

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

Núm. 4.317.—Tomo 98

AÑO OCHENTA Y TRES

5 Septiembre 1936

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 estricnina.

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

Mutasán

(INYECTABLE)

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

AL PEDIR MUESTRAS INDÍQUESE ESTA REVISTA Y ESTACIÓN DEL FERROCARRIL



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)

CESTONA AGUAS Y BALNEARIO DE CESTONA

(S. A.)

GUIPUZCOA (cerca de San Sebastián)

EL CARLSBAD DE ESPAÑA

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

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

TEMPORADA OFICIAL: DE 15 DE JUNIO A 30 DE SEPTIEMBRE

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

Pídanse noticias directamente a CESTONA (Guipúzcoa)

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

AGUAS MINERALES NATURALES

DE

CARABANÑA

« LA FAVORITA »

PURGANTES ~ DEPURATIVAS ~ ANTIBILIOSAS ~ ANTIHERPETICAS

PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI

== MADRID ==



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

TERTULIA MEDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

AMENIDADES

5-IX-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 EDUCACIÓN FÍSICA FEMENINA

Por el Dr. ANCIAUX

(Traducción y adaptación exclusiva para El Siglo Médico por J. H. S.)

La educación física ha tomado actualmente y con justa razón una importancia tal en la formación de la juventud, que el médico tiene por su parte un papel de gran utilidad en la misma.

Es a nuestro juicio no interesante, sino pudiéramos decir imprescindible, el realizar el estudio de las condiciones y las modalidades de esta situación en las jovencitas, así como en la mujer adulta.

Según acertada frase de Marneffe, tres son las modalidades según las cuales se puede practicar el ejercicio físico; son éstas: la educativa, la utilitaria y la deportiva.

La primera de ellas, o sea la educativa, no tiene otro objeto que el contribuir al completo desenvolvimiento de las funciones orgánicas y al perfeccionamiento del individuo en su más alta concepción higiénica.

Este desenvolvimiento completo de las funciones orgánicas resulta de la acción preponderante que ejerce so-

ANTIPHLOGISTINE

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

bre el individuo el ejercicio físico bien comprendido, a saber: una corriente sanguínea en los diversos órganos provoca un aumento de la intensidad de los cambios nutritivos de estos últimos, merced a un aporte más abundante de hematies, células vecrices del oxígeno.

Se produce una sobreactividad de los cambios respiratorios, así como una elevación del cociente respiratorio $\frac{CO}{O}$; la función respiratoria y circulatoria se influyen así muy favorablemente.

El crecimiento del individuo se influye asimismo por una acción bienhechora, gracias a una sobreactividad de las glándulas de secreción interna, merced al desenvolvimiento muscular, cuya fuerza se amplifica por una mejor oxidación de las grasas.

Diarreas estivales

ELDOFORMO

«Bayer»

La actitud general sufre esta influencia en el sentido de la perfección. Es de importancia, sin embargo, desde el punto de vista estético, hacer entrar en trabajo todas las partes del cuerpo. Así nos abstendremos de ordenar ejercicios que puedan provocar una deformación cualesquiera del cuerpo, tales como las que determinan el funcionamiento predominante de los músculos de un solo lado, como la esgrima de un solo lado, por ejemplo, y que puede llevar a la escoliosis eventual.

Un ejercicio de intensidad suficiente mejora igualmente las funciones digestivas, regularizando el trabajo de las glándulas gástricas y aumentando la tonicidad muscular gastrointestinal; en fin, favorece la eliminación de los venenos orgánicos, aumentando la cantidad de emuntorias, tales, por ejemplo, como las glándulas sudoríparas y renales.

Si todas nuestras funciones orgánicas se benefician así de un trabajo muscular bien dosificado, una perfección de la inteligencia, por razones de actividad psíquica, suele verificarse. Ya que, como dice Boigey, las etapas del espíritu—memoria, atención, juicio, voluntad, asociación de ideas—son jerarquizadas por las fases del desenvolvimiento corporal, ya que éstas se hallan unidas a la actividad física.

Es fácil comprender después de esto la influencia nefasta de la sedentariedad sobre la juventud; oxigenación tisular insuficiente, con anemia crónica; intoxicación lenta por retención de productos tóxicos mal eliminados por los emuntorios, que se hallan en una actividad reducida y provocan trastornos de índole nerviosa (cefaleas, insomnio, vértigos, inatención, etc.); detención prematura del crecimiento, con debilitamiento del sistema muscular; deformidades corporales; enfermedades de

la nutrición con predisposición a la tuberculosis.

En la práctica de los ejercicios físicos es muy importante tener en cuenta algunas consideraciones fisiológicas. El desenvolvimiento del esqueleto se verifica, aproximadamente, hasta los veintiún años, es decir, que antes de esta edad los huesos serán relativamente poco resistentes, sobre todo al nivel de las regiones justa-articulares, y los puntos donde el músculo se une son relativamente poco sólidos.

Así, durante la infancia y la pubertad la educación física debe ser puramente higiénica, es decir, que tenderá a desenvolver las funciones principales: respiración, circulación, etcétera; tenderá también a efectos generales y no locales; estos últimos son siempre efectos atléticos que favorecen únicamente el desenvolvimiento sistémico de los músculos en espesor, provocando la aparición eventual de traumatismo de mayor o menor importancia.

Se habrá llegado al límite máximo del ejercicio, según nos dice Boigey, cuando el pulso sea de 100 a 140 pul-

CALCINHEMOL ALCUBERRO

Poderoso antianémico

ALCALA, 88.—MADRID

saciones por minuto y la respiración se acelere ligeramente.

Antes de que se termine el período de la pubertad, los ejercicios de toda índole que se realicen tenderán a un desenvolvimiento armonioso del cuerpo y al aumento de la resistencia orgánica; tales son así los ejercicios que se practican por el método sueco, y que permiten al cuerpo conservar toda su ligereza, a causa de que ponen en acción el conjunto del sistema muscular (los flexores, los extensores, los adductores, los abductores, los rodadores).

Todo ejercicio estima el autor que debe de tener un ritmo de ejecución para que el mismo sea de alguna utilidad. El mismo deberá ir aumentando cada vez más su intensidad, si bien estima que tampoco debe de terminar de un modo que deje al individuo cubierto de sudor.

FIMONAL



VIAS RESPIRATORIAS

Con respecto a la modalidad deportiva, implica el rendimiento máximo, y sus medios son a veces diametralmente opuestos a los medios educativos: exige la mayor parte de las veces un trabajo extrafisiológico lleno de peligro. Esta modalidad está muy lejos de ser indispensable al individuo.

La Comisión de Estudios Deportivos Femeninos, instituida por la Sociedad Médica de Educación Física y de Deportes, decía el pasado año, al hablar de la modalidad deportiva para la mujer, que presenta evidentes peligros, por lo cual estimaba que ésta no debía entregarse a ciertos deportes de tipo violento, y establecía el cuadro que a continuación copiamos:

Deportes prohibidos.

Boxeo.
Lucha.
Foot-ball.
Hockey sobre hielo.
Carreras de bicicleta.
Salto con pértiga.
Salto con esquí.
Carreras de velocidad.

BARACHOL

Cura Eczemas, Erupciones y Enfermedades Rebeldes de la Piel.

Deportes permitidos.

Lawn-tennis.
Basket-ball.
Criket.
Natación.
Canotaje.
Equitación.
Golf.
Cross-country.
Hockey.
Esgrima, con ambas manos.
Patinaje.
Esquí, no saltos.
Lanzamiento de jabalina.
Patinaje.

A continuación vamos a exponer con detalle las preguntas y respuestas que el autor hace a las marcas por el Dr. Fabre sobre los deportes de la mujer:

«¿La mujer debe entregarse a los deportes?»

La mujer puede entregarse a ellos, si bien en la época de la pubertad debe de realizar éstos más que nada como un ejercicio de gimnasia sueca.

¿Qué deportes son los mejores para la mujer?

Es necesario evitar los ejercicios que llevan su objeto a un desarrollo único de un grupo de los músculos. Es, por lo tanto, ocioso repetir ahora los deportes ya marcados en la lista anteriormente expuesta.

¿Son admisibles las competiciones deportivas femeninas?

Dado que el deporte debe, más que nada, dar a la mujer ligereza y ar-

ARTE GRAFICO

Fotograbado. Hortaleza, 21. Tel. 14623

Especialidad en trabajos para Laboratorios

monía a su cuerpo, deben prohibirse en todo lo posible todo record o competición que fueren el fisiologismo del organismo. En caso de llevarse a cabo, dadas las condiciones deportivas de los pueblos de hoy, se debe llevar un control médico muy riguroso.

¿La influencia de los deportes sobre el aparato genital de la mujer cuál será?

Antes de la pubertad activará el ejercicio físico la circulación y las combustiones internas, lo cual favorecerá el funcionamiento normal de las glándulas de secreción interna y, en particular, del ovario.

¿Pueden continuarse los deportes durante los períodos de la menstruación?

Todos aquellos que, dentro de los permitidos, sean de alguna intensidad es conveniente el prohibirlos.

Con respecto al deporte indicado en los trastornos de la menstruación, nos dice que en la amenorrea aconsejaría un deporte exigidor de una actividad física algo intensa; en la dismenorrea, uno que hiciese descargar una gran cantidad de energía.»

Estima, por último, muy útiles las lecciones de educación física en los casos de cansancio generalizado: «surmenage». Y termina su trabajo con estas palabras, dichas por la aviadora Marisa Bastie a un reportero del periódico francés *Paris Soir*:

«¿Queréis obtener placer, señoras?

Haced deporte. Una deportista tiene más probabilidad de tener suerte que otra, ya que conserva esta simplicidad armoniosa, esta hermosa apariencia de juventud y de salud, que son símbolo de una verdadera juventud.» — (Del *Bruzelles Médical* del 14 de junio de 1936.)

Las dos tripanosomiasis del hombre: enfermedad del sueño y enfermedad de Chagas⁽¹⁾

Sintomatología, patogénesis y terapéutica

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

Si consideramos la sintomatología y la marcha de la enfermedad del sueño y de la enfermedad de Chagas, vemos que son muy diferentes en las dos tripanosomiasis del hombre. Esto depende del modo enteramente distinto del desarrollo de los respectivos tripanosomas en el cuerpo humano. En casos de infección reciente encontramos los agentes de ambas tripanosomiasis en la sangre humana, pero los tripanosomas de la enferme-

(1) Véase el número 4.311 de EL SIGLO MÉDICO.

dad del sueño (*Trypanosoma gambiense* y *rhodesiense*), se multiplican allí por biparticiones, lo que no sucede en el agente de la enfermedad de Chagas (*Trypanosoma cruzi*).

Fijémonos primeramente en el desarrollo de los tripanosomas gambiense y rhodesiense, y en el efecto que éste ejerce en el cuerpo humano. Los tripanosomas no se limitan a la sangre del hombre, sino que invaden también otros líquidos del cuerpo, especialmente el sistema linfático y el líquido cefalorraquídeo, lo que da lugar a que se distingan diferentes fases en la enfermedad.

Al principio se encuentran solamente en la sangre, en donde el proceso de infección es periódico. Esta periodicidad es debida a que, cuando los parásitos llegan a determinada cantidad, el organismo reacciona, formando anticuerpos y aniquilando la mayoría o totalidad de los tripanosomas presentes en la sangre. Esta infección de la sangre causa una fiebre irregular, y se observa frecuentemente que la temperatura alcance su máximo, no cuando los tripano-

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

somas son más numerosos en la sangre, sino un poco después de su destrucción en ella; de esto se concluye que, al ser destruidos los tripanosomas, dejan libres toxinas, cuyo efecto la temperatura. Este hecho es muy to se manifiesta por la elevación de importante para el diagnóstico de la enfermedad, pues resulta que en muchos casos no se encuentran los tripanosomas en la sangre durante un acceso de fiebre, sino precisamente cuando la temperatura es normal.

Desde temprano, los tripanosomas atacan también el sistema linfático, lo que conduce a un infarto intenso de los ganglios linfáticos, siendo muy característico el de los ganglios superiores de la nuca. Otro síntoma de esta fase son los edemas intensos de la cara; pero éstos no son exclusivos de la enfermedad, ya que muy frecuentemente los encontramos en las infecciones por helmintos, muy comunes entre los negros africanos. En el sistema linfático no se realiza la perioricidad de la presencia de los tripanosomas como en la sangre, sino que observamos que el número de parásitos no varía considerablemente de un día a otro. Por eso la punción de los ganglios es un medio importante para el diagnóstico, ya que en el líquido de ellos pueden encontrarse los tripanosomas, aun en caso de que no haya sido posible demostrarlos en la sangre.

(Continúa en la página X.)

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

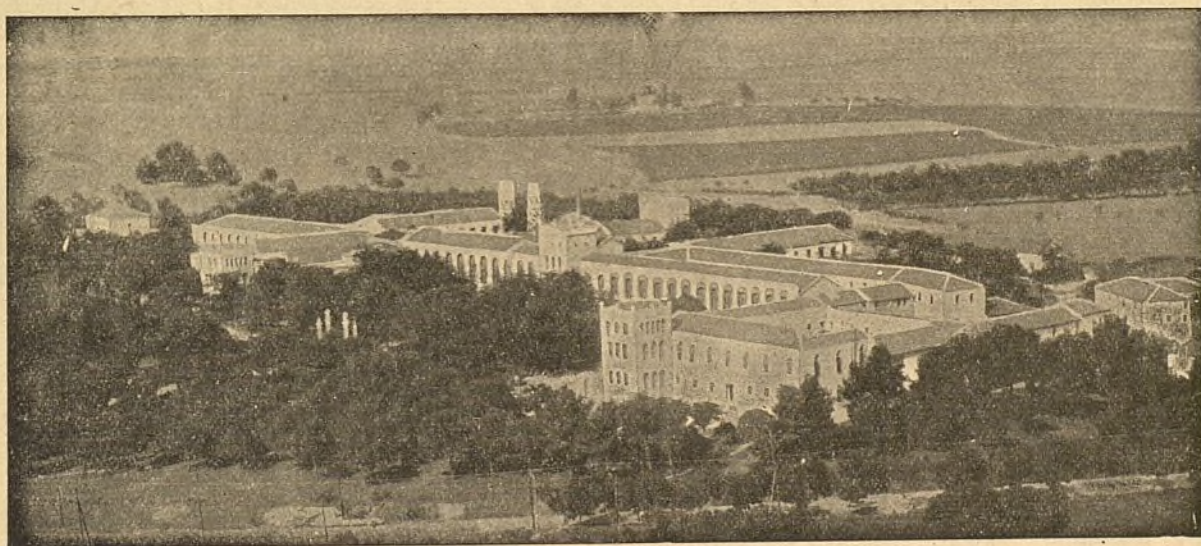
Curativo del Eczema agudo y crónico.

ESTAFILO

ANTIPIOGENO.—Anginas. Aené. Forunculosis.
Anthrax. Abscesos e infecciones a estáfilo.

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.



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

*Dolor
para mi no existes!*

(POSIDONTUS)



SODIODINE

YODURO SÓDICO ESTABILIZADO EN SOLUCIÓN AL CENTÉSIMO

NEURALGIAS REBELDES
DESÓRDENES CIRCULATORIOS
ENFISEMA PULMONAR
HIPERTENSION
MICOSIS

DOSIS
1 à 2 ampollas por 24 horas

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

LABORATORIOS CORTIAL, 7 RUE DE L'ARMORIQUE, PARIS

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

EL SIGLO MEDICO

Tomo 98

Sábado 5 de Septiembre de 1936

Núm. 4317

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: Toracoscopia y pneumolisis intrapleurale, por el Dr. J. J. Carballo Martín.—Tratamiento moderno de las enfermedades de la piel y sexuales (conclusión), por el Dr. Eusebio de Oyarzábal.—El metabolismo basal en las colecistitis crónicas, por los Dres. Gonzalo Pérez Díaz y Buenaventura Giménez.—BIBLIOGRAFÍAS.—PERIÓDICOS MÉDICOS.

TORACOSCOPIA Y PNEUMOLISIS INTRAPLEURAL

(Contribución al estudio de su técnica: indicaciones, complicaciones y resultados)

Por el Dr. J. J. CARBALLO MARTÍN

I

HISTORIA Y FUNDAMENTOS

Fué Kelling, en el año 1902, quien de modo experimental inicia la exploración de la serosa peritoneal mediante un cistoscopio de Nietze, previa la práctica de un neumoperitoneo. Pero es sólo en manos de Jacobaeus, que en 1910 continúa estas investigaciones, donde se forma la técnica de la endoscopia, perfeccionándola, hasta lograr la sección de las adherencias que impiden el colapso pulmonar en el curso del neumotórax artificial.

