

# EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

Núm. 4.320.— Tomo 98

AÑO OCHENTA Y TRES

26 Septiembre 1936



## SOLUCIÓN FUMOUZE

Clorato de Magnesia  
al décimo

### CORIZA

Una cucharada de las de café en medio vaso de  
agua, al empezar cada comida.  
(Deshidratación rápida de la mucosa nasal)

### NEOPLASMAS

Dos cucharadas de las de postres por día,  
en dos veces.

(Muestra y Litteratura sobre pedido)

ETABLISSEMENTS FUMOUZE, 78, Faubourg Saint-Denis, PARIS

Hygiene de la Mujer

## POUDRE CHAUMEL

(Polvos Chaumel)

DESCONGESTIONANTE  
ANTISÉPTICA  
SUAVIZANTE



Etablissements FUMOUZE  
78, Faubourg St-Denis, Paris

PRIMERA DENTICIÓN

## JARABE DELABARRE

Facilita la Salida de los Dientes

Calma los Dolores del Niño

Evita los Accidentes de Dentición

En suaves Fricciones  
en las Encías

Establecimientos FUMOUZE  
78, Faubourg Saint-Denis, Paris



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





# FIMONAL

VIAS RESPIRATORIAS

## Nuevos libros del Dr. Valdés Lambea

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

### Percusión y auscultación del aparato respiratorio

(Seis lecciones elementales)

8 PESETAS

### Terapéutica fundamental de la Tuberculosis

(Lecciones para médicos generales y estudiantes)

10 PESETAS

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

## La Casa La Troya

LAURITA REQUENA y HERMANO

COMPRA Y VENTA DE LIBROS DE TEXTO, BIBLIOTECAS Y RESTOS DE EDICION. ESPECIALIDAD EN LIBROS DE BACHILLERATO, CARRERAS Y OPOSICIONES. GRAN SURTIDO EN OBRAS MÉDICAS.

Constantino Rodríguez, 6-Teléfono 24490

# BIFOSFOTIOCOL TOSSES Y CATARROS

**DULCIMIDA** **DULZOR DE RÉGIMEN**

PASTILLAS DE 0'03 gr. :-: PRODUCTO NACIONAL

Muestras y Literatura: LABORATORIOS MORATÓ

PARA LAS ENFERMEDADES NERVIOSAS

## ELIXIR POLIBROMURADO AMARGÓS

BROMURANTINE (Nombre registrado)

Calma, regulariza y fortifica los nervios

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

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

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



# TERTULIA MEDICA

## HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

### AMENIDADES

26-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.

## Enseñanzas que aprovecha la Medicina para su historia con la lectura de «Don Quijote de la Mancha»

Conferencia leída en el Paraninfo de la Universidad de Alcalá por el Delegado oficial de Guatemala y del Colegio de Doctores de Madrid cerca del X Congreso Internacional de Historia de la Medicina, Dr. D. Alfonso Fernández de Alcalde.

(Continuación)

### SUEÑO.

El sensorio y, con él, el entendimiento, se halla embotado cuando aún no se está del todo despierto; por ello vemos a Dorotea dirigirse a Clara, que dormía, y así, moviéndola a una y otra parte, la despertó. Clara despertó toda somnolienta, y de la primera vez no entendió lo que Dorotea le decía. (Cap. XLIII, 2.<sup>a</sup>) Igual que con el sueño, quiere Don Quijote que pase con los encantamientos; por esto, con gran naturalidad, en plena discusión sobre el pretendido yelmo

Fábrica especializada en Productos Dietéticos y de Régimen Vegetariano

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

de Mambrino, asegura: ...quizá por no ser armados caballeros, como yo lo soy, no tendrá que ver con vuestras mercedes los encantamientos deste lugar, y tendrán los entendimientos libres, y podían juzgar de las cosas deste castillo como ellos son real y verdaderamente. (Cap. XLV, 1.<sup>a</sup>)

### SENSORIO.

No muy segura del número de sus sentidos se halla Teresa Panza, cuando prometiendo sencillez ante el deseado encumbramiento del marido,

**Jarabe Bebé. - Tetradinamo. - Septicemilol. Purgantil (Jarabe de Frutas)**

(Véase anuncio, página siguiente.)

dice: Si Dios me guarda mis siete o mis cinco sentidos, o los que tengo. (Cap. V, 2.<sup>a</sup>) Y no se diga nada de situaciones análogas, tras estados emocionales con lipotimias: ...puso en Luscinda Cardenio los ojos, y habiendo comenzado a conocerla primero la voz, y asegurándose que él era,

con la vista, casi fuera de sentido... (Cap. XXXVI, 1.<sup>a</sup>)

La gran alegría, al igual que el temor u otras anormalidades, pueden

**Diarreas estivales**  
**ELDOFORMO**  
"Bayer"

producir obnubilación del sensorio; así, cuando Sancho, durante la segunda visita hecha al palacio ducal, al hallarse revestido con el flameado sambenito: Mirábele también Don Quijote, y aunque el temor le tenía suspensos los sentidos, no dejó de reírse de ver la figura de Sancho. (Cap. LXIX, 2.<sup>a</sup>)

### VISTA.

La importancia de la vista para la inquisición de conocimientos (1) re-

**B A R A C H O L**  
**Cura Eczemas, Erupciones y Enfermedades Rebeldes de la Piel.**

salta en la petición que Sancho hace de las palabras que oyó a un predicador en su pueblo: ...dijo que todas las cosas presentes que los ojos están mirando se presentan, están y existen en nuestra memoria, mucho mejor y con más vehemencia que las cosas pasadas... (Cap. XXVIII, 2.<sup>a</sup>) Más tarde afirma Don Quijote: Lo que he contado lo vi por mis propios ojos y lo toqué con mis propias manos. (Cap. XXVIII, 2.<sup>a</sup>) Discusión tiene Don Quijote sobre la hermosura de los ojos de Dulcinea, contra lo que

(1) Véase la alusión a la prevención de Pedralva en la sección de Oftalmología.

le pintó Sancho: ...dijiste que tenía los ojos de perlas, y los ojos que parecen de perlas antes son de besugo que de dama; y a lo que yo creo, los de Dulcinea deben ser de verdes esmeraldas, rasgados, con dos celestiales arcos que le sirven de cejas (2), y esas perlas quítalas de los ojos y pásalas a los dientes, que sin duda te trocaste, Sancho, tomando los ojos por los dientes. (Cap. XI, 2.<sup>a</sup>)

Que la vista es evocadora de alegrías o pesares compruébase una vez más, pues que en su proyectado caminar hacia Zaragoza, ...llegaron Don

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

Quijote y Sancho al río Ebro..., cuya alegre vista renovó en su memoria mil amorosos pensamientos. (Capítulo XXIX, 2.<sup>a</sup>) También Zorayda... se entristecía y alegraba a bulto, conforme veía y notaba los semblantes de cada uno. (Cap. XLVI, 1.<sup>a</sup>)

Cúidase en el castillo ducal de que el hidalgo y su escudero no sufran vértigo de altura ante la posible contemplación de las regiones que han de trasponer con Clavileño; así, les aconsejan vendar los ojos, ...porque la altura y sublimidad del camino no les

**Antiséptico Glorógeno Lumen**

Muestras gratis.

Centro Farmacéutico Jienense.

Apartado 22.—Jaén.

cause vaguidos, se han de cubrir los ojos hasta que el caballo relinche.

(Continúa en la página XV.)

(1) ¿Qué enseñanza pueden sacar de este pasaje nuestras damas, depilándose las cejas y pintándolas contra las normas naturales!...

