extirpado en un segundo tiempo, consistente en la sección simple del espolón, después del duodeno. Esta intervención parece interesante en enfermo deprimido, de edad y anémico.

("Nuevo método de gastroenterostomía. Primer tiempo de gastrectomía". *Presse Médicale*, 9 octubre 1935, página 1.568.)

ÚLCERA GASTRODUODENAL

1. **Facilidad del diagnóstico.**—Sobre 675 expedientes examinados en la Salpêtrière, Gutmann y Voul-

protis han encontrado 209 úlceras, repartidas así: 121 duodenales; 79 gástricas, y nueve no definidas.

Sobre las 121 úlceras duodenales, el diagnóstico final ha sido, en 1903, a la vez fácil, imperativo y sin posibilidad de error; en ocho casos, casi cierto.

Sobre las 79 úlceras gástricas, el diagnóstico no ofreció nunca duda en la casi totalidad de casos (aparte de cuatro sospechosos de cáncer, no comprobado).

Sobre nueve casos no definidos, cuatro han sido radiografiados en período de sedación y no vueltos a radiografiar. Los autores estiman preferible comprometer al enfermo en gastos más importantes, que permitan obtener diagnóstico, que hacerles realizar exámenes económicos, pero sin resultados.

Concluyen que, con un interrogatorio bien conducido, con elección juiciosa del período en que debe ser hecho, y, a veces, repetido el examen radiológico, con clichés, técnica y médicamente perfectos, y con experiencia necesaria para interpretar estos clichés, el diagnóstico de las úlceras duodenales (y también de las gástricas) es de certeza casi matemática en la casi totalidad de los casos.

("Consideraciones sobre las dificultades y facilidades del diagnóstico en la úlcera duodenal". *La Presse Médicale*, núm. 87, 30 octubre 1935, págs. 1.691-1.693.)

2. **Radiología del úlcus del bulbo.**—Dos imágenes radiográficas raras: el bulbo anular y el bulbo en nido de abejas han sido descritos por A. Bernard. Estas dos imágenes serían debidas al edema periulceroso de la mucosa e indicaría un úlcus de la cara.

("Dos imágenes radiológicas raras de la úlcera duodenal: el bulbo anular y el bulbo en nido de abeja". *Journal de Sciences méd. de Lille*, 1 diciembre 1935.)

3. **Úlcera del canal pilórico.**—R. Gutman y A. Hoffmann publican un estudio—con clichés muy demostrativos—de la úlcera del canal pilórico.

Existen, dicen los autores, una úlcera del canal pilórico, que debe ser diferenciada de las úlceras vecinas, gástrica, yuxtapilórica y de la base del duodeno. Esta última, en efecto, no se canceriza prácticamente jamás, en tanto que se sabe la posibilidad de transformación neoplásica de la úlcera del canal pilórico.

Clínicamente, esta úlcera presenta a veces crisis cortas a intervalos próximos, y no muestra tendencia particular a la estenosis.

Su experiencia radiológica es por completo clara, y precisa citar casi por entero la descripción de los autores.

El nicho "es para las úlceras del píloro, como para las otras, el signo capital". En nuestras observaciones hemos comprobado que es, en general, más bien pequeño; en algunos casos puede tener dimensiones más marcadas.

Puede asentar sobre uno de los bordes, el superior en general, o sobre una cara.

Se le pone alguna vez más fácilmente en evidencia sobre clichés tomados oblicuamente. Se ve tanto mejor cuanto que el esfínter ha sido sorprendido en el curso de una contracción, que limita mejor la totalidad de los bordes del canal.

Corre el riesgo, sin embargo, de escapar a ser visto, sobre todo cuando es de la cara, o si el canal del píloro está demasiado repleto, por el mismo motivo que una úlcera duodenal de la cara, sobre un bulbo demasiado lle-

no; un exceso de papilla opaca, en efecto, dilata las paredes del canal y borra las irregularidades de sus bordes.

Las reacciones inflamatorias y edematosas son casi siempre muy pronunciadas alrededor de la úlcera; los bordes del canal se espesan y se hacen blandos; después, cuando el edema aumenta, se forman imágenes lagunares y del mismo modo pueden extenderse sobre el bulbo y el antro.

Los pliegues mucosos del canal, durante la evolución de la úlcera, conservan rara vez su integridad; en algunos casos se comprueba sólo su espesamiento; en otros, se nota su fusión y aun su desaparición.

Lo pliegues del antro, mejor conservados, han sufrido en tres casos atracción concéntrica hacia la úlcera; los pliegues del bulbo, en otros cuatro casos.

No hemos encontrado jamás formaciones diverticulares periulcerosas localizadas sobre el canal mismo; la resistencia del esfínter muscular parece oponerse a estas dilataciones.

Son igualmente frecuentes los aspectos sinuosos y las angulaciones del canal, la excentricidad por relación a la base del bulbo.

Hemos encontrado, aun cuando mucho menos pronunciadas, "las imágenes cóncavas periulcerosas" descritas por Teschendorf y la incisura persistente de la gran curvatura del canal.

Un signo negativo, pero de gran valor para el diagnóstico diferencial entre la úlcera del canal pilórico y la úlcera prepilórica de la curvatura menor es la ausencia de toda retracción de ésta, aun para úlceras que han evolucionado desde largo tiempo. Desde que la úlcera alcanza, por el contrario, la curvatura menor gástrica, la retracción es casi la regla.

("La úlcera del canal pilórico". *Arch. de Mal. App. Dig.*, diciembre 1935, pág. 1.010.)

GASTRECTOMIA

I. QUIMISMO

El quimismo de 17 operados de gastrectomía por úlcera ha sido estudiado por Ch. Marx y G. Delaville. Y concluyen: "La gastrectomía da lugar, en la gran mayoría de los casos, a aclorhidria, o, cuando menos, a hipoclorhidria, asociada a disminución de la acidez total. Sólo las gastrectomías extensas permiten obtener estos resultados, porque sólo ellas llegan a suprimir la segunda fase química de la digestión, gracias a la ablación de toda la región con función pilórica. Sin embargo, estamos todavía lejos de conocer a fondo la intimidad fisiológica del estómago gastrectomizado. Nos falta, no sólo número bastante elevado de exámenes, sino también términos de comparación rigurosamente controlables.

Por esta razón queremos señalar algunos puntos que deberían ser objeto de las averiguaciones futuras; sería de estimar, en efecto, que en la interpretación de los resultados se hiciera intervenir, no sólo la técnica quirúrgica empleada, sino también la fecha y el método de exploración del examen postoperatorio, y, sobre todo, la extensión de la resección, expresada en cifras o establecida histológicamente.

("A propósito de la secreción gástrica después de la gastrectomía por úlceras gastroduodenales". Soc. de Gas-

troenterología de París, 17 junio 1935. *Arch. Mal. App. Dig.*, octubre 1935, pág. 827.)

2. BACTERIOLOGÍA

Ch. Marx y M. Nicolás han hecho examen citobacteriológico del fondo de saco gástrico en 16 gastrectomizados, obtenido después de la inyección de histamina. La citología no ofrece nada de particular. Desde el punto de visto bacteriológico, los autores hacen notar la frecuencia de colibacilos; sobre 16 operados, ocho tenían colibacilos, y casi siempre en estado de pureza. Habría lazos estrechos entre la aclorhidria y la presencia de colibacilos. Estos hechos deben ser cotejados con los casos de anemia perniciosa con aquilia, en que el examen bacteriológico del contenido duodenal ha demostrado la presencia de colibacilos.

Sobre los ocho operados que tenían colibacilos, seis no acusaban ningún trastorno, o bien sólo ligero síndrome dispeptico, del tipo de "estómago pequeño", pero que, ciertamente, no podía ser relacionado con causa microbiana.

("La flora microbiana gastroduodenal después de la gastrectomía". Soc. de Gastroenterología de París, 17 junio 1935. *Arch. Mal. App. Dig.*, octubre 1935, pág. 835.)

3. GASTRECTOMÍA Y "ANEMIA PLÁSTICA"

La gastrectomía puede originar empobrecimiento de la sangre en proteínas, y, consecutivamente, edemas generalizados, como lo testimonia el caso referido por Netousek.

Menos de tres años después de efectuada la gastrectomía por úlcera gástrica, un enfermo de cincuenta y cuatro años presente edema progresivo, sin origen renal ni cardíaco. Hemoglobina, 74 por 100. Suero sanguíneo: albúminas, 13,7; globulinas, 31,1 gr.; colesterolina, 0,57. La administración de estromon hizo desaparecer al edema con rapidez, y el análisis de comprobación dió: albúmina, 21,5 gr.; globulinas, 42 gr.; colesterolina, 1,42 gramos. Hay, por lo demás, empobrecimiento de la hemoglobina a 60 por 100.

Anotemos todavía: retención de agua, de 850 centímetros cúbicos, indicada por la prueba de la diuresis provocada, con buena eliminación de cloruros.

Después de una recaída, algunos meses más tarde, nueva cura de estromon; mejora el edema, pero el enfermo sucumbe de bronconeumonía. Autopsia: degeneración grasosa del hígado y de los riñones.

("Observación de un caso de edema generalizado en un anciano resecado de estómago. Desaparición del edema después de opoterapia gástrica". Soc. de Gastroenterología de París, 8 julio 1935. *Arch. Mal. App. Dig.*, noviembre, 1935, pág. 984.)

DUODENO

Divertículos.—Señalemos en los documentos que se acumulan sobre la cuestión, todavía confusa, de los divertículos del duodeno, y de la diverticulitis, la descripción de una forma clínica que Loeper y Bioy hacen como sigue: "La existencia en un sujeto de buena apariencia, de crisis dolorosas espaciadas, de cuatro a cinco días de duración, acompañadas de movimiento febril ligero, crisis más largas, aunque tan

Remineralice con

JARABE de FELLOWS

HIERRO
SODIO
POTASIO
FOSFORO
MANGANESO
CALCIO

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

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

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

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

MUESTRAS A PETICION

Distribuidores en España:

SOCIEDAD ANONIMA DE DROGUERIA VIDAL-RIBAS,

Cortes, 639 — Barcelona

Antiateromatoso.
Hipotensor.
Desclorurante.
Diurético.
Modificador de la endoarteria.
Modificador mineralo-tejidualar.

MxA 13.14
MnA 7.0

GOTAS: en dosis de 10 a 25.
COMPRESIDOS: de 3 a 6 por día.
AMPOLLAS: 5 cc. intravenosas cada dos días.

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

Ayuntamiento de Madrid

MORRHUËTINE

JUNGKEN

CARACTERES ESENCIALES

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

SE EMPLEA EN TODAS LAS ÉPOCAS DEL AÑO.

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

Eficaz en el tratamiento de las

*Adenopatías
Linfatismo
Escrofulismo
Raquitismo
Diabetes
Heredosifilis
Ameno y Dismenorrea
Convalecencias*

Estados llamados Pretuberculosos



LABORATORIO MIRABENT BARCELONA

ESPECIALIDAD NACIONAL

Los Sres. Médicos pueden pedir muestras en Madrid, a nuestro representante: D. Ruperto de Frutos, Almirante, 3, pral. Tel. 17193

bruscas como la de la litiasis biliar vesicular, mucho más breves y de curación más rápida y más perfecta que las de la úlcera, permite sospechar, cuando menos, un divertículo inflamado de modo pasajero; en una palabra: una diverticulitis. "

Es necesario guardarse de tomar por divertículo de D₂ (segunda porción del duodeno), la dilatación por reflujo de barita, en la ampolla de Vater y Allaines refiere un caso sugestivo, en que la intervención practicada para un divertículo de la segunda porción, señalado por examen radiológico, demostró ausencia de divertículo y el colédoco dilatado conteniendo dos cálculos.

("Los divertículos del duodeno". *Arch. Mal. App. Dig.*, octubre 1935, pág. 777. "Verdaderos y falsos divertículos del duodeno". Soc. de Gastroenterología de París, 13 mayo 1935. *Arch. Mal. App. Dig.*, julio 1935, página 752.)

(Concluirá.)

Información dermatológica de actualidad LA ANATOXINA ESTAFILOCÓCICA

POR EL

Dr. JAVIER M. TOME Y BONA

Bibliotecario de la Academia Española de Dermatología y Sifilografía

III

APLICACIONES TERAPÉUTICAS DE LA ANATOXINA ESTAFILOCÓCICA

Fundados en la gran cantidad de hechos experimentales que hemos mencionado esquemáticamente en los dos artículos precedentes, plantearon inmediatamente los investigadores la aplicación de los resultados obtenidos a la clínica humana.

Dolman fué el primero que en 1933 publicó la primera relación de casos de estafilococias tratados por la anatoxina específica. Este autor trató por este medio 28 casos de estafilococias, de los cuales 16 eran forúnculos y seis acné y forunculosis de la adolescencia, empleando una dosis inicial de 0,5 centímetros cúbicos, que aumentaba progresivamente. De este modo comprobó en todos ellos una mejoría rápida, seguida de curación, paralela a un aumento de la antitoxina estafilocócica en el suero. Estos resultados fueron confirmados por el propio autor en 1935, en 306 casos de todas clases, de un modo especial y brillante en las forunculosis, aun en aquellas que habían resistido a los restantes tratamientos.

Siguen a esta publicación inicial los trabajos de Connor, Mac-Kie, Parish, Meara y Clark, Murray y Travassos. A ellos se añaden inmediatamente los ensayos de Nelis y Pierard, Ramón y sus colaboradores Leveuf, Sauvé, Tzank, Covisa, Bejarano, etc., todos ellos abundando en los beneficiosos resultados que proporciona este remedio terapéutico.

Frente a estos éxitos, que objetivamente pueden reputarse extraordinarios, se encuentran en la literatura algunas publicaciones que consituyen una oposición rotunda en este sentido. De este modo, Kindel, Costello, Cornbleet y Rattner, todos ellos en 1934, han publicado sendos trabajos, en los que, en un volumen bastante considerable de enfermos, no han obtenido ningún resultado favorable.

Para explicar estas diferencias tan fundamentales, Nelis afirma en su trabajo de 1935 que los autores ci-

tados han empleado una sola raza de estafilococos para la preparación de su filtrado tóxico, y no han comprobado previamente en el animal si la anatoxina obtenida por ellos poseía en realidad un poder antigénico lo suficientemente elevado. Debe recordarse en este sentido que cuantos han intentado la preparación de la toxina estafilocócica conocen perfectamente las dificultades con que se tropieza para obtener filtrados de actividad elevada. Nelis, tantas veces mencionado en el curso de sus experiencias en este sentido, ha tenido que examinar 90 razas antes de encontrar una que fuera verdaderamente toxígena. Y aun las toxinas obtenidas de este cultivo han tenido que ser nuevamente seleccionadas, ya que la actividad de unas a otras variaba dentro de límites considerables.

Con el fin de equilibrar el juicio crítico sobre el valor terapéutico de la anatoxina, es conveniente efectuar algunas consideraciones de índole general.

Es un hecho que todos los clínicos hemos podido comprobar repetidas veces el modo verdaderamente caprichoso con que se presentan y evolucionan las afecciones producidas por los estafilococos. Por ello resulta en extremo aventurado hablar de curación definitiva de una estafilococia cutánea sin haber proseguido la observación del enfermo durante mucho tiempo después de desaparecido el último brote. Son igualmente conocidas las remisiones espontáneas que en el curso de las mismas se observan, de donde resulta, en ocasiones, difícil valorar con justicia la verdadera eficacia de un determinado remedio.

El mismo hecho se ha podido comprobar, fuera del campo dermatológico, en algunas estafilococias graves. Por ejemplo, todos los clínicos están de acuerdo en que no hay nada más difícil que prever la evolución de las lesiones generales y locales de la osteomielitis, e igualmente conocen el hecho de que en las graves septicopiohemias estafilocócicas puede producirse la curación en el mismo momento en que ya parecía haberse perdido todas las esperanzas.