Jacobaeus designó con el nombre de laparoscopia a la exploración endoscópica del peritoneo, y mediante ella estudia y diferencia diversos procesos hepáticos y peritoneales, etc. Asimismo examina los neumotórax con exudados y los tumores pulmonares, y la comprobación de la existencia de bridas entre las hojas pleurales le sugiere la idea de introducir a través de otro trocar un galvanocauterio y practicar la liberación de las adherencias, creando así una técnica que tanta utilidad había de aportar a la colapsoterapia por el neumotórax artificial, que la figura del ilustre profesor de Estocolmo ocupa hoy lugar preeminente en la moderna fisiología.

Los primeros resultados fueron comunicados en 1913, y poco más tarde, en 1915, inician Unverricht y Ulrici su práctica en Alemania.

En 1913, Hervé, en Francia, propone la práctica de la liberación de las adherencias bajo la pantalla radioscópica sin el control del toracoscopio, técnica que lógicamente no hizo esperar mucho tiempo su fracaso. En 1921, el mismo Hervé introduce la aplicación de las corrientes de alta frecuencia para la práctica de la pneumolisis.

La sección de las adherencias pleurales a cielo abierto que fué practicada por primera vez en 1909 por Rovsing y Saugmann, se ha abandonado casi por completo en la actualidad, aunque todavía se encuentran algunos raros defensores del método (Kramps, Fruchaud, Carter).

* * *

El neumotórax artificial es el más elemental y más eficaz de cuantos métodos colapsoterápicos se han puesto en práctica para el tratamiento de la tuberculosis pulmonar, pues correctamente instituido logra la inactivación del proceso en no largo plazo. Mas, en un porcentaje considerable de casos, el neumotórax es ineficaz, a

causa de las adherencias pleurales, que impiden el colapso pulmonar suficiente.

La eficacia del neumotórax, aparte la elasticidad de retracción del parénquima pulmonar, está supeditada a la integridad de la pleura, pues cuando ella no experimenta alteraciones se logra un neumotórax total o selectivo, pero si existen adherencias, el colapso eficaz está impedido, produciéndose los neumotórax parciales, que, aun mantenidos largamente, no logran el cierre de cavidades, con frecuencia subyacentes a las adherencias.

El neumotórax mantenido en estas condiciones, aunque ineficaz, no es completamente inocuo, pues, además del riesgo de diseminación del proceso al otro pulmón, hay que considerar la aparición de exudados, cuyo origen debe imputarse muchas veces a la presencia de bridas pleurales, y cuya evolución es multiforme, y también la no frecuente, pero grave complicación del neumotórax valvular, consecutivo a veces al desprendimiento espontáneo de alguna adherencia.

Pero las cifras que a continuación transcribimos ilustran de manera clara y precisa la necesidad de completar el colapso pulmonar insuficiente, y, por tanto, justifican fuera de toda crítica la práctica de la pneumolisis intrapleurale.

Matson, en una estadística de 850 enfermos, seguidos durante quince años, desde 1911 a 1925, obtiene los siguientes datos, según los diferentes grados de colapso pulmonar:

Con colapso satisfactorio se inactivan el 48 por 100, y con colapso parcial solamente el 13 por 100. Es decir, que se obtienen cerca de cuatro veces más curaciones en los neumotórax totales que en los parciales.

Gravesen compara la eficacia del neumotórax con la capacidad para el trabajo de los enfermos, y observa: neumotórax completos sin adherencias aptos para el trabajo, el 70 por 100; neumotórax completos con adherencias localizadas aptos para el trabajo, el 33 por 100; neumotórax incompletos con adherencias más o menos extensas aptos para el trabajo, el 11 por 100. Estos datos ponen de manifiesto la influencia perjudicial de las adherencias, aun cuando sean localizadas.

Cifras análogas deduce Unverricht, pues en los neumotórax totales logra la curación clínica en el 66,6 por 100, mientras que en los neumotórax parciales la obtiene sólo en 8,7 por 100.

Igualmente demostrativas son todas las numerosas

estadísticas que muestran los resultados satisfactorios logrados mediante la neumolisis intrapleural, y de ello son claro testimonio los trabajos de Jacobaeus, Unverricht, Ulrici, Diehl, Kremer, Matson, Maurer, Chandler, Cova, Güllbring, Nistal, Coulaud, etc., por no citar sino algunos de los nombres más destacados y a los que va unida desde el origen hasta el perfeccionamiento una técnica que ha venido a ser el complemento obligado de la terapéutica de Forlanini.

II

NOCIONES DE ANATOMÍA TOPOGRÁFICA DE LA CAVIDAD PLEURAL

Aunque brevemente, haremos algunas consideraciones sobre los órganos intratorácicos que en contacto con la pleura tienen importancia para la práctica de la endoscopia y neumolisis intrapleural, pues el perfecto conocimiento de sus relaciones es indispensable, tanto para llevar a cabo felizmente la intervención como para orillar accidentes fatales que en más de una ocasión se han producido.

Morfológicamente, la pleura está constituida de una hoja parital y otra visceral, formando un saco, cuya cavidad, en condiciones normales, es virtual, pero que artificialmente o por modificaciones patológicas puede convertirse en real.

La pleura visceral recubre sin discontinuidad toda la superficie pulmonar hasta hilio. Esta hojilla sutil y transparente se adhiere al pulmón tan íntimamente, que no es posible separarla ni aun con la disección. La pleura visceral desde el hilio se refleja sobre toda la superficie interna de la caja torácica, revistiéndola y constituyendo la pleura parietal.

La pleura parietal recibe diferentes nombres, según la región que tapiza, y así se divide en pleura costal propiamente dicha, pleura de la cúpula torácica, pleura mediastínica y pleura diafragmática.

La pleura costal recubre lateralmente hacia adelante y atrás la pared esternocostal, continuándose hacia dentro con la pleura mediastínica, con la cual forma dos senos de dirección vertical: el seno costomediastínico anterior y el seno costomediastínico posterior. Hacia abajo se continúa con la pleura diafragmática, con la que forma el seno costodiafragmático. Finalmente, hacia arriba se continúa sin límites precisos con la pleura de la cúpula torácica.

La pleura costal es resistente y está adherida a la hojilla fibrosa que constituye la fascia endotorácica, separándose muy fácilmente del plano costal, propiedad que permite las intervenciones extrapleurales de la tuberculosis pulmonar (plombaje, apicolisis, etc.), condición ésta que es necesario considerar en la práctica de la endoscopia, pues la introducción del trocar en sentido algo inclinado al plano del tórax puede conducir a su deslizamiento subpleural y a la no penetración en la cavidad pleural, con las consecuencias que de ello pueden derivarse.

Asimismo debemos recordar que los vasos intercostales corren a lo largo del reborde inferior de las costillas, en las partes anteriores y laterales del tórax, donde se les puede herir accidentalmente en el curso de la introducción del trocar. Quedan solamente ocultos por las costillas en las regiones posteriores, pero cerca del canal costovertebral el paquete vásculonervioso está di-

rectamente bajo la pleura, y es preciso evitar lesionarlo en la enucleación de las adherencias insertas a este nivel.

A la endoscopia, las arterias se reconocen más difícilmente que las venas, que con frecuencia van acompañadas de pequeños vasos linfáticos blanquecinos.

La pleura cervical o de la cúpula forma una bóveda, a la que se halla adoptado el vértice pulmonar. La cúpula corresponde al orificio superior de la caja torácica, siendo mantenida por el llamado aparato suspensor de la pleura o aponeurosis de Zukerkandl. Normalmente, la cúpula sobrepasa de dos a tres centímetros la parte anterior de la primera costilla.

Recordemos que, recubiertos por la cúpula pleural y procediendo de delante atrás, se encuentran: primero, los vasos mamarios internos; segundo, la vena subclavia; tercero, la arteria subclavia; cuarto, el origen de la arteria vertebral e intercostal superior; quinto, el ganglio inferior del simpático cervical, y sexto, las raíces inferiores del plexo braquial.

La arteria subclavia es bien visible, apareciendo como un cordón blancuzco, pulsátil, con pequeños vasos nutricios sobre su pared. La vena subclavia, situada delante, tiene un color rosado oscuro. Asimismo son perfectamente visibles las arterias mamarias internas situadas en la línea paraesternal, dato importante para evitar el riesgo de hemorragias introduciendo el trocar en esa línea.

La pleura mediastínica recubre todo el mediastino circundante, el hilio pulmonar y formando una figura en raqueta. A la derecha reviste de atrás adelante la vena ácigos, la parte inferior del esófago, la arteria innominada, la tráquea, la vena cava descendente, el pericardio, la porción ascendente del cayado aórtico, y, abajo, una pequeña parte de la cava descendente.

El nervio frénico cruza a lo largo de la superficie anteroexterna de la cava descendente y sobre la superficie externa del pericardio, para perderse en la cúpula del diafragma. En este trayecto del frénico ha practicado recientemente Mistal su interrupción mediante el control endoscópico.

A la izquierda, la pleura mediastínica reviste, sucesivamente: la vena semiácigos, el esófago, la aorta descendente y la parte izquierda del arco, del cual parte el tronco de la subclavia y el pericardio, sobre el que se desliza de arriba abajo el nervio frénico.

La pleura diafragmática cubre el hemidiafragma correspondiente, y se extiende al fondo del seno costodiafragmático, donde se refleja, para continuarse con la pleura parietal. La pleura diafragmática es muy fina y bastante transparente, dejando ver la cúpula blanquecina o parte membranosa del diafragma con sus vasos nutricios y el color rosado de la porción muscular del diafragma.

III

LAS ADHERENCIAS PLEURALES

Histología.

La formación de las adherencias en el seno de la cavidad pleural resulta de la progresión de un foco pulmonar, de las reacciones perifocales y colaterales, o bien de la existencia de un foco pleural.

Después de la exudación, el tejido de granulación, así como las células gigantes y epiteloideas proliferan en la fibrina y se forman vasos y fibras nerviosas que apa-

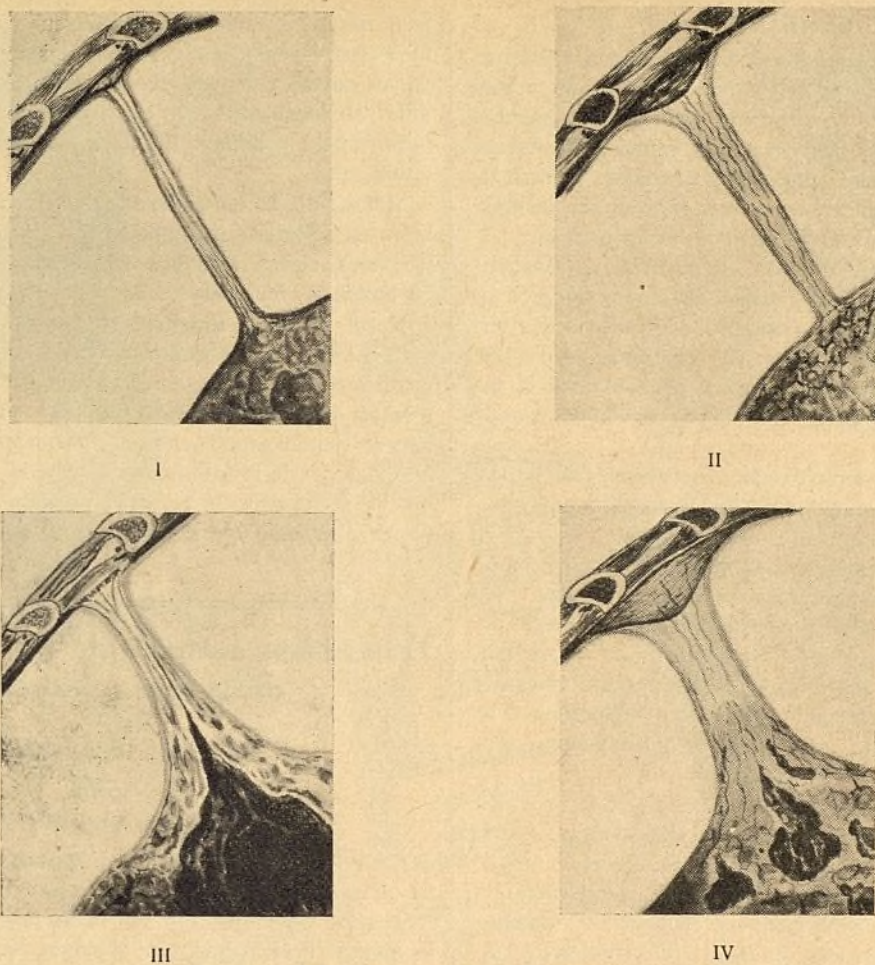


Fig. 1.ª — Tipos de adherencias según Maurer.

recen ya hacia el quinto día. Las células endoteliales se multiplican y avanzan, creando anastomosis, y se organizan las falsas membranas por el crecimiento del tejido conjuntivo vascular, y, finalmente, los macrófagos desagregan la fibrina. De esta forma es reemplazado el estado inflamatorio exudativo por el productivo. (Mistal.)

Para Guyon, la circulación sanguínea en el seno de la adherencia es en gran parte función del éstasis pulmonar. Se forman anastomosis entre las venas pulmonares en éstasis y las venas de la pared. Según la mayoría de los autores (Ackermann, Schroeder, etc.), la circulación de los vasos sería centrípeta, puesto que en ellos predominan las arterias, lo que se explicaría por la diferencia de presión entre las arterias que pertenecen a la gran circulación y los vasos pulmonares, que son de la pequeña circulación. Sin embargo, Ilse Franz estima que son posibles ambas corrientes, la centrípeta y la centrífuga, en la circulación sanguínea de las adherencias.

El calibre de los vasos neoformados en las adherencias puede variar desde medio milímetro hasta el de la arteria radial, según Permin.

En nuestra observación número 20 comprobamos por transiluminación la existencia en una brida de un vaso de un calibre aproximado de un milímetro, que fué coagulado perfectamente con la diatermia.

Las bridas consecutivas a las reacciones perifocales son debidas a los productos de exudación de los focos tuberculosos, que determinan espesamientos pleurales localizados. La inserción parietal de estas adherencias se

compone de pleura, de fascia endotorácica, de tejido conjuntivo laxo y adiposo procedente del periostio costal y de la fascia muscular. (Hubschmann, I. Franz, Maurer.)

Cuando los focos pleurales son recientes, se producen las adherencias cilíndricas del tipo primero de Maurer, las que, aun no conteniendo tejido tuberculoso en los dos tercios externos, pueden ser tuberculizadas secundariamente. (Observación número 15.)

Si las adherencias son más gruesas y resistentes, la pleura parietal y la fascia endotorácica se levantan en forma de tienda, originando el tipo segundo de Maurer.

Las bridas que se originan en la progresión de un foco tuberculoso pulmonar contienen tejido tuberculoso, y son, con frecuencia, tunelizadas por la prolongación de cavernas, dando lugar a los tipos tercero y cuarto de Maurer.

Y, finalmente, las adherencias derivadas de focos pleurales autóctonos están constituidas de pulmón, y la inserción torácica comprende la fascia interna, el periostio y los músculos intercostales.

Las adherencias secundarias a lesiones tuberculosas pleurales no comunican directamente con el foco pulmonar subyacente. Su estructura depende de la naturaleza, intensidad y antigüedad de la inflamación pleural. Las bridas ya formadas aumentan de volumen durante el curso de los diferentes brotes pleuríticos. (Mistal.)

En nuestra observación número 14 nos fué dable comprobar la neoformación rápida de adherencias fibrinosas en el breve espacio de tiempo transcurrido entre ambas torascopias.

Clasificación.

Jacobaeus dividió las adherencias en bridas, cordones, membranas y sínfisis, según su forma, extensión y anatomía patológica. Posteriormente han surgido muchas nuevas clasificaciones, pero nosotros vamos a limitarnos a aquellas consideradas como fundamentales, y entre las que es necesario destacar, en primer término, la de Maurer, de la que ya más arriba hemos hecho mención.

Ilse Franz, trabajando con el material de Maurer, después de un minucioso estudio anatomopatológico de 37 bridas y membranas, ha comprobado que los dos tercios de las adherencias operables continen tejido pulmonar. Estas investigaciones darían para Maurer la explicación de los empiemas que sobrevienen a la neumolisis intrapleurales.

A continuación transcribo las características de los cuatro tipos de adherencias según Maurer, y cuyos esquemas van en la figura 1.ª:

"Tipo I.—Adherencias en las que ni la inserción pulmonar ni la inserción torácica están ensanchadas. Son consecutivas a una sínfisis pleural reciente, es decir, poco anterior a la constitución del neumotórax, y, por tanto, tienen una gran elasticidad, que les permite alargarse sin límites. La cauterización de tales adherencias no ofrece peligro alguno, pero su efecto terapéutico será más bien ilusorio.

"Tipo II.—Adherencias en las cuales sólo la inserción torácica está ensanchada. La sínfisis pleural es más antigua, y, por tanto, algo fibrosa; la pleura exterior está levantada como una tienda; el efecto de la cauterización es mejor. Este tipo de adherencia se encuentra raramente.