**FIMONAL**



**VIAS  
RESPIRATORIAS**



# LABORATORIO FARMACEUTICO

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

DIRECTOR D. BERNARDO MORALES

### BURJASOT VALENCIA

(ESPAÑA)

#### Jarabe Bebé

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

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

#### Tetradinamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

#### Septicemiol

(INYECTABLE)

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

#### Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

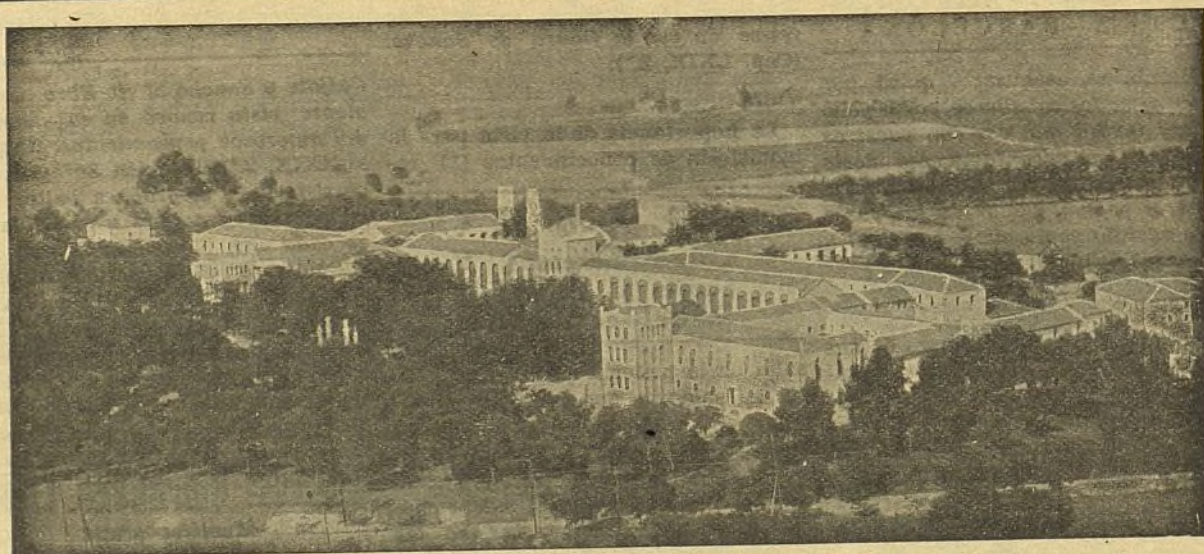
Preparado cardio-tónico y diurético a base de tinturas alcohólicas decoloradas y valoradas de digital, estrofantus y escila.

#### 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



## 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



# Salpingitis Celulitis pélvica Abscesos pélvicos

**L** OS TAPONES de Antiphlogistine son un medio conveniente de aplicar el calor húmedo, continuo y uniforme a la vagina.

Su marcada acción termógena aumenta la circulación en la pelvis, lo cual ayuda a resolver la congestión y a aliviar los síntomas dolorosos.

Debido a su plasticidad, la Antiphlogistine se amolda fácilmente a cualquier contorno, penetra los "culs-de-sac", contribuye a sostener el útero y facilita el drenaje.

Muestra y literatura, a solicitud.

## ANTIPHLOGISTINE

THE DENVER CHEMICAL MFG. COMPANY

163, Varick Street

Nueva York, E. U. A.

AGENTES EXCLUSIVOS DE VENTA PARA TODA ESPAÑA:

HIJOS DEL DR. ANDREU (S. A.)

♦ Calle de Folgarolas, 17 ♦

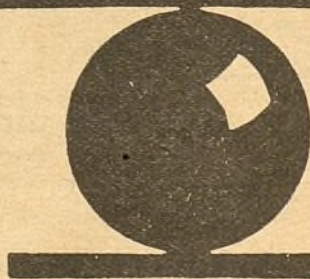
BARCELONA

LA ANTIPHLOGISTINE SE FABRICA EN ESPAÑA

ATLA  
BOLOGNA

# ANTISPASMINA COLICA

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



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

**EJERCEN SU ACCIÓN EN EL MISMO SITIO DEL ESPASMO**

LAB. FARMACOLÓGICO REGGIANO - Correggio (Italia)

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

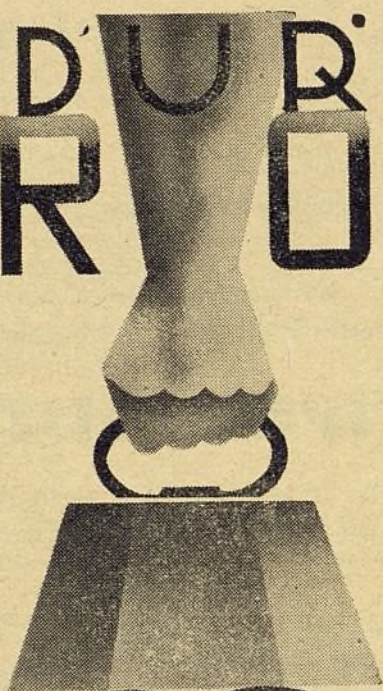
De 3-6 Pildoras  
queratinizadas  
al día



Representante para España: Dr. J. Valles y Ribó. Enrique Granados, 90-92. Barcelona



Y O D U R O S  
C R O S



DISMINUYEN LA TENSION  
ALIVIAN EL CORAZON

Los que no se discuten

por ser clásicos

e insustituibles

en • sus tres clases: Potásico - Sódico - Cafeinado

MUESTRAS Y LITERATURA: E. BOIZOT. { Luis Cabrera, 47. - MADRID.  
Salmerón, 247, pral. - BARCELONA.  
Av. del 14 de Abril, 16. - VALENCIA.



# EL SIGLO MEDICO

Tomo 98



Sábado 26 de Septiembre de 1936



Núm. 4320

## 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: Terapéutica de las taquicardias, por el Dr. Antonio Azpitarte.—Toracoscopia y pneumolisis intrapleural (conclusión), por el Dr. J. F. Carbajo Martín.—Recientes progresos realizados en el estudio de los virus y de las enfermedades por ellos producidas, por el Dr. Thomas M. Rivers.—PERIÓDICOS MÉDICOS.

## TERAPÉUTICA DE LAS TAQUICARDIAS

POR EL

Dr. ANTONIO AZPITARTE

Siempre que el pulso sobrepasa la frecuencia de alrededor de 75 pulsaciones por minuto, admitida como normal, se dice que existe taquicardia.

Las taquicardias se pueden clasificar en normotópicas o sinuales, caracterizadas electrocardiográficamente por la presencia de onda P, y heterotópicas o extrasinuales, en las que falta la citada onda P del electrocardiograma. Entre las primeras, se encuentran las taquicardias que pudiéramos llamar fisiológicas (de esfuerzo, de las emociones, etc.), y las que aparecen en ciertas distonías vegetativas, las de las infecciones agudas y crónicas, las del colapso, las de la enfermedad de Basedow, etc. Las más importantes de las segundas son la fibrilación auricular de ritmo rápido, el "flutter" o tremulación auricular, la taquicardia paroxística y la fibrilación ventricular.

Las taquicardias sinuales, en su mayoría quedan envueltas en el síndrome general (infección, colapso, etcétera), que es el que reclama el tratamiento; con él curan, y, por tanto, no requieren una terapéutica especial. La única excepción, quizá, está dada por las formas monosintomáticas, de localización cardíaca, del hipertiroidismo, aunque, naturalmente, en este caso también la terapéutica debe ir dirigida al trastorno endocrino.

Aquí sólo hemos de ocuparnos de las taquicardias que, en sí, como tales, requieren nuestra actuación terapéutica, es decir, de los casos en que la taquicardia se coloca en el primer plano del cuadro clínico, caso que sólo se da en las taquicardias heterotópicas. Naturalmente que también aquí sería lo mejor atender a la etiología del trastorno del ritmo—inflamación, alteraciones vasculares del miocardio—, y no hacer una terapéutica puramente sintomática; pero es que en este caso, como en otros muchos de nuestra actuación clínica, puede el síntoma reclamar una más urgente modificación que la que se obtendría con un tratamiento causal. Es indudable que la terapéutica sintomática no es decisiva; pero cuando el sínoma hace peligrar la existencia del enfermo, perturba grandemente una importante función, o es fuente de graves molestias para el paciente, ella cumple uno de los cometidos ineludibles de la Medicina.

Pero, ¿es que la taquicardia, como tal, puede poner en peligro la vida de un enfermo? En general, no. Sólo la fibrilación ventricular, salvo excepciones contadas, es mortal. La taquicardia, sin embargo, perturba intensamente la función cardíaca, y puede originar graves molestias al enfermo.

Se acorta tanto el diástole cuando la frecuencia de los latidos cardíacos sobrepasa la llamada por Wenckebach "frecuencia crítica", que aún no ha acabado la sístole ventricular cuando sobreviene la próxima contracción de la aurícula; esto origina un choque de la sangre contra las válvulas del "ostium" venoso, un verdadero taponamiento auricular ("Vorhoffropfung"), que engendra grave perturbación de la dinámica cardíaca.