Por estas circunstancias, nos parecen particularmente dignas de consideración las deducciones efectuadas muy recientemente por Debré, Bonnet y Thieffry, en cuyo trabajo, en lugar de multiplicar excesivamente la casuística, han preferido seguir de un modo cuidadoso y sostenido un número relativamente breve de casos. Reúnen estos autores 90 observaciones, cuyo estudio ha sido continuado durante tres a diez meses. Durante este tiempo se han repetido muchas veces las investigaciones bacteriológicas y complementarias entre éstas, principalmente el metabolismo hidrocarbonado. Igualmente se ha mantenido constantemente el conocimiento de la dosificación de los anticuerpos en la sangre.

La casi totalidad de los enfermos que integran este protocolo estaban afectados de procesos cutáneos subagudos o crónicos, y sólo un número mucho menor lo eran de osteomielitis, piodermitis y septicemias. Los resultados obtenidos en conjunto en las afecciones cutáneas fueron muy favorables, siempre superiores a los conseguidos con los restantes remedios terapéuticos. El porcentaje de curaciones que, tras un análisis circunstanciado y metódico, podían, sin disputa, atribuirse a la acción de la anatoxina, era el de 70.

Entre los fracasos refieren estos autores casos en los que se ha producido una recidiva al cabo de tres a seis meses, si bien ésta ha revestido siempre caracteres de me-

nor violencia que el brote precedente tratado. Han registrado también, aunque en número muy escaso, observaciones en las que la anatoxina no ha producido el menor resultado favorable, sin que en ellas existiera ningún motivo general o localización que pudiera explicar este fracaso.

Aunque ello se salga por completo del fin dermatológico que orienta estas crónicas, diremos, para dejar totalmente bosquejado el cuadro de las experiencias de Debré y sus colaboradores, que los resultados obtenidos por ellos en la osteomielitis han sido constante y francamente desfavorables. Las pruebas efectuadas en las mejores condiciones experimentales en la clínica quirúrgica de Leveuf tienen un singular valor en este sentido. Han demostrado, en su conjunto, que la evolución de la enfermedad no se modifica en absoluto por la acción de la anatoxina, no impide la fistulización del núcleo inicial ni la aparición de nuevos focos de supuración. Han observado igualmente en el curso de este tratamiento la aparición de recidivas y de pasos a la cronicidad, en idéntica proporción que en los enfermos testigos. Los resultados en las piodermitis son igualmente nulos, y en las septicemias, inconstante.

Estas experiencias tienen, desde nuestro particular punto de vista, el interés de haber convertido un tema, que parecía tener una amplitud extensiva a todo el amplio campo de las estafilococias, en un problema de alcance casi exclusivamente dermatológico.

Dignos de mención son también los resultados obtenidos por Ramón y su escuela en las estafilococias cutáneas. Comprende un total de 110 enfermos, con 101 curaciones, los cuales se descomponen del modo siguiente:

- 1.º Forunculosis inveterada, 42 casos tratados, con 37 curaciones.
- 2.º Forunculosis crónicas simples, datando de tres meses a dos años, 22 casos tratados y otra tantas curaciones.
- 3.º Forunculosis accidentales de una evolución de tres meses, 17 casos y otras tantas curaciones.
- 4.º Acné pustulosos, 23 casos y 19 curaciones.
- 5.º Hidrosadenitis y onixis, seis casos tratados y curados.

Indican los autores que, entre los enfermos que integran la primera y cuarta categoría, gran número de ellos habían sido sometidos con anterioridad, y sin resultados, a otros tratamientos, como vacunas microbianas, bacteriófago, levadura de cerveza, sulfato de cobre endovenoso, etc.

Hacen resaltar igualmente que el forúnculo, tratado desde su comienzo por la anatoxina estafilocócica, permanece en su calidad de eminencia cutánea, sin llegar a la supuración, desapareciendo en un espacio de tiempo de tres a cinco días. Si cuando se inicia el tratamiento el forúnculo había llegado ya a su madurez, se activa la supuración, y el *clavo* se elimina en uno o dos días. En los casos, muy poco frecuentes, de recidiva, esta piodermitis no pasa nunca de su estadio inicial de pápula.

Nelis, en su amplia experiencia, avalada por las aportaciones de Munter, Leduc, Lust, Maroy, Pierard, Poncellet, Van de Capelle y Van de Houten, confirma la opinión de los autores precitados. De esta amplísima casística se deduce de una manera general que los forúnculos se influyen de una manera extraordinariamente favorable por la acción de las inyecciones de anatoxina estafilocócica. Igualmente que Ramón y sus colaborado-

res, ha observado que, bajo el influjo de esta terapéutica, se activa la maduración y supuración de las piodermitis profundas, y que los forúnculos ulteriores no llegan nunca a supurar. En los casos infrecuentes de recidivas después de una curación aparente, bastan, por lo general, dos inyecciones para lograr la curación definitiva.

Los resultados obtenidos por los autores españoles vienen igualmente a confirmar este ambiente optimista. Covisa, en su comunicación a la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía, en su sesión del 18 de marzo del corriente año, expone los brillantes resultados obtenidos por él, principalmente en casos de piodermitis profundas. Sáinz de Aja expuso en aquella ocasión sus impresiones, igualmente favorables, si bien opina, fundado en observaciones personales, que la anatoxina no puede evitar la producción de recidivas.

Bejarano, que ha utilizado la anatoxina en un número bastante grande de casos de estafilococias cutáneas de diversa morfología clínica, considera que con este producto se ha entrado en un período verdaderamente científico del tratamiento de estas afecciones. Resume su criterio en este sentido del modo siguiente: En el grupo de las piodermitis superficiales, el fracaso ha sido rotundo, como era natural. En cambio, el éxito ha sido brillante en las formas profundas del tipo forúnculo y ántrax, hasta el punto de que, en ocasiones, se ha llegado hasta el aborto del proceso. Recuerda a este propósito un caso de forúnculo incipiente de la vulva y otro análogo de la nuca, con resultados tales, que a las veinticuatro horas de la primera inyección podía considerarse curado el proceso. En la hidrosadenitis, los resultados han sido análogamente brillantes. En lo que respecta a las piodermitis crónicas, menciona un caso de acné queloidiano de la nuca, en el que no se hizo ningún tratamiento tópico para poder valorar debidamente la acción de la anatoxina, en el que, con tres inyecciones, la mejoría fué tan extraordinaria, que sólo quedaba la reacción fibrosa, que, como sabemos, sólo es tributaria de la terapéutica física.

Después de las citas tan prestigiosas que hemos avalado de propósito, los resultados de la terapéutica anatoxínica, sería pueril referir con detalle nuestra modesta experiencia. Unicamente queremos decir que, deducido, tanto de las observaciones ajenas como de las propias, hemos podido llegar a la conclusión de que la introducción del tratamiento de las estafilococias por la anatoxina tiene, dentro de nuestra especialidad, una transcendencia relativa, análoga a la del neosalvarsán en la sífilis y de la vacuna antiestreptobacilar en la terapéutica de las complicaciones del chancro blando.

PAUTA DE TRATAMIENTO CON LA ANATOXINA ESTAFILOCÓCICA

Nelis, como consecuencia de su dilatada costumbre del empleo de la anatoxina estafilocócica, ha podido llegar a plantear sistemáticamente la pauta que él considera óptima. Hay que recordar en este sentido que el fin que persigue esta terapéutica es el aumento de la cantidad de antitoxina circulante en el enfermo, para ponerle, lo más pronto posible, en condiciones de defensa frente a la enfermedad, evitando al propio tiempo las recidivas.

Resulta, en su criterio, preferible emplear en esta vacunación dosis mínimas y progresivamente crecientes para evitar reacciones locales demasiado violentas. Por otra parte, tratándose aquí de combatir una afección que

tiene escasa tendencia natural a la inmunización, debe proseguirse la vacunación durante varias semanas después de conseguida la curación.

Este autor puntualiza esquemáticamente del modo siguiente la técnica del empleo de la anatoxina:

- 1.^a semana, dos inyecciones de 0,2 y 0,3 cc.
- 2.^a semana, dos inyecciones de 0,4 y 0,6 cc.
- 3.^a semana, dos inyecciones de 0,8 y 1 cc.
- 4.^a semana, una inyección de 1 cc.
- 5.^a semana, una inyección de 1 cc.

O sea: una dosis total aproximada de 5,5 cc.

Con el fin de evitar las inyecciones iniciales de pequeñas dosis, puede, en opinión de este autor, utilizarse con ventaja la toxina diluída a la mitad en las cuatro primeras inyecciones, que serán entonces, respectivamente, de 1/4 1/2, 3/4 y 1 cc. De este modo, las mismas ocho inyecciones de la pauta anterior se dosifican del modo siguiente:

de anatoxina pura.

- 1.^a inyección: 1/4 de cc. de la sol. al 1/2, o sea 0,125
- 2.^a inyección: 1/2 cc. de la sol. al 1/2, o sea 0,25 cc. de anatoxina pura.
- 3.^a inyección: 3/4 de la sol. al 1/2, o sea 0,375 de anatoxina pura.
- 4.^a inyección: 1 cc. de anatoxina al 1/2, o sea 0,5 de ella pura.
- 5.^a inyección: 0,60 de anatoxina pura.
- 6.^a inyección: 0,85 de anatoxina pura.
- 7.^a inyección: 1 cc. de anatoxina pura.
- 8.^a inyección: 1 cc. de anatoxina pura.

En ciertos casos de forunculosis crónica aconseja este autor repetir esta última inyección de 1 cc. durante varias semanas después de conseguida la curación. Es también conveniente, de modo análogo que se efectúa en otras vacunaciones antitóxicas, repetir una o dos inyecciones al cabo de seis meses y un año.

Ramón y sus colaboradores proponen, por su parte, una técnica que difiere bastante de la que acabamos de describir. Comienzan efectuando una inyección intradérmica exploradora, la cual no debe producir reacción general ni local. A continuación se practican inyecciones subcutáneas de la anatoxina, diluída o no, a dosis progresivamente crecientes, entre 0,1 a 2 cc.

Como lugar para la inyección, están de acuerdo en aconsejar todos los autores que éstas se practiquen en el tejido celular subcutáneo del espacio intervertebroescapular.

Reacción.—Las reacciones generales consecutivas a las inyecciones de anatoxina estafilocócica son, en opinión de la mayoría de los autores, poco frecuentes y de una importancia que no impide, por lo general, la prosecución del tratamiento. Se caracterizan por fiebre, cefalalgias y malestar general, sin escalofríos ni trastornos digestivos. La fiebre suele presentarse pocas horas después de la inyección, sin pasar habitualmente de 38,5°, ni requerir encamamiento.

Las reacciones locales son más constantes, y están caracterizadas por un eritema más o menos acentuado, con edema, calor y dolorimiento al tacto; cuando asienta en el brazo, puede dificultar los movimientos. En los casos más leves, dura cuatro o cinco horas, y en los más importantes, cuarenta y ocho. En el curso de nuestra experiencia hemos tenido ocasión de observar algunos casos de reacción mucho más violenta; uno, hasta con la pro-

ducción de una gran flictena, que ha tardado varias semanas en curar.

Las reacciones focales genuinas son raras. En algunos casos de forúnculos obsérvese, con significación de este género, una tumefacción de los folículos ya constituidos y un aumento de su supuración en los dos días que siguen a la primera inyección, sin que se observe nunca la aparición de nuevos elementos.

Es indudable que la preparación de la anatoxina estafilocócica puede representar un papel muy importante en la producción e intensidad de estas reacciones generales y locales. Evidentemente, que un resto de toxicidad, por débil que sea, puede producir accidentes de una extraordinaria gravedad, ya que, como nadie ignora, la toxina estafilocócica es un veneno muy violento. Por otra parte, una anatoxina procedente de una toxina de actividad débil o nula no producirá reacciones, o éstas serán insignificantes, pero igualmente carecerá de valor terapéutico.

Por este motivo hemos de mostrarnos acordes con el tantas veces citado Nelis, cuando afirma que la preparación de la anatoxina no puede ser confiada más que a especialistas muy escrupulosos y expertos.

BIBLIOGRAFIA

ROENTGENKYMGRAPHISCHE BEWEGUNGSLEHRE INNERER ORGANE ("Enseñanza del movimiento Roentgenkymográfico de órganos internos").—Tomo de 516 páginas, con 447 figuras y una hoja Raster para la reproducción del movimiento, por los Dres. Stumpf y Welts, de Munich, y Weber, de Viena, con la colaboración de los Dres. Böhme, de Rostock, Dahm, de Colonia, Neeff, de Wirzburgo, Sack, de Munich, Gladbach, Schoen, de Munich, y von der Weth, de Berlín.—Editor, Georg Trieme. Leipzig, 1936.

Como dice Stump en el primer capítulo de esta obra, la fijación de los procesos de movimiento de órganos internos por medio de los rayos Roentgen ha sido una idea perseguida desde hace mucho tiempo, hasta el punto de que pertenece a Ejkmann el mérito de haber publicado la primera noticia sobre esto en 1901, sirviéndose de la cinematografía. Más adelante fué investigado el camino de la producción de radiografías aisladas múltiples, pero, a pesar de los esfuerzos realizados, no se ha llegado todavía a una completa perfección técnica en este camino. Pero aun lográndose vencer todos los escollos, la utilidad para la práctica y la averiguación de procesos de movimiento no sería muy grande, puesto que los movimientos sólo aparecen en el curso de las radiografías como manifestación material para la enseñanza y la medición y el descubrimiento del movimiento en representación gráfica representan nuevas tareas no resueltas todavía.

Gätt y Rosenthal, e independientemente a ellos, a Sabat, se debe la introducción de la Kimografía en el procedimiento Roentgen, utilizando la idea de anotaciones gráficas. La técnica consiste en pasar una lámina de plomo provista de escotaduras en forma de hendiduras por delante de una placa, de modo que la modificación de sitio de una sombra Roentgen movable se representa en forma de curva. Un inconveniente impidió al principio la valoración práctica de la Roentgenkymografía, y es que los movimientos de los órganos no son nunca sencili-

llos, y la fijación de los mismos en sitios separados en el espacio no conduce todavía al conocimiento del movimiento total. Pero esto es lo más importante en el organismo vivo.

La unión de la inscripción de las curvas con la fijación de la imagen total; por consiguiente, la utilización simultánea de las ventajas de la cinematografía y de la Kymografía quedó reservada a la Kymografía plana, tal como la propuso Stumpf en 1928. Para esto fué hecha una primera radiografía, cubriendo la película por un ráster o lámina de plomo, provista de escotaduras, como ha sido dicho antes, y se desplazó después la película entre las radiografías, de manera que las siguientes imágenes fueran hechas sobre partes de la película que no habían sido iluminadas antes. La división del ráster no perjudica la interpretación total de la imagen, y en la valoración de las radiografías de desplazamiento se tiene la gran ventaja de que las alteraciones de sombra yacen inmediatamente contiguas sobre la misma película, de manera que la comparación es fácilmente posible objetivamente. El ráster debe ser elegido de manera que pueda reconocerse toda la forma del órgano a explorar a través de las líneas del mismo. Las primeras radiografías planas Kimográficas fueron hechas por Etumpf con una distancia de 20 milímetros entre las escotaduras y un ancho de éstas de dos milímetros. Más tarde, debido al mejor rendimiento de los aparatos y al aumento de sensibilidad de las películas, fueron empleados rás-teres con escotaduras de un milímetro y hasta de 0,5 y 0,3 milímetros de ancho. Correspondientemente fué hecho también más pequeño el espacio entre las escotaduras, para guardar mejor la conexión de la imagen. Lo esencial es que a través de las escotaduras del ráster pueda reconocerse el órgano a explorar sin soluciones de continuidad, y que la velocidad del desplazamiento sea adaptada al movimiento del órgano.

Este ha sido el mecanismo mediante el cual ha sido hecho el estudio Kinográfico de los órganos del cuerpo animados de movimiento, habiéndose estudiado en esta obra destalladísimo el corazón y vasos y la respiración, tanto en su estado normal como patológico, el de los movimientos del esófago, estómago y duodeno y el de los uréteres.

Como demostración de la utilidad del procedimiento, acompaña al libro un ráster, el cual, deslizado sobre unos esquemas de kymogramas, planos del corazón, mucosa gástrica, hecha visible mediante comida opaca y estómago, reproduce perfectamente los movimientos de estos órganos con una fidelidad que no puede menos de causar asombro.