"Tipo III.—Adherencias cuya inserción pulmonar está ensanchada en forma de cono. La sínfisis pleural está endurecida por la antigüedad. La tonicidad del parénquima está reducida por los focos exudativos o destructivos. La tracción crea un verdadero tallo pulmonar. Se pueden encontrar cavernas de prolongación cuneiforme. Rist y Brauert han descrito casos análogos. Este tipo de adherencia es frecuente, y la mayoría de los empiemas son debidos a su sección. Por otra parte, si no sobreviene complicación, los resultados terapéuticos son excelentes.

"Tipo IV.—Adherencias cuyas inserciones torácicas y pulmonares están ensanchadas, dándole la forma de reloj de arena. Entre los extremos de la adherencia se encuentra el tejido colágeno de la sínfisis pleural antigua. El peligro de la infección endógena es menor que en la anterior, y el efecto terapéutico es el mismo. La gran mayoría de las adherencias pertenecen a este tipo."

I. Franz ha comprobado que las adherencias de los tipos III y IV contienen, por regla general, parénquima pulmonar.

Derscheid y Toussaint dividen las adherencias pleurales en neoformadas, constituidas del material patológico exudado en la pleura y metaformado, que encuentran esta substancia en los órganos conectados pleura y pulmón. Las primeras se dividen en inflamatorias, testigos y mecánicas, y las segundas, en viscerales y deshabitadas.

Unverricht clasifica las adherencias, conforme a su localización, en apicales, laterales y diafragmáticas.

Douady y Meyer las dividen en hilos, pilares, velos, tiendas y diafragmas.

Entre nosotros, Sayé ha añadido algunas modificacio-

nes a las clasificaciones de Jacobaeus y Maurer, y así admite tres variedades de adherencias membranosas: alargadas, cortas y el velo membranoso. Las sínfisis las divide: en localizadas, de base de implantación pulmonar membranosa y sínfisis localizada aparentemente parenquimatosas.

Matson divide las adherencias, atendiendo a su morfología en adherencias, en tela de araña, filiformes, cordiformes, cintas, abanicos, en forma de cono, de banda, de tienda, y, finalmente, adherencias difusas.

Nosotros, en el estudio de nuestras observaciones, no hemos adoptado determinada clasificación, sino que, con un criterio ecléctico, hemos tomado de cada una los elementos que nos han parecido más acertados; sin embargo, siendo esta Memoria puramente clínica, para la clasificación de las adherencias ha sido nuestra guía, con mucha frecuencia, la formología, dato siempre susceptible de obtenerse con la exploración endoscópica.

(Continuará.)

Tratamiento moderno de las enfermedades de la piel y sexuales

POR EL

Dr. EUSEBIO DE OYARZABAL

(Conclusión.)

LIQUEN RUBER PLANUS

1. Roentgen: en los casos recientes, sin filtro; en los antiguos, con medio de Al: campo, el espacio interescapular. Lo mejor son las radiaciones cruzadas desde la quinta cervical hasta la primera vértebra lumbar. Al terminar las radiaciones suele presentarse dolor de cabeza y cierta debilidad general. En el liquen crónico se harán dos campos a ambos lados de las tres vértebras lumbares.

2. Inyecciones:

a) 10-12 inyecciones de pilocarpina i. m., comenzando por tres miligramos, y aumentar gradualmente hasta 12 miligramos, dos veces a la semana.

b) Neosalvarsán, stovarsol.

c) Hiposulfito Na, junto a grandes dosis *per os* de bicarbonato Na.

Localmente.—Duchas templadas. Baños. Sol artificial, cada dos días, treinta minutos.

Dl. Aceite de enebro, cinco; bálsamo del Perú, dos; alcanfor triturado, uno; óxido de cinc, dos; lanolina y vaselina aa, 15. M.

Aumentar gradualmente la concentración en caso de necesidad.

Liquen simple crónico.

Crisorolina o cignolina. Iontoforesis. Inyección i. v. de cloruro de calcio o de Cl Na.

Liquen eritematoso.

Localmente.—1. Por la mañana, pincelaciones con tintura de yodo; por la noche, sobre el mismo sitio, pomada de precipitado blanco. Si se produce inflamación, fomentos y pastas indiferentes. Repetición cada siete o quince días.

2. Toques con: Dl.: ácido fénico, uno; ácido láctico puro, cuatro. Si irrita, lanolina o una pomada indiferente.

3. Iontoforesis, con polo +; clorhidrato de quinina,



3
PRODUCTOS
NETAMENTE ESPAÑOLES
CONTRA
EL



REUMATISMO

SALIVENAL

AMPOLLAS

SALICILATO DE SOSA AL 10% EN SOLUCIÓN GLUCOSADA ISOHIDROGENIONICA PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA
AMPOLLAS DE 5 Y 10 C.C. • CAJAS DE 5 AMP.
1 A 2 AMPOLLAS DIARIAS

Salicitiro

SOLUCIÓN

SALICILATO DE SOSA Y TIROIDINA EN SOLUCIÓN FUERTEMENTE ALCALINIZADA
2 GRS. DE SALICILATO DE SOSA POR CUCHARADA SOPERA
FRASCOS DE 250 GRS.
2 A 4 CUCHARADAS DIARIAS

Atoftiro

COMPRIMIDOS

ACIDO FENIL • QUINOLIN • CARBÓNICO Y TIROIDINA
TUBO DE 20 COMPRIMIDOS
2 A 4 COMPRIMIDOS DIARIOS

TRES FORMAS ANTIRREUMATICAS TOLERABLES

ESTREÑIMIENTO

**Lactolaxine
Fydau**

COMPRIMIDOS DE
FERMENTOS LÁCTICOS
LAXANTES

COMBATE EL
ESTREÑIMIENTO
LA ENTERITIS Y
SUS CONSECUENCIAS
RESTABLECE LA
SENSIBILIDAD
DE LA MUCOSA
REEDUCA EL
INTESTINO

*1 a 3 Comprimidos
por día.*

MEDICAMENTO LAXANTE
IDEAL PARA NIÑOS,
ADULTOS Y ANCIANOS.

LABORATORIOS ANDRÉ PÂRIS
PARIS • FRANCE

Muestras: Alejandro Riera, Agente General
Napoles 166 BARCELONA

SREVILL

1-5 por 100, 2-10 miliamperios, tres-cinco-diez-veinte minutos. Pasados dos-tres días, repetición.

Lo mismo, pero con el polo positivo, en solución de sublimado al 1 por 1.000, polo —, indiferente.

4. Pincelaciones con nieve carbónica y acetona, mezcladas.

5. Alta frecuencia; sol de altura.

Al interior.—Desinfección del intestino, útero, amígdalas con azufre, calomelanos, carbón. Nada de café ni bebidas calientes.

Inyecciones:

1. Autovacuna.

2. Tiosulfato sódico con o sin oro, tres veces a la semana, 50 miligramos; más tarde, 100 miligramos i. v. dos veces a la semana.

3. Bismuto i. m., 10-12 inyecciones; argoflasina en i. v. 0,25 cada dos días.

4. Sanocrinina, 0,5, cuatro-cinco inyecciones; trifal, crisolgan, 0,0001; pasados diez días, 0,00025; pasados otros diez días, 0,0005, y así sucesivamente hasta llegar a 0,10 ó 0,025. Después de varios meses de tratamiento, pausa de seis-ocho semanas. En los casos agudos, comenzar por una pequeña dosis.

5. Diariamente, un litro de Cl Na en crema.

LUPUS VULGAR

1. Diatermocoagulación. Después, pomada de Bi.

2. Para los pequeños focos: Dl.: permanganato potásico pulverizado, 7,5; ácido salicílico, 1,5; novocaína, 3; vaselina, 10. Si se produce irritación, fomentos.

3. Sanocrisina, como en el L. erit.

Naevi:

a) *Verrugosos.*—Varias veces, con algunos días de intervalo, nieve carbónica durante tres minutos. Una vez desaparecida la rugosidad de la superficie, pincelaciones con colodión salicílico. Raspado, después Roentgen.

b) *Tuberosos.*—Rayos no filtrados o filtrados con 1/10 Al. Pasadas tres semanas, repetición.

c) *Pigmentados con pelos.*—En primer lugar, quitar los pelos con electrólisis; después, el mismo tratamiento que los pigmentados sin pelos: nieve carbónica, alternando con ácido tricloracético. La nevi negros sin pelo serán excindidos, y después se aplicarán los Roentgen o el radio.

d) *Aracnei.*—Electrólisis central, hasta que el centro aparezca blanco (dos-tres miliamperios).

e) *Flammei.*—Lámpara de Kromayer. Closetido o nieve carbónica.

Papilomas en la barba.—Depilación diaria con una mezcla de: Dl.: sulfuro arsenioso, óxido de cinc aa, 25; cal viva, 15. M.

En las que asienten en los mismos pelos.—Lavados con jabón salicílico y pincelaciones posteriores con alcohol resorcinado al 5 por 100; entre las pincelaciones, cauterizar con licor de Fowler al 20 por 100.

PARAPSORIASIS

Tratamiento interno.—Solución de cloruro de calcio, 20 en 300, cinco veces al día, una cucharada de sopa. Además, inyecciones subcutáneas de pilocarpina y sol de altura artificial.

PEDICULOSIS

a) *Capitis.*—Cuprex o Wissex durante una hora. Sublimado acético y alcohol alcanforado a partes igua-

les. Después, frotaciones con una mezcla de una-dos gotas de bencina o xilol en vaselina.

b) *Corporis.*—Baños de azufre, veinte-treinta minutos. Desinfección de la sopa.

c) *Pubis.*—Óxido amarillo de Hg. al 5-10 por 100; pomada de calomelanos al 3-5 por 100, de naftol beta o de bálsamo del Perú.

Pénfigo vulgar.—Baños de permanganato potásico. Los alrededores de las ampollas se pincelarán con tintura de Arning. Vendaje encima.

Al interior: ovarina, tiroides o plasmquinina. Radiaciones Roentgen del ovario; más tarde, autitiroidina.

Inyecciones: i. v. de neosalvarsán; dosis, dos-tres i. v. de mercurocromo, 0,005 por kilogramo de peso. Coagulación i. m. alternando con preparados de hierro. Autohematoinyecciones de 10-15 centímetros cúbicos directamente de la vena a los glúteos. Vacuna estreptocócica opolivalente, o de las ampollas de otro enfermo de pénfigo. Inyecciones diarias de 0,02 de plasmquina.

Vacunación con linfa de la viruela (método de Görl).

PITIRIASIS ROSADA

Sol artificial hasta causar eritema. Pasta de mitigal al 10-20 por 100.

PITIRIASIS VESICULAR

Lavados con ácido acético diluido. Pincelaciones con hiposulfito Na, que desprende azufre en estado nascente.

PSORIASIS VULGAR

Tratamiento general.—Al interior y luz (local):

1. Sol de altura hasta pigmentación, junto con inyecciones de tripaflavina. Electrocoagulación de algunos elementos, hasta la desaparición de todos.

2. Dl. Licor de Fowler, 10; agua de menta piperita, 20. Tres veces al día, 5-20 gotas, aumentando.

3. Extracto de timo, tiroides, hipófisis, suprarrenales, testicular y paratiroides.

4. Pepsina, diastasa, cal, vigantol.

Inyecciones:

1. Tripaflavina: comenzar por 0,05 hasta 0,1 un día sí y otro no; inyección i. v. hasta pasar 10-20.

2. Bismuto i. m.

3. I. v. de trifal cada cinco-siete días, 0,025-0,1 durante seis semanas.

4. Salicilato sódico al 20-40 por 100 en solución glucosada.

5. Inyecciones de azufre.

6. Emitina subcutáneamente.

7. Insulina (especialmente en la uremia, glucemia, colesterinemia y colemia).

8. Atoquinol.

9. Transfusión de sangre no citratada.

10. Extracto de piel psoriásica.

Tratamiento al timo.—Roentgen con Al. Tanto más antiguo sea el caso, tanto más fuerte ha de ser la filtración.

Diatermia.—Terapéutica medicamentosa local:

1. Levantamiento de las escamas con vaselina salicílica y masaje. Lavado con jabón de mármol o pernatrol.

2. Pincelaciones con permanganato potásico o en pomada al 1 por 100.

3. Cada veinticuatro horas, pincelación de la eflorescencia con brea de hulla. Sol de altura.

PRURITO GENERALIZADO

1. Sin tener en cuenta su etiología y localización:

A. *Al interior*.—Bromuros; Baldrian; hidrato de cloral; arsénico; azufre; nitroglicerina (nada de opiáceos).

B. *Inyecciones*.—Tripaflavina, mirion, glucosa, bromuro Na, pilocarpina, sueros, suprarrenina, autohemoterapia.

C. *Hidroterapia*.—Baños de azufre o de corteza de encina, agua caliente, aire caliente, frotaciones con el zumo de limón, agua avinagrada y alcohol mentolado.

D. *Procedimientos físicos*.—Fulguración, sol de altura, Roentgen en pequeñas dosis, luz azul.

E. *Tratamiento local*.—Mitigal, solo o con 1/2 por 100 de aceite de espliego como desodorante. Toques con nitrito de amilo puro o una mezcla al 10 por 100 de nitrito de amilo e ictiol. Pomadas antipruriginosas que contengan aceite de eucaliptus, bergamota, pimienta. Timol y calmitol en pomada al 1-2 por 100 o en líquido. Infiltración del cutis y subcutis en los casos rebeldes con cera de solución de novocaína, 0,25, en suero fisiológico, 100, cuatro-cinco inyecciones.

Además de los procedimientos indicados, se usan los que siguen a continuación, según su diferente etiología:

2. *Prurito senil*.—En estas formas, lo más eficaz es el ácido silícico al 1 por 100 en forma de silicato Na. Se pone en inyección i. v. en cantidad de 0,5 a 2.

3. *Prurito en las afecciones del hígado como consecuencia de hemoclosia*.—Peptona Witte, 0,005 hasta 0,05, una hora antes de comer y cenar.

4. *En la hiperglucemia*.—Insulina; inyecciones de suero Cl Na desde 0,06 hasta 1 por 100 en 50-100 de agua.

5. *Prurito de base endocrina*.—Tiroidina dos-tres veces al día durante cinco semanas. En los hombres, extractos de testículo; en las mujeres, preparoides de ovario.

PRURITO DEL ANO Y GENITALES

Esta localización, a causa de su frecuencia, necesita ser tratada con detalles.

1. Si hay irritación, aceite de almendras y talco encima.

2. Después de cada deposición, pomada de ácido fénico al 1 por 100, o sublimado en solución al 1 por 1.000.

3. En las mujeres, irrigaciones vaginales con disolución de bicarbonato de sosa al 1 por 100.

4. Después de orinar, lavado e irrigación con agua bicarbonatada, una cucharada de las de sopa en tres litros de agua. Espolvoreamiento con talco timolado al 1/2 por 100.

5. Pomada de calmitol o polvos en suspensión.

6. Pasta de novocaína al 1/2 por 100.

7. Lavados con 1/2 por 100 de vinagre y una cucharada de levadura de cerveza en un litro de agua.

8. Toques con ácido fénico al 10 por 100.

9. Frotaciones con la pomada oficial de óxido amarillo de Hg. o la de calomelanos al 10 por 100.

10. Frotaciones con tetracloruro de carbono, más 1/2 por 100 de ácido fénico, ó 2 por 100 de alcanfor dos veces al día. Encima, polvos de calomelanos.

11. Si sale mucha mucosidad por el ano, pincelaciones con reargón.

12. Sol de altura; aire caliente; luz roja.

13. Iontoforesis, pala + 6 por 100 No_3 Ag, pocos centímetros cúbicos, con electrodo en el ano; polo —, 20 por 100 de lugol sobre el vientre, quince a cuarenta y cinco minutos de duración.

Los siguientes métodos son de aconsejar en los casos rebeldes:

14. *En el prurito genital femenino*.—Infiltración de los labios mayores con inyecciones de solución de novocaína al 1 por 100, una vez a la semana, cuatro centímetros cúbicos.

15. Previa anestesia, inyectar verticalmente, todo alrededor del ano, dos-cuatro gotas de alcohol de 96°. (Que no asome ninguna gota de la punta de la aguja, porque quema la piel.)

16. Vacuna coli y estafilocócica.

17. Anestesia de la región perianal, y en un círculo de unos cinco centímetros, escarificaciones limosas profundas, con objeto de cortar los pequeños nervios.

18. *En las formas micóticas*.—Pomada al 7 por 100 de ácido salicílico y azufre, o de Dl.: salicilato de Hg y eucaliptol aa, cuatro; bismuto, 10; vaselina y lainina aa, hasta 100. M. O: Dl.: ácido fénico, ácido salicílico, ácido benzoico aa, uno; vaselina, hasta 100. M.

19. Lavado con permanganato; resorcina, 1-5 por 100, ó sublimado al 1 por 100.

20. Pincelaciones con tintura de yodo muy diluida (20 gotas en 80 centímetros cúbicos de alcohol). Encima, linimento de cal.

21. *Oidium*.—Pomada al 10 por 100 de resorcina y azufre.