Pero es que, además, los estudios recientes sobre la energética cardíaca demuestran cuán ineconómico es el trabajo del corazón taquicárdico. Ya es de observación antigua que el corazón del entrenado físicamente reacciona a los esfuerzos con menos taquicardia—y aun con una bradicardia paradójica—que el del no entrenado; y entrenamiento no quiere decir, al fin y al cabo sino mejor aprovechamiento de los recursos energéticos. Por esto, Bonnenkamp y sus discípulos, en cuidadosos experimentos, han extendido a la energética la conocida ley mecánica de Ludwig, del todo o nada. Así como el corazón, cualquiera que sea la intensidad del estímulo, se contrae con toda su potencia, así han podido demostrar los autores citados que sea la resistencia opuesta a su contracción, el "quantum" de energía liberada a cada sístoles es el mismo, con la salvedad, naturalmente, de que la longitud inicial de las fibras no varíe; esta energía se transformará en su totalidad en trabajo mecánico, o se perderá en forma de calor, según la resistencia impuesta al vaciamiento del ventrículo. Vemos, pues, que si cada sístole libera la misma cantidad de energía, el funcionamiento del corazón será tanto menos económico cuanto mayor sea la frecuencia de sus contracciones. Cosa análoga ha podido ser demostrada por lo que se refiere al consumo de oxígeno, y, por lo tanto, por lo que respecta al flujo coronario, en relación directa, ambos, con la frecuencia de los latidos cardíacos.

La perturbación circulatoria se refleja también en la cuantía del volumen-minuto. Experimentalmente, Stewart, Grawford y Hasting, en el perro, y Kerkhof y Bauman, en el hombre, han encontrado una disminución del mismo en la fibrilación auricular. Asimismo, Barcroft, Bock y Rougton han demostrado una gran caída del volumen-minuto durante los accesos de taquicardia paroxística.

No menos que estas perturbaciones de la función cardíaca deben pesar en el ánimo del clínico las molestias aquejadas por el enfermo. Pueden ser éstas leves, tales



como palpitaciones, sensación de constricción, etc., pero pueden llegar a hacerse tan intensas y alarmantes, que por sí solas reclamen un tratamiento urgente. Recuérdese a este propósito el cuadro anginoso de algunas taquicardias paroxísticas, tan bien individualizado por Scherf. Recientemente hemos tenido ocasión de asistir un caso de "flutter", en el que, sin existir signos de insuficiencia cardíaca manifiesta, se produjo un penosísimo ritmo respiratorio de Cheyne Stokes, que sólo cedió a la "relantización" del pulso.

Todas éstas son las razones, juntamente con otras que podríamos aducir, que obligan a intervenir activamente en un caso de taquicardia. Veamos ahora cuál debe ser nuestra conducta en cada una de ellas. Como dijimos, sólo nos vamos a ocupar de las heterotópicas, empezando por la más común de ellas, que es la fibrilación auricular.

La desaparición de una arritmia absoluta observada ocasionalmente por Wenckebach en 1914, tras de la administración de quinina, y los estudios posteriores de Frey acerca de la acción de los alcaloides de la quina sobre la fibrilación auricular, nos han proporcionado la medicación decisiva, la única eficaz que hoy poseemos contra la fibrilación de las aurículas: la quinidinoterapia.

La mayor parte de los autores (Von Bergmann, Wybauw, etc.), están conformes en que con el sulfato de quinidina—la única sal usada, por su mayor solubilidad—se obtienen éxitos completos y hasta sorprendentes. Hay que llamar, sin embargo, la atención del práctico para que se precave contra una tendencia que la gran difusión comercial de esta droga puede producir en su espíritu. Cierta que la quinidina es el único fármaco eficaz contra la arritmia absoluta, que ella es la única capaz de restituir el ritmo normal, pero nunca se dejará llevar el médico por el simplismo de creer que la fibrilación quiere decir medicación quinidínica.

Recuérdese que la quinidina es un depresor de la fiebre muscular cardíaca. Es precisamente en virtud de este carácter, como rebajando las propiedades fundamentales de ella (estimulancia, excitabilidad, conductibilidad y contractilidad), y aumentando, por tanto, su período refractario, llega a hacer imposible el movimiento circular de la aurícula. Teniendo en cuenta esta acción depresora de la quinidina sobre el corazón, comprendemos bien la extrema prudencia con que se debe actuar, mucho más si se recuerda que más de las tres cuartas partes de las fibrilaciones observadas en la clínica se dan en corazones profundamente alterados (lesiones mitrales antiguas, lesiones coronarias antiguas).

A las anteriores consideraciones hay que añadir los accidentes sobrevenidos en el curso de la modificación quinidínica, que, si no son frecuentes, pueden revestir extraordinaria gravedad. Tal es, por ejemplo, la parálisis cardíaca súbita ("Cardia Standstill") que ha sido observada por Parckinson y Campbell, y por Parckinson y Nikol, la movilización de trombos por la puesta en marcha de la aurícula largo tiempo parada y el rebajamiento global de la suficiencia cardíaca, observada en todos los casos en los que la capacidad funcional no era completa. Añádase a éstos la posibilidad, muy interesante por lo que a nuestro tema se refiere, de transformar una fibrilación en una taquicardia extrema, hecho debido a una "ralentización" del ritmo circular y a una disminución del bloqueo aurículoventricular, que aproxima o

hace igual la frecuencia ventricular a la de la aurícula.

De aquí el exigir ciertas condiciones previas a toda administración de quinidina, que podemos resumir en dos: la primera, que la fibrilación no sea de larga fecha, y la segunda, que la suficiencia sea buena, y, en caso contrario, que se haya restablecido completamente, mediante una medicación tónica cardíaca intensa. En estas condiciones—las mismas, aproximadamente, que Vega exige en un reciente y documentado trabajo, en el que llama la atención sobre los peligros de la quinidina—, podemos llevar a cabo el tratamiento quinidínico con arreglo a cualquiera de las pautas conocidas. De entre todas, la usada por nosotros, y la que recomendamos, es la de Von Bergmann: una dosis previa de 0,20 gramos, para tatar la tolerancia del enfermo; si ésta es buena, los días siguientes se darán tres veces 0,40 (dos comprimidos de los preparados comerciales corrientes), es decir, 1,20 gramos diarios durante cinco o seis días, hasta que se restablezca el ritmo; a continuación se disminuirá poco a poco la dosis, y, si es necesario, se persistirá durante algún tiempo con una pequeña dosis de mantenimiento.

No en todos los casos se logra una recuperación del ritmo normal; las estadísticas más favorables oscilan entre el 75 y el 80 por 100 de curaciones; nosotros lo hemos logrado en un 65 por 100 de nuestros pacientes. Y si no en todos los casos se logra romper el ritmo fibrilar, y si, además, gran número de fibrilaciones no son adecuadas al tratamiento por la quinidina, ¿qué hemos de hacer con estas fibrilaciones de ritmo rápido? Para ellas tenemos un remedio soberano en la digital. Esta, ciertamente, no disminuye el ritmo fibrilar, sino que lo empeora; pero una buena cura digitalica, además de borrar por completo los signos de insuficiencia, hace desaparecer el déficit del pulso y aumenta el bloqueo aurículoventricular, transformando la taquicardia irregular en una bradicardia hasta cierto punto regular. Los resultados obtenidos de este modo serán conservados mediante una cura digitalica crónica, que puede prolongarse sin temor alguno indefinidamente.

Otro de los ritmos taquicárdicos relativamente frecuente es el "flutter" o tremulación auricular. Es producido también por un movimiento circular establecido en la aurícula, que, a diferencia del de la fibrilación, es más lento y regular. El número de excitaciones que encuentran paso al ventrículo es mayor que en la fibrilación; de este modo, se engendra casi siempre una taquicardia regular o irregular. Por ello, el práctico sospechará la existencia de una tremulación en presencia de toda taquicardia duradera, rítmica o arrítmica, sobre todo si su frecuencia, como consecuencia de los estímulos que normalmente la suelen variar (ejercicio, emociones), varía bruscamente, por saltos, en múltiplos de la frecuencia inicial, fenómeno que no es sino la expresión de las modificaciones del bloqueo aurículoventricular.