En suma: una conquista más, debida al empleo de los rayos Roentgen en la Medicina, que tanto le debe desde su descubrimiento y aplicación a ella.—DRES. J. y S. RATERA.

LAS ESPIROQUETOSIS HUMANAS EN LAS ISLAS CANARIAS.

ESPIROQUETOS EN ESPUTOS, ORINA Y SANGRE, por el Dr. Antonio Martínez Sánchez. Un folleto. Edición Medicina de los países cálidos.

El autor hace un estudio muy detenido de la investigación y significación del hallazgo de los espiroquetos en los esputos (Cerviá). Luego expone detalladamente quince casos de espiroquetosis observados en las Islas Canarias, los primeros descritos en la literatura. Son de as-

pecto clínico muy distinto, aunque coinciden en algunos síntomas, como son la facilidad del hallazgo del germen; el cual se ha encontrado en todos los casos en los esputos, y el sedimento urinario, y en diez casos únicamente se hallaba también en la sangre circulante.—S. G. V.

ESTUDIO CRÍTICO DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN EL MEDIO RURAL, por el Dr. Eduardo Tello Amador.—Una monografía de 58 páginas, con numerosas gráficas.—Tipografía Artística.—San Alvaro, número 17, Córdoba, 1936.—Sin precio.

Gentilmente enviada y dedicada por su autor, con palabras que, si bien demasiado elogiosas, tenemos la vanidad de aceptar, hemos recibido esta monografía, la cual fué premiada el pasado año 1934 con el Premio del Ministerio de Trabajo y Sanidad, convocado por la Sociedad Española de Higiene.

En la brevedad de páginas de la misma, su autor, competente médico rural del pueblo de Pedro Abad, situado en la provincia de Córdoba, ha tratado de manera magnífica un tema del interés del presente, y que en un estudio de conjunto del país sería de un valor inapreciable, dado el que hoy se le concede a toda clase de estos trabajos por los Gobiernos de los distintos países.

Después de una visión de conjunto sobre el número de niños nacidos y muertos en Bujalance—su partido, que es adonde refiere su trabajo—, hace un completísimo estudio de las muertes, según las diversas afecciones; así, gastroenteritis, tuberculosis, tos ferina, difteria, etc., todo él lleno de gráficas y datos estadísticos, que prueban de modo harto evidente la escrupulosidad y cuidado puesto a lo largo del tiempo por el Dr. Tello Amador en este trabajo, que ha merecido de modo muy justo tanpreciado y alto galardón.

La monografía se halla editada con sencillez y limpieza tipográficas.—H.

PERIODICOS MEDICOS

S. THADDEA.—*La función de la corteza de las suprarrenales.*

En la sesión de la Sociedad Berlinesa de Medicina, de 29 de enero del corriente año, se ocupó este autor de tan interesante asunto. La hormona de estas cortezas interviene activamente en la función muscular, en la regulación de la temperatura, impide el espesamiento de la sangre y aumenta la resistencia del organismo contra agentes tóxicos e infecciosos. A causa de su hipofunción en la enfermedad de Addison, aparece la adinamia, el descenso de temperatura, la hipoglucemia, músculos e hígado se empobrecen en glucógeno, la inyección de adrenalina no provoca hiperglucemia ni glucosuria y aumentan los cuerpos cetógenos de la sangre. Por esto conviene dar a los addisonianos, además de corteza de suprarrenales, gran cantidad de hidrocarburos, de alcalinos, de cloruro de sodio y de vitamina C. Esta terapia es salvadora en las crisis agudas de la enfermedad; pero en los períodos avanzados de las formas crónicas apenas si tiene eficacia, y tal vez no se consigue ni siquiera alargar la vida del enfermo más allá de algunas semanas, rara vez meses.



*Al prescribir
un laxante...*

es preciso no olvidar el importantísimo papel que la mucosa intestinal desempeña impidiendo la absorción de bacilos y toxinas o neutralizándolas. * Es indudable que muchos de los laxantes más en uso ejercen una seria acción desintegrante sobre la mucosa protectora. * La "Sal de Fruta" ENO presenta el mérito de estimular la peristalsis por la simple acumulación de agua en el intestino, favoreciendo así de un modo perfectamente natural la eliminación de los residuos digestivos y de las toxinas.

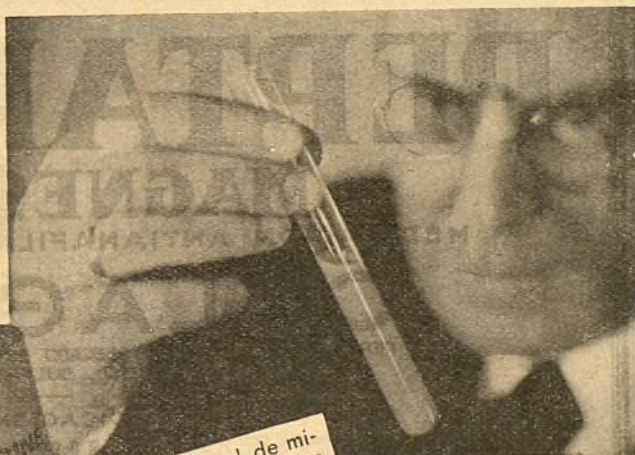
'Sal de Fruta' ENO

MARCAS CORRIGE EL ESTREÑIMIENTO REGIST^{ras}

LABORATORIO FEDERICO BOETTCHER S.A. - 501 - Madrid

LA UNICA GARANTIA CIENTIFICA

La verdadera garantía de un antiséptico depende del número y la severidad de las comprobaciones a que se le somete. LISTERINE ha tenido, en este aspecto, el más riguroso control, quedando siempre confirmada su eficacia bactericida. Lo acreditan infinidad de certificados de bacteriólogos y médicos ilustres. Entre estos dictámenes destaca el de la revista médica inglesa "The Lancet" que afirma lo siguiente:



"El número real de microorganismos muertos por el Antiséptico Listerine supera los 200.000.000 indicados por los fabricantes."
("The Lancet" 21 Sep. 1929)

ANTISEPTICO LISTERINE

EL TRATAMIENTO
DE LAS
TUBERCULOSIS QUIRURGICAS

ACEITE IODADO
INYECTABLE
FINIKOFF

POR EL
METODO
DEL
D^R FINIKOFF

CALCIUM
FINIKOFF
(INTRAVENOSO)

Laboratoire des Produits SCIENTIA . 21 Rue Chaptal . Paris 9^e
Literatura y muestras : D.M. Moses . 2 D^a Plaza Independencia . Madrid.

TRICALCINE
INYECTABLE

TUBERCULOSIS
MISERIA
FISIOLOGICA

MEDICACION CALCICA
INTENSIVA Y ESTIMULANTE

CONVALECENCIAS
ANEMIA
ESCROFULOSIS

Laboratoire des Produits SCIENTIA 21, rue Chaptal, Paris 9^e

PEPTALMINE
MAGNESIADA

MEDICACION ANTIANAFILACTICA POLIVALENTE

COLAGOGO

PEPTONAS DE CARNE Y DE PESCADO . EXTRACTOS DE HUEVOS Y DE LECHE
HARINA DE TRIGO - SULFATO DE MAGNESIA

INDICACIONES

TRASTORNOS HEPATO-BILIARES
CONGESTION DEL HIGADO . COLITIS . JAQUECAS
INSUFICIENCIA HEPATICA . ESTREÑIMIENTO

POSOLOGIA

DOS CUCHARADAS DE LAS DE CAFE DE GRANULADOS Ó CUATRO
GRAGEAS UNA HORA ANTES DE CADA UNA DE LAS 3 COMIDAS
COMO COLAGOGO : 2 Ó 3 TOMAS CON UN CUARTO DE
HORA DE INTERVALO POR LA MAÑANA EN AYUNAS



Laboratorio de los Produits SCIENTIA . 21, rue Chaptal . Paris 9^e



Aparte de esto, se recomienda el empleo de la corteza de suprarrenal en algunos trastornos endocrinos poliglandulares y en la delgadez constitucional cuando han fracasado los preparados de hipófisis y de ovario. Como en las enfermedades infecciosas se encuentran evidentes alteraciones de la corteza suprarrenal, proveedora en gran escala de la vitamina C, conviene administrar grandes cantidades de esta vitamina en todas las infecciones. Asimismo es muy útil la asociación de vitamina C y corteza de suprarrenal para combatir los trastornos miocárdicos de los diftéricos. Por último, siendo frecuente la amilosis de la corteza en los tuberculosos avanzados, conviene darles asimismo vitamina C y hormona cortical. (*Muenchener Med. Wochenschrift*, 1936, núm. 9.)—F. G. D.

MARÍN RAMOS CONTRERAS.—*El tratamiento del corea de Sydenham por las inyecciones intramusculares de sulfato de magnesía.*

Dice cómo hace ya más de dos años presentó a la Sociedad de Pediatría de Méjico un trabajo acerca del tratamiento del corea agudo por este medicamento, y cómo ha continuado con la misma terapéutica, de la cual cada día que pasa se halla más convencido de su eficacia.

Hace historia breve del empleo de este producto en diversas afecciones, y dice que el primero que lo empleó en ésta fué Capite, de Nápoles, el cual lo usó por vía raquídea, dándole lugar a algunos accidentes. El autor cree que la mejor vía para usarlo es la intramuscular; la raquídea la desecha por peligrosa, y la venosa, por difícil en los niños pequeños.

Prepara una solución de sulfato de magnesía al 25 por 100 en agua destilada en ampollas de 5 cc., esterilizadas al autoclave. Las inyecciones se practican cada dos días: 5 cc. para los niños de uno a cinco años, y 10 para los de esta edad en adelante. La inyección profunda debe seguirse de un leve masaje.

En el mayor número de casos se obtiene la sedación de los movimientos involuntarios antes de la quinta inyección; los voluntarios y la marcha reaparecen, bien que se hubiesen perdido; los enfermos pueden comer solos, los trastornos psíquicos, sobre todo la irritabilidad, se mejoran muy notablemente. El medicamento no produce molestia ni lesión alguna, sino tan sólo un ligero dolor en el lugar de la inyección. A continuación el autor expone algunas teorías para poner de manifiesto la acción del medicamento, y varias historias clínicas que prueban los buenos resultados que Ramos Contreras nos dice haber obtenido. (*La Presse Médicale*, núm. 12, página 228, 8 febrero 1936.)—H. S.

A. ROSENBLATE, A. GODSMITH y A. STRAUSS. — *Ileítis regional.*

Los autores dan cuenta de un caso más de alteraciones del intestino delgado, limitadas al íleo, enfermedad que fué aislada por primera vez como entidad clínica con el nombre de ileítis regional en 1932 por Crohn (nombre con que también se la conoce), Ginzburg y Oppenheimer, y que, a pesar de ser relativamente frecuente, pasa muchas veces sin diagnosticar, confundida con la peritonitis tuberculosa, y aun como en este caso, con una endocarditis lenta que no existía.

Los síntomas clínicos son: fiebre ligera, alternando

con períodos febriles, diarrea, una a dos deposiciones diarias que contienen moco y sangre, sólo demostrable cuando se examinan las hemorragias ocultas; anorexia con pérdida de peso y malestar general; dolor sordo o en forma de calambres en el cuadrante inferior derecho. Leucocitosis moderada, taquicardia, estenosis, que se manifiesta por estreñimiento con algún vómito, distensión y una masa palpable en el cuadrante inferior derecho.

Para el diagnóstico es esencial el examen radiográfico en observaciones seriadas cada hora, a partir del momento que comienza a llenarse el ciego, unas tres a nueve horas después de haber tomado la papilla. Las principales alteraciones que se observan por este procedimiento son: defectos de repleción en la proximidad del ciego, anormalidades en el contorno del asa terminal del íleo, dilataciones de las asas de íleo situadas inmediatamente por encima de la estenosis—cuando la enfermedad se encuentra en esta fase—. Cantor describe el "string sign", muy característico, que consiste en una sombra en forma de cuerda, de contornos irregulares, que, a partir de la última asa visible del íleo, recorre todo el espacio donde existe un defecto de repleción y termina a nivel de la válvula ileocecal. Es debida al barrio, que llena de manera muy deficiente las asas contraídas del íleo.

La enfermedad se presenta principalmente en adultos jóvenes, si bien existen casos desde los cuatro y medio hasta los cuarenta años. Es algo más frecuente en el sexo masculino.

Se considera como una infección por gérmenes, principalmente de tipo anaerobio, pero no ha sido posible determinar el agente productor.

El examen anatomopatológico demuestra una proliferación de las células hemopoyéticas. La mucosa inhalada se ulcera, y puede dar lugar a procesos de estenosis o a perforaciones. Las restantes capas están edematosas y engrosadas. El mesenterio está engrosado, y los ganglios, linfaticohiperplásicos.—(*The J. of The Med. Assn.*, 1.797, 106, 1936.)—M. B.

R. HILGERMANN.—*La quemoterapia por sales alcalinas de los ácidos biliares en el tratamiento de las estreptococias.*

Comienza el autor recordando el fracaso de sueroterapia, vacunoterapia y quemoterapia en el tratamiento de las sepsias por estreptococos. No segrega este germen toxinas, como el de la difteria, ni sus múltiples variedades permiten preparar vacunas ni llevar a cabo inmunizaciones activas contra él, ni tampoco la quemoterapia, tal y como se viene comprendiendo desde los trabajos de Ehrlich, ha dado ningún resultado positivo. El autor ha buscado provocar inmunizaciones activas mediante la introducción en el organismo de cantidades mínimas de sustancias químicas que destruyen los gérmenes cuando se ponen en contacto con ellos. Comenzó sus estudios con las sales alcalinas de los ácidos biliares como remedio contra la infección septicémica experimental de los ratones, por neumococos. Animado por los buenos resultados, buscó combatir estreptococias experimentales por el taurocolato sódico, y como también obtuvo éxitos en el laboratorio, creyó debía llevar este método a la clínica. Una de las dificultades que tuvo que salvar fué la de hallar el grado de acidez necesario para que las disoluciones fueran más activas; en las disoluciones acuo-

sas este problema era insoluble; pero, al fin, encontró una substancia capaz de proteger el coloide con una reacción alcalina óptima y constante. Resuelto este problema, el autor envió su remedio a varias clínicas para que fuera ensayado en los enfermos.

Las enfermedades en que se ha utilizado han sido: la fiebre puerperal, las anginas sépticas y las supuraciones en traumatismo, con tal de que estuvieran provocadas precisamente por estreptococos. Al decir del autor, los resultados han confirmado las esperanzas que en el remedio se pusieron.

Pero, además, parece ser que las sales alcalinas de los ácidos biliares tienen también valor profiláctico, lo que, caso de confirmarse, nos daría un medio eficaz para impedir la mayoría de las infecciones puerperales.—(*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1936, número 22.)—F. G. D.

COMEL.—*Observaciones clínicas e investigaciones sobre el tratamiento vitamínico del eczema.*

Ha sometido el autor a fuertes dosis de vitamina D y a mezclas de vitaminas A y D a un grupo de enfermos de eczema producido lo mismo por causas endógenas que exógenas y profesionales, comprobando que este tratamiento se muestra muy útil en la mayoría de los casos.

Desde el punto de vista clínico, este tratamiento se muestra más eficaz en los individuos jóvenes y en los que se muestran indemnes de trastornos endocrinos; por el contrario, en los enfermos donde existen manifestaciones asociadas de este género, se observan fracasos con alguna frecuencia. En estos individuos se observa también, aunque con menos frecuencia, anomalías iniciales de la calcemia.

Las mencionadas variaciones de la calcemia, así como las del contenido ácido láctico, fueron investigadas en los enfermos estudiados antes y durante el curso de la administración de las vitaminas. Se ha podido confirmar que la calcemia aumenta durante la cura, pero que esta reacción calcémica, que llama el autor, permanece a veces poco acentuada y, hasta en ocasiones, no se encuentra en los individuos adultos, aun en aquellos en que la acción beneficiosa de la terapéutica ha sido bien manifiesta.

Un fenómeno interesante, tanto por la frecuencia con que se observa como por su importancia, es la variación del contenido en ácido láctico. Este cuerpo se encuentra, por lo general, aumentado al comienzo en los eczematosos, sufre una rápida y considerable disminución desde que se inició la administración de vitaminas. En ocasiones, llegó hasta alcanzar valores anormalmente bajos. Esta disminución del contenido hemático de ácido láctico, si se encuentra en relación con los resultados de la terapéutica vitamínica.