22. *Septotru*.—Solución de sulfato de cobre al 1 por 100.

23. *Tricomonas*.—Solución de sulfato de cinc al 1 por 100.

PIODERMIAS

Rivanol al 1 por 1.000-1 por 100, bien con polvos en suspensión, en pomada o en pasta. Después de la distritis es suficiente, a menudo, la pomada de ácido bórico. En los casos rebeldes, salvarsán.

SARNA

Tratamiento rápido:

1. Mitigal, tres fricciones en el espacio de veinticuatro horas. El paciente se envuelve en una manta. Al vigésimo día, pasta de cinc. Tres baños al día.

2. En la piel muy sensible: Dl.: mitigal, 40; óxido de cinc y azufre precipitado aa, cinco; cerato simple, 40. M.

"STROPHULUS INFANTUM"

Régimen alimenticio.—Nada de grasas; mucha fruta.

Al interior.—Anitoquina o luquinina, cada vez 0,05 en agua antes de las comidas.

Localmente.—Baños de alumbre (una cucharada grande por baño). Baño de permanganato. Por la noche, pomadas refrescantes; por el día, polvos en suspensión.

La siguiente pomada:

Dl.: precipitado blanco de Hg., uno; mentol, 0,2; fenol, uno. Vaselina, lanolina, óxido de cinc aa, hasta 15. Mézclese.

Terapéutica general de la piel:

A. Pomada para evitar la sequedad de la piel:

1. Dl.: parafina líquida, cuatro; glicerina, ocho; óxido de cinc, almidón y agua destilada aa, hasta 100.

2. Dl.: tragacanto, 3; óxido de cinc, 10; eucarina anhidra y agua destilada aa, hasta 100.

3. Dl.: almidón, 10; óxido de cinc, cinco; cera blanca, 0,6; eucarina anhidra, cuatro; agua destilada, hasta 100.

En las tres fórmulas, el agua puede ser substituída por agua boricada, acetato de alúmina o alcohol.

Si se quieren hacer estables estas mezclas, añádaselas un 0,003 de oxicianuro de Hg. Si se quiere dar un polo color a la piel, se añadirá la solución al 1 por 100 de eosina e ictiol aa, uno a ocho.

También pueden añadirse medicamentos a las pomadas, sin que por esto varíe su fundamento.

B. Astringentes:

Medianos: ajeno, verbena, hojas de zarzamora, junto a: Dl.: licor de acetato de alúmina, agua de plomo, agua boricada, etc., 200 gramos para un baño.

En los eczemas infectados, fomentos de vino tinto.

C. Astringentes fuertes son: la corteza de la encina, y, sobre todo, la nuez de agallas. (Esta última, muy apropiada en las dermatosis pruriginosas.) En las dermatosis, ampollas (por ejemplo, el pénfigo), la adición a un baño de 200 gramos de sulfato ferroso surte buen efecto.

C. Anestesia.—Por iontoforesis.

2. Por presión: para la ablación de los pequeños tumores, atar de la piel hasta coger la piel por ambos lados de la porción gl.; se va a oponer y comprimir hasta que quede isquémica.

D. Técnica del tratamiento por el sol de altura artificial:

En el eczema.—Aumentos graduados sucesivos, hasta formación de eritema.

Exfoliación.—Crea enseguida un fuerte eritema, pero con protección de los alrededores.

Estímulo a la proliferación.—Igual, pero no tan fuerte. A menudo hay que repetir.

Trastornos vasales.—Crear un fuerte eritema. Pasado éste, repetir cuatro o cinco veces.

Los alrededores pueden protegerse con alcohol y tannino al 10 por 100; pomada de quinina, también al 10 por 100, ó teonón.

E. Más terapéutica por la luz.—La luz azul obra ligeramente, pero alivia dolores, disminuye las secreciones, limpia las heridas y despinta las granulaciones, con objeto de epitelizar. La luz roja obra antiflogísticamente, especialmente en las heridas tórpidas. La luz amarilla ejerce acción sobre las fístulas; generalmente, se usa unida a las luces azul o roja.

F. La desensibilización de la piel frente a la luz se hace tomando al interior diariamente 0,25 de resorcina.

G. Terapéutica por frío.—En las dermatosis crónicas infecciosas, nieve carbónica mezclada con éter, para pincelar en los sitios determinados con mayor o menor precisión.

H. Terapéutica por el agua:

a) Agua caliente en la rosácea, prurito, pénfigo, ictiosis, hiperqueratosis.

b) Agua fría en el prurigo, eczema, sarna, impétigo, ectima, tricoficia y erit pernio.

TUBERCULOSIS DE LA PIEL

1. Stovarsol, tres días, tres veces, 0,3; tres días de descanso, hasta tomar en junto 16 gramos.

2. Sol de altura y radiaciones Roentgen.

3. 0,001-1 tuberculina cada cuatro días.

ÚLCERAS INESPECÍFICAS DE DIFÍCIL CURACIÓN

1. Cada dos horas, espolvoreamiento con polvos yodacet.

2. Fomentos con H_2O_2 + 1/4-1/2 por 100 de acetato de alúmina.

3. Compresas de insulina.

4. Colocar gasas mojadas en una vacuna compuesta de estreptococos y estafilococos.

5. Como pomadas para la granulación de la úlcera, la targerina, eucenna, 1 por 100 de timol, 10 por 100 de extracto de ratania.

6. Para las úlceras vaginales, cuando se han hecho atónicas, solución de crisidina al 1 por 100; si es muy dolorosa, yodoformo o vioformo al 10 por 100.

7. Al interior, dos-tres veces al día, un gramo de yodurosódico. Aceite de hígado de bacalao.

8. Inyecciones de insulina dos veces al día, 30-40 unidades en conjunto. Además, extracto testicular.

ÚLCERA DE LAS PIERNAS

Además de lo dicho en el capítulo anterior:

1. Sobre las pomadas que activan la granulación, un vendaje de gelatina de cinc.

2. Una vez cubiertos los alrededores, lavado con H_2O_2 una vez al día.

3. Quietud en cama.

4. Dos-tres días, fomentos con 1/4-1/2 por 100 de nitrato de plata, ó 1/2-2 por 100 de permanganato potásico.

URTICARIA

Régimen alimenticio.—Nada de alimentos con purinas y alcaloides (los alcaloides, cafeína, teobromina y teofilina derivan de la purina); leche, verduras.

Al interior.—Calomelanos; más tarde, laxantes salinos. Aspirina, ictiol, ictiol-calcio, carbonato de calcio, pantopón, atropina (en la vagotonía); extracto de tiroides. Además: Dl.: ergotina, clorhidrato de quinina aa, 0,5; ictiol, 0,2; extracto de belladona, 0,002; azúcar, c. s. M. y M. polvo.

Inyecciones:

1. Preparados de terpinol, uno-cinco centímetros cúbicos, intramuscular.

2. Manganeseo coloidal, 0,5-2, una vez a la semana.

3. Sol; adrenalina (1: 1.000), 5-10 centímetros cúbicos.

4. Solución estéril de bicarbonato Na, no hervida, 4 por 100, intravenoso, 50 centímetros cúbicos.

5. Solución fisiológica de Cl Na cada dos-tres días, 50-100 centímetros cúbicos en inyección.

Tratamiento local.—Baño diario de 42° C. Aumentar la duración hasta veinte minutos. En los casos crónicos de los niños, ayuda mucho con frecuencia vaselina peptonizada al 10 por 100.

BACTERIURIA DE LAS MUCHACHAS JÓVENES

Suprimir la alcolescencia de la vagina, a fin de evitar el desarrollo de los colibacilos. Se alcanza este propósito sirviéndose de las irrigaciones vaginales con acetato de alúmina.

BALANITIS

1. Colocar entre prepucio y glande una tira de gasa mojada con alcohol absoluto.

2. Espolvorear con neosalvarsán.
3. Lavados con permanganato potásico al 1: 1.000, y, en caso de necesidad, incisión dorsal y lavado con solución de H_2O_2 .
4. Fomentos tres veces al día con solución de alumbre o nitrato de plata al 1: 4.000-2.000. Espolvoreamientos con tanino y talco al 10 por 100.
5. En los casos de gangrena, lavados con soluciones jabonosas al 1 por 100, ó pincelaciones con soluciones concentradas de jabón. Igualmente, pincelaciones con $NO_3 Ag$ al 10 por 100. Acido crómico al 20 por 100, ó permanganato al 5 por 100.
6. Aun excluido el diagnóstico de sífilis, pincelaciones con salvarsán-glicerina.

CISTITIS Y OTRAS INFECCIONES DEL CANAL URINARIO DE NATURALEZA BANAL

Terapéutica interna:

1. La orina alcalina se acidificará con cloruro amónico o cálcico cuatro veces al día un sello.
2. Durante algunos días, beber agua muy alcalina, y, de repente, transformar la orina alcalina en ácida por medio del ácido fosfórico, limonada, urotropina, salol, etcétera.
3. Spirocid, 0,25, dos comprimidos una hora antes del desayuno.
4. Desinfectantes de la orina (se recomiendan cuando la vejiga está muy iritada y antes de alcalinizar): ácidolamin, borovesten, bunosperin, cystosán, helmitol, Hexal, neohehexal, urotropina.

Inyecciones:

1. Cylotropina o urotropina i. v.
2. Septoyodo i. v.
3. Azul de metileno, 0,5-2 en solución al 5 por 100 intravenoso.
4. Mercurocromo, 2-10 al 1 por 100 en solución acuosa i. v.
5. Autovacuna cada dos-tres días, 5-25 millones, aumentando.
6. Toma directa del pus de la orina, mejor las últimas gotas; cocer tres veces. Una vez enfriado, se le inyecta al mismo donante en cantidad de algunas gotas a seis centímetros cúbicos.

Localmene.—Lavados con una disolución rebajada de prozoyodo y agua boricada.

2. Lavados con rivanol: la cabeza de un alfiler en 200 centímetros cúbicos de agua.

3. Lavados de la vejiga con agua esterilizada; llenarla con una solución de ácido clorhídrico, hasta su dilatación; dejarla quince minutos. Volver a hacer lo mismo con agua estéril y volver a rellenar (50 a 100 centímetros cúbicos) con una solución de $NO_3 Ag$ en la concentración habitual. Repetir todos o cada dos-tres días.

4. Lavado con argentamina; 10 gramos de la solución se mezclan con tres centímetros cúbicos de agua a 30 grados.

5. Instilación templada con solución de rivanol (1: 5.000); sol; alipina (1: 1.000).

6. Lavados con argolavol esable (3: 500), aumentando hasta 20: 300.

Enuresis:

En los niños anormales.—Ejercicio y cultura. En los niños insensibles (al castigo, etc.), inyección i. m. de es-

tricina. Niños con irritabilidad nerviosa: mercubromuro de alcanfor en polvo o inyecciones de afenil.

EPIDIDIMITIS GONORREICA

Localmente:

1. Fijación del epidídimo con tiras de esparadrapo o suspensario; diatermia hasta 1.500 miliamperios, treinta-sesenta minutos de duración.
2. Inyección en el epidídimo en su punto más profundo, primero con novocaína, después con una solución de rivanol al 1: 4.000 (5-10 centímetros cúbicos).
3. Inyección de vacuna gonocócica en cantidad de 0,28-0,5 entre las hojas parietal y visceral de la vaginal. También puede ponerse la vacuna mezclada con disolución de $Cl Na$.

Tratamiento general.—(Vale para toda clase de complicaciones gonocócicas.):

1. I. m. de uno-cinco centímetros cúbicos de azufre coloidal al 1 por 100.
2. I. v. de dos centímetros cúbicos de una solución al 10 por 100 de yoduro de sodio.
3. Inyección subcutánea de una solución al 5 por 100 de cloruro de magnesio (10-20 centímetros cúbicos).
4. I. m. de una solución acuosa de ictiol al 20 por 100; hervir quince minutos e inyectar tres centímetros cúbicos cada dos-tres días.
5. I. v. de una solución estéril de hipofosfito de sodio al 20 por 100; comenzar con cinco centímetros cúbicos, aumentar a 10 y volver a cinco cc.
6. Autohemoterapia, 5-10 centímetros cúbicos.

Estrecheces uretrales.—(Las formas graves tienen necesidad de ser operados.):

1. Diatermia, en la que el electrodo indiferente descansa en el vientre en forma de una gran lámina, y el polo deferente en forma de bujía en la uretra.
2. En las formas graves: anestesia sacroepidural por medio de una solución de novocaína al 1 por 100.
3. En las estrecheces filiformes, antes de pasar las bujías, inyectar dos centímetros cúbicos de una solución de pepsina-ácido láctico-Pregl.
4. En las estrecheces que no se puede pasar una bujía, primero, radiaciones Roentgen a la próstata; pasadas dos semanas se puede probar el paso de una bujía.
5. En las que existe al mismo tiempo una retención de orina neurológica o diabética, pasar un catéter muy delgado, no bujía. Dilatar con mucho cuidado. Uretrotomía lo antes posible.

FLUJO BLANCO

Irrigaciones:

1. Solución de Ormicet (uno-dos comprimidos en un litro de agua).
2. Acido piroleñoso.
3. Alumbre, una parte en un litro.
4. H_2O_2 , una cucharada de sopa en un litro de agua.
5. Solución fuertemente diluída de permanganato.
6. Acetato de alúmina, en las disoluciones usuales.
7. Cloramina Heyden, un medio 1 por 100.
8. Solución de ácido láctico al 0,5 por 100.
9. Solución al 5 por 100 de alcohol salicílico, 25 centímetros cúbicos en un litro de agua.
10. Cyneclorine.

Otros métodos:

1. Cuando hay vaginitis, introducción de tapones untados en una pomada no muy dura y colocados sin es-

péculo. Dejarlos veinticuatro horas. Nada de irrigaciones.

2. Tratamiento por el granugenol: limpieza, pincelaciones de yodo, espolvorear con granugenol. En las ulceraciones vaginales, aceite granugenol y pomada de lo mismo, después. Tratamiento posterior con cápsulas u óvulos de granugenol.

3. Introducción de algunos centímetros cúbicos de leche cocida en la vagina.

4. Secar ésta con alcohol de 96° y aplicar durante quince-veinte minutos el aparato Fön, alternando la ducha de aire caliente con la fría. Entre esto, pincelaciones con alcohol.

5. Introducción de óvulos o candelillas.

6. En el flujo de las vírgenes: cauterizaciones intracervicales con cloruro de cinc al 5 por 100 e intravaginal con $\text{No}_3 \text{Ag}$ al 10 por 100.

FIMOSIS

Procedimiento no cruento, sólo aplicable a los niños muy pequeños. Atención a las adherencias. Dejar caer entre prepucio y glande las siguientes gotas:

Acido fénico líquido, 0,05; aceite de oliva, hasta 10. Hacer esto durante dos-tres semanas. Cuando el niño tenga dos años, operación.

Métodos operatorios:

1. Circuncisión que abarque todo el espesor de las hojas externa e interna. Igualadas las dos hojas, se suturan.

2. Incisión dorsal hasta llegar al surco coronario, y sutura después.

FOLÍCULOS PARAURETRALES

1. Inyección local de una solución de tanino al 2 por 100. Se deja la aguja puesta, en tanto se carga la jeringa con una disolución de nitrato amónico al 2 por 100, y se vuelve a inyectar.

FOSFATURIA

Alimentos crudos y ricos en cal, leche pura, uvas; fosfato de calcio; nada de carne.

GNORREA DEL HOMBRE

A. Generales:

Exposición de los preparados para el tratamiento local, con indicaciones de su concentración:

	Tanto % para inyectar	Para lavados %
Acytal.....	0,01 - 0,03	0,01
Albargina.....	0,1 - 0,3	0,1 - 0,3
Licor argentamina.....	0,2 - 1	0,03 - 0,1
Nitrato de plata.....	0,1 - 1	0,01 - 0,1
Argil.....	0,001	0,001
Argocromo.....	1 - 2	0,1 - 0,2
Argonina.....	1 - 20	0,01 - 0,1
Argirol.....	1 - 5	0,01 - 0,03
Colargol.....	0,2 - 0,3	0,1 - 0,2
Coleval.....	0,25 - 1	0,001 - 0,1
Heganón.....	0,25 - 1	0,02 - 0,25
Oxicianuro de Hg.....	0,1	0,02 - 0,05
Ictargol.....	0,03 - 0,2	0,1 - 0,2
Novargán.....	0,2 - 2	0,1 - 0,2
Rivanol.....	1 - 2	0,1 - 0,2
Targerina.....	1 - 3	0,1
Tripaflavina.....	1	

Para el uso de los mencionados preparados con la técnica usual, son de recomendar todavía los siguientes métodos:

1. Las preparaciones de plata, en vez de disolverse en agua, se harán en solución azucarada al 50 por 100.

2. Primeramente, inyección de carbonato potásico, 0,1 : 200, después de nitrato de plata al 0,1 : 200.

3. Junto a los lavados con oxicianuro de Hg. se hacen también i. v. con la solución Pregl., con objeto de crear una combinación naciente en la uretra de Hg Yod.