La digital es el mejor medio a nuestro alcance para modificar el "flutter"; pero se ha de tener en cuenta que esto se logrará generalmente sólo después de grandes dosis. Para obtener resultado, nosotros hemos tenido siempre que sobrepasar la dosis total de 2,50 gramos de polvo de hoja, y, en ocasiones, hemos llegado hasta la cantidad de 4,30 gramos del mismo. Nuestra conducta consistirá en administrar cada seis horas 0,10 gramos de polvo de hojas, y si no se producen accidentes, continuar



# Hemostasia

El equipo hemostático del médico no  
está completo si falta el

## Coaguleno

*Preparado a base de las sustancias coagulantes de la sangre y de los órganos hematopoyéticos*

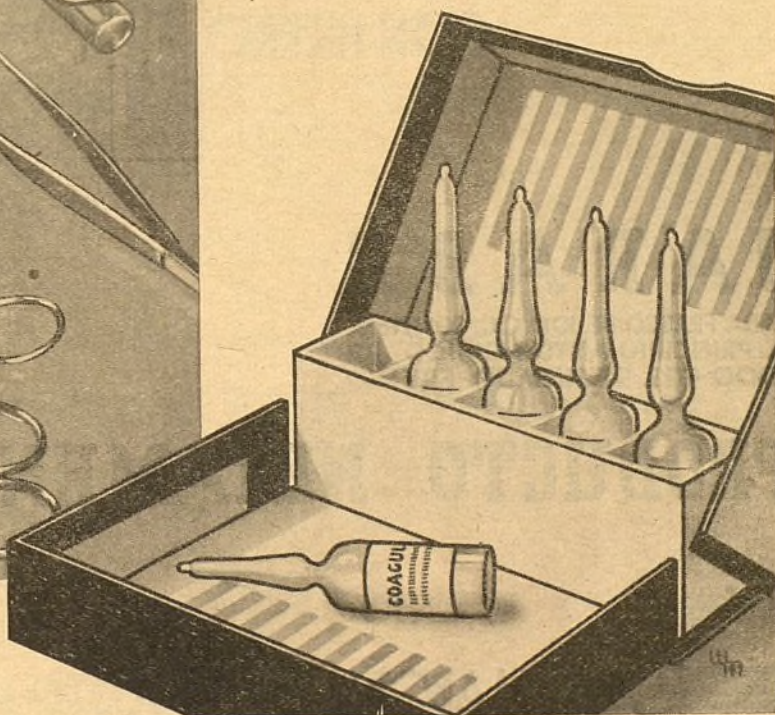
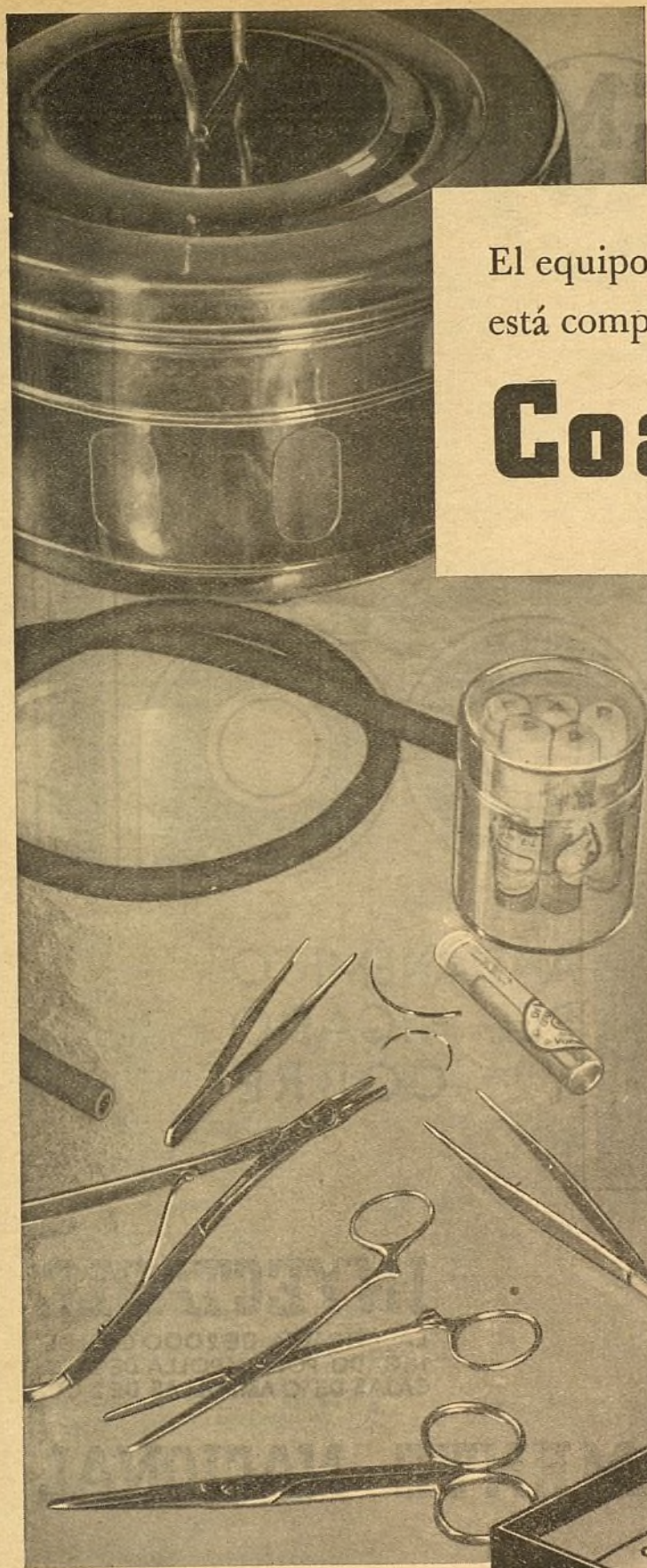
• No produce reacciones séricas •

*Proporciona al cirujano un campo operatorio exangüe y permite al médico tratar eficazmente las hemorragias internas y las diátesis hemorrágicas*

*Comprimidos*

*Injectables*

*Polvo*



**Ciba Sociedad Anónima de Productos Químicos**

**Barcelona, Aragón, 285**

**Madrid, Marqués de Cubas, 5**



# ANEMIAS



# hepal

PRINCIPIO  
AISLADO  
CON HIERRO

ANTIANÉMICO  
DEL HÍGADO  
Y COBRE

## JARABE

CADA FRASCO DE 100 C.C. CONTIENE  
EL PRINCIPIO ANTIANÉMICO DE  
1000 GRS. DE HIGADO FRESCO

## INYECTABLE

LA EFICACIA DE 2000 GRS. DE  
HIGADO POR AMPOLLA DE 2 C.C.  
CAJAS DE 10 AMPOLLAS DE 2 C.C.

## PRODUCTO NETAMENTE NACIONAL



LABORATORIOS JUSTE • MADRID •

FRANCISCO NAVACERRADA, 3 • HOTEL  
APARTADO DE CORREOS 9030



esta administración hasta obtener el resultado apetecido, que consiste en la producción de una fibrilación auricular de tipo generalmente muy lento. Basta en muchas ocasiones con suspender en este momento la administración de la digital, para que el ritmo sinusal se restablezca; si esto no ocurre, haremos a continuación una cura con quinidina, que, salvo contadas excepciones, logrará lo que nos proponemos.

Este es el proceder propuesto por Thomas Lewis con el que se obtienen los mejores resultados. Algunos autores —Edens, entre otros—, han propuesto el uso directo de la quinidina; no tenemos experiencia sobre el mismo, y sólo lo citamos sin atrevernos a comentar sus resultados.

La taquicardia paroxística es un tipo de taquicardia frecuente en la clínica. De todos es conocida. Cualquier médico ha tenido ocasión de asistir a uno de estos paroxismos taquicárdicos, y su diagnóstico es fácil, con tal de pensar en ella. Su tratamiento tiene dos momentos: el del acceso y el de fondo.

En su propia patogenia lleva el acceso de taquicardia paroxística el germen de su curación. En efecto, no hay más que aprovechar la intensidad extraordinaria de los reflejos vagales y cardiorreguladores de estos enfermos. Contra lo que se podría pensar, los enfermos de taquicardia paroxística exhiben una distonía vegetativa con predominio hipervagotónico. A este respecto, es interesante la concurrencia de otras afecciones que alteran el tono vegetativo en la misma dirección, tal como hemos observado en alguno de nuestros enfermos afecto de una polinosis (coriza espástica) y de accesos inveterados de taquicardia paroxística, en el cual era de tal intensidad el reflejo oculo-cardíaco, que en uno de sus ataques produjo el paro del corazón durante ¡dieciséis segundos y nueve décimas! Precisamente en este mismo enfermo, inmediatamente después de cesar el acceso, hemos podido comprobar intensas variaciones respiratorias de la frecuencia del seno, con escapes ventriculares e interferencia de los ritmos sinusal y nodal, datos todos que confirman la idea de Hochrein sobre la hipertonia vagal de estos enfermos.

Sabido es que Hochrein incluye la taquicardia paroxística entre los síndromes coronarios; para él, sería una isquemia electiva del sistema excitoconductor la desencadenadora del ataque, isquemia que sería en unos casos funcional, por disminución del calibre de las coronarias, ejercida por el aumento de tono del vago, y en otros casos orgánica, por lesión de las coronarias. De este modo se explica muy bien el diverso pronóstico de los

casos de taquicardia paroxística, afección tenida, en general, como muy benigna, y también el papel de la labilidad vegetativa de estos enfermos.