Explica el autor el mecanismo de acción terapéutica de este procedimiento por una influencia histófila inespecífica, microérgica de los factores vitamínicos. Tal interpretación está en perfecta armonía con los resultados obtenidos por los exámenes de la calcemia y del contenido en ácido láctico de la sangre, y las variaciones de este último deben ser atribuidas, según el autor, a la acción de los principios microérgicos vitamínicos sobre los procesos del metabolismo celular.

Las observaciones clínicas y los datos deducidos del

examen químico en los casos de eczemas exógenos y profesionales se prestan a pensar, aun en estos casos, en un lado endógeno y alérgico.

Desde el punto de vista prácticoterapéutico y profiláctico, estos resultados deben conducirnos a la idea de tener en cuenta la oportunidad del tratamiento vitamínico aun en esta categoría de eczema, y permiten también justificar el empleo de estos tratamientos vitamínicos en casos de intervención de un factor disvitaminósico, aun en los períodos de latencia de la enfermedad cutánea. (*Giorn. It. di Derm. e Sif.* Vol. 76, fasc. 2, 1935.)—T. B.

CH. GERNEZ y CH. MARCHANDISE.—*Las reacciones cutáneas tuberculínicas negativas.*

Las cuti e intradermorreacciones tuberculínicas, en clínica humana, están otra vez a la orden del día.

La cutirreacción, gozando del favor de los pediatras, por facilidad e inocuidad, está lejos de poseer valor diagnóstico absoluto. Sucede que la cutirreacción puede ser negativa en sujetos con antecedentes tuberculosos indudables, y mostrando a la radiografía secuelas de afección bacilar anterior. Puede presentar variaciones considerables en relación con factores locales y generales, susceptibles de inhibirla o aumentarla: es lo que sucede en los casos con modificaciones cutáneas, temperatura, deshidratación, caquexia, etc.

En cuanto a la intradermorreacción, hemos observado modificación con la fiebre experimental, y según se realice: durante el acmé térmico o después de la cesación de la fiebre experimental.

Podemos decir que las reacciones cutáneas tuberculínicas son influidas por numerosos factores no específicos, sin relación con la alergia real.

En el adulto sobre todo, una cutituberculínica negativa practicada aisladamente y sin el control de la intradermorreacción, efectuada a dosis crecientes de tuberculina, no permite conclusiones sobre el estado de alergia ni sobre la ausencia de infección tuberculosa anterior.—(*L'Echo Médical du Nord*, Lille, 7 junio 1936, tercera serie, año 1936, tomo V, núm. 23, pág. 977.)—M. A. C.

E. E. AEGERTER.—*El síndrome de Waterhouse y Friedrich.*

Este síndrome fué descrito por primera vez en 1901 por Little, y estudiado después detalladamente por los autores cuyo nombre lleva. Con mayor frecuencia se produce en la primera infancia, pero también han sido descritos casos en adultos.

Comienza bruscamente por malestar, inquietud y, a menudo, síntomas gastrointestinales, vómitos, dolor abdominal intenso, etc. Pronto se produce somnolencia, que termina rápidamente en coma. La temperatura es muy elevada, el pulso, rápido y débil, los tegumentos, cianóticos; brota una erupción, que puede tomar el carácter de una púrpura hemorrágica. La muerte sobreviene, la mayor parte de las veces, de dieciséis a veinticuatro horas después del comienzo. En la autopsia se encuentra una intensa hemorragia de ambas suprarrenales. La etiología es, probablemente, una meningococemia de tipo fulminante. En cuanto a la terapéutica, puede dar resultados favorables cuando se emplea extracto de corteza suprarrenal, adrenalina, cloruro sódico, líquidos, suero antimeningocócico, dextrosa y transfusiones. (*The J. of the Am. Med. Assoc.*, 1,715, 106, 1936.)—M. B.

LESIONES Y ACCIDENTES

La Antiphlogistine es muy beneficiosa como apósito quirúrgico para muchas de las lesiones y accidentes ordinarios, tan frecuentes en la temporada de los deportes y ejercicios al aire libre.

En los casos de dislocaciones, lesiones de los músculos y tendones, torceduras de los ligamentos, lesiones de la rodilla, tenosinovitis y otros accidentes traumáticos, las propiedades hiperémicas y antisépticas del apósito de Antiphlogistine ayudan a destruir las bacterias, al mismo tiempo que estimulan la regeneración de los tejidos.

Puede aplicarse sin temor en las heridas contusas, desgarradas o incisas.

ANTIPHLOGISTINE

Muestra y literatura, a solicitud.

THE DENVER CHEMICAL MFG. COMPANY

163, Varick Street

Nueva York, E. U. A.

AGENTES EXCLUSIVOS DE VENTA PARA TODA ESPAÑA:

HIJOS DEL DR. ANDREU (S. A.) ♦ Calle de Folgarolas, 17 ♦ BARCELONA

LA ANTIPHLOGISTINE SE FABRICA EN ESPAÑA

HAPTINOGENOS

“M E N D E Z”

NEUMO

Cultivo de neumococos y variedades de ESTREPTOCOCOS,
GRIPE — NEUMONIA — PLEURESIA FIBRINOSA
ANGINAS CATARRALES — OTITIS — ERISPELA.

GONO

Blenorragia. Metritis. Pelviperitonitis. Artritis.
Orquitis. Cistitis. Prostatitis.

ECZEMA

Curativo del Eczema agudo y crónico.

ESTAFILO

ANTIPIOGENO.—Anginas. Acné. Forunculosis.
Anthrax. Abscesos e infecciones a estafilo.

Teoría de la inmunidad y todos los trabajos científicos publicados se remiten a los Sres. Médicos que lo soliciten a **M. MARTIN YAÑEZ.-Apartado 384. Madrid.**

Laboratorios biológicos Doctor Julio Méndez. - Buenos Aires.

Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

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

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

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

FORMAS FARMACÉUTICAS :

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

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

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

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

Concesionarios Generales para la Exportación :
André GUERBET & Co
22, Rue du Landy
Saint-Ouen - Paris

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

**LIPIODOL
LAFAY**

En España : Sr. Juan MARTIN, Calle de Alcalá, 9,
Madrid y Consejo de Ciento, 341, Barcelona.

Islas Canarias : B. APOLINARIO Farmaceutico, Las Palmas.

Alimento fisiológico completo

VINO DE VIAL

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



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

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

De venta en todas las
farmacias

Depósito general para España:

D. Antonio Serra Pamies, S. A.
Apartado 26, REUS (Tarragona)

TRATAMIENTO BIOQUIMICO DE LAS ULCERAS GASTRODUODENALES

LAROSTIDINA "ROCHE"

Solución al 4% de clohidrato de histidina en ampollas de 5 cc.

Inyección indolora, intramuscular o subcutánea.

Una ampolla al día durante tres semanas aproximadamente.

Sedación rápida del dolor.

Ninguna contraindicación.

BARCELONA
Caspe, 26

MADRID
Santa Engracia, 4

LEON
Avenida de Méjico, 4

HIGIENE DE LOS OJOS



OFTALMOL

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

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

EL FRASCO LLEVA UNA BANERITA

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

LABORATORIO IBERIA — Rambla Moncada, 29 — VICH (Barcelona)

SECCION PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

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

SUMARIO.—SECCIÓN PROFESIONAL: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Pasado, presente y porvenir del Seguro de Enfermedad, por J. Alvarez Sierra.—Impresiones de un médico de pueblo, por A. Lozano Borroy.—Paz y concordia, por Antonio del Río Torre.—¡Revolución médica!, por Gregorio Nieto.—Sociedad Española de Higiene.—VI Semana de Higiene Mental.—Curso de Perfeccionamiento Médico Internacional de Berlín.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Tertulia.

BOLETIN DE LA SEMANA

Viernes y 24 de julio de 1936

En esta mañana, y en Madrid, la atención aparece sujeta por los acontecimientos de todos conocidos y que la índole de nuestra Revista no tiene para qué comentar, fuera de la lógica actitud que todos los hombres al margen de las apasionadas luchas políticas hemos de adoptar, deseando que cesen lo antes posible estos acontecimientos y pueda la vida volver a su normalidad absoluta, sin interrumpir la labor de cuantos ponemos y hemos puesto siempre nuestra voluntad en la paz entre los españoles todos y en el mejoramiento material y moral de nuestra clase médica.

Esperamos que todos los médicos de España nos acompañen en este fervoroso deseo, por amor a la ciencia y por devoción profesional y patriótica.

DECIO CARLÁN.

Pasado, presente y porvenir del Seguro de Enfermedad

El Dr. Martín Salazar y la orientación científica de los Seguros

Hemos dicho en otra ocasión, y hoy lo repetimos, que la formación científica de la Sanidad española, ese núcleo de Sanidad Interior y Exterior caracterizado por su extensa cultura general, por su preparación biológica, especialización en cuestiones de laboratorio y haber ingresado en oposiciones austeras, se debe a D. Manuel Martín Salazar. Parece como si el ilustre ex director general hubiese tenido la preocupación de un rigorismo pedagógico para emprender la organización de la Higiene pública que Certezo, Pulido y Bejarano dejaron en sus manos cuando acababa de romper el cordón umbilical que la sujetaba a sus progenitores, los organismos políticos del viejo régimen.

Tan pronto como en el mundo de la Sociología y de la Economía política empezó a hablarse de los Seguros obligatorios, Martín Salazar se dió cuenta de la importancia que para la clase médica tenía esta orientación previsora. Cuando Marvá y Aznar requirieron la

opinión de los sanitarios, ya se había adelantado don Manuel a buscar en los trabajos de Spencer, Carey y Dimitry de Gliuka, las fuentes informativas convenientes y se había hecho una teoría propia de cómo podrían adaptarse a nuestra patria y a nuestras características profesionales lo que en el extranjero tenía que seguir normas accidentalmente diferentes.

De período científico del Seguro español puede denominarse éste en el que la Inspección general de Sanidad se dedicaba a estudiar las relaciones del Derecho con la Sociología y su entronque con la Sanidad. Se diferencia esta orientación con la de tipo pragmático que se manifiestan en Pulido y Pascua. Alta teorización la de Martín Salazar, pero sabiendo huir del peligro utópico y procurando poner los jalones, encendiendo las luminarias que habían de guiar a los que desde el Instituto de Previsión años después cristalizaron en proyectos las ideas difusas.

Supo por primera vez entre nosotros llegar a la concepción de que todos los seguros sociales pueden sintetizarse en uno solo, puesto que se agrupan alrededor de un solo riesgo. Este riesgo es el de la pobreza que puede sobrevenir en la vida del obrero por pérdida de su capacidad para el trabajo, con la secuela obligada, que es la carencia de jornal.

Estos riesgos se producen por enfermedad, en la que es preciso considerar dos factores: la necesidad de una asistencia médica que produzca la curación más rápida posible y la de suplir la crisis económica.

Como es lógico, al llevar Martín Salazar su criterio al Instituto de Previsión, hizo constar desde el primer momento el fin remoto que tienen que llenar los seguros sociales de disminuir la morbilidad y mortalidad.

En síntesis, la influencia de la Dirección de Sanidad, en los tiempos en que sólo era Inspección general, consistió en proclamar el valor social y sanitario del Seguro obligatorio y en tomar como modelo de más fácil adaptación las Cajas alemanas, que llegaron a extender su beneficio nada menos que a las tres quintas partes de la total población.

Debemos advertir, haciendo justicia a la verdad, que les, y posteriormente los del Nacional de Previsión socia-

les y posteriormente los del Nacional de Previsión, tuvieron, como primordial preocupación, la economía del Seguro, a costa de la baja tasación de los servicios, el Dr. Martín Salazar, como D. Angel Pulido, actuaron con la obsesión de garantizar la supremacía del factor sanitario y la dotación decorosa de las asistencias prestadas. Esto dió lugar a que una alta personalidad dijese que el Seguro de enfermedad se había creado en todos los países para beneficiar a las clases trabajadoras, pero no a las clases sanitarias.

Tiene excepcional importancia recordar lo que se hizo y se dijo de los Seguros sociales antes de que éstos tuviesen la actualidad de que hoy disfrutan, porque se da el caso de que muchas personas, abogados, médicos, publicistas y sociólogos, pensando, con gran equivocación, que la implantación es inminente, se han dedicado a improvisar y opinar sobre tan interesante tema, olvidando o desconociendo que desde la Dirección de Sanidad se han realizado trabajos preparatorios que no pueden silenciarse, porque han influido mucho en las normas previas que tienen aceptadas las personas encargadas del anteproyecto.

De un trabajo publicado por el Dr. Salazar vamos a recoger unos párrafos, que demuestran la preocupación que por el problema de los Seguros sociales tuvo siempre este gran maestro.

Dicho párrafo dice así: "No hay en España actualmente un problema sanitario más transcendental que este del Seguro social de enfermedad. Podemos decir con razón que es un estigma vergonzoso para nación civilizada como la nuestra no tener constituida esta legislación del Seguro cuando ya la tienen en vigor la mayor parte de los países civilizados del mundo y aun muchos que no lo son, como, por ejemplo, Turquía. Además, llegamos a creer que sin el Seguro será estéril el esfuerzo que hagamos para disminuir la cifra de nuestra morbilidad y mortalidad anuales, comparada con la de las demás naciones civilizadas, donde se halla esta reforma establecida. Sin el Seguro no podremos rebajar la cifra enorme de nuestra estadística anual con la sustracción de todos aquellos individuos que enferman sin deber enfermar y mueren sin deber morir y que sólo con el Seguro de enfermedad recibirían la imprescindible asistencia facultativa para no morir."

Recojamos con interés los numerosos artículos y conferencias que con tanta prodigalidad se vienen produciendo en torno al Seguro desde hace algunos meses, pero no olvidemos quiénes fueron los primeros que se ocuparon de este asunto y no cometamos la injusticia de decir que las autoridades sanitarias se desentendieron de tan transcendental cuestión, cuando precisamente son las únicas que desde un punto de vista elevado, sereno y de alta crítica, siguieron la gestación de estas innovaciones médicosociales. Lástima que los que ahora hablan y es-

ciben no lo hubiesen hecho antes, y los anteproyectos del Instituto de Previsión hubiesen tenido un asesoramiento tan perfecto que, al cristalizar éstos en realidades, no hubiese existido objeción posible.

De todos modos, el autor de estas líneas sigue pensando que la implantación del Seguro obligatorio de enfermedad está todavía un poco lejos.

DR. J. ALVAREZ-SIERRA.

Nuestra colaboración en el I Congreso Español Pro-Médico

Impresiones de un médico de pueblo

(Continuación de la Comunicación presentada al tema II, "Enseñanza Médica".—Envío exclusivo para EL SIGLO MEDICO.)

b) ESPECIALIZACIONES

Comencemos por dejar sentada la siguiente afirmación:

Para nosotros, es tan intruso el médico que ejerce una especialidad sin dominarla, como el curandero en funciones de médico.

Ella lleva implícito el concepto de que el especialista es un profesional necesario, y que es preciso regular su ejercicio y otorgarle su título.

Recordamos el caso de un médico que se las daba de otorrinolaringólogo, que, comoquiera que entre varios amigos organizaran una policlínica, él se atribuyó el papel de especialista de pulmones y corazón, porque el cargo de especialista de garganta, nariz y oídos, estaba ya ocupado por otro que llegó antes. Creemos que este caso pintoresco no necesita comentarios.

El especialista, antes de serlo, debe ser médico general y ejercer como médico general durante un tiempo determinado.

Esto, aparte de la conveniencia y provecho que de ello obtendrían, robustecería la deontología de muchos especialistas, que, sentados en un trono al que ellos mismos se elevaron por su capricho y su dinero, miran con desdén y comentan con pretenciosa burla las actuaciones de los médicos de cabecera, que, bondadosos, no hacen otra cosa que admirarlos y respetarlos, muchas veces más de lo que ellos se merecen.