4. Los astringentes, aunque obran poco como gonocidas, pueden usarse en inyecciones uretrales: sulfato de cinc, alumbre crudo aa, seis; agua destilada, hasta 300.

Para evitar el dolor, añadir una tableta de sulforreina. Además, combinaciones de B.: subnitrato de bismuto, dermatol aa, uno; agua destilada, hasta 100. O: airol, 1,5-2,5; resorcina, uno; sulfato de cinc, 0,25; agua destilada, hasta 100. O: neoantigonil.

5. En los casos hiperagudos en los que los preparados mencionados no sirven, se recomienda una inyección cada dos horas de agua de sándalo (una jeringa). Más adelante, pequeñas concentraciones de silbersalvarsán en ese agua.

6. En los que no basta o es insuficiente la acción profunda de los mencionados preparados, se prescribe una mezcla de yoduro de plata yodurado, una parte, en cuatro de yoduro potásico, de las cuales se disuelven 0,5-1,5 en 20 centímetros cúbicos de agua y se pone una inyección endouretral dos-tres veces a la semana y quince-veinte minutos de duración.

7. Inyección de suero gonocócico en la uretra. Oclusión del meato con colodión. Dejarlo durante largo tiempo.

Para los casos crónicos o subagudos, además de los métodos corrientes.

8. El siguiente tiene un gran poder profundo: dilatación mediana con tallos de laminaria, las que antes de colocarlas se humedecerán en una disolución de sulfato de cobre del 2-5 por 100. El tallo permanece en la uretra de dos a tres segundos.

9. Aspiración del conducto uretral durante diez-veinte minutos. Junto a esto, inyecciones uretrales con las disoluciones corrientes.

10. Diatermia uretral: dos-dos y media horas, a 40°-43° C.

11. Toques con solución de protargol y glicerina al 1/2-1 por 100; bajo uretroscopio a lo largo de la uretra.

12. Durante los lavados, y para evitar la posible presentación de complicaciones, colocar todos los días un supositorio en el ano con 0,005 a 0,1 de papaverina.

Tratamiento interno.—Para evitar erecciones y complicaciones, prescribir tres veces al día dos-tres comprimidos de novotropina.

Inyecciones:

1. Vacuna autógena, uno-dos centímetros cúbicos del propio pus, mezclado con yatrén purísimo. Esta mezcla se diluye en ocho partes de agua y se inyecta i. m.

2. Tripaflavina o preparados similares en solución al 1 por 100, y de la cual se inyectan aproximadamente cinco centímetros cúbicos en i. m. (Preservarse de la luz o prescribir al interior resorcina.)

3. Autohemoterapia, tres-cinco centímetros cúbicos cada tres-cuatro días.

4. En los casos rebeldes, inoculación de malaria; después, quinina. Vacuna gonocócica.

Gonorrrea.—Tratamiento abortivo:

1. En el transcurso de los primeros cuatro días post-infección, se pincela la fosa navicular con una solución de nitrato de plata al 1-2 por 100 cada tres días. Además, y con la misma disolución, el paciente se pondrá inyecciones o se hará lavados.

2. Limpieza del meato con alcohol. Hacer gotear sobre la entrada de la uretra unas 20 gotas de solución de protargol al 1 por 100. Tener cerrado el meato durante tres horas con laose, y levantarlo pasado ese tiempo con acetona. Seis horas después, y durante algunos días, repetir la misma operación.

GONORREA FEMENINA

A. *Uretra:*

1. Candelillas de parthagón.
2. Candelillas de pallidol.
3. Instilaciones de solución argéntica al 2-10 por 100.

B. *Bastholinitis:*

1. Inyección de la misma sangre del individuo, medio centímetro cúbico por encima y por debajo del conducto excretor. Repetición pasados dos días.

2. Inyección de 0,1-0,2 de una solución de cloruro de cinc al 10 por 100.

3. Radiaciones Roentgen.

C. *Vagina, vulva, cuello del útero:*

1. Irrigaciones dos veces al día con cloramina al 1 : 1.000-500. Limpieza de la vagina con algodones mojados en H_2O_2 . Cauterización vaginal con cloramina al 10 por 100.

2. Irrigaciones con soluciones débiles astringentes de tanino-alcohol-glicerina.

3. Irrigaciones con soluciones de sulfato de cobre, 10 : 200. Una cucharada sopera en un litro de agua.

4. En las erosiones del cuello, óvulos de granugenina.

D. *Hocico de tenca:*

1. Dilatación con laminaria. Después, introducción de lápices de Co_2 .

2. Inyección local con vacuna mixta go-estafilo-estrepto y coli. Comenzar con 100 millones y, gradualmente, llegar hasta 1.000.

3. Cauterización con mercurocromo al 20 por 100.

Gonorrrea.—Afecciones de los anexos:

En los casos agudos, quietud en cama, vejiga de hielo. Más adelante, si no hay fiebre, calor húmedo. Junto a esto, luz de arco durante dos-veinte minutos. Levantada la enferma, diatermia—dos-treinta minutos—. Operación sólo cuando hay abombamiento del Douglas.

Para terminar, localmente unas gotas en el cuello de tangerina al 10-20 por 100.

Por lo demás, iguales inyecciones parenterales que las descritas en la epididimitis gonocócica del hombre.

ARTRITIS GONORREICA

Local:

1. Toma de 20 centímetros cúbicos del derrame. Mezclarlo con la misma cantidad de suero gonocócico, e inyectarlo periarticularmente dos-tres veces.

2. Inyecciones peri o intraarticulares de rivanol al 1 : 1.000, bajo anestesia.

3. En las formas induradas, inyección intraarticular de suprarenina-novocaína, a fin de evitar la retracción de la cápsula.

4. En las formas exudativas, punción y vendaje compresivo.

5. En las formas graves, exudativas, flegmonosas, artrotomía y resección de la articulación. Después, lavado de la articulación con éter e inyección intraarticular de suero meningocócico. Más tarde, movilización.

6. En todas las formas, Roentgen. Diatermia.

Inyecciones generales:

El líquido de la punción, en cantidad de 5-10-20 centímetros cúbicos en inyectado subcutáneamente cada uno-dos días.

HIDROCELE

Hidrocele del lactante.—Radiaciones con sol de altura artificial.

"INDURATIS PENIS PLASTICA"

Local:

1. Pepsina al 10 por 100 en pomada o fomental.

2. Diatermia: los electrodos están formados por dos planchas cóncavas, que se aplican a ambos lados del pene, y así se mantienen durante una hora, con una fuerza de corriente variable entre 500-1.000-1.500 miliamperios. También puede ser uno de los electrodos una sonda metálica. Aplicación diaria durante dos-tres semanas.

3. Radiaciones Roentgen solas o combinadas con diatermia.

Al interior:

Dosis altas de yodo.

Inyecciones:

Fibrolisina sola o combinada con olobentina.

IMPOTENCIA "COEUNDI"

Bien entendido que se han desechado todas las causas orgánicas capaces de producirlas. Igualmente, no se debe olvidar el tratamiento psíquico, según el caso. Los siguientes métodos de tratamiento forman, junto a las inyecciones de testogán, testifortán, rejuveno-testitofal, además de la yohimbina, esticnina, sólo medios de apoyo que sólo sirven en los casos de agotamiento psíquico o corporal.

Junto a la quietud, se recomienda la dieta vigorizadora.

1. Sol de altura y lámpara Sollux sobre los flancos y sacro.

2. Baños de Co_2 .

3. Radiaciones Roentgen sobre la región genital y vértebras lumbares.

4. Diatermia con la siguiente técnica: el paciente estará echado sobre la espalda; debajo de ésta, un electrodo 12 X 16. Como electrodo diferente, una lámina de estaño que envuelve los testículos. Duración de la corriente, diez minutos, con una fuerza de 300-1.500 miliamperios. También puede ponerse el electrodo diferente sobre la próstata—por el ano—, y el indiferente sobre el vientre. La duración, la misma; la fuerza, de 800 a 1.500 miliamperios.

PARAFIMOSIS

1. Vendaje arrollado en la raíz del miembro; después, inyección de dos centímetros cúbicos de una so-

lución de novocaína-adrenalina en los mismos cuerpos cavernosos. Deshinchado el miembro, reposición.

2. Escarificaciones en número de 20-30 sobre el anillo prepucial, hasta que baje la inflamación y sea posible la reposición. Posteriormente, lavado con agua caliente.

3. Vendaje con goma de Esmarch desde el glande hasta la raíz. Las vueltas de venda deben arrollarse ligeramente sobre la raíz, y permanecer puesta por lo menos un cuarto de hora.

Si el edema no ha desaparecido, se vuelve a arrollar de nuevo la venda. Pasada la hinchazón, reposición.

TUBERCULOSIS DEL APARATO UROGENITAL (Tratamiento sintomático.)

Al interior:

Píldoras de azul de metileno, dos veces al día, 0,05.

General:

Baños de luz. Tuberculina.

Local:

1. Instilaciones de azul de metileno al 1 por 100, mezclada con 10 por 100 de suero. Cada dos días, dos-cinco centímetros cúbicos.

2. Instilaciones de 10-30 centímetros cúbicos de una solución de vivanol al 1 : 5.000-800.

Antes de hacer las instilaciones debe lavarse la vejiga con una solución floja de oxicianuro de Hg.

3. Vaciada la vejiga, inyectar en ella cinco centímetros cúbicos de una solución de yodoformo-eucupina-aceite aa, uno.

VULVOVAGINITIS INFANTIL (La mayor parte de las veces, gonorreica.)

1. Inyectar en la vagina, cada dos días, con la jeringa corriente de inyecciones uretrales, 20 centímetros cúbicos de una solución de Na_3Ag al 1 por 100.

2. Lavados con yodonaseína; más tarde, colocar algodón con aceite de yodonascín.

3. Taponamiento de la vagina con cromo-Hg-vaselina aa, 1 por 100.

CHANCRO VENÉREO

Local:

1. Pincelaciones con mercurocromo.

2. Espolvoreamiento con stovarsol.

3. Cauterización con cloruro de cinc, ácido fénico o solución concentrada de sulfato de cobre.

4. Colocar un algodón mojado en la siguiente solución: calomelanos, uno; sulfato de cinc, dos; alcanfor, dos; agua de cal, ocho.

5. Una vez limpio, seguir hasta la curación: óxido de cinc, talco, ácido bórico, alcanfor aa, uno; vaselina fenicada al 3 por 100, 12.

6. Espolvoreamientos con sozoyodolato sódico.

7. Vadinato Na al 2 por 100, ó vadinato en pomada al 10 por 100.

8. Contra el dolor, baños calientes con solución de sulfato de cobre al 1 por 100.

9. Inyecciones alrededor de la lesión con rivanol al 1 : 500, más cocaína.

10. Calor local con ducha Fön o Paquelin. Electrocoagulación, sol de altura a cinco centímetros de distancia, diez-veinte minutos.

Inyecciones:

1. I. v. de una solución al 1 por 100 de tartrato an-

timónico-potásico en agua destilada. Comenzar por tres centímetros cúbicos y aumentar gradualmente hasta llegar a 10 centímetros cúbicos o milímetros; cada dos días se aumenta un centímetro cúbico.

2. I. v. de suero de Nicoll (Dmelcos) cada cuatro-cinco días (200-800 unidades).

3. Cada cuatro-cinco días, inyección subcutánea del propio pus, de 0,2 a 0,5, en el brazo.

4. Inyección de tuberculina antigua i. m., 0,25-2 miligramos, aumentando la dosis.

CHANCRO FAGEDÍMICO

Además de los métodos aconsejados en el chancro venéreo, los siguientes:

1. Alternar las i. m. con las i. v., con: clorhidrato de quinina, 2,5; uretán, 1,5; agua destilada esterilizada, hasta 25. Comenzar por 0,5 y aumentar hasta dos-tres centímetros cúbicos.

2. Curar con pomada pirogálica desde el 2 por 100 hasta el 50 por 100.

BUBÓN INGUINAL

1. Aspiración del pus por punción. Cada dos días, inyectar la siguiente solución: glicerina, 60; alcohol, 95 por 100; yodoformo aa, 20. Después de cada inyección, fomentos calientes con 1 por 100 de ácido fénico.

2. Fomentos con ictoxil y agua destilada aa.

3. Incisión en el punto más profundo e inyección de una solución saturada de yodoformo-éter.

4. Autohemoterapia: suero, alúmina extraña.

SÍFILIS

Terapéutica de la sífilis:

La sífilis se presta menos que las demás enfermedades a la descripción de un trabajo como éste. El tratamiento está casi estandarizado, si bien presenta alguna que otra vez variaciones, según los diferentes maestros de la clínica. Nada puede decir de los diferentes salvasanes ni sobre el pro o el contra de los mismos. Cada uno dede de tratar a sus enfermos según como haya aprendido a hacerlo o le indique su buen sentido. Yo, en esta exposición no quiero tomar partido, y sólo me voy a limitar a dar algunos consejos o reglas para tratar la sífilis, en tanto dedicaré más espacio a los trastornos producidos por la terapéutica o con un fin diagnóstico.

Terapéutica local:

Chancro sífilítico.—Cuando, no obstante, la curva general no se cicatriza, espolvoreamiento con salvarsán y colocación de una pomada de salvarsán al 10 por 100.

Manifestaciones ulceradas.—Pomada pirogálica al 25-50 por 100.

Sífilis del corazón y de la aorta.—Cura enérgica, pero con precaución: primero, Bi y yodo; más adelante, salvarsán. La debilidad del corazón no contraindica una cura cuidadosa.

Resistencia a la R. W.—Aceite de calomelanos.

Artritis sífilítica.—Inyección en la articulación cada tres-cuatro días con una solución de yoduro sódico al 10 por 100.

Neurosífilis.—Quietud; tónicos; digestivos. Diatermia unida a la galvanización. El polo negativo se aplica cerca del foco enfermo. Inyecciones hipertónicas de soluciones de dextrina Bi. y Hg. en dosis crecientes; salvarsán sólo en muy pequeñas dosis y grandes intervalos.

Crisis tabéticas:

1. Inyección intraespinal de sulfato de maganeso.
2. Inyección diaria de insulina, cinco unidades; más adelante, ocho.
3. I. v. de una solución de yoduro sódico al 0,5 por 100, 15-25 centímetros cúbicos en el espacio de cuatro-seis días.

Aumento del poder del salvarsán por la mezcla de éste con una solución de yatren o gonococi-estafilo-yatren hasta 150 gérmenes por jeringa.

Trastornos de la punción lumbar.—Con el uso de agujas finas, las molestias son generalmente evitables.

1. Después de la punción lumbar, compresión durante largo tiempo de las venas yugulares.

2. En la hipertensión: i. v. de 50 centímetros cúbicos de una solución de azúcar al 30-60-80 por 100. Lo mismo puede hacerse con la solución fisiológica de Cl Na en cantidad de 50 centímetros cúbicos; solución de azúcar, 60; agua, 100, para beber. Si hay hipotensión: i. v. de agua destilada o solución fisiológica de Cl Na en cantidad de 500 centímetros cúbicos.

3. Después de la punción, inyección fisiológica de 100 a 150 centímetros cúbicos de solución fisiológica de Cl Na con 0,001 de adrenalina.

4. I. m. de un centímetro cúbico de extracto de hipófisis, y después, inyección de Cl Na.

5. También obra profilácticamente una inyección intralumbar con solución Cl Na.

6. Inyección i. v. de una solución de urotropina al 4 por 100.

Infiltrados de salvarsán:

1. Inmediatamente después de la inyección paravertebral, inyección de dos centímetros cúbicos de una solución al 10 por 100 de tiosulfato sódico.

2. Aspiración del salvarsán e inyección en el sitio infiltrado de una solución fisiológica estéril de Cl Na.

3. Inyección local de curemina.

4. Fomentos con ictiol-agua destilada aa.

Molestias generales causadas por el salvarsán.**A. Profilaxia:**

1. Tres cuartos de hora antes de la inyección, administración de narcóticos, como, por ejemplo, 40-60 gotas de recvalysot, o i. m. de 0,3, de una solución de narcófina al 3 por 100; i. m. de antipirina, dos; agua destilada, 4.

2. Contra los estados angioneuróticos, suministrar *per os*, media hora antes de la inyección, dos miligramos de una solución de adrenalina (1 : 1.000) en agua.

3. Contra los trastornos de hígado, prescribir, media hora antes de la inyección, 40 gramos de glucosa o un gramo de bicarbonato.

4. Durante toda la cura de salvarsán, los pacientes sensibles tomarán cada vez, después de las comidas, dos-tres gramos de ácido clorhídrico disuelto.

5. En lugar de disolver el salvarsán en agua, hágase en bromuro sódico al 10 por 100, o en disoluciones de afenil, sales de urano (extracto y bromo), urotropina al 15 por 100, y, sobre todo, en azúcar.