Pues bien: decíamos que para hacer cesar un ataque, no hay más que aprovechar la hipertonia vagal de estos enfermos. Muchas maniobras desencadenadoras de reflejos vagales se han recomendado (compresión del seno carotideo, excitación del vómito, etc.), pero de todas ellas nos parece la más útil la compresión de los bulbos oculares. Hasta ahora no hemos tenido ningún caso resistente a esta maniobra, que tiene en su contra el ser bastante dolorosa, pues hay que hacer una compresión muy enérgica y bastante duradera, y no comprendemos por qué no se recomienda más, ya que sólo Nagel cita de pasada su eficacia. No tenemos, por tanto, experiencia acerca de la quinina intravenosa empleada por Winterberg y Wenckebach, ni de la digital, por la misma vía, a grandes dosis, recomendada por Bohnenkamp, ni tampoco de la colina, según el proceder de Stepp y Schliephake, o de la quidina intravenosa o asociada al simpato ("anitschkow" y "sakussobo"). Creemos, sin embargo, que son métodos que, en caso de fracaso de otros más sencillos, se pueden utilizar.

El tratamiento de fondo de la taquicardia paroxística se hará a base de modificadores del sistema nervioso (bromuro y sus sucedáneos). A éstos podemos asociar con buenos resultados la quinidina en tres tomas diarias de 0,20 gramos, intercalando períodos de reposo de vez en cuando. Hochrein recomienda calurosamente la atropina a dosis fuertes, hasta producir sequedad de boca; la asociación de los alcaloides de la belladona a la fenil-etilmalonilurea (belladona) nos han dado en ocasiones excelentes resultados. Huelga decir que en los casos de lesión coronaria orgánica nuestros esfuerzos se dirigirán también al tratamiento dietético y farmacológico de ésta.

La fibrilación ventricular puede decirse que no tiene tratamiento por su brusca aparición y sus consecuencias rápidamente fatales, que no dejan tiempo a ninguna terapéutica. Sólo en algunos casos no mortales que cursen con síndrome de Amams Stockes, como el descrito por Freundlich, que nosotros tuvimos ocasión de observar, puede intentarse éste, que será causal. Pero como profilaxis de la fibrilación ventricular ha recomendado Morawicz la quinidina a dosis pequeñas y continuadas. Las estadísticas de la clínica de Leipzig son muy alentadoras a este respecto. Nosotros la empleamos desde hace algún tiempo. No podemos, empero, exponer una opinión definitiva sobre el particular.

## TORACOSCOPIA Y PNEUMOLISIS INTRAPLEURAL

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

Por el Dr. J. J. CARBAJO MARTIN

(Conclusión)

### CASUÍSTICAS

En los cuadros números 1 y 2 van resumidos los datos más importantes de cada una de las 20 observaciones. Por ello vamos a prescindir de presentar todas las historias clínicas completas, lo que haría el trabajo demasiado extenso para el tamaño usual de una revista, limi-

tándonos, por tanto, a ofrecer el estudio completo de cinco enfermos de los que pueden considerarse más demostrativos en nuestra casuística.

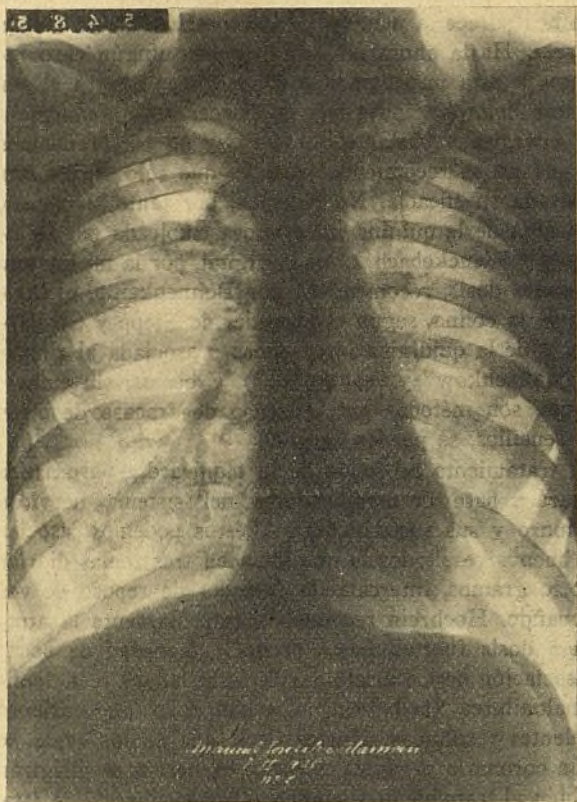
Es de advertir que, con igual amplitud fueron estudiadas las otras observaciones, y así fueron presentadas al Tribunal.



## OBSERVACIÓN NÚM. 5.

Manuel G. A.; dieciocho años; oficinista; ingresa el 19-II-34. La enfermedad comienza tres meses antes, con hemoptisis pequeña en plena salud.

**Diagnóstico.**—Tuberculosis infiltrativa ulcerada del pulmón derecho e infiltrado nuboso en infraclavicular iz-



Observación núm. 5.  
Radiografía antes de la operación.

quierda; siembra discreta bilateral. Hábito: leptosomático; peso, 54,100 kilogramos; talla, 1,73; perímetro torácico, 84-43.—C. V., 2.000 centímetros cúbicos.

**Examen hematológico.**—Hemáties, 5.500.000; hemoglobina, 90 por 100; leucocitos, 16.200; granulocitos neutrófilos, 68.—G.; eosinófilos, ocho; basófilos, 1; linfocitos, 23; monocitos, 10; V. S., = 50; presión arterial, 11-6; Wassermann, negativo; Piquet, + + +; orina, normal; gráfica de temperatura, 36,8° a 37°; ídem de pulso, de 90 a 100 al minuto; ídem de respiraciones, de 20 a 22 al minuto; expectoración de seis a 10 centímetros cúbicos, y bacilífera; con frecuencia, pequeñas hemoptisis.

**Radioscopia:** movilidad costal muy disminuída en ambos hemitórax, tercio superior. Asimismo, muy retrasada la movilidad del hemidiafragma derecho; vértices, no se aclaran a la tos; espacio retrocardíaco, ocupado en tercio superior.

El 28-II-34, se instaura neumotórax derecho con presiones iniciales de siete-seis y finales de seis-cinco, y se continúa después con insuflaciones semanales de 500 a 600 centímetros cúbicos de aire.

**Radiografía número 5.485 (7-II-35):** imagen de neumotórax selectivo parcial del lóbulo superior derecho; adherencia fusiforme en lóbulo superior y a nivel del

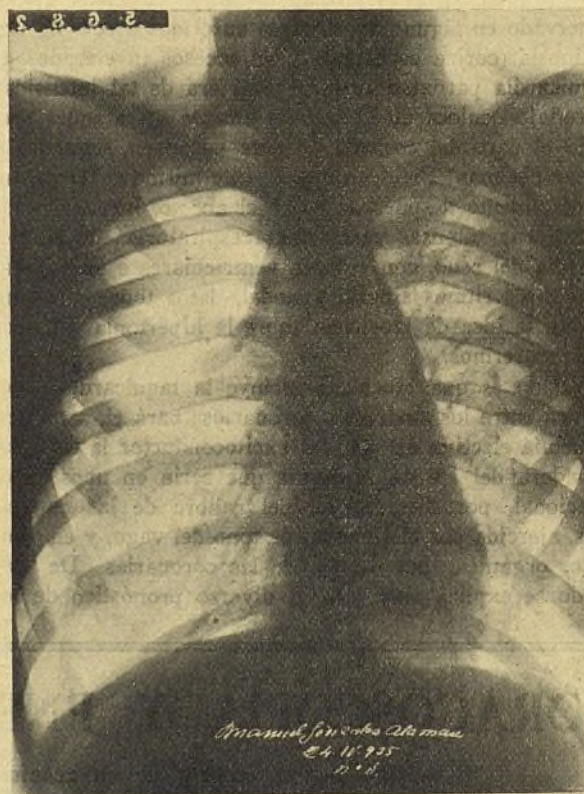
primer espacio intercostal; seno costodiafragmático ocupado por escasa cantidad de exudado; alrededor de la zona infiltrada de ambos pulmones, comienzan a aparecer concreciones de marcada densidad.

**Operación (1-3-35):** toracoscopia en segundo espacio intercostal, línea axilar anterior; cauterio en tercer espacio, línea axilar posterior.