Así, pues, entendemos que la misión del especialista está bien definida, tanto como lo está la del médico general, y que ambos deben ir de mutuo acuerdo, no tanto por lo que tiene de moral el respetar y comprender al compañero, como por lo que ello redundaría en beneficio del paciente, y no hay que olvidar nunca que son los médicos los hechos para los enfermos, y no los enfermos para los médicos.

CONCLUSIÓN ÚNICA

La misión del especialista está bien definida, así como la del médico general, y entre ambos debe haber una absoluta compenetración en beneficio de sus enfermos.

c) MÉTODOS DE SELECCIÓN DEL PROFESORADO

El Dr. López Albo ha hecho un estudio tan completo y acertado de este tema, que nosotros nos limitaremos a

hacer algún comentario pintoresco sobre las "condiciones que debe no reunir un profesor de Medicina".

Recordamos de un antiguo profesor nuestro, cuya frase "del escolar al catedrático ha de haber siempre la debida distancia", quedó tan grabada en nuestra mente, que no se borrará jamás. Esta frase era repetida siempre que un alumno *se atrevía a subir* a la plataforma para hacerle alguna indicación o rogarle alguna concesión. Nosotros opinamos que, en efecto, debe haber una distancia respetable entre alumno y maestro en lo que atañe al saber, a la cultura, a la comprensión, naturalmente, a favor del profesor, el que debe ser respetado, pero de un modo afectuoso, sin ese respeto *de temor, de miedo*, ese respeto *a la antigua* a que tan dados eran los padres incomprensivos y los maestros enfatuados. Esta clase de respeto nos parece contraproducente para la enseñanza, pues tan sólo existiendo ese espíritu de cordialidad de que hemos hablado anteriormente entre profesor y discípulo, es como se logrará fomentar en los escolares un aumento de vocación por su carrera, ya que, haciéndose odiosos los representantes de la Medicina, difícilmente va a hacerse ésta simpática a los ojos de quienes por primera vez con ella se enfrentan.

Disfrutamos también de otro maestro de tan arraigadas convicciones en sus afirmaciones que, disponiendo nosotros de unos apuntes editados por un alumno de quince años atrás, tomados al oído de las explicaciones que dicho profesor daba en clase en aquella época pasada, en la nuestra repetía, punto por punto, palabra por palabra, sin dejarse una coma, exactamente lo mismo que dijera quince años atrás, ¡y ay de aquel alumno que olvidara, no ya un concepto, ni siquiera una sílaba de lo que él decía en clase!

Este concienzudo maestro, tenía la costumbre de enterarse—nunca faltan en las Facultades espíritus de policía secreta—de la vida privada de todos los alumnos, la que sacaba a relucir públicamente siempre y cuando le venía en gana, con el consiguiente bochorno del aludido, que tragaba quina silencioso ante aquel abuso de superioridad.

De este modo pretendía, sin duda, ir habituando a los futuros médicos rurales a padecer el fisgoneo de curiosidad malsana y chismorreos porteros a que se tiene que someter su existencia de por vida.

Otro de los profesores era de tan acendrado amor al trabajo, que de los seis o siete meses del curso académico se pasaba cuatro o cinco fuera de la población donde él tenía sus obligaciones, y más de una vez, *a pesar de estar fuera*, se le veía en un café del que era asiduo contertulio. La labor docente era encomendada a diversos auxiliares y ayudantes, que, naturalmente, realizaban un trabajo sin unidad de criterio, sin una orientación, sin una dirección única y con el poco interés que se puede suponer, pues no podían ser más papistas que el Papa, se obtenían los resultados funestos que todos pueden figurarse: salíamos todos los alumnos sin saber una palabra de aquella asignatura.

Otro de los catedráticos tenía una dicción tan confusa, que el alumno sudaba tinta para poder seguir el curso de sus explicaciones; y, como resultado inmediato, la clase se hallaba vacía, puesto que era un sacrificio inútil el que realizaban los asistentes.

Con estos ejemplos citados, fácil será deducir qué profesores deberán ser elegidos para el buen provecho de los estudiantes: aquellos que tengan amor a la labor

de la cátedra, los que tengan talento suficiente para discernir la medula, desechando lo externo, poniendo de relieve a sus alumnos aquello que más útil les ha de ser en la práctica, y dando a cada asunto la trascendencia que imparcialmente le corresponda, sin emborracharse con aquellos que por las personales investigaciones del profesor tenga por ellos más simpatía. Los que tengan cualidades de amenidad en sus conferencias y explicaciones, que den la sensación de dominio en la materia; los que posean, en fin, en grado superlativo las condiciones que para ser un buen médico, mencionaremos más adelante, pues no hay provecho en una lección como predicar con el ejemplo, sin que se requiera ser sabio para realizar una labor didáctica considerable, aunque no es desdeñable, ni con mucho, la labor pedagógica que pueden llevar a cabo la sabiduría y la investigación, que deben tener acogida extraoficial en las Facultades.

Esto es todo lo que nos parece oportuno decir respecto al apartado c) del segundo tema del Congreso. Y los métodos de selección del Profesorado serán aquellos que nos garanticen las cualidades mencionadas que debe reunir el profesor. Por tanto, pudiéramos resumir todo lo dicho en una

CONCLUSIÓN ÚNICA

El profesor debe reunir condiciones didácticas, con preferencia a todas las otras demás cualidades que puedan avalorar su trabajo.

d) MÉTODOS DE SELECCIÓN DE LOS ALUMNOS

La selección previa de los alumnos de Medicina se impone por decoro profesional, por humanidad y por mejorar el bienestar de la clase.

Verdaderamente, no es concebible la existencia de los débiles mentales en la Universidad, como cita el doctor Mira, afortunado ponente del tema que nos ocupa.

No pretendemos, ni mucho menos, que sean sabios todos los médicos, y en el desarrollo de nuestro trabajo ya se habrá podido comprender este aserto; pero sinceramente declaramos que nos avergüenza que haya médicos que no sepan redactar una carta, que digan *entremos y pasemos* por entramos y pasamos, y que se hagan un verdadero lío con la coma al escribir los miligramos—¡ojo, farmacéuticos!—, detalles, en fin, que no son de Medicina, sino que entran dentro del dominio de la cultura general. Y el médico no puede ser un hombre inculto.

El médico debe representar el papel más elevado en la sociedad, y esta afirmación no la hacemos llevados de un raptó vanidoso, sino convencidos de la máxima eficacia que esta elevación ha de tener para conseguir el respeto, la obediencia, la consideración de nuestros clientes, y, como consecuencia, para el mayor rendimiento de la terapéutica en el enfermo, extremo éste que llega a su máximo límite cuando se trata de instituir una psicoterapia, conveniente, si no necesaria, en un porcentaje elevado de casos, ya que la complicada constitución de la vida moderna, cuyos dislocamientos han llegado hasta los más apartados rincones, nos han hecho a todos un poco psicópatas, aumentando, sin duda alguna, la tercera cualidad que el refrán "De músicos, poetas y locos, todos tenemos un poco", nos atribuye a los humanos.

Al futuro médico hay que exigirle una formación bá-

sica cultural que eleve la tónica de la clase; un mínimo de inteligencia más elevado que en otras profesiones, ya que los intrincados problemas que en su próxima práctica se le han de presentar a diario exigen cualidades intelectuales superiores. Firmeza de carácter, para poder imponer su criterio al enfermo y lograr así el éxito terapéutico, imposible de concebir en un apocado o pobre de espíritu. Dulzura en las órdenes y bondad y comprensión para con las flaquezas, que, si son muchas en el prójimo, se centuplican en el enfermo. Una constitución moral elevada, condición primordial en una profesión como la nuestra, en que la ética ha sido, es y será objeto de estudio de todas nuestras Asambleas y Congresos, y cuyas normas han sido dictadas desde Hipócrates a nuestros días. Un dominio de sí mismo y una desenvoltura de ejecución suficiente para crear en el cliente la confianza en su doctor, pues, de otro modo, irá el profesional de fracaso en fracaso, con perjuicio notorio para él y para sus enfermos. Una rapidez en el percibir y una perspicacia en el obrar, no contrarias a una paciencia precisa en la expectación pausada, necesaria en muchas enfermedades. Y, por último, y sobre todo, una vocación que, si necesaria es en todas las profesiones, en ésta lo es con grado superlativo, puesto que la práctica de ella exige tal número y tal calidad de sacrificios, que solamente en un temple de sacerdote son posibles.

Existiendo verdadera vocación, no se darían casos como el de esos médicos que alardean de *fastidiarse* en sus clientes, porque tienen dinero de sobra y trabajan *por sport*, cometiendo así el doble delito de fastidiar a sus clientes y fastidiar a sus compañeros, pues la Medicina no es ningún deporte, y el médico que así lo crea debe renunciar a su ejercicio en beneficio de otro compañero necesitado. Ni habría médicos que no creen en la Medicina: nosotros conocemos estos casos paradójicos. Claro está que nosotros, personalmente, tampoco creemos en la suya, en su Medicina, que, sin embargo, ha hecho con ellos el milagro de crearles una situación económica que no hubieran conseguido realizando el trabajo de clavar un pico, que era el más apropiado para ellos.

Del método de selección de los alumnos, ya el doctor Mira nos ha dado una soberbia lección con su selección psicotécnica, coincidiendo con él en todos los puntos esenciales, sobre todo en la primera conclusión, en la que propugna por una selección "a la entrada", para evitar el grave perjuicio de perder toda una juventud estudiando Medicina para luego no poder recibir el refrendo necesario que le otorgue consentimiento para el ejercicio profesional.

Los beneficios que reportaría esta selección son incalculables, como podréis observar repasando en la Prensa profesional todos nuestros artículos, especialmente aquellos que, bajo el título de "El proletariado intelectual español" venimos publicando en EL SIGLO MEDICO.

Como para nosotros, el punto neurálgico de todo nuestro malestar estriba en la plétora profesional, insistiremos sobre este asunto en el tema tercero, terminando este apartado con la

CONCLUSIÓN

Estimar absolutamente precisa una inmediata selección de alumnos de Medicina, hecha por métodos que

estudiará en breve plazo una Comisión de personalidades de reconocida competencia en esta materia.

A. LOZANO BORROY.

Palamós (Gerona), 1936.

Cruzada Pro-Reivindicación Médica

Ante la idea lanzada de la formación de un SINDICATO MEDICO NACIONAL, nos llueven las adhesiones de toda España. Nuevamente rogamos a nuestros adheridos que envíen sobre franqueado si desean respuesta particular. De otro modo, nos vemos obligados, a pesar nuestro, a no contestar a ninguna carta.

Tenemos ya formada la Junta Organizadora, con nombres tan prestigiosos, que por sí solos son capaces de lograr la confianza de todos los médicos españoles. Advertimos que todos ellos *se han hecho* en la lucha.

Leed en EL SIGLO MEDICO un interesante artículo: "¿Sindicato Médico Nacional o Confederación de Sindicatos Médicos de España?", que se publicará en breve.

Cordial saludo de

A. LOZANO BORROY.

Palamós (Gerona), 1936.

Cruzada Pro-Reivindicación Médica

PAZ Y CONCORDIA

Han sido muchas las veces que tuve la pluma en ristre, y aun llegué a trazar las primeras líneas, para contestar, particular y públicamente, algunos artículos del infatigable y distinguido compañero Angel F. Domínguez; pero otras tantas desistí de mi primera idea, nacida al calor de la lectura de sus escritos, porque, en primer término, no quería agravar y enconar las discordias, haciendo resaltar lo que me parecía defectuoso, y, después, porque mi pluma es demasiado pobre y humilde para que figure entre las de tanto prestigio que a diario vemos en la Prensa profesional; y esta inferioridad me hacía temer, además, que mi intervención fuese controproducente para el éxito de mis razonamientos, dando pie a su fácil pluma para deshacer la mía y afirmarle más en lo que yo tratase de combatir.

Hoy, en cambio, me atrevo a asomarme a las columnas de EL SIGLO MEDICO, porque no vengo a discrepar, sino a intermediar en esa UNION que todos queremos, todos ansiamos, pero a la que todos anteponemos nuestros egoísmos personales y de clase, buscando siempre la mejor parte en beneficio de unos aplastando a los otros, o, por lo menos, sin importarnos de ellos; y de esta forma es materialmente imposible cualquier UNION.

Hemos de aprender a buscar el beneficio de todos, máxime cuando es evidente que el mal no está en la falta de soluciones, sino en los defectos de organización sanitaria y social, como lo demuestran los incontables artículos y opiniones de personas autorizadísimas, y como nos lo enseña el sentido común, que si bien es cierto el número extraordinario de médicos, mucho más cierto

es que son más abundantes las Sociedades, Mutualidades, Compañías, etc., en que trabajan espantosamente algunos compañeros, con sueldos ridículos a veces, y en donde los beneficiarios son los clientes, administradores, oficinistas, etc., ajenos a la profesión, y no son pocos los médicos que tienen varias de estas Sociedades, acaparando puestos, lo mismo que los enchufistas de cargos y sueldos oficiales. ¿Y por qué aquellos otros que, por su capacidad científica o por lo que fuese, llegan a ocupar puestos elevados de profesorado, sanatorios, clínicas oficiales, Cuerpos especiales, etc., han de abandonar, en muchos casos, el cumplimiento de sus deberes, con grave perjuicio para la enseñanza, la Sanidad, etc., por atender clientelas particulares, generalmente las más numerosas y las más acomodadas? ¿Es que ganan poco? Pues para eso necesitamos la UNION DE TODOS, para que a esos se les retribuya debidamente y puedan cumplir dignamente sus compromisos con la nación y abandonen clientes, con los que se remedian otros muchos compañeros, más necesitados, y, por eso, mi distinguido compañero F. Domínguez, como la UNION es para TODOS, debemos hacerla entre TODOS; donde quepan TODAS las aspiraciones, se recojan TODAS las iniciativas, etc., y no debemos empezar por exigir programas concretos que limitarían esa UNION. Sin embargo, existe ya ese programa que usted pide, aunque es una cosa muy general, lleno de buenos propósitos y mejores deseos, que Lozano Borroy le expondrá con más autoridad; y sólo esperamos su colaboración y la de TODOS para concretar y fijar nuestras aspiraciones de clase y pedir a los Gobiernos, y exigirles, si fuera necesario, con la fuerza de la razón y del número (de TODOS), nuestra reivindicación, de la misma forma que otras clases, mucho menos capacitadas que la nuestra, como dice muy bien Lozano Borroy, han conseguido sus mejoras, dándonos una formidable lección de organización defensiva.

A trabajar, pues, con amor, paz y concordia.

ANTONIO DEL RÍO TORRE.

!!!REVOLUCION MEDICA!!!

Las plumas vibrantes de Lozano Borroy, Polo Fiayo, Vicén, Trasmontán y otros numerosos compañeros que en este momento no vienen al pensamiento—con harto sentimiento—, llaman con fuertes toques de clarín para constituir el GRUPO MEDICO REVOLUCIONARIO o el SINDICATO MEDICO NACIONAL.

En realidad, nuestros compañeros son conservadores, al querer que subsistan las actuales organizaciones médicas hasta que puedan sustituirlas íntegramente los SINCATOS, es decir, queremos llegar a la REVOLUCION POR LA EVOLUCION.

Toda revolución nace de un malestar, por encontrar los moldes de la vida estrechos y con el anhelo de buscar otros más holgados donde haya expansión para desarrollarse con desahogo. Así vemos que en la SOCIEDAD, los revolucionarios son los que sienten, ven y palpan todas las amarguras y desabrimientos de la organización societaria. Nunca han sido revolucionarias las clases privilegiadas, porque ellas han detentado siempre todas las comodidades, todas las alegrías, todas las dulzuras de la vida, y han sido conservadoras de sus

privilegios, sucediendo lo mismo a las clases revolucionarias que iban consiguiendo situarse bien en la vida.

Vemos asimismo que las revoluciones son tanto más violentas, y subvierten el orden establecido, cuanto más agudos son los problemas de la clase que hace la revolución, cuanto mayor es su hambre moral y material. Si la clase privilegiada cede algo, sigue la evolución, pero si nada da, se llega a la sangrienta revolución, con toda clase de violencias.

En el campo médico tenemos clases, estando hoy muy agudizadas nuestras luchas, por cuanto el paro médico es intenso, y el sinsabor del médico humilde, del rural, es también muy grande.