B. Terapéutica de las molestias del salvarsán:

(Según su gravedad, deben rebajarse las dosis o suspenderlas.)

a) Exantemas:

1. *Al interior.*—Cuatro veces al día, dos veces por la noche, cada vez 0,5 de antipirina.

2. *Localmente.*—Nada de baños ni pomadas. Por el contrario, pincelaciones con una disolución de tripaflavina al 0,1 por 100. Secar ésta; espolvoreamiento con solución alba.

3. Radiaciones Roentgen por grandes campos un tercio de D. C.

4. En las manifestaciones purpúricas, i. m. de una solución de peptona al 10 por 100, 5-10 centímetros cúbicos cada vez.

5. I. v. de 0,2 de tiosinamina en 10 centímetros cúbicos de agua y algunas gotas de glicerina.

6. I. v. de tiosulfato sódico, 0,3-0,45-0,6-0,9 disuelto en 10 centímetros cúbicos de agua e inyectado cada dos días.

7. I. v. cada cuatro días de Arnotan (Beier dosf.) al 10 por 100.

C) Edema cerebral:

Intramuscular de 3 por 100 de narcófina. Sangría y punción lumbar (sacar 40 centímetros cúbicos) de licor cerebroespinal. Más tarde, sangría con inyección consecutiva de afenil. Además, adrenalina intramuscular, unos miligramos, varias veces.

D. Organos internos:

En las manifestaciones pulmonares, atropina o adrenalina. En las cardíacas, quietud, estriquina, alcanfor.

2. En los trastornos tardíos: anemia, solución de peptona al 10 por 100. Afecciones renales, sangría, laxantes, adrenalina. En las afecciones hepáticas, quietud en cama, hidratos de cloral, pocas albúminas, nada de grasa, laxantes y mucha azúcar. Además, extracto de hipófisis, bicarbonato sódico, teobromina, tiosinamina e inyecciones de tiosulfato Na.

Tratamiento por el spirocid o stovarsol.

Técnica.—1. En ayunas, dos veces 0,25 media hora después del desayuno.

2. Otro día, lo mismo, pero tres comprimidos.

3. Otro día, lo mismo.

4. Al séptimo día, pausa.

5. Octavo día, dos comprimidos.

6. Noveno y décimo día, tres comprimidos, etc. Duración de la cura, cuarenta días, con 56 comprimidos, igual 14 gramos. O: cura crónica por espacio de cinco meses.

El metabolismo basal en las colecistitis crónicas

POR LOS

Dres. GONZALO PEREZ DIAZ y BUENAVENTURA GIMENEZ

En el curso anterior presentamos a ustedes en una breve nota (véanse "Trabajos de la Clínica del Dr. Fidel Fernández", pág. 696 del tomo correspondiente al año 1934), los resultados de la investigación de metabolismo basal en enfermos de distintas afecciones de aparato digestivo. En ellos vimos, al lado de resultados normales en anaclorhidrias, hiperclorhidrias, úlceras, etcétera—siendo nosotros los primeros sorprendidos—, que esta cifra, en los enfermos diagnosticados de colecistitis crónica, era muy superior a la normal en el 84,50 por 100 de los casos, aun considerando la normalidad como la zona indicada por Marañón y Carrasco, entre más 15 y menos 5 por 100, entrando francamente en aquellos aumentos elevados, sólo explicables hasta ahora por afecciones tiroideas.

Como en todos los casos habíamos eliminado toda ta

PUBLICACIONES DE EL SIGLO MÉDICO

OPOSICIONES MONOGRAFÍAS

al Programa oficial vigente para
OPOSITAR

las vacantes de Médico titular Inspector
Municipal de Sanidad.

EN UNA SOLA OBRA LA PREPARACION COMPLETA

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

MEDICINA

CIRUGIA

HIGIENE

LEGISLACIÓN SANITARIA

4 TOMOS

1.600 páginas

PRECIO: 35 pesetas.

La obra completa a nuestros suscriptores, 28 ptas.

FOLLETOS DE INTERÉS PRÁCTICO

Editados por EL SIGLO MÉDICO

	Pesetas
Código Penal Vigente.....	2.00
Reglamento de la ley de Accidentes del Trabajo en la industria.....	2.00
Estudio historico crítico de la Legislación Sanitaria Española.....	1.50
Reglamento y Programa vigentes para las oposiciones a ingreso en el Cuerpo de Sanidad de la Armada.....	1.50
Reglamento y Programa de oposiciones a las vacantes de médico de la Lucha Antivenérea.....	2.00
Reglamento y Programa oficial vigente para oposiciones a plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad.....	1.50
Reglamento para la provisión de vacantes de médicos y farmacéuticos titulares.....	1.50
Estatutos de los colegios oficiales de médicos.....	1.50

Se encuentran a la venta las siguientes:

	No sus- criptores	Suscrip- tores
I.—Hemoptisis tuberculosas y no tuberculosas, por el Dr. Valdés Lambea.....	2,00	1,60
II.—La demencia precoz, por el Dr. Vallejo Nágera.....	2,00	1,60
III.—Diagnóstico y tratamiento de las dermatosis más frecuentes, por el Dr. Javier Maria Tomé y Bona (2. ^a edición).....	3,00	2,40
IV.—Los problemas clínicos de la úlcera del estómago, por el Prof. Fidel Fernández Martínez (de Granada).....	2,00	1,60
V.—La blenorragia aguda y su tratamiento por el Dr. Angel Pulido Martín.....	2,00	1,60
VI.—El médico rural ante las distocias más frecuentes, por el Dr. Vital Aza (2. ^a edición).....	3,00	2,40
VII.—Los problemas clínicos del estreñimiento rebelde, por el Prof. Fidel Fernández Martínez (de Granada).....	2,00	1,60
VIII.—La epilepsia, por el Dr. Jose Maria de Villaverde.....	2,00	1,60
IX.—El médico práctico ante la difteria y sus complicaciones. Intubación laríngea, por el Dr. García Vicente, y Alteraciones de la voz. Laringitis y ronquera, por el Dr. Huar- te Mendicosa. (Dos monografías en una.).....	2,00	1,60
X.—El tratamiento del reumatismo, por el Dr. Federico Peco y M. Sellés.....	2,00	1,60
XI.—Las helmintiasis intestinales más frecuentes en patología humana, por el doctor Santiago Larregla.....	2,00	1,60
XII.—Manual de sifiliografía práctica, por el Dr. Javier Maria Tomé y Bona.....	3,00	2,40
XIII.—Tuberculosis: contagio, herencia y constitución, por el Dr. Valdés Lambea....	3,00	2,40

EN
INYECCIONES
SUB-CUTÁNEAS
VERDADERAMENTE
INDOLORAS

EL ACETYLARSAN

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

TRATAMIENTO DE ASALTO

TRATAMIENTO DE PRUEBA

TRATAMIENTO DE SOSTÉN

HEREDO-SÍFILIS

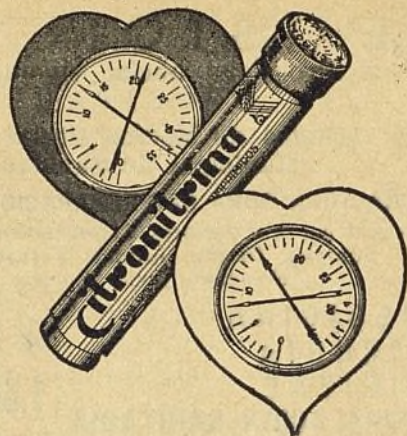
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
—Specia—
MARQUES POULENC Frères & USINES du RHONE
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3^e

*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 nitrato sódico y la hipoviscosa del citrato.

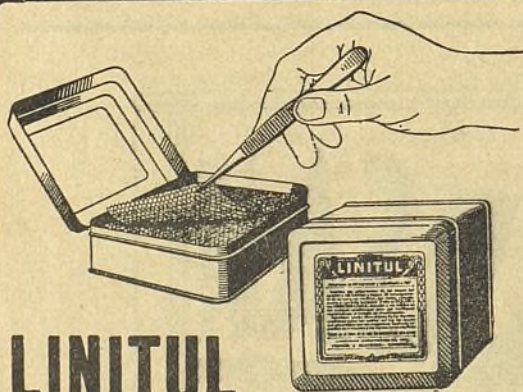
INDICACIONES: Hipertensión arterial, cualquiera que sea su forma y origen. Arterioesclerosis, Aortitis, Angioespasmos, Embolias, Flebitis, Angina de pecho, Estados plétóricos y congestivos, etc.

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

DOSIS: De tres a 4 comprimidos al día. Dosis 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.

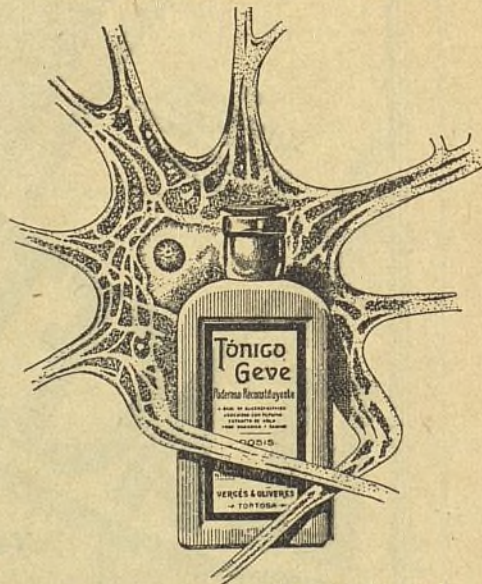
El apósito ideal, tanto en las curas de alta como de pequeña cirugía

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

ra endocrina, terminábamos nuestro trabajo con una interrogante sobre la causa de este hecho, no notado por ningún autor antes que por nosotros, y, en contraposición con lo indicado por alguno de ellos, como Grafe, o creyendo fuera motivado por el estado infeccioso crónico que indudablemente existe en estos enfermos, y que justificaría sólo un pequeño aumento, como en cualquier proceso febril, ni tampoco por la hipótesis de Levy y Fournier, fundada en que habría congestiones en la glándula hepática, con hidropesía vesicular en los enfermos de distiroidismo, y menos aún por esa cadena de sinergia endocrina, más hipotética que real, y fundada sólo en alguna observación aislada entre apéndice, tiroides, ovario, páncreas e hígado.

Nosotros, a pesar de nuestra búsqueda bibliográfica, repetimos hoy, no hemos encontrado reseñado ni el hecho ni la explicación; y en este punto, como comprobación y rectificación, claro es, si hubiera lugar, hemos ampliado el número de casos observados hasta 25, exagerando hasta lo inverosímil las precauciones diagnósticas (comprobación de colecistitis con sondaje duodenal, exclusión rigurosa de toda afección endocrina y principalmente tiroidea, etc.), y técnicas (más detallado manejo del aparato—modelo Boullite—, más exageración del reposo previo, de temperatura, nervosismo, etcétera), repitiendo hasta tres veces la determinación en la mayoría de los enfermos, habiendo obtenido los siguientes resultados, que presentamos a ustedes en el cuadro siguiente, ya agrupados en aumentados, normales y disminuídos:

CASOS CON METABOLISMO BASAL AUMENTADO

Número de la observación	Número de la ficha	Metabolismo aumentado
I	3.064	más 41 %
II	3.066	más 63 %
III	3.072	más 29 %
IV	3.082	más 52 %
V	3.083	más 29 %
VI	3.092	más 20 %
VII	3.111	más 37 %
VIII	358	más 44 %
XI	3.212	más 22 %
XII	3.223	más 44 %
XIII	3.339	más 26 %
XIV	4.372	más 20 %
XV	4.390	más 33 %
XVII	4.410	más 22 %
XVIII	4.463	más 53 %
XX	4.478	más 33 %
XXI	4.581	más 47 %
XXII	4.700	más 27 %
XXV	4.745	más 27 %

TOTAL..... 19 CASOS.

CASOS CON METABOLISMO BASAL NORMAL

Número de la observación	Número de la ficha	Metabolismo normal
IX	3.179	más 10 %
XIX	4.474	más 12 %
XXIII	4.658	más 08 %
XXIV	4.774	más 9 %
XVI	4.371	N

TOTAL..... 5 CASOS.

CASOS CON METABOLISMO BASAL DISMINUÍDO

Número de la observación	Número de la ficha	Metabolismo disminuido
X	3.269	menos 19 %

Es decir, que, referido a tanto por ciento, tenemos aumentados el 76 por 100, normales el 20 por 100 y disminuídos el 4 por 100. Tanto por ciento medio de aumento: 35,26 por 100.

Vemos, pues, que seguimos obteniendo la misma conclusión: que nuestro primer resultado sigue subsistiendo, pese a todas nuestras precauciones, como signo evidente de que es un hecho cierto y real el aumento del metabolismo basal en los colecistíticos, si bien no notado antes de ahora, y nosotros, sin pretensión alguna, y sin una gran especialización en estas cuestiones, sólo queremos hacerlo resaltar ante todos, agradeciendo de antemano a los más expertos en estos temas cualquier explicación de este hecho, que, desde luego, ha de redundar en beneficio de la exploración clínica y de las funciones de la glándula hepática, quizá la más importante, y cada día más, de nuestra economía, siquiera sea la de un dato más para la justificación del abandono en que parece caer este método de exploración de la cifra metabólica, tras del auge que ha tenido en estos últimos tiempos.

Podríamos citar algunos casos curiosos, pero, para no cansar, sólo haremos notar el de una enferma de nuestra clientela privada, la cual venía padeciendo de antiguo un síndrome febril, que había pasado por todos los diagnósticos usuales en estos casos de tuberculosis, primero pulmonar y después peritonítica de forma fibrosa, colitis, amigdalitis crónica, etc., y en quien, por su constitución, se pensó en algún trastorno tiroideo de tipo hipofuncional, razón por la cual se trajo a esta Clínica, para determinar su gasto calórico, obteniendo, con gran sorpresa, un aumento de más de 37 por 100. Como este caso era anterior a nuestros estudios sobre esta cuestión, se prescindió de ese dato, achacándolo principalmente a las dificultades técnicas, y al poco tiempo fué vista por nuestro maestro el Dr. Fidel Fernández, el cual nos indicó la conveniencia de hacer un sondaje duodenal, como comprobación del posible diagnóstico hecho por él de colecistitis crónica, el cual dió salida a una gran cantidad de bilis de retención, con abundantísimos glóbulos de pus, constituyéndose entonces el tratamiento, con cesación de todo el cuadro patológico que hasta entonces había trastornado a la enferma. Claro es que, como caso clínico, no es nada nuevo, pero queremos hacer notar cómo el metabolismo basal dió un dato que, de haber estado conocido, nos hubiera hecho pensar en vesícula biliar, y que éste fué el primer acicate que tuvimos en este trabajo, en el cual ya hemos dicho la conclusión que hemos obtenido:

EN LOS ENFERMOS CON COLECISTITIS CRÓNICA, EL METABOLISMO BASAL ESTA AUMENTADO, CON FUERTE AUMENTO EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS.

BIBLIOGRAFIA

LE PROBLÈME DE L'ALIMENTATION.—Rapport de la Sociedad de las Naciones.—Departamento de Higiene.—Ginebra, 1936.—Un folleto de 25 páginas.—Depositorio: Librería Romo.—Alcalá, 5.—MADRID.

Tan sólo como acuse de recibo, ya que pluma más autorizada que la nuestra ha de verificar en estas páginas un estudio detenido acerca de tan importante problema, escribimos hoy estas líneas.

En el presente folleto, de reducidísimo espacio, se hace, después de una detenida historia del tema y de la intervención de los diferentes países y organismos en el mismo, el completo estudio de la necesidad del individuo de los diversos alimentos, acompañando a éste de estudios gráficos muy aclaradores.

Una edición sencilla y cuidada es la de este folleto, como todas las que realiza el Departamento del Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones.

PERIODICOS MEDICOS

Epilepsia traumática tardía.

En febrero de 1928, un norteamericano se hizo un seguro de vida y salud, mediante el que se ponía a cubierto de cualquier enfermedad que pudiera sobrevenirle después de firmada la póliza. En agosto del mismo año aparecieron accidentes convulsivos de forma epiléptica, y solicitó de la Compañía el pago del seguro.

La instrucción del oportuno expediente demostró que, en el año 1914, el asegurado había sufrido un traumatismo craneal con fractura y depresión del frontal, del que curó, al parecer, bien. La Compañía aseguradora sostuvo que estos accidentes, aparecidos después de catorce años del traumatismo, eran seguramente secuelas de éste, y que, por consiguiente, habiéndose producido el daño con gran anterioridad a la fecha del contrato, no tenía precisión de abonar nada. Los peritos médicos afirmaron que, aunque en esos catorce años no se habían presentado signos de lesiones o alteraciones postraumáticas, podía y debía admitirse la relación de causa a efecto entre traumatismo del año 14 y convulsiones del año 28. Una intervención operatoria hecha en el sitio traumatizado no dió resultado alguno, y los ataques siguieron presentándose. Los peritos llegaron en sus conclusiones a indicar la posibilidad de que la epilepsia postraumática apareciera incluso veinte años después de ocurrido el accidente. El Tribunal falló de acuerdo con los peritos médicos y con la Compañía, y relevó a ésta del deber de abonar el seguro reclamado por el enfermo.—(*The Journal of the Am. Med. Ass.*, tomo CVI, número 22, pág. 1.946.)—F. G. D.