**Toracoscopia.**—Pleura parietal translúcida, siendo bien visibles músculos intercostales y costillas; seno costodiafragmático ocupado por escaso exudado transparente; adherencia cordonalfibrosa con amplia base de implantación, tanto en pulmón como en pleura costal, semejando a los del tipo tercero de Maurer.

**Técnica.**—Diatermocoagulación y galvanocauterio. Se practica previamente la transiluminación, no comprobándose vaso alguno importante en su amplia base de inserción parietal. Se coagula mediante la diatermia, y con el asa galvánica se practica la sección, quedando el pulmón completamente retraído, sobre todo el lóbulo superior, que se ve adosado a mediastino.

**Curso postoperatorio.**—El día de la intervención tiene 37,6°, y permanece apirético el resto del tiempo. Tuvo moderado enfisema subcutáneo, que alcanza a fosa supraclavicular. La expectoración queda reducida en abril a un centímetro cúbico diario, que persiste bacilífera. Capacidad vital en 1-4-35, 1.3.000 centímetros cúbicos.



Observación núm. 5.  
Radiografía después de la operación.

El exudado aumentó sensiblemente a los pocos días, para desaparecer definitivamente al mes. La intervención es llevada a cabo, tanto para lograr un colapso eficaz del pulmón, como por evitar las hemoptisis pequeñas que, aun después de instaurado el neumotórax, sobrevienen. Al mes siguiente a la neumolisis, la V. S. era normal.



## RESUMEN

La operación se efectúa tres meses después de instaurado el neumotórax. La imagen endoscópica es la sospechada radiográficamente. Se utiliza diatermia y galvanocauterio combinados. La operación fué completa y el colapso pulmonar logrado, selectivo. La cantidad de expectoración se reduce al cabo de un mes a un centímetro cúbico diario, persistiendo bacilífera. La capacidad vital disminuye 700 centímetros cúbicos. De la imagen sanguínea desaparece el carácter séptico, y la V. S. se hace normal. El enfermo abandonó el Sanatorio, siguiendo el tratamiento en el Dispensario. En septiembre del 35 es visto de nuevo en el Sanatorio, y la expectoración se había hecho negativa para el bacilo de Koch.

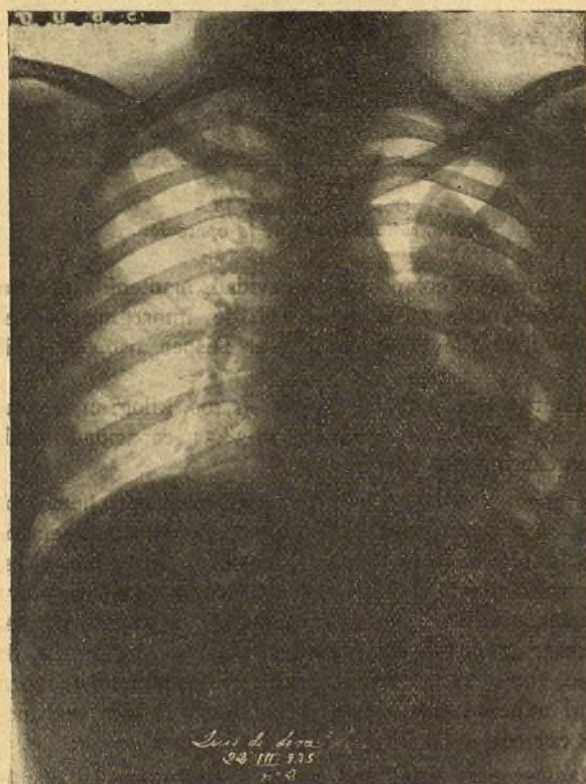
## OBSERVACIÓN NÚM. 12.

José L. L.; estudiante; ingresa el 4-3-35. La enfermedad comienza siete meses antes, con hemoptisis.

*Diagnóstico.*—Tuberculosis infiltrativa ulcerada del pulmón izquierdo; reacción general de impregnación.

Hábito: asténico; peso, 62,700 kilogramos; talla, 1,67; perímetro torácico, 86-43 y medio; capacidad vital, 2.200 centímetros cúbicos.

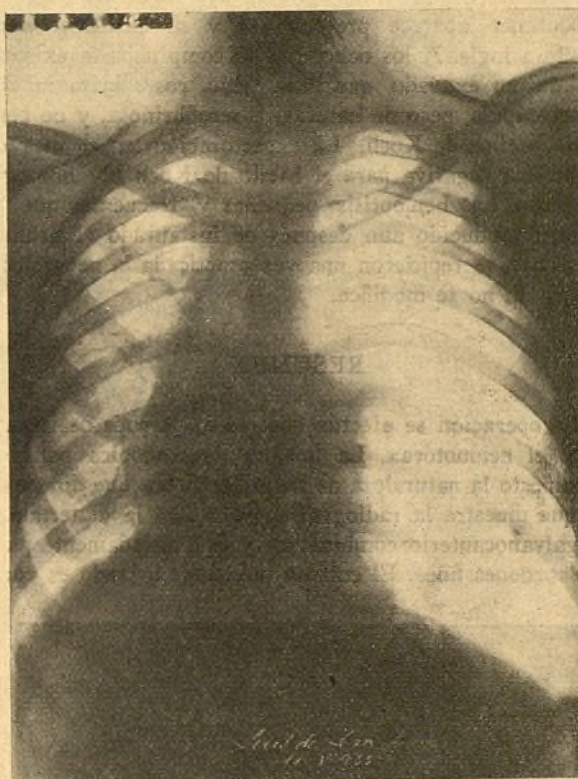
*Examen hematológico.*—Hematíes, 6.000.000; hemoglobina, 100 por 100; leucocitos, 14.600; granulocitos neutrófilos, 65 por 100; granulocitos eosinófilos, cero; lin-



Observación núm. 12.  
Radiografía antes de la operación.

focitos, 27; monocitos, ocho; basófilos, cero; V. S., igual 26; coagulación, tres minutos; presión arterial, 11-6 y medio; Wassermann, negativo; Piquet, + + +; orina, normal; gráfica de temperatura, 36,8° a 37,2°; ídem de pulso, 90 a 96 al minuto; ídem de respiraciones, de 20 a 25 al minuto.

Expectoración de tres a cinco centímetros cúbicos, y bacilífera; por homogenización, uno por cinco C. El 13 de marzo del 35 se instaura neumotórax izquierdo con presiones iniciales de ocho-siete y finales de seis-cinco; se continúa el neumotórax con insuflaciones semanales de 50 a 700 centímetros cúbicos de aire y presiones muy negativas.



Observación núm. 12.  
Radiografía después de la operación.

Radioscopia: movilidad costal y diafragmática del hemitórax derecho normal; en lado izquierdo, hemidiafragma elevado y poco móvil, y asimismo está muy disminuída la movilidad en toda su extensión; mediastino, desviado en bloque, a la izquierda.

Radiografía número 5.600 (22-3-35): colapso atelectásico subcostal del pulmón izquierdo; múltiples cordones adherenciales finos mantienen unido el muñón pulmonar a la pared costal desde el vértice hasta la altura de la quinta costilla posterior.

Operación (17-5-35): toracoscopia en tercer espacio intercostal, línea axilar anterior; cauterio en cuarto espacio intercostal, línea axilar posterior.

Toracoscopia: pleura parietal brillante y transparente; visibles músculos intercostales y costillas; espacios intercostales amplios, pulmón muy colapsado; tres adherencias membranosas anchas entrecruzadas entre sí, que desde parte inferior de lóbulo superior se insertan a nivel de cuarto espacio intercostal, línea axilar posterior; por encima de éstas existen cuatro cordones finos y largos; en el extremo vértice, ancha membrana, de aspecto más fibrosa que los primeros.

*Técnica.*—Diatermocoagulación y galvanocauterio. Las tres primeras membranas se seccionan, previa coagulación diatérmica, con el asa galvánica. Los finos cordones se desprenden con el galvanocauterio, y la ancha mem-



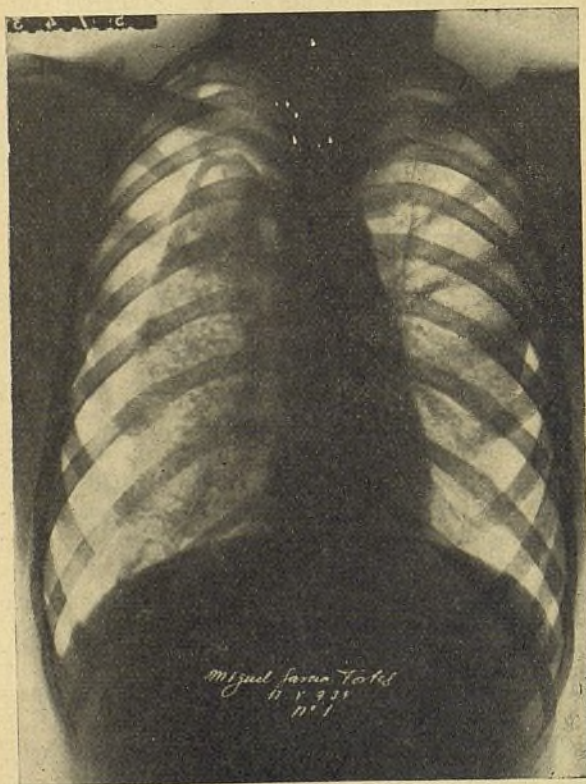
brana del vértice se secciona, combinando la diatermia y el asa galvánica.