Hoy el proletariado de la Medicina tiene su pan inseguro, sufre una lucha y una competencia verdaderamente angustiosa y su horizonte no lo ve despejado; es más, lo ve completamente lleno de nubarrones que amagan tormenta, y detrás, de lo poco que goza, no hay más que un vacío; la lucha por su vida es violenta, y en su horizonte vislumbra el fantasma del hambre.

Hoy el médico sale de las Facultades a raudales, a borbotones, y, por las quejas que hemos leído de las últimas oposiciones a titulares, mal preparados para la lucha profesional, y se encuentra ante un desierto. ¡¡No hay tajo donde emplear su arte y su ciencia!! No hay ese pueblo a mano que hacía que la carrera de médico fuera muy socorrida y la eligieran, sin vocación, una inmensa legión de la clase media, que vive al día.

Y espera, meses y años; estudia, trabaja gratuitamente en clínicas y hospitales; en su casa es el zángano, que consume, a su pesar, y se agota la paciencia; convocan oposiciones; acude en masa, y son 1.000, 2.000, 3.000 para 50, 100 ó 200 plazas; y son toda esa cantidad enorme de profesionales, de hombres que ya no pueden volver atrás, para emprender un derrotero nuevo en su vida, sino que han de ser y seguir siendo médicos durante todos los días de esa vida y han de ganarse su pan con el ejercicio de su profesión de médico, y tendrán sus ilusiones de formar un hogar para sostenerlo con el noble trabajo profesional. ¿Y se encuentra con un título en medio de la calle! Sin pan y sin nadie que se lo dé, y empieza la oferta y la demanda; la primera es enorme, y se desprecia al médico, se le regatea, hasta se le rebaja en la consideración social que merece, al existir tan abundantemente.

Y, ante la oferta de asistencia médica, no es sólo la lucha entre los sin trabajo, sino que se remonta a todos los demás médicos; y he aquí que la deontología queda malísimamente parada, y he aquí los médicos feriantes, que van a explotar su profesión un día o dos en los mercados de poblaciones más o menos importantes; he aquí los médicos que hacen dicotomías; he aquí los médicos que usan ganchos para captar al cliente; he aquí los médicos que buscan el quitar las igualas a sus compañeros; he aquí los médicos que en las consultas desprestigian a sus hermanos de profesión para formarse un pedestal con la mala suerte de ellos, y... ¿para qué seguir, si son infinitas las miserias a que se llega?

De todo esto surge un malestar, un sinsabor tan grande, en la inmensa masa de médicos humildes, de desheredados de la fortuna, que les hace pensar en la ¡¡REVOLUCION!!

¿REMEDIOS? Sí, muchos. La clase médica los ha

estudiado a fondo, y tiene soluciones teóricas y magníficas para todo, en brillantísimas ponencias, aprobadas en Asambleas no menos brillantes; pero todo es teoría, teoría, delirio de grandeza, humo, vapor.

Pero descendamos a la práctica, a lo que ya tenemos conseguido, y tratemos de edificar sobre ello para redimir a todos los sanitarios. Hoy hay una organización ESTATAL de la Sanidad con los INSTITUTOS DE HIGIENE, bien nutridos, por el Estado y la Provincia, con un personal abundante y brillante, desde el jefe a los jefes de clínicas especializadas, como puericultura, venereología, oftalmología, otorrinolaringología; con sus practicantes, enfermeros y subalternos, y su personal burocrático adyacente; esto en la rama de la Sanidad—sin contar las entidades superiores—, además de sus centros secundarios y primarios, perfectamente organizados.

En la rama de la Beneficencia y Asistencia facultativa tenemos la LEY DE COORDINACION SANITARIA, tan combatida y tan a remolque como los Ayuntamientos la admiten para cumplirla, y la que, una vez puesta en marcha, sin contratiempo de ninguna especie, resuelve este aspecto para que fué creada.

He aquí un sector de sanitarios y médicos de A. P. D. que tienen resuelto el problema, así como también los numerosos médicos encuadrados en las diversas Beneficencias provinciales, armada, militares, forenses, etcétera, mejor o peor, pero resuelto.

Pero están los libres, los que van a los pueblos contratando unas iguales, a luchar con los titulares, repartiéndose entre los dos, y entre las más cruentas luchas y sinsabores amargos, las migajas que deparan las iguales despreciadas, y el libre de la ciudad, como médico de Sociedades, de Seguros, etc, llevando una vida precaria y sin horizonte seguro.

Y el médico se ha agrupado en sus diversas Asociaciones para buscar remedio a sus problemas; y, al no encontrarlo, le ha invadido el pesimismo, y se vuelve, airado, contra ellas, porque lo abandonan en su camino, porque son impotentes para resolver sus problemas, y, ante la agudización de éstos, surge la ¡¡REVOLUCION!!

El médico ve a su alrededor a los artistas, a los profesionales diversos, a los obreros, que todos viven mejor que él, que resuelven su vida mejor que él, y no valen más que él, y esto, naturalmente, le subleva.

Pero el problema médico tiene su solución, primero y principalmente, en UNA UNION PERFECTA Y ESTRECHA de todos los médicos; unión que debe tener como punto de mira, como meta, las MANCOMUNIDADES SANITARIAS, robustecerlas intensamente, que a ellas vayan todos los fondos de Sanidad oficial, estatal, provincial y municipal; todos los fondos de las Beneficencias públicas y privadas; todos los fondos del Seguro de Enfermedad, de Maternidad, Accidentes del Trabajo; de las Sociedades medicofarmacéuticas y entierro; en fin, de todo lo que tenga que ver con la Medicina y la Sanidad.

Esas mancomunidades son la base, necesitan profunda reforma burocrática; de ellas saldrían todos los profesionales a prestar servicios sanitarios y facultativos. ¡Pero que no tengan patronos! ¡Que el patrono lo sea el ESTADO titular!

La ley de Coordinación Sanitaria ha sido el primer

jalón, llena de defectos y detalles, que en la práctica se ve su dificultad para cumplirla; pero sobre ella debemos los sanitarios edificar el palacio de nuestra total redención y prestar a la sociedad el inmenso servicio de que tenga perfecta y absolutamente garantizada su Sanidad y asistencia facultativa, desde la urbe más populosa al caserío más apartado de la civilización.

GREGORIO NIETO,

De "Crusada Pro-Reivindicación Médica".

Soria, julio de 1936.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

PROGRAMA DE PREMIOS PARA EL AÑO 1936

Premio del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.
(Dirección General de Sanidad.)

Tema: *Flora anaerobia de las conservas alimenticias.*

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

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

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

PREMIO ROEL

Primer tema: *Importancia higiénica del arbolado en Madrid y medios para fomentarlo y conservarlo.*

Segundo tema: *Tema libre sobre un punto de higiene urbana.*

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

Los trabajos que aspiren a recompensa en estos premios ROEL no deberán exceder de tres pliegos de impresión, ni componer menos de dos. Los premiados serán impresos por cuenta de la Sociedad, y se entregarán 50 ejemplares al autor. El exceso de texto sobre tres pliegos y las ilustraciones, si las hubiere, le será deducido al autor, mediante factura de la imprenta, del importe del premio. Se llama la atención sobre este extremo, que será rigurosamente cumplido, sin que contra él puedan invocarse razones de cualquier índole que fueren.

Reglas generales.

Todos los trabajos que se presenten al Concurso se remitirán al Secretario general de la Sociedad, Sr. D. José Luis Yagüe, San Bernardo, 10, hasta el día 30 de noviembre próximo, inclusive, no debiendo sus autores

LACTOLAXINE FYDAU

COMPRIMIDOS de FERMENTOS LÁCTICOS LAXANTES
con base de Fermentos Lácticos seleccionados,
Sales biliares, Agar-Agar, Nattol Italeina.

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

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

LABORATORIOS BIOLÓGICOS de ANDRÉ PARIS

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

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

LABORATORIOS
CAMPOS FILLOL
VALENCIA

LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal

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

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día

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

LACTOBULGARINA

Asociación
Digitalina - Uabaina



Reemplaza con ventaja la
Digital y Digitalina

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

LABORATORIOS DEGLAUDE
15, Boulevard Pasteur.-PARIS

Muestras y José M.^a Balasch Cuyás (Farmacéutico)
literaturas: Avenida 14 de Abril, 440.—BARCELONA

PARA LAS ENFERMEDADES NERVIOSAS
ELIXIR POLIBROMURADO AMARGÓS

BROMURANTINE (Nombre registrado)

Calma, regulariza y fortifica los nervios

Contiene los bromuros potásico, sódico, estróncio y amónico asociados con sustancias tónico amargas

Balneario CALDAS DE OVIEDO

Especializado en la curación de **Reumas - Catarros - Consecuencias gripales**

GRAN HOTEL DEL BALNEARIO

(En el mismo edificio de los baños, estufas, inhalaciones etc.)

Todo confort - Cocina de primer orden a cargo de acreditado jefe de Madrid.

Automóvil del GRAN HOTEL a las estaciones de Oviedo

15 de JUNIO a 30 de SEPTIEMBRE



SANATORIO NEUROPATICO

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

Director: Dr. GONZALO R. LAFORA

Plaza de la Independencia, 8 • MADRID • Teléfono 11380

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

PIDANSE REGLAMENTOS A LA ADMINISTRACION

III Congreso Internacional de Paludismo

Madrid, 12-18 de octubre de 1936

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

Apellidos y nombre

Título o cargo

Dirección

Miembro { protector (mínimum 250 Ptas.
o
efectivo (50 Ptas.)

Le acompañan como miembros asociados personas. (25 Ptas. cada una.)

Envío por { cheque s. Madrid } pesetas
giro postal

(Firma.)

(Se ruega escribir con la mayor claridad.)

Por ausencia de Madrid del Dr. G. Ferradas le sustituye en la Secretaría general del Congreso el Dr. D. Emilio Juengo a quien deberá dirigirse toda la correspondencia, como Secretario del Comité Organizador del III Congreso Internacional de Paludismo.—Instituto Nacional de Sanidad.—Calle de Recoletos, 19.—MADRID, 6 (España)

○ PAN INTEGRAL INSOJA ○

EL PAN DE MAS ALTO VALOR NUTRITIVO Y SABOR AGRADABLE

El empleo de la Soja en la Panificación, acontecimiento científico inapreciable, es una patente nacional de la

Panificadora de Usera

Francisco Mora, núm. 40
Teléfono 74548 - MADRID

¡DIABÉTICOS! ¡NATURISTAS! Pedido en Panaderías y establecimientos de régimen.

DEPÓSITOS CENTRALES: Mantequerías Rodríguez. La Suiza, Cruz, 26; Tintoreros, 4.

firmarlos, ni rubricarlos, ni escribirlos con su propia letra, distinguiéndolos con un lema igual al del sobre de un pliego cerrado, lacrado y sellado que acompañarán, y dentro del cual consignarán su nombre y residencia.

No se admitirá a Concurso ninguna Memoria que no se halle escrita con letra muy clara y perfectamente legible, recomendándose el *mecanografiado en negro*.

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

Los diplomas se entregarán en la solemne sesión de apertura de curso de 1936 a 1937.

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

Los sobres correspondientes a las Memorias no premiadas se quemarán en la primera sesión que la Junta directiva celebre después de la inaugural. Los trabajos no premiados se conservarán hasta fin del año 1937, a disposición de sus autores, quienes acreditarán serlo con el resguardo que la Secretaría habrá expedido al recibir cada uno de los trabajos presentados, y en el que se consignará el lema que le distingue. A partir de 1.º de enero de 1938 carecerá de validez toda reclamación sobre los mismos.

Las Memorias que hubieren obtenido recompensa—*cualquiera que ésta fuere*—se considerarán como propiedad de la Sociedad, y no podrán ser publicadas por sus autores sin permiso de la misma.

Ningún trabajo presentado al Concurso podrá retirarse.

Madrid, 18 de junio de 1936.

Por acuerdo de la Junta directiva, el Presidente, *Nicasio Mariscal*; el Secretario general, *José Luis Yagüe*.

VI Semana Nacional de Higiene Mental

La Secretaría de la Liga Española de Higiene Mental desea poner en conocimiento del público en general y de todas las personas que simpatizan con sus campañas y que han solicitado información sobre la celebración de la VI Semana de Higiene Mental:

1.º Que por decisión del Consejo Directivo, y previa consulta de los delegados provinciales de la Liga, esta VI Semana de Higiene Mental, que, por tradición, debía celebrarse esta primavera, ha sido aplazada hasta el otoño próximo.

2.º Que este aplazamiento obedece al deseo de cele-

brar este año, al mismo tiempo que la Semana, la Primera Reunión de Directores de Manicomios, y considerar que, celebrada la última Asamblea Nacional en Madrid en diciembre último, habiendo transcurrido poco tiempo aún desde esta fecha, y siendo ya algo avanzada la temporada, será más conveniente organizar la Semana y la Reunión en los comienzos del curso próximo.

3.º Que la noticia del aplazamiento ha sido comunicada a todos los delegados, para que, desde ahora, se inicie en cada provincia la organización de los actos que habrán de celebrarse, para sumar el mayor número de colaboraciones y conseguir que el éxito de esta VI Semana sea aún mayor que el de las precedentes.

4.º Que la fecha definitiva de celebración de la Semana será fijada por el Consejo Directivo, que buscará la época más conveniente en el mes de octubre o de noviembre próximo.

5.º Que, con objeto de favorecer la colaboración de los compañeros de Madrid y de provincias en estas semanas de propaganda, este año se celebrará primero la Semana de Higiene Mental en provincias, para que puedan asistir delegados de Madrid a dichos actos. Se demostrará así la estrecha unión que existe entre todos los psiquiatras para llevar a cabo con el mismo interés y entusiasmo estas campañas, cuya importancia social para la difusión del conocimiento de la profilaxis de las enfermedades mentales es fundamental en nuestro país, donde la idea de incurabilidad y el miedo al manicomio están aún tan arraigados, y cuyo valor práctico para demostrar a las Corporaciones provinciales y al Gobierno la necesidad de prestar atención a los problemas psiquiátricos y dar un ritmo más rápido a las reformas que, año tras año vamos pidiendo, es indudable, según demuestra la experiencia de la labor que ya llevamos realizada.

6.º Terminada la Semana en provincias, se celebrará la de Madrid, con objeto de que puedan asistir a ella el mayor número de delegados. Se organizará, al mismo tiempo, la Primera Reunión Anual de Directores de Manicomios, que se proyectó en la última Asamblea, y que permitirá a los compañeros estudiar, reunidos, una serie de problemas que, por su carácter práctico o local, no puedan ser motivo de atención de nuestras Asambleas, dado el carácter exclusivamente científico de sus programas, pero cuyo estudio en común por los propios interesados puede ser del mayor interés para todos.

Organizada de esta forma la Semana de Higiene Mental, cumplirá tres objetivos:

1.º Divulgar la importancia de la Higiene Mental, favoreciendo así la profilaxis de las enfermedades psíquicas.

2.º Demostrar a las Autoridades locales y centrales la necesidad de atender debidamente la asistencia psiquiátrica.

3.º Favorecer las relaciones entre los médicos directores de Manicomios, dando lugar al mejor conoci-

to de los problemas prácticos locales de la asistencia y la manera más conveniente de resolverlos.

Consecuentemente, las conclusiones de la Semana, que, como en años anteriores, se presentarán al Gobierno, representarán, no sólo la aspiración unánime de todos los miembros de la Liga y personas interesadas en los problemas de la asistencia psiquiátrica, sino que, además, recogerán con toda su importancia los problemas psiquiátricos locales que de toda España traerán los compañeros que concurran a esta VI Semana de Higiene Mental, que así tendrá verdadero carácter nacional y cumplirá totalmente la misión que desde un principio le hemos querido dar los que desde el comienzo luchamos por su implantación y desenvolvimiento.

Curso de Perfeccionamiento Médico Internacional de Berlín

La Academia de Perfeccionamiento Médico de Berlín, dirigida por el burgomaestre de la ciudad (Oberbürgermeister), en su calidad de sucesora de la "Asociación de Profesores para el Perfeccionamiento médico de Berlín", organiza, para la temporada de otoño de 1936, los siguientes Cursos de Perfeccionamiento médico:

1.º Curso de perfeccionamiento en el campo de la terapéutica otorrinolaringea, desde el 28 de septiembre hasta el 10 de octubre. Honorario: RM. 150.