RAMÓN, BOCAGE, MERCUER y RICHOU.—*La anatoxina estafilocócica y su empleo en el tratamiento de las afecciones debidas al estafilococo.*

Después de un breve resumen acerca de lo que bacteriológicamente es la anatoxina y de hacer historia de sus trabajos anteriores, los autores nos dicen que tratan en esto de ver los resultados de la misma en las afecciones estafilocócicas externas.

La técnica, con pocas variantes de la por ellos siempre empleada, es ésta:

Primera inyección.....	0,5 cc.
Segunda inyección.....	1 —
Tercera inyección.....	2 —

Suele, mediante éstas, hallarse el resultado apetecido, si bien hay veces que es necesario repetir varias veces la dosis tercera de 2 cc. En otros individuos muy sensibles es menester hacer las primeras a una dosis mucho menor.

Localmente, la antoxina estafilocócica produce a los pocos minutos de practicada una sensación de quemazón intensa; las posteriores, de carácter local, se reducen a una placa roja pequeña.

Las focales suelen ser nulas y apenas clínicamente aparentes; las generales son más variables, ya que unas veces producen una gran reacción febril y otras no sube más de unas décimas.

Acto seguido exponen varias historias resumidas, entresacadas de los 250 enfermos por ellos tratados con este proceder, y que prueban los buenos resultados obtenidos.

He aquí brevemente resumida la acción que la anatoxina produce en las diversas estafilococias tratadas:

Sycosis: se influencia ésta muy notablemente y de una manera muy rápida; de siete enfermos de sycosis de la barba, seis han curado con tres inyecciones.

Ectima a la segunda inyección: la costra cae y el absceso intraepidérmico se vacía; con tres inyecciones se llega a la curación definitiva.

El onixis: iguales resultados han obtenido; en el acné pustuloso obtuvieron muy buenos éxitos, si bien es necesario un número mayor de inyecciones.

Terminan poniendo de nuevo de relieve el gran valor del método, y recomiendan el uso del mismo. (*La Presse Médicale*, núm. 10, 1.º febrero 1936.)—J. H. S.

A. CARON.—*Contribución al estudio de las meningitis linfocitarias primitivas curables.*

Entendemos por meningitis linfocitarias curables primitivas los estados caracterizados por síndrome meníngeo clínicamente manifiesto y reacción celular del líquido cefalorraquídeo, con citología casi únicamente linfocitaria. Pero en ellas no incluimos las de evolución fatal, que, más o menos tarde, demuestran su etiología, sino las que curan y cuyo problema etiológico es generalmente difícil de resolver.

Es la sorpresa del médico que, habiendo hecho un pronóstico fatal, inmutable y a corto espacio, ve progresivamente desaparecer todos los síntomas de un síndrome meníngeo que había presentado suma gravedad.

Es después de la curación cuando, reflexionando sobre el caso observado, el médico busca las causas de su error; recuerda algunos puntos que había despreciado y que pueden citarse en el orden siguiente:

Ausencia de todo antecedente tuberculoso, sífilítico o parasitario.

Aspecto general del enfermo; conservación íntegra del estado general; falta de estupor, con enfermos conscientes, sin trastornos de globo ocular, y ausencia de fenómenos paralíticos.

Linfocitosis verdaderamente anormal, y, a pesar de centrifugación prolongada, el examen minucioso nunca puso de manifiesto el bacilo de Koch en el líquido cefalorraquídeo.

La evolución, a pesar de tratamiento específico, se mostró favorable, y, además, no quedaron secuelas.

Por último, el cobaya que ha recibido inyección cutánea de líquido cefalorraquídeo no ha presentado el menor signo de tuberculosis.

Estas son las bases fundamentales que puede, en algunos casos, permitir al clínico modificar su pronóstico. (*L'Echo Médical du Nord*, Lille, 7 junio 1936, tomo V, número 23, pág. 992.)—M. A. C.

SECCION PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

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

SUMARIO.—SECCIÓN PROFESIONAL: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Disposiciones oficiales.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. Crónicas.—Tertulia.

BOLETIN DE LA SEMANA

El examen prolongado como prueba de aptitud y medio de selección

Quien pase la vista por las páginas de anuncios de una revista médica inglesa quedará al pronto sorprendido por la gran cantidad de colocaciones que se ofrecen al médico novel. Diríase que el problema de la plétora médica que preocupa hoy a todos los países encuentra en Gran Bretaña una dichosa excepción. Sin embargo, esto no es exacto sino a medias.

En el número de *The Lancet* del 1 de agosto presente que tenemos a la vista, se ofrecen más de 90 vacantes, entre las cuales figuran: una de catedrático de Fisiología de la Universidad de Bristol, varias de médicos de las Colonias, con sueldo oficial del Gobierno de cada una de las mismas, seis de hospitales municipales y las demás de hospitales particulares, sin omitir varias de médico de la Armada británica.

Las condiciones que se requieren para aspirar a todas estas plazas nos llevan a una primera conclusión: el grado de confianza absoluta que se presta en Inglaterra a las calificaciones oficiales. En cargo tan importante como el de médico de la Armada, destinado a ejercer en todos los climas, y, con frecuencia, sin auxilio alguno, la convocatoria advierte expresamente que no se exigirá de los candidatos prueba técnica alguna: basta estar inscrito según las normas médicas, es decir, lo que aquí podríamos llamar estar colegiado.

Para los demás cargos tampoco se exige sino certificado de estudios y de ejercicio profesional en alguna clínica autorizada; para los de mayor responsabilidad, tales como cirujano de número de un hospital, cirujano de guardia para casos de accidentes (emergencias, según la expresión sajona), se exige tener el título de miembro de alguno de los Colegios Oficiales de la especialidad, título que se logra mediante examen de índole bastante semejante al de la colación de un grado de doctor. La selección entre los diversos candidatos se hace mediante el estudio comparativo de sus expedientes, o sea lo que aquí llamamos concurso.

La segunda conclusión derivada es de importancia máxima: ninguno de los cargos anunciados es permanente. En el caso de los médicos de la Armada, el candidato o los candidatos escogidos lo son por tres años. Transcurrido este período, podrán solicitar su continuación en el cargo por dos años más, petición que pasa a informe del Almirantazgo, y, en caso de que se conceda la prórroga, pasados esos cinco años, es cuando se tiene derecho a solicitar un empleo permanente, que, siempre según la convocatoria, será concedido a los seleccionados.

Cuando se trata de otros cargos de menor importancia, como son los de médicos internos, anestelistas, ayudantes de cirujano, etc., el plazo de vigencia del empleo suele ser de seis meses, prorrogables por otros seis, pero no por

más tiempo. Bien es verdad que las condiciones requeridas para estos cargos no son adecuadas para hacerlos muy duraderos: habitualmente se exige para el ingreso una edad menor de treinta años, ser soltero y vivir en el hospital, a cuyo servicio hay que dedicar toda la actividad, sin que esté permitida ninguna índole de ejercicio particular.

Se comprende que, según va aumentando la importancia del cargo, se va exigiendo una práctica hospitalaria anterior más dilatada y más completa, de donde se deduce el valor que estos internados tienen para los médicos noveles. Sin embargo, hasta en colocaciones de verdadera importancia, el cargo está sujeto a renovaciones periódicas. Así, en la R. Enfermería de Manchester hay cuatro vacantes de médicos internistas, cada uno de los cuales será jefe de un departamento de Patología médica, con asistencia de los enfermos en las salas y en la consulta y participación en la enseñanza. Pues bien: estos cargos, que sí permiten la clientela particular, se otorgan por doce meses, y se podrán renovar por períodos no definidos.

Queda bien puntualizado, con lo que precede, cuál es el sistema inglés de selección para los cargos: primero, las notas de examen de la Facultad; segundo, el certificado que se otorga al final de un servicio hospitalario de médico interno (habitualmente se prefieren tres certificados de éstos: uno, de Medicina interna, uno de Cirugía, y uno, de la especialidad de que se trate); tercero, para cargos importantes, el título de colegiado, que ya significa una nueva prueba de aptitud, y, por último, un contrato temporal sujeto a renovaciones periódicas. El sistema es excelente, siempre que en los llamados a hacer la selección haya las debidas uniformidades y firmeza de criterio.

DECIO CARLÁN.

DISPOSICIONES OFICIALES

MINISTERIO DE TRABAJO, SANIDAD Y PREVISION

ORDEN

Ilmo. Sr.: Con el fin de atender a la urgente necesidad de unificar las actividades sanitarias en poblaciones que, como Madrid, disponen de numerosos Centros de funciones análogas, de evitar duplicidades y de permitir que los fondos puedan ser dedicados a más racionales atenciones, especialmente las que a la Higiene rural se refieren,

Este Ministerio ha acordado disponer lo siguiente:

1.º Queda totalmente suprimido el Instituto Provincial de Higiene de Madrid, y su personal pasará a depender de la Dirección general de Sanidad.

2.º La Dirección general de Sanidad dispondrá lo necesario para que las funciones duplicadas que le competían sean solamente desempeñadas por las Instituciones

sanitarias del Estado, y las dependientes de la Inspección provincial de Sanidad de Madrid, quedando a cargo de las Instituciones sanitarias de carácter municipal aquellas otras funciones que, siendo de atención municipal, habían pasado de forma delegada a ser misión del suprimido Instituto Provincial de Higiene de Madrid.

3.º Los fondos y créditos reconocidos a favor de este Organismo serán puestos a disposición de la Dirección general de Sanidad, la cual, oída la Inspección provincial de Sanidad de Madrid, proveerá lo conveniente.

4.º Los inmuebles y material de todas clases del Instituto Provincial de Higiene quedarán a disposición de la Dirección general de Sanidad.

Lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos. Madrid, 27 de agosto de 1936.—P. D., J. Tomás Piera.

(Gaceta del 30 de agosto.)

* * *

De acuerdo con el Consejo de Ministros, a propuesta del de Trabajo, Sanidad y Previsión, y en virtud de lo prevenido en los Decretos de la Presidencia del Consejo de Ministros de 21 y 31 de julio último,

Vengo en decretar la separación definitiva del servicio, con pérdida de todos sus derechos en los Cuerpos y cargos que se citan y en cualquier otro que dependiendo de dicho Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión pudieran desempeñar actualmente, a los funcionarios siguientes:

Jefes de Servicios provinciales de Puericultura.

D. Lorenzo Sánchez de León, de Ciudad Real; don Joaquín Espinosa Ferrándiz, de Cuenca; D. Enrique Iturrriaga González, de Pontevedra; doña Gonzala García Delgado, de Salamanca; D. Guillermo Arce Alonso, de Santander; D. Justo Luis Morales González, de Sevilla; D. Antonio Alonso Muñoyerro Pretel, de Madrid; D. Ceferino Rodríguez Rodríguez, de Vigo; D. Eduardo Berástegui Fraile, de Cáceres; D. Juan Bosch Marín, de Valencia.

Escuela Nacional de Puericultura.

Personal repuesto por el Tribunal Supremo:

D. Alberto Aparicio de Bessón, D. Enrique Monereo Francés y D. Pablo Sánchez de Linares García, profesores.

Cuerpo Médico de Baños.

D. Aurelio García Gavilán, D. Arturo Daza de Campos, D. Alfredo de Piquer y Martín Cortés, D. Mariano Mañeru Roncal, D. Santiago Ratera y Botella y D. Víctor Manuel Nogueras.

Instructoras de Sanidad.

Doña Elvira García Aynat, doña Juana Márquez García, doña Petra Justa Domínguez Calvo, doña Luz Alba Igual y doña Albina Benítez Lumbreras, todas ellas del Dispensario Antituberculoso del distrito de la Universidad de Madrid; doña Blanca Uruñuela Vallejo, del Instituto provincial de Higiene de Jaén.

Subdelegados de Medicina de Madrid.

D. Antonio Martín Menéndez, D. Emilio Larrú Fernández y D. Antonio Martín Calderín.

Dado en Madrid a quince de agosto de mil novecientos treinta y seis.—MANUEL AZAÑA.—El ministro de Trabajo, Sanidad y Previsión, Juan Lluhi Vallesca.

(Gaceta 16 agosto 1936.)

Visto lo dispuesto en las Ordenes de este Ministerio de 17 de marzo (Gaceta del 19) y de 4 de junio (Gaceta del 12) del corriente año, referentes a la consignación del presupuesto de los dos primeros trimestres de 1936 (Sección tercera, capítulo tercero, artículo cuarto, grupo tercero), de la cantidad de 37.500 pesetas, destinadas a subvencionar las Mutualidades obreras y Cooperativas sanitarias que tengan establecido para sus asociados el servicio medicofarmacéutico:

Vista asimismo la relación de entidades presentadas a los mencionados concursos, en demanda de subvención,

Este Ministerio ha tenido a bien disponer lo siguiente:

1.º Estimar comprendidas en la Sección tercera, capítulo tercero, artículo cuarto, grupo tercero, de los presupuestos correspondientes a los dos primeros trimestres de 1936, a las entidades concursantes que se relacionan a continuación, adjudicándoles, a cargo de las 37.500 pesetas consignadas y en cuantía proporcional al importe de los servicios prestados por cada una de ellas durante el año de 1935, las cantidades que igualmente se mencionan:

	Subvención
Sociedad Caja de Mejoras Sociales de los empleados y obreros de Papeleras Reunidas, de Alcoy (Alicante)	302
Sociedad Cooperativa de Consumo y Socorros mutuos La Unión, de Alcoy (Alicante)	82
Montepío de Socorros mutuos de la Compañía anónima Filaturas de Fabra y Coats, de Barcelona	246
Montepío La Alianza Mataronense, de Mataró (Barcelona)	2.549
(Concluirá.)	

GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Un proceso fundamental ha dominado en la Patología de la presente semana: la enteritis disenteriforme. Los enfermos se alarmaron, porque la enfermedad evolucionó con fiebre alta y dolores, pero cedió con facilidad.

En los niños, impétigos, que a las veces han originado piodermitis bastante tenaces.

CRONICAS

"Inmunidad".—Esta obra sobre higiene es el mejor libro del ilustre Dr. Manuel Martín Salazar (con un folleto del Dr. Maraño). 20 pesetas ejemplar. Pedidos, a EL SIGLO MEDICO.

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

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.

BARDANOL

Compuesta de extracto de raíces de LAPPALMA JOR L. y Estafío coloidal.

Laboratorio Gamir, San Fernando, 34. - Valencia

Bolaños y Aguilar (S. L.), Talleres Gráficos. Altamirano, 59, Madrid.

MORRHUËTINE
JUNGKEN

PAHIRVOL

MURRISOL

3

PRODUCTOS DE
RECONOCIDA
EFICACIA

LABORATORIO MIRABENT BARCELONA

Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

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

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

ARTERIO y PRESCLOROSIS, ENFISEMA, ASMA, REUMA crónico y que desforma, LUMBAGO, 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 o gr. 54 de yodo que corresponde químicamente a o gr. 71 de K. I.

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

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

Concesionarios Generales

para la Exportación :

André GUERBET & C^{ie}

22, Rue du Landy

Saint-Ouen - Paris

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

**LIPIODOL
LAFAY**

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

Islas Canarias : B. APOLINARIO Farmacéutico, Las Palmas.

Vías respiratorias

JARABE FAMEL
a base de Lactocresosola soluble

**ACCIÓN
RÁPIDA
Y
SEGURA**

calma la tos
facilita la expectoración
reanima el estado general

Depósito general para España

Curiel s. A. - Aragón 228 - Barcelona

¡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

**"JUSTO"
FAJISTA**

**FAJAS MEDICAS
Y DE VESTIR**

Se ha trasladado a
MAYOR, 4, enllo. MADRID

ALLERES PROPIOS

LA ORTOPEDIA MODERNA

GRAN CASA CONSTRUCTORA

APARATOS ORTOPÉDICOS

ALONSO S^{ra} ALFONSO

ORTOPÉDICO DEL HOSPITAL MILITAR Y DE OTROS CENTROS

Fuencarral, 98 - MADRID Tel^o 15.724

PIERNAS Y BRAZOS ARTIFICIALES ÚNICA EN CORSES DE CELULOIDE MULETAS

GASAS Y ALGODONES VENDAJES FAJAS BRASEROS GOMAS

SEVILLA-PARIS-MILAN

MADRID-LAS VEGAS-MADRID

ANALISIS

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

Laboratorio del Dr. E. ORTEGA

Sucesor del Dr. CALDERON

Carmen, 12.-Madrid

FUNDADO EN 1866

Indicaciones del FORCEPS y técnica operatoria del mismo Por el Dr. A. PONS

4 pesetas ejemplar ♦ Pedidos al Apartado 121.-Madrid

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

(Véase anuncio, página 1)

Después de bastante tiempo de enfermedad, y generalmente no antes de que hayan transcurrido algunos meses, el parásito invade también el líquido cefalorraquídeo. En él no se realiza la perioricidad de los tripanosomas como en la sangre, sino que el número de parásitos suele ser aproximadamente el mismo durante meses enteros; y como la aparición periódica de los tripanosomas en la sangre está causada por la reacción del organismo, formando anticuerpos de tiempo en tiempo, esta conducta diferente prueba que esta reacción de defensa no tiene manifestación alguna en el líquido cefalorraquídeo. La rapidez en la multiplicación de los flagelados es mayor en éste que en la sangre, y a pesar de ello, la cantidad de tripanosomas queda sensiblemente constante durante mucho tiempo. Por tanto, debe de existir en el líquido cefalorraquídeo otra fuerza reguladora, y esta fuerza la representan los linfocitos, cuyo aumento en el líquido está estrechamente relacionado con la aparición de los tripanosomas. Observamos que los parásitos que casualmente se ponen en contacto con los linfocitos mueren y se disuelven, pero sin haberse introducido en la célula. Así, por la destrucción de los tripanosomas, quedan libres sus toxinas, que paulatinamente accionan en el sistema nervioso central.