Radiografía 5.746 (17-5-35): esta radio, practicada inmediatamente después de la intervención, muestra el pulmón completamente colapsado y casi oculto en el mediastino, que está desviado a la derecha.

*Curso postoperatorio.*—El día siguiente a la intervención tiene 37,5°, y después está apirético. El enfisema subcutáneo aparece precozmente y se extiende desde cuello a ingle. A los ocho días se comprueba la existencia de un exudado que llena seno costodiafragmático hasta cúpula, pero de naturaleza serofibrinosa, y no contenía bacilos de Koch. La expectoración en el mes de junio era negativa para el bacilo de Koch por homogenización. Las hemoptisis pequeñas y frecuentes que se habían producido aun después de instaurado el neumotórax, no se repitieron una vez practicada la neumolisis. La C. V. no se modifica.

### RESUMEN

La operación se efectúa dos meses después de instaurado el neumotórax. La imagen torascópica pone de manifiesto la naturaleza de las adherencias, que difiere de la que muestra la radiografía. Se utiliza la diatermia y el galvanocauterio combinados, y éste aisladamente para los cordones finos. El colapso pulmonar logrado es com-



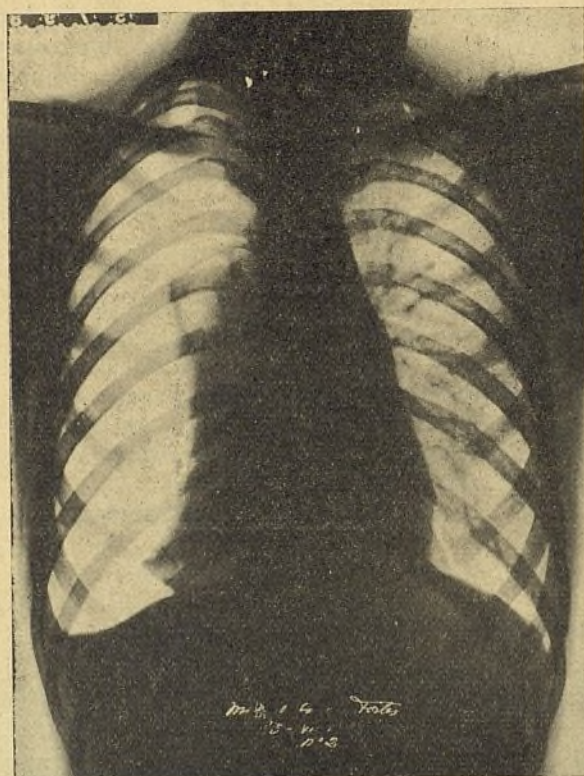
Observación núm. 13.  
Radiografía antes de la operación.

pleto. El pequeño exudado pleural desaparece a los dos meses. Un mes después de la intervención, la expectoración era negativa para el bacilo de Koch por homogenización, lo que, unido a las variaciones clínico-humorales y radiológicas favorables, permiten considerar al enfermo como inactivado.

### OBSERVACIÓN NÚM. 13.

Miguel G. F.; diecisiete años; ordenanza; ingresa el 16-5-35; la enfermedad comienza con pequeña hemoptisis tres meses antes.

*Diagnóstico.*—Tuberculosis infiltrativa ulcerada del pulmón derecho, con siembra; neumotórax terapéutico



Observación núm. 13.  
Radiografía después de la operación.

con incompleto colapso de la cavidad, mantenida abierta por adherencias apicales; R. G. de impregnación; el neumotórax fué instaurado en el Dispensario, en abril del 35.

Hábito: leptosomático; peso, 41,400 kilogramos; talla, 1,63; perímetro torácico, 78-38,5; capacidad vital, 1,400 centímetros cúbicos.

*Examen hematológico.*—Hematíes, 5.400.000; hemoglobina, 85 por 100; leucocitos, 10.800; granulocitos neutrófilos, 65; eosinófilos, uno; G. basófilos, cero; linfocitos, 23; monocitos, 11; V. S., = 34; presión arterial, 10-7; Pirquet, = + + +; Wassermann, negativo; orina, normal; gráfica de temperatura, 36,8° a 37,5°; ídem de pulso, 100 a 110 al minuto; ídem de respiraciones, 20 a 24 al minuto; expectoración, de cuatro a seis centímetros cúbicos, y bacilífera, ocho bacilos por campo.

Radioscopia: movilidad costal y diafragmática disminuida en el hemitórax derecho; cámara de neumotórax incompleto, por adherencias en vértice; mediastino centrado; espacio retrocaríaco libre; hemitórax izquierdo de movilidad normal.

Radiografía número 5.743 (17-5-35): colapso pulmonar derecho subtotal; en el vértice, varias adherencias de aspecto filiforme, que mantiene abierta una cavidad subpleural.

Operación (24-5-35): toracoscopio en segundo espacio



Medalla de Oro, Exposición Universal, París 1900.

## Granulos de CATILLON

0.001 Extracto Normal de

# STROPHANTUS

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

ASISTOLIA — DISPNEA — OPRESION — EDEMA — Lesiones MITRALES

## Granulos de CATILLON

0.0001

# STROPHANTINE

CRISTAL

TÓNICO del CORAZON por EXCELENCIA

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

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

Laboratoire CATILLON, 3, Boulevard St-Martin, PARIS  
Agentes para España, GIMÉNEZ-SALINAS y C<sup>ta</sup>, Avda. Eduardo Dato, 10, MADRID

4 a 6 COMPRIMIDOS  
POR DÍA



Derivados de la Colina  
activos por vía digestiva  
— comprimidos —

CURA COMPLEMENTARIA  
DE LA ACÉCOLINE

# HYPOTAN

El regulador del caudal arterial

HIPERTENSIÓN  
ESPASMOS VASCULARES

LABORATORIOS CHEVRETIN-LEMATTE  
L. LEMATTE, Suc<sup>ta</sup>  
DOCTOR EN FARMACIA  
52, RUE LA BRUYÈRE - PARIS

MUESTRAS Y LITERATURAS : SEÑORES JUAN MARTIN S.A.F.

ALCALÁ 9, APARTADO 310  
MADRID

CONSEJO DE CIENTO 341 Y 343  
APARTADO 698 - BARCELONA



# MORRHUËTINE

## JUNGKEN

### CARACTERES ESENCIALES

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

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

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

*Eficaz en el tratamiento de las*

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



**LABORATORIO MIRABENT BARCELONA**

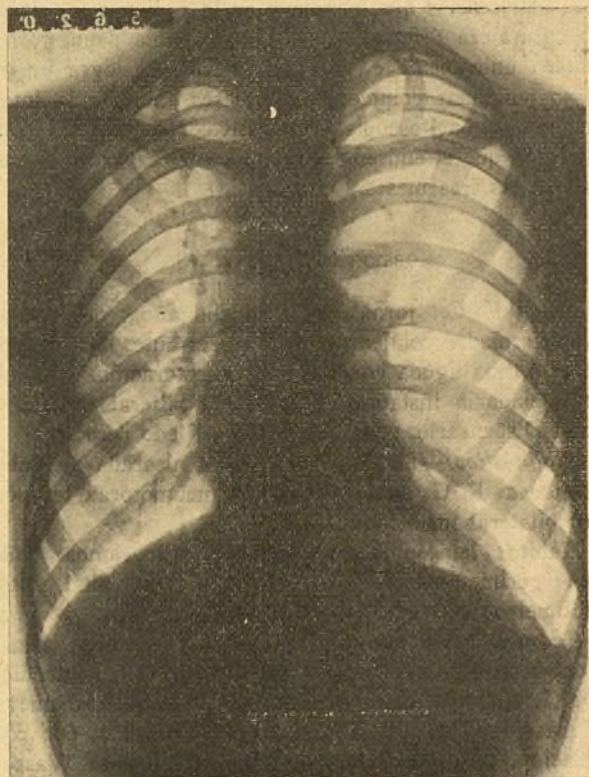
**ESPECIALIDAD NACIONAL**

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



intercostal, línea axilar anterior; cauterio en tercer espacio, línea axilar media.