2.º Resultados recientes en enfermedades de la infancia, desde el 19 hasta el 24 de octubre. Honorario: RM. 50.

3.º Resultados recientes en enfermedades del cáncer, desde el 19 hasta el 25 de octubre. Honorario: RM. 60.

4.º Regulaciones normales y patológicas de los órganos humanos—en comunicación con un curso sobre los hormones y vitaminas—, desde el 26 hasta el 31 de octubre. Honorario: RM. 50.

5.º Curso de tuberculosis en el Hospital de tuberculosos de la ciudad de Berlín, "Waldhaus Charlottenburg", desde el 2 hasta el 7 de noviembre. Honorario: RM. 50.

6.º Curso de introducción o curso de perfeccionamiento en la homeopatía, desde el 12 de octubre hasta el 6 de noviembre. El curso será dividido en dos partes: los primeros quince días servirán de introducción en la materia, y los otros quince días para el perfeccionamiento. Honorario para cada curso: RM. 40; para los dos, RM., 75; para practicantes, RM. 20 y RM. 40, respectivamente.

7.º Cursos especiales sobre todos los campos de la ciencia médica con trabajos prácticos junto al lecho del paciente, y trabajos de laboratorio; se realizan durante todo el año. Los honorarios competentes ascienden a RM. 50 hasta 80 por cada ocho clases de dos horas. En estos cursos se concede especial importancia a los tra-

bajos prácticos, pasando la teoría a segundo término, aunque esto no signifique, por cierto, que se la descuide.

Los cursos 1.º a 6.º se pronunciarán en lengua alemana; los cursos especiales, también en idiomas extranjeros.

Programa y detalladas informaciones las hallará usted en las oficinas de la Academia para Perfeccionamiento Médico de Berlín (Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung), Berlín, NW., 7, Robert Koch-Platz, 7 (Kaiserin Friedrich-Haus).

Los médicos extranjeros y los médicos alemanes residentes en el extranjero pueden disfrutar de una rebaja hasta de un 60 por 100 en los ferrocarriles alemanes y mediante el empleo de los llamados "Registermark" (marcos registrados), hacer su estada en Alemania considerablemente más barata. Para ello, es recomendable que antes de su partida se pongan en relación con su Banco nacional.

GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 709,9; ídem mínima, 704,2; temperatura máxima, 30º; ídem mínima, 14,3º; vientos dominantes, OSO.

Los trastornos intestinales de que dimos cuenta la semana última susisten, pero van remitiendo; fuera de esto no se ha observado gran aumento de la enfermería médica en los adultos.

En los niños, las enfermedades propias de la estación y algunas anginas, que repercuten en los trastornos digestivos por la fiebre que producen.

CRONICAS

Laboratorio de Leches Preparadas.—Adjuntamos con el presente número una tarjeta-pedido de los Laboratorios que encabezan estas líneas. Recomendamos a nuestros suscriptores su lectura y solicitud de muestras a la calle de Fray Diego de Cádiz, número 1.—CORDOBA.

Indicaciones del fórceps y técnica operatoria del mismo, por el Dr. D. A. Paulino Pons. Prólogo del Doctor R. Ramón y Cajal. Un tomito con numerosos grabados, 4 pesetas. Pedidos al apartado 121, Madrid.

Certificados de Penales, fichas de méritos y cuantos documentos le sean necesarios, confíe su obtención a la Sección de Consultas y servicios anejos de EL SIGLO MEDICO.

Tratado práctico de Etiqueta y distinción social, sexta edición. Distribución esmerada por asuntos, 4 pesetas ejemplar. Pedidos al apartado 121, Madrid.

Medicación por la quinina. Fiebres palúdicas, gripales, etc.

NIÑOS *Quinintantina*
DELGADO RONCO

En papeles, de acción eficaz y agradable de tomar.

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

Jugo de carne Valentine's

El mejor alimento para convalecientes el
JUGO VALENTINE'S



El mejor jugo de carne el
VALENTINE'S

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

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

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

De venta en farmacias y droguerías en Europa y América
VALENTINE'S MEAT-JUICE Co.
RICHMOND, VIRGINIA, U. S. A.

Los señores médicos pueden pedir folletos conteniendo testimonios clínicos

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

LA VACUNA DE FRIEDMANN

CURA LA TUBERCULOSIS

en especial la pulmonar, con temperatura en la boca no superior a 38°, y de carácter no exudativo, la renal, ganglionar, del recto—con o sin fistulas—, inflamaciones tuberculosas del peritoneo, iris, conjuntivitis, oído medio, tuberculosis ósea y articular, de la columna vertebral y de la piel.

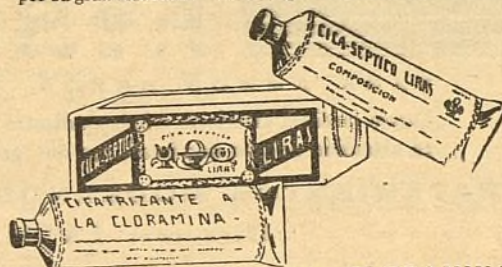
Referencias médicas, literatura científica y muestra a disposición de los Sres. Médicos.

Louis W. Hoffmann, Av. de Menéndez Pelayo, 27.-Madrid

Representante para España de: Tuberkulose-Heilstoff-Werk, G. m. b. H., en Alemania.

CICA-SEPTICO LIRAS

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



CICATRIZANTE A LA CLORAMINA

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

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

Nuevos libros del Dr. Valdés Lambea

Jefe de los Servicios de tuberculosis del Hospital Militar de Madrid y Profesor de Fisiología del Ejército

Percusión y auscultación del aparato respiratorio

(Seis lecciones elementales)

8 PESETAS

Terapéutica fundamental de la Tuberculosis

(Lecciones para médicos generales y estudiantes)

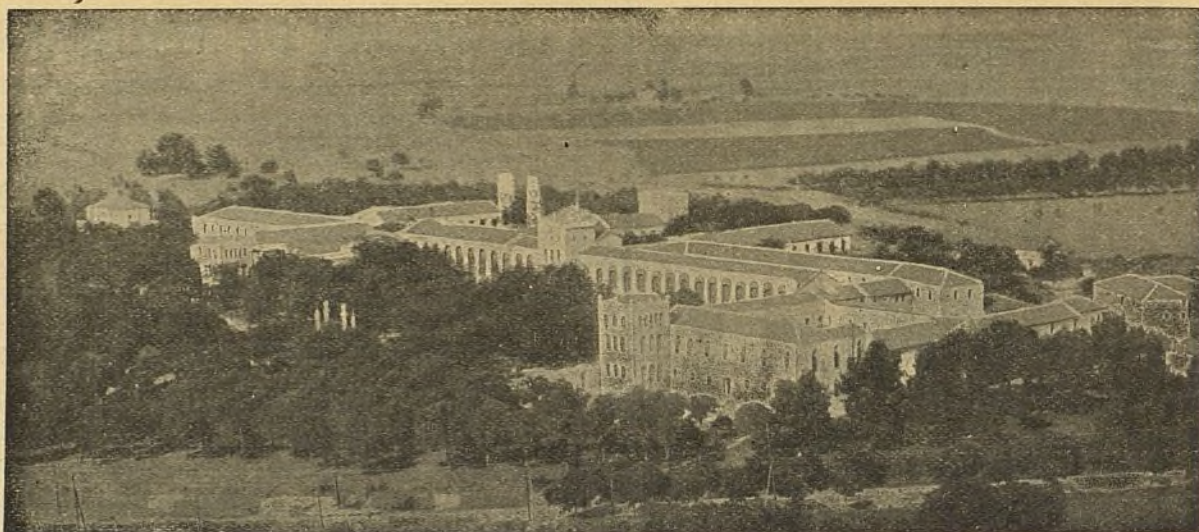
10 PESETAS

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

ALMORRANAS



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



SANATORIO PSIQUIATRICO ESQUERDO

FUNDADO EN 1877

PARA AMBOS SEXOS, CON SEPARACIÓN ABSOLUTA

Cuatro jardines exteriores e independientes con vistas al campo. Rodeado de pinar y terrenos propios en extensión de 300 hectáreas, con dos granjas de labor, varias huertas y hoteles independientes.

TRATAMIENTOS MODERNOS ♦ CUATRO MÉDICOS INTERNOS

Director: JAIME ESQUERDO SAEZ

INFORMES.-MADRID. ... { Alfonso XI, 7
Teléfono 16962

SANATORIO... { Carabanchel Alto
Teléfono 20

AGUAS MINERALES NATURALES
DE

CARABANÑA

«LA FAVORITA»

PURGANTES ∞ DEPURATIVAS ∞ ANTIBILIOSAS ∞ ANTIHERPETICAS

PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI

≈≈ MADRID ≈≈



CARLOS VELILLA

LOZA Y CRISTAL

Casa especializada en suministros a
PREVENTORIOS,
SANATORIOS,
DISPENSARIOS, etc.

Concepción Jerónima, 11
Teléfono 74217 - MADRID

**Indicaciones del FORCEPS
y técnica operatoria del mismo**

por el Dr. A. PONS

4 PESETAS EJEMPLAR

PEDIDOS AL APARTADO NUM. 121.-MADRID

TERTULIA MEDICA

dimiento de estos servicios. Su informe (1), publicado bajo forma de libro, resume admirablemente la situación.

En suma: se han obtenido resultados espléndidos durante este corto período de ocho años. El total de la mortalidad debida a la difteria, a la tuberculosis y a las enfermedades infantiles ha sido rápidamente reducido en proporciones sorprendentes. Se ha calculado que la Demostración de Cattarauga ha evitado cada año cinco fallecimientos por causa de difteria, 14 por tuberculosis, 28 por en-

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

fermedades infantiles, lo que representa en capital humano una economía de 300.000 dólares por año, o sea aproximadamente el doble del coste anual de la Demostración.

Esto ha revelado la necesidad urgente de un servicio social. A menudo se deja para más tarde la solución de los problemas sanitarios para consagrarse a los problemas más apremiantes, nacidos de condiciones económicas desfavorables, de la dislocación social y de la inadaptación debida a las anomalías mentales.

Comprobóse muy pronto que, aun valiéndose del concurso de tres o cuatro trabajadores sociales, era imposible hacer frente a otros problemas que a los de socorros urgentísimos, y nunca el personal del servicio social tuvo tiempo para ocuparse de las medidas «reconstructivas» que forman la base de todo trabajo social moderno. Reconocióse la necesidad de contar por lo menos con un trabajador social por 10.000 habitantes. Un programa de higiene social bien entendido debe comportar un programa de servicio social bien establecido.

La higiene mental es un problema urgente en el campo. Las anomalías mentales son una carga que, en las

CALGINHEMOL ALCUBERRO
Poderoso antianémico
ALCALA, 88. — MADRID

colectividades civilizadas, es tan pesada y tan cara como todas las otras enfermedades e incapacidades reuni-

(1) *La salud en el cortijo y en el pueblo.* Informe de la obra de la Demostración de Higiene del Condado de Cattarauga, con mención especial sobre las lecciones que contiene para los otros distritos rurales, por C. E. A. Winslow, Dr. P. U., Prof. de Higiene social, Facultad de Medicina de Yale, N. Y. Macmillan Company, 1931.



das. Se ha establecido también que un programa de higiene completo puede ser aplicado en el campo con tantos resultados como en la ciudad, con la sola diferencia de que acarrea más grandes gastos, a causa de las distancias. El problema es tanto más complicado cuanto que las colectividades rurales son relativamente pobres.

La Demostración de Cattarauga ha puesto de manifiesto que un servicio de higiene bien entendido paga dos veces sus gastos. Pero, ¿en dónde encontrar el dinero? Cada colectividad rural debe hallar su propia solución, pero es probable que la mayor parte de las contestaciones se resuman con estas palabras: «El Estado debe ayudarnos.» Queda, sin embargo, un vasto campo para la iniciativa privada, y en este dominio, la asistencia de la Cruz Roja sería, en muchos sentidos, valiosísima.

Las dos tripanosomiasis del hombre: enfermedad del sueño y enfermedad de Chagas

Extensión geográfica y transmisión

Por el Dr. EDUARD REICHENOW
Profesor del Instituto de Enfermedades Tropicales y de la Universidad de Hamburgo.

Entre las dolencias del hombre y de los animales en los países cálidos, las enfermedades provocadas por los protozoos del grupo «Trypanosoma» ocupan un lugar principal. Estos flagelados causan, no sólo numerosas enfermedades de nuestros animales domésticos en todos los Continentes, sino también dos enfermedades del hombre: la enfermedad del sueño, y otra, que lleva el nombre de su descubridor brasileño, la enfermedad de Chagas.

A pesar de estar producidas por organismos emparentados, estas enfermedades, en su extensión y epidemiología, en la sintomatología y la importancia práctica, se distinguen tanto cuanto dos dolencias pueden ser distintas. Por consiguiente, me parece oportuno comparar ambas enfermedades y manifestar las causas de estas diferencias, que, naturalmente, deben depender de las particularidades biológicas de sus agentes. Al emprender este trabajo me baso principalmente en mis experiencias, hechas sobre la enfermedad del sueño en Camarones (Camerún) y sobre la enfermedad de Chagas en Guatemala, donde pude comprobar

por primera vez la existencia de esta dolencia.

La extensión geográfica de ambas enfermedades se debe a la de los insectos que transmiten sus agentes. Los transmisores de la enfermedad del sueño son moscas del género «Glossina», que está limitada al África tropical. El transmisor principal es la especie «G. Palpalis». Realmente, se trata de tres especies muy parecidas, llamadas «Palpalis», «Fuscipes» y «Martinii», que antes estuvieron reunidas bajo el nombre de «Palpalis». Con la distribución de estas

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

moscas coincide también el área de la enfermedad del sueño, a excepción geográfica del Este de África, donde rebasa hacia el Este y el Sur. Allí la dolencia se transmite por otra especie de moscas, la «G. Morsitans». Los tripanosomas transmitidos por la «Palpalis» y la «Morsitans» son considerados como especies distintas, llamadas «Trypanosoma gambiense» y «Rhodesiense». Estas especies corresponden en su morfología, pero el cuadro clínico de la enfermedad es diferente, puesto que la dolencia provocada por el «Rhodesiense» tiene un curso muy agudo, que rápidamente puede terminarse con la muerte.

Sabido es que la enfermedad del sueño, dentro de su área de extensión, es una dolencia muy frecuente. El número de los enfermos asciende a cientos de miles, y en grandes regiones, especialmente en el Congo, casi toda la población está atacada por esta enfermedad.

En cambio, los transmisores de la enfermedad de Chagas son hemipteros, pertenecientes a la familia «Triatomidae», cuya área principal de extensión es Sud y Centroamérica. Además, estos insectos se extienden a una parte de la América del Norte. Algunas especies existen tam-

S A R N A
Cúrase con SULFURETO CABA-
LLERO

bién fuera de este Continente, y una, llamada «Triatoma rubrofasciata», es cosmopolita y se encuentra en todos los países tropicales. Numerosas especies de estos triatómidos se han comprobado ya como transmisores de la enfermedad de Chagas, y, probablemente todas, en tanto que ataquen al hombre, entran en consideración. Son distintas especies las que ejercen un papel como transmisores en los diferentes países, por ejemplo, en el Brasil, el transmisor principal es la especie «Triatoma me-

gista»; en la Argentina se comprobó como transmisor otra especie más pequeña, llamada «T. infestans»; en Venezuela, una especie que pertenece a un género distinto, el «Rhodnius prolixus», y en Guatemala pude comprobar el papel de «T. dimidiata» como transmisor.

La enorme extensión geográfica de los transmisores explica que también el área infestada por la enfermedad de Chagas sea mucho mayor que el área de la enfermedad del sueño, aunque su extensión, por lo que sabemos, no alcance la de los transmisores. Infecciones humanas se han encontrado hasta ahora únicamente en Sudamérica y América Central, desde la región de Córdoba (Argentina), al Sur, hasta Guatemala, al Norte.