En esta forma pugnan, por una parte, la virulencia de los parásitos, y por otra, la fuerza de reacción de los linfocitos; el antagonismo de estos dos factores produce un estado de equilibrio, que es distinto en cada caso y con el cual está relacionada la diversa gravedad de la marcha clínica de la enfermedad. Cuando los tripanosomas son muy escasos, no ejercen influencia nociva en el sistema nervioso central, y resulta un estado latente de la enfermedad del sueño, en el cual los pacientes es-

enfermedad se observa a veces un adelgazamiento marcadísimo, que no es síntoma directo, sino la consecuencia de que los enfermos no comen, porque duermen continuamente.

Con la presencia de los tripanosomas en el líquido cefalorraquídeo tenemos otro medio de diagnóstico, o sea la punción lumbar. Su aplicación es necesaria en casos de enfermedad antigua, puesto que para el pronóstico, como veremos luego, es muy importante saber si los tripanosomas ya han invadido el sistema nervioso central.

He expuesto la relación entre la conducta de los tripanosomas y la marcha clínica de la enfermedad, según resulta de mis propios estudios sobre la enfermedad del sueño; pero no quiero dejar sin mencionar que este concepto de la patogénesis, y especialmente la importancia que atribuyo a la infección del líquido cefalorraquídeo para el curso de la enfermedad, no está generalmente aceptado. Algunos autores consideran la invasión de este líquido como insignificante y admiten que la penetración de los tripanosomas en los distintos órganos, y especialmente en el tejido del sistema nervioso central,

STROPHANTHIUM PALLARES

Valoración biológica:

Un cc. contiene 2 1/2 miligramos de Estrofantina

sea la causa de los síntomas de la dolencia.

Por cierto, en los pequeños animales de laboratorio, en los cuales la infección experimental con el *gambiense* o *rhodesiense* alcanza una intensidad mucho mayor que la infección natural del hombre, pueden encontrarse los tripanosomas en número bastante grande en los tejidos, siendo tanto más numerosos cuanto mayor es su cantidad en la sangre. No se trata de una adaptación verdadera a este sitio, puesto que los tripanosomas conservan su forma característica y apropiada para la vida en un medio líquido y quedan provistos de su flagelo. La adaptación de un flagelado al parasitismo en los tejidos se expresa también en la morfología, como nos enseñará la comparación con el *T. cruzi*, la que haremos luego.

Si es permitido aplicar al hombre las experiencias hechas en los animales de ensayo, resulta que precisamente en la primera fase de la enfermedad los tejidos de los diferentes órganos, incluso el cerebro, pueden ser atacados por los tripanosomas; es decir, en la fase en la cual nunca se presentan los síntomas cerebrales. En cambio, en personas muertas de la enfermedad del sueño

OPTOBALSAN

(Optoquina y balsámicos)

● INYECTABLE ●

es muy raro encontrar aislados tripanosomas en el tejido del cerebro.

La prueba de que mi opinión sobre la importancia de la invasión del líquido cefalorraquídeo sea exacta la veo en las infecciones de papiones con el *T. gambiense*, efectuadas por mi colaborador Regendanz. Estos monos tienen una inmunidad natural contra el agente de la enfermedad del sueño, de modo que la inoculación de este tripanosoma en la sangre no da lugar a la infección. Pero, según mis observaciones, que acabo de explicar, era de suponer que las sustancias presentes en la sangre y a las cuales se debe la inmunidad faltasen en el líquido cefalorraquídeo; y por esta razón la inoculación de los tripanosomas fué efectuada por vía lumbar, y el resultado fué que estos papiones adquirieron una infección, que quedó limitada al líquido cefalorraquídeo, muriendo después de uno a dos años con los síntomas de la enfermedad del sueño.

Pasemos ahora a ocuparnos del agente de la enfermedad de Chagas. El *T. cruzi* se encuentra sólo en la sangre, y no en otros líquidos del cuerpo. Puesto que falta siempre en el cefalorraquídeo, no aparecen nunca los síntomas nerviosos, tan característicos para la enfermedad del sueño. Pero además de ser parásito de la sangre, este tripanosoma se presenta también como parásito de los tejidos. Como ya he dicho, nunca encontramos fases de división en la sangre, sino que la multiplicación tiene lugar en los tejidos de diferentes órganos, principalmente en los músculos. Los tripanosomas se colocan entre las células o penetran en ellas, y allí pierden su flagelo y se redondean. Estas formas se dividen repetidas y múltiples veces por bipartición, y de esta manera resultan focos más o menos grandes, en los que al fin se encuentran centenares de parásitos. Todos éstos, al formar de nuevo un flagelo, se convierten

JARABE ALMERA

A BASE DE FOSFATO DE CAL GELATINOSO, EL MAS ASIMILABLE

simultáneamente en tripanosomas típicos que regresan a la sangre. Allí encontramos los tripanosomas casi sólo en casos de infección reciente y únicamente durante dos o tres semanas; raras veces por un tiempo más largo. A veces reaparecen al cabo de algunos meses, y entonces permanecen en la sangre sólo durante pocos días.

Consideramos primeramente la sin-

ION-CALCINA PALLARES

A base de Cloruro de Calcio Frasco e inyectables

tán libres de síntomas clínicos o de malestar alguno. Al contrario, cuando los parásitos son muy numerosos en el líquido cefalorraquídeo, causan graves daños en el sistema nervioso. Estos daños se manifiestan por ciertos síntomas, como ataxia intensa y el letargo, muy característico, del que la enfermedad toma su nombre, y más o menos tarde sobreviene la muerte. En la fase adelantada de la

tomatología de la dolencia tal como su descubridor, Carlos Chagas, la ha descrito. Según él, la infección del *T. cruzi* parece causar una enfermedad muy grave. Chagas distingue una fase aguda y otra crónica. La primera se ve casi sólo en los niños. Durante el tiempo que los parásitos se encuentran en la sangre hay una fiebre alta e irregular. Se forman

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

edemas duros de la cara, parecidos al mixedema; además, infarto de las glándulas linfáticas, especialmente de las cervicales, axilares e inguinales, como también hinchazón del hígado y del bazo. Después de diez a treinta días puede sobrevenir la muerte, en conexión con los síntomas de una encefalomeningitis, y si no, la enfermedad entra en la fase crónica.

La fase crónica Chagas la divide en diferentes formas, que dependen de una preferencia de diferentes órganos por parte de las fases de multiplicación del parásito. En la *forma mixedematosa*, los síntomas corresponden a los de la fase aguda; además se desarrolla una fuerte hipertrofia de la glándula tiroidea. Otra forma, llamada *forma cardíaca*, en la que existe una fuerte arritmia con extrasístoles, es producida, según Chagas, por el sitio prevalente de las fases de multiplicación en el músculo cardíaco. Igualmente la *forma nerviosa* es causada por focos de numerosos parásitos en el sistema nervioso central. En esta forma existen disturbios motores; además se presentan trastornos de la inteligencia, que van desde un simple cretinismo hasta la idiotez completa.

Ahora bien: este cuadro clínico de la enfermedad, admitido por Chagas, que se caracteriza por un curso siempre grave y terminando casi siempre, más o menos tarde, con la muerte, no ha sido confirmado por los investigadores de la enfermedad en otros países. Especialmente es indudable que no existe la supuesta relación entre la infección de tripanosomas y el bocio y cretinismo. También es dudosa la existencia de las otras formas crónicas de la dolencia. Puesto que Chagas supone que las fases de multiplicación en los diferentes órganos producen los síntomas de la enfermedad crónica, debe sorprender

que a estas fases de multiplicación no corresponden parásitos libres en la sangre, ya que los tripanosomas faltan casi siempre en los casos que son considerados como crónicos.

Mis propias observaciones en Guatemala tampoco favorecen la opinión de Chagas. Los tres niños que encontré infectados por tripanosomas dieron todos la impresión de completa salud. Faltaban los edemas, y los únicos síntomas que presentaban eran ligeras elevaciones de la temperatura durante algunos días y pequeños infartos de los ganglios inguinales y axilares. A pesar de esto, no quiero negar que la infección aguda puede tomar también un curso grave, puesto que a veces se ha visto sobrevenir la muerte durante esta época, causada probablemente por los tripanosomas. La conducta de diferentes razas de *T. cruzi* en los animales de ensayo nos enseña que la virulencia de ellos es muy distinta; además, los niños muy jóvenes, de pocas semanas o pocos meses de edad, son más susceptibles, de modo que en ellos las infecciones con razas muy virulentas puedan ocasionar graves síntomas y hasta la muerte. Pero esto, sin duda, es un acontecimiento muy raro.

Los niños que encontré infectados

CARABANA: el mejor urgente

por el *T. cruzi* quedaron completamente sanos después de la desaparición de los tripanosomas, y de esto hace dos años, por lo menos, según las últimas noticias que recibí sobre su estado de salud. Creo, pues, que su infección se ha terminado espontáneamente, y opino que ésta sea la marcha regular de la enfermedad. Concluyo esto del hecho siguiente: En el pueblecillo donde hice mis observaciones y donde encontré infectados el 3 por 100 de los niños, la proporción de las personas realmente infectadas debe ser muy elevada, ya que en cada caso los tripanosomas aparecen en la sangre sólo por corto tiempo. Sin embargo, no encontré allí personas con los síntomas considerados por Chagas como característicos de la tripanosomiasis crónica.

También la historia del descubrimiento de las dos tripanosomiasis del hombre es muy instructiva en este sentido. La enfermedad del sueño ha sido conocida en Africa como epidemia devastadora ya hace siglos, antes de que se hubiese descubierto su agente, mientras que en la tripanosomiasis americana primeramente fué encontrado el parásito y después fué buscada la enfermedad producida por él. Pero hasta ahora no se ha averiguado en la patología de los países del Sur y Centro de América par-

ticularidades extraordinarias, que hubieran sido aclaradas por el descubrimiento del *T. cruzi*. Por lo tanto, opino que este tripanosoma provoca una infección regularmente benigna.

Por fin, algunas palabras sobre la terapéutica. Sabido es que para el tratamiento de la enfermedad del sueño disponemos de varios medica-

Esirenimientio: Supositorios Evacuantes Rivalta. De eficacia infalible. Prospectos gratis
Preparación de óvulos y supositorios
Rambla Cataluña, 44.—BARCELONA

mentos eficaces, entre ellos una composición arsenical, llamada «Atoxyl», y un preparado de fabricación más reciente, la «Germanina». Para contar con un buen resultado es muy importante que se realice el tratamiento lo antes posible, mientras los tripanosomas no hayan penetrado en el líquido cefalorraquídeo, puesto que está comprobado que los medicamentos mencionados no alcanzan los parásitos en este líquido, y por eso no ejercen ninguna influencia sobre la infección del sistema nervioso central. Pero en los casos de infección reciente, la «Germanina» tiene un efecto tan seguro, que en el este de Africa los investigadores ingleses de la enfermedad del sueño ya han encontrado numerosas personas que —con fines científicos— se dejan infectar voluntariamente con los tripanosomas, porque no consideran la infección como peligrosa.

La tripanosomiasis americana se distingue de la enfermedad del sueño, como en todos los otros sentidos, también por la terapéutica. No disponemos de ningún tratamiento eficaz contra esta infección: ninguno de los medicamentos con los que puede curarse la tripanosomiasis africana del hombre y las tripanosomiasis de los animales tiene influencia alguna sobre el *T. cruzi*. Sabemos que en todas las enfermedades producidas por protozoos los medicamentos actúan principalmente sobre las fases de división, y la ineficacia sobre el *T. cruzi* se debe, sin duda, a la localización de sus fases de multiplicación en los tejidos, donde no son alcanzados por los medios terapéuticos.

En vista de esta ineficacia de la terapéutica, tiene más importancia la demostración de la escasa malignidad de la enfermedad de Chagas.

(De Investigación y Progreso.)

DULCIMIDA

PASTILLAS DE 0'03 gr.

DULZOR DE RÉGIMEN

LABORATORIOS MORATÓ

TROMBYL

COAGULANTE NACIONAL

LABORATORIOS MORATÓ

«GELACTAN» (NOMBRE REGISTRADO)

FÓRMULA: Solución idónea al 20% de lacto, tanato, gelatina.

INDICACIONES: **Diarreas** por procesos de fermentación y putrefacción.

Diarreas producidas por infecciones, parásitos y efectos medicamentosos.

Diarreas con procesos inflamatorios.

Diarreas disecráscicas.

Diarreas por estímulos nerviosos, etc.

«GELACTAN» es de agradable sabor.

«GELACTAN» no paraliza el intestino.

«GELACTAN» disminuye la diarrea sin aumentar los fenómenos tóxicos.

«GELACTAN» tiene positivas ventajas sobre todos los productos similares.

El Dr. García Vicente ha recogido en un tomo de 150 páginas, editado en papel couché, 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

○ 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! Pedirlo en Panaderías y establecimientos de régimen.

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

CATARROS BIFOSFOTIOL TOSSES

SOLUCION ARSENIO FOSFORADA CON TIOL

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

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.

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 pseudotuberculosos**, 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

HIGIENE DE LOS OJOS



OFTALMOL

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

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

EL FRASCO LLEVA UNA BANERITA

Com.: Cía. hidrargvr., 0,02 gr.—Ac. carbazot, 0,01 gr.—Sal. seda.

Homborg, 6 gr.—S. Clorenalina, XX gotas.—Ag. bidestilada, 300 gr.

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

Acción derivativa, descongestiva y antiflogística se obtiene en todos los casos con el

Vejigatorio líquido del Dr. Masó Arumí

INDICACIONES: PLEURESÍAS — NEUMONÍA — NEURITIS — CIÁTICA, ETC.
Muestras y literatura: Farmacia del DR. NADAL. — Rambla de Canalejas, 1. — BARCELONA

LABORATORIOS
CAMPOS FILLOL
VALENCIA

LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal

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

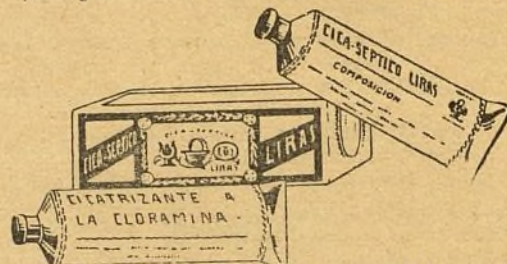
Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día

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

LACTOBULGARINA

CICA-SEPTICO LIRAS

De sorprendentes resultados en quemaduras, grietas de pechos, úlceras atónicas, forúnculos abiertos y en toda clase de heridas. La clase medica 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.

TRATAMIENTO EFICAZ

**REUMATISMO
YODOVISAL**

Salicilato sosa
YODURO potasa

**ESQUIZOFRENIA
MANGAN - ARSENILO
Cacodilato de man-
ganeso-Cacodilato
de sosa**

Muestras y literatura:

**D. FENOLLOSA
PAZ, 26 VALENCIA**

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.

Baños de Alange

En ALANGE, provincia de Badajoz

Los más antiguos de España. Datan de la época romana, como lo acreditan las dos piscinas de dicha fecha que se conservan intactas y utilizan en la actualidad.

Especiales para todas las enfermedades del sistema nervioso, neurastenia, histerismo, enfermedades propias de la mujer, epilepsia, etc.; proporcionan gran alivio en las enfermedades mentales.

Temporada oficial: 1.º de Junio a 30 de Septiembre

Para más detalles dirigirse al Administrador del Establecimiento D. Agustín de Rueda, en ALANGE.

**SANATORIO PEÑA-CASTILLO
SANTANDER**

Destinado a enfermos del aparato digestivo, nutrición y sistema nervioso

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

Director, EXCMO. SR. D. M. MORALES

"HOZNAYO" LA MEJOR AGUA DE MESA