Dentro de este área tan grande, el número de los casos averiguados es mínimo, en comparación con la enfermedad del sueño. Conocemos infecciones en cantidad notable sólo en dos regiones: el estado brasileño de Minas Geraes y una región extendida en el Norte de la Argentina. Prescindiendo de estas regiones, se han descrito sólo casos aislados: tres casos en el Estado brasileño de Sao Paulo; dos, en Perú; tres, en Venezuela; unos pocos en Panamá; dos, en El Salvador, y tres que encontré en Guatemala. Naturalmente, las infecciones en realidad son mucho más frecuentes de lo que parece, según estas averiguaciones. La causa de que se hayan comprobado tan pocos casos consiste en que la enfermedad tiene síntomas poco característicos y que los tripanosomas se presentan en la sangre sólo durante corto tiempo. Por consiguiente, las infecciones se descubren sólo por casualidad en las partes en donde no se las busca especialmente; y tales investigaciones detenidas se han efectuado hasta ahora sólo en Minas Geraes y en el Norte de la Argentina. Pero aun teniendo en cuenta estas circunstancias, podemos decir que la enfermedad de Chagas es mucho menos frecuente que la del sueño.

Eso debe sorprendernos tanto más cuanto que los transmisores, las triatomas, están infectadas muy frecuentemente con las fases de desarrollo del «T. Cruzi», y esto incluso en muchas regiones, en las que hasta ahora no se conoce ninguna infección en el hombre. Existe un área enorme, que comprende casi toda la

ION-CALCINA PALLARES

A base de Cloruro de Calcio

Frasco e inyectables

mitad Meridional del Brasil, y que se extiende también a Paraguay y Uruguay. También en la Argentina se ha encontrado un gran área con triatomas infectadas, y en Chile se las ha encontrado en la región de la ciudad Melipilla. En el Norte conocemos un área extendida en Venezuela y pequeñas áreas en Panamá, El Salvador y Guatemala. Hasta en el Sur de California, en una región vecina a la frontera mejicana, se han comprobado triatomas infectadas. Efectivamente, también los conocimientos sobre la presencia del «T. Cruzi» en las triatomas son muy defectuosos, porque en este sentido no se han investigado aún las triatomas en la mayoría de los Estados del Sur y Centro de América. En todas las partes en donde se ha encontrado el «T. Cruzi» en las triatomas, la proporción de los ejemplares infectados es muy alta y no raras veces llega al 50 por 100, y más.

Contrario es el caso de la enfermedad del sueño; el tanto por ciento de las glosinas infectadas con los tripanosomas «Gambiense» o «Rho-

SOPA DE AGRIMAX

Sopa de «Babeurre»

Leche parcialmente descremada y acidificada
— con la adición de Hidratos de carbono —

Fábrica y Laboratorio de Productos Dietéticos
MAX F. BERLOWITZ-Apartado 595.-Madrid

desiense» es siempre muy bajo, incluso en las regiones más gravemente infectadas por la dolencia. Comprendemos esta diferencia, si consideramos el modo de desarrollo de los tripanosomas en sus transmisores respectivos. Los agentes de la enfermedad del sueño, incorporados por las glosinas con la sangre chupada se desarrollan sólo en una pequeña proporción de ellas, lo más un 5 por 100. Se multiplican en el intestino medio de la mosca; de vez en cuando parte de ellos emigra hacia adelante, a la trompa, y de allí pasa a las glándulas salivales, donde, después de la multiplicación ulterior, se forma la fase infecciosa para el hombre, la cual, en el acto de succión de la mosca es expulsada con la saliva y llega a la sangre.

Por lo tanto, las condiciones de la transmisión son extremadamente favorables para los agentes de la enfermedad del sueño. Ciertamente, sólo una pequeña proporción de las glosinas se infecta, pero la mosca, una vez infectada, lo queda durante toda su vida y transmite el tripanosoma con seguridad en cada acto de succión en una persona sana.

El ciclo vital del agente de la enfermedad de Chagas en las triatomas

es muy diferente. La multiplicación empieza en el intestino medio, pero, después, los flagelados emigran hacia atrás, al intestino final. Allí se forma la fase infecciosa para el hombre y los animales, y esta forma se elimina con el excremento. Por lo tanto, sólo el excremento de los insectos es infeccioso; los tripanosomas nunca penetran en las glándulas salivales, y, por consiguiente, no puede efectuarse la transmisión por la picadura del insecto. Frecuentemente, las triatomas expulsan su excremento durante la toma de sangre, y la infección del hombre puede realizarse, si el excremento ensucia heridas o llega a las mucosas, las cuales pueden ser atravesadas por los tripanosomas. Claro es que estas condiciones de transmisión no son muy favorables. Más fácilmente se infectan los animales domésticos (el perro y el gato) al triturar las triatomas con los dientes, con lo cual los tripanosomas llegan a su boca.

Además, por lo general, sólo la gente pobre está expuesta a los ataques de las triatomas. Estas viven, como las chinches comunes, escondidas durante el día y salen por la noche a chupar sangre del hombre y de los animales dormidos. Se encuentran especialmente en las chozas primitivas cuyas paredes están hechas de palos o construídas de barro. Observé en Guatemala que, precisamente las paredes de barro ofrecen excelentes escondrijos para estos insectos, porque presentan al cabo del tiempo numerosas grietas.

En vista de la rareza con la que se encuentra el «T. Cruzi» en la sangre del hombre y de los animales, hemos de preguntarnos dónde puede originarse la infección de un tanto por ciento tan elevado de las triatomas. El hecho se explica, porque estos insectos, no sólo son hematófagos, sino también coprófagos, principalmente en el estado de larva joven, de modo que pueden infectarse mediante el excremento de otros ejemplares de su especie. Sin duda, esta transmisión directa de un insecto a otro es mucho más frecuente que el paso por el cuerpo del hombre o de algún mamífero. El «T. Cruzi», que primitivamente ha sido un parásito limitado en su ocurrencia a las triatomas, se ha adaptado a la vida en la sangre de ciertos mamíferos, pero no necesita para su existencia este cambio de huéspedes.

DULCIMIDA

PASTILLAS DE 0'03 gr.

DULZOR DE RÉGIMEN

LABORATORIOS MORATÓ

TROMBYL

COAGULANTE NACIONAL

LABORATORIOS MORATÓ

recetar la misma dosis de permanganato en un papel para que el enfermo prepare la solución por sí mismo.

La jeringa estará provista de un extremo cónico para adaptarse bien al meato; el enfermo orinará antes de proceder a la operación, para lavar la uretra, arrastrando el pus que en ella pudiese haber de dentro afuera.

Se practican tres inyecciones diarias, reteniéndolas cinco a diez minutos. Si después de la inyección queda se escoror durante todo el día, es que la solución empleada resulta muy concentrada y hay que rebajarla. La solución de permanganato potásico puede sustituirse por una de nitrato de plata de concentración muy variable. Hay quien la emplea al 1 por 5.000, al 1 por 3.000, al 1 por 1.000, y hay quien echa mano de soluciones al 1 por 100, y otros, hasta el 1 por 20. Estas inyecciones se practican una vez al día, y se retienen cinco minutos. Son demasiado irritantes en la enfermedad aguda, hallándose más indicadas en la crónica; también se sustituye por el protargol en solución del 1 por 400 al 1 por 200 con la misma técnica, o por el argirol, en solución al 1,5 ó 10 por 100.

Para los lavados de la uretra anterior se emplea el permanganato en solución del 1 por 6.000 al 1 por 4.000.

El instrumental necesario es un irrigador, con cabida para dos litros, un tubo de goma de dos metros de longitud y una cánula de Suárez de Mendoza. Se recetará:

Para un papel. Háganse 20 iguales.

Se pone a hervir un litro de agua; una vez que esté bien hervida, se disuelve en ella el contenido de un papel, y una vez que se haya enfriado hasta una temperatura aproximada de 35°, se vierte en el irrigador, previamente esterilizado, así como la goma y cánula. La solución resulta al 1 por 5.000 si el papel contiene 20 centigramos; al 1 por 4.000, si contenía 25. La solución no se preparará nunca en el irrigador, porque en la parte inferior del mismo se acumula parte de la sal sin disolver y, al

que los síntomas desaparecen casi por completo y, sin embargo, aún se encuentra materia infectante en la uretra.

10. Se le aconseja con el mayor encarecimiento que antes de contraer matrimonio se someta a un reconocimiento médico.

El tratamiento medicamentoso puede ser abortivo, pero sólo en muy contadas ocasiones, pues requiere que el enfermo se presente al médico en la primera fase de su enfermedad, cuando el flujo aún no se ha hecho purulento, y esto únicamente suelen hacerlo algunos enfermos que, habiendo ya padecido una infección anterior, conocen los síntomas. Dicho tratamiento abortivo durará unos ocho días, y se practicarán de preferencia lavados vesicouretrales, cuya técnica se expondrá más abajo, con soluciones de permanganato potásico al 1 por 4.000, y si aún fuera muy irritante, por 5.000. Durante los tres primeros días se practican dos lavados: uno, por la mañana, y otro, por la tarde; los otros cinco días se hace un solo lavado por la mañana. Siempre debe tenerse la precaución de orinar antes de proceder al lavado. Esta es la técnica de Janet. Los lavados pueden sustituirse por inyecciones uretrales con una solución de permanganato potásico al 1 por 2.000. Después de cada micción espontánea se inyectará al enfermo 10 cc. de esta solución, y los retendrá durante dos o tres minutos. Toda vía puede reemplazarse la solución indicada por una de protargol al 4 por 100. Ha sido muy empleada la solución de nitrato de plata al 1 por 30 y hasta al 1 por 20. No se debe recurrir a ella en este período, porque, sobre ser muy dolorosa, con gran frecuencia agrava la uretritis. La medicación interna es inútil en este período de la enfermedad. El método abortivo expone a un regular tanto por ciento de fracasos, cosa que debe ser advertida al enfermo, para evitar que éste, sin motivo, califique al médico de ignorante.

Una vez llegado el periodo de estado, suele éste ir en sus primeros momentos acompañado de fenómenos inflamatorios muy violentos, y entonces todo tratamiento encaminado a disminuir el flujo no haría sino aumentar aquéllos. Por esta razón, el médico no debe acceder al deseo corriente de los enfermos, y limitarse a un tratamiento antiflogístico, como el reposo, la higiene, que ya hemos señalado, y fomentos, con una solución de acetato de alúmina al 1 ó al 2 por 100.

Contra las erecciones dolorosas conviene sumergir el pene en agua fría y tomar una cada hora, hasta cuatro o cinco, de las siguientes píldoras:

Alcanfor 10 centig.
Extracto tebaico 1 —
H. s. a. una píldora. Háganse 20 iguales.

Una vez calmada la inflamación, se recurre a la medicación, que tiene por objeto secar la uretra. Para ello se recetarán copaiba, cubeba o esencia de sándalo. Las dos primeras se recetan, generalmente, asociadas, estando todavía en uso la opiata de Fournier, compuesta de

Cubeba 10 gr.
Copaiba 3 —
Jarabe de breia C. s.

Para seis bolos. Para tomar dos al comienzo de cada comida.

La esencia de sándalo se administra en dosis de 2 a 8 gramos en cápsulas de 25 centigramos. El principio activo de la esencia de sándalo es el santalol, que cuando está puro constituye el arheol; se vende en cápsulas de 25 centigramos, de las que se toman 10 a 12 al día. El santalol mezclado con resina de kawa constituye el gomosán, que se emplea poco.

Jamás debe el médico contentarse con esta terapéutica interna solamente. El flujo llega a hacerse mucoso y escaso; pero, una vez en estas condiciones, no se nota avance alguno hacia la curación. Por esto es preciso re-

currir al tratamiento local. Dos métodos de administrar localmente los medicamentos se nos presentan: bien el de las inyecciones, bien el de los grandes lavados, que, a su vez pueden ser uretrales o uretrovesicales. Los lavados uretrales pueden practicarse el mismo enfermo sin inconveniente. Se realizan merced a una cánula de doble corriente, como la de Suárez de Mendoza. Las inyecciones son el procedimiento menos aparatoso; pero como requieran soluciones más concentradas, son también más expuestas a producir agudizaciones de la enfermedad en la uretra, así como cistitis y retención urinaria cuando se aplican con una técnica deficiente. El mejor procedimiento es, indudablemente, el de los grandes lavados vesicouretrales, que además tiene sobre los otros la ventaja de asegurar el contacto del medicamento con la uretra en toda su extensión, al paso que los dos primeros métodos sólo aseguran el lavado de la uretra anterior, siendo raro que lleguen a interesar a la uretra membranosa. Muchos han sido los medicamentos propuestos para llevar a cabo estos lavados; pero, de todos ellos, el usado con mayor frecuencia es el permanganato potásico, viniendo después el nitrato de plata (generalmente peca por irritante) y las sales orgánicas de plata, algunas tan útiles como el permanganato, pero algo costosas.

Las inyecciones se practican con una jeringa de unos 10 cc. de cabida, y se empleará una solución, cuya concentración puede variar del 1 por 4.000 al 1 por 1.000. Debe recetarse la solución ya preparada, pues son muy pequeñas las cantidades de sal que hay que emplear:

Permanganato potásico 20, 25, 50 centig.
Agua destilada 1 litro.

Disuélvase y esterilícese. De este modo obtendremos una solución al 1 por 5.000, 4.000 ó 2.000, respectivamente.

Si el tratamiento hubiese de ser reservado, se puede

BARACHOL

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

LABORATORIOS FAUS — VILLAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)



FIMONAL

VIAS RESPIRATORIAS

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**

¡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

Biblioteca Monográfica de Enfermedades del Aparato Respiratorio y Tuberculosis

Tenemos el honor de comunicarle que acaba de aparecer el primer tomo de esta interesante colección, titulado **Procesos gripales seudotuberculosos**, del que son autores **D. Manuel Tapia y D. J. Tapia**. Es un volumen de 120 páginas, con 90 grabados, encuadernado en tela, editado cuidadosamente. Su precio es de 14 pesetas.

Dirija sus pedidos a la Administración de esta Revista

APARTADO 121.-MADRID



EL MEJOR LIBRO DEL ILUSTRE DOCTOR

Don MANUEL MARTIN SALAZAR

Ex Director general de Sanidad, Académico de la Nacional de Medicina, etc.

ES SU OBRA SOBRE HIGIENE

INMUNIDAD

(Con un folleto del Dr. Marañón)

**20 pesetas ejemplar, libre de gastos
Pedidos al Apartado 121 - Madrid**

¿Tiene usted la colección de Monografías editadas por EL SIGLO MÉDICO?

¿No? Pues haga inmediatamente su pedido y nunca se arrepentirá de ello.

LABORATORIO FARMACEUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

DIRECTOR D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA

(ESPAÑA)

Jarabe Bebé

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

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

Tetradinamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

Mutasán

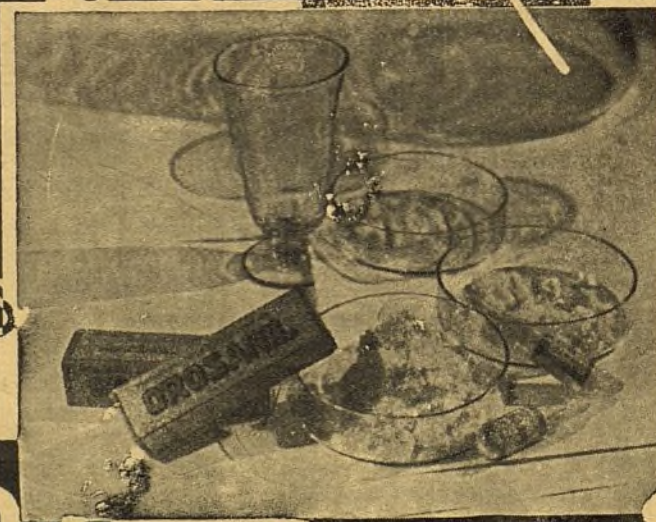
(INYECTABLE)

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

AL PEDIR MUESTRAS INDÍQUESE ESTA REVISTA Y ESTACIÓN DEL FERROCARRIL

EN LA TUBERCULOSIS

LABORATORIOS
ABELLO



Vinaroz 5
MADRID

Crosamil

Tiosulfato doble de
Oro y Sodio