Toracoscopia: pleura parietal transparente y brillante; espacios intercostales amplios; en lóbulo superior, seis adherencias cordinales finas, que se insertan en la pared lateral y posterior, desde el segundo al cuarto espacio intercostal, y una banda membranosa muy transparente,



Observación núm. 17.  
Radiografía antes de la operación.

compuesta de dos partes, que se unen, formando un ángulo diedro, y que se inserta en segundo espacio, línea escapular.

**Técnica.**—Diatermocoagulación y galvanocauterio. Las adherencias cordinales se seccionan con el cauterio; una de éstas se inserta muy próximo a los vasos subclavios. La adherencia membranosa se secciona con el asa galvánica, previa coagulación diatérmica. Una vez desprendida ésta, el pulmón se repliega hacia mediastino y se colapsa en mayor grado. En la región medastinal media se observa una adherencia que contiene vasos, y en cuya superficie existen varias bolsas de enfisema.

**Curso postoperatorio.**—La temperatura sube durante varios días a 37 y medio grados. Le aparece voluminoso enfisema subcutáneo, que se extiende desde clavícula a pubis, y que se reabsorbe en quince días.

Radiografía número 5.768 (5-6-35): el muñón pulmonar aparece retraído hacia mediastino y bastante colapsado, pero la cavidad parenquimatosa no ha experimentado modificaciones en su tamaño. El seno costodiafrágico está ocupado por leve exudado.

#### RESUMEN

La operación se efectúa mes y medio después de instaurado el neumotórax. La toracoscopia descubre el número exacto y la naturaleza de las adherencias. Se utili-

za el asa galvánica y la técnica de Maurer. El colapso pulmonar es completo; no obstante, la cavidad parenquimatosa permanece abierta. El exudado pleural y el enfisema subcutáneo se reabsorben en quince días. Tres meses después de la intervención se hace negativa para el bacilo de Koch la expectoración. La V. S. permanece medianamente elevada. La fórmula leucocitaria pierde el carácter séptico y se convierte en normal. La capacidad vital se reduce sólo en 100 centímetros cúbicos. Posteriormente, en la radiografía practicada el 12-11-35 ha desaparecido la imagen cavitaria del pulmón derecho, habiéndose producido un colapso pulmonar total.

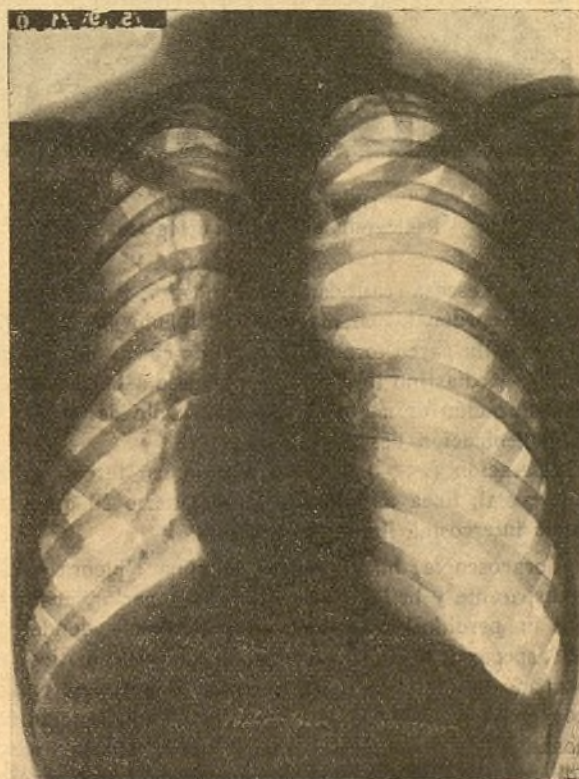
#### OBSERVACIÓN NÚM. 17.

Pedro B.; diecisiete años; ingresa 6-2-35. La enfermedad comienza ocho meses antes de manera insidiosa.

**Diagnóstico.**—Tuberculosis infiltrativa ulcerada del pulmón izquierdo. Reacción de impregnación.

**Hábito:** leptosomático; peso, 47 kilogramos; talla, 1,67; perímetro torácico, 81-40 y medio; capacidad vital, 2.700 centímetros cúbicos.

**Examen hematológico.**—Hematíes, 4.500.000; hemoglobina, 89 por 100; leucocitos, 7.600; granulocitos neutrófilos, 64; G. eosinófilos, dos; G. basófilos, cero; linfocitos, 31; monocitos, tres. V. S., = seis; coagulación, dos minutos; Wassermann, negativo, Parquet, ++; orina, normal; gráfica de temperatura, de 36 a 37,3°;



Observación núm. 17.  
Radiografía después de la operación.

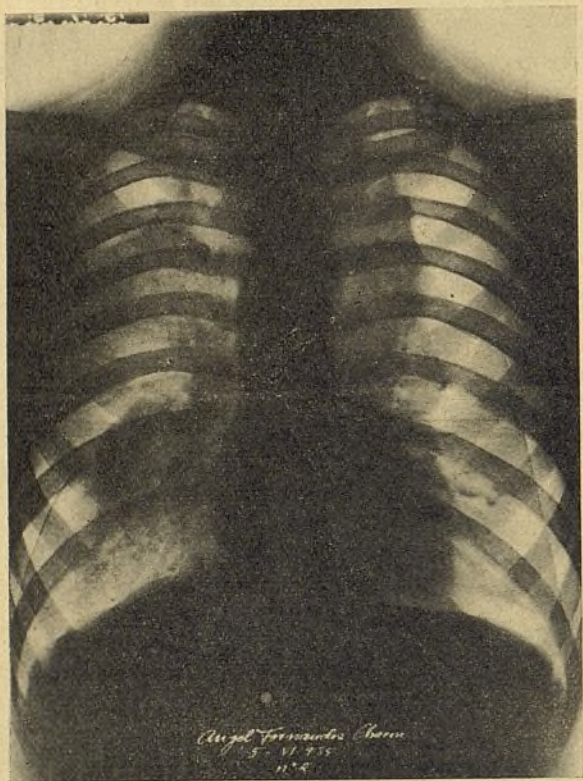
ídem de pulso, 80 a 85 al minuto; ídem de respiración, 18 a 22 al minuto; expectoración, de 10 a 15 centímetros cúbicos, y bacilífera; un bacilo de Koch por dos campos.

Radioscopia: bien conservada la movilidad diafrágica, así como la costal de ambos hemitórax. El vér-



tice izquierdo se aclara poco a la tos. Espacio retrocardíaco ocupado en sus dos tercios superiores. El 13 de febrero del 35 se instaura neumotórax izquierdo, que se continúa con insuflaciones semanales de 500 a 600 centímetros cúbicos de aire y presiones negativas.

Radiografía número 5.620 (29-3-35): colapso subtotal de pulmón izquierdo. Seno costodiafragmático ocu-



Observación núm. 18.  
Radiografía antes de la operación.

pado por escasa cantidad de exudado. Adherencia de aspecto cordonal, que mantiene el lóbulo superior pendiente de la pared torácica a nivel de cuarta costilla posterior. Mediastino ligeramente desviado a la derecha. La expectoración es negativa para el bacilo de Koch por homogenización desde el 5-35.

Operación (25-7-35): toracoscopio en tercer espacio intercostal, línea axilar anterior. Cauterio en quinto espacio intercostal, línea axilar media.

Toracoscopia: buen colapso pulmonar; pleura parietal transparente y brillante en su tercio superior, cualidades que ha perdido en el resto de su superficie, donde toma un aspecto grisáceo. El seno costodiafragmático está ocupado por leve cantidad de exudado seroso, y bañados por él se observan estrechas y cortas adherencias fibrinosas, que no impiden el colapso. En el lóbulo superior, adherencias membranosas de unos tres centímetros de anchura, que se inserta en tercer espacio intercostal, línea escapular; la superficie de la adherencia es rojiza, así como la pleura parietal próxima a su implantación.

Técnica.—Galvanocauterio. Se secciona la adherencia membranosa rápida y fácilmente con el asa galvánica.

Curso postoperatorio.—No tiene febrícula. Le aparece voluminoso enfisema subcutáneo, que se reabsorbe en quince días. El exudado crece levemente.

Radiografía número 5.910 (25-7-35): practicada inme-

diatamente después de la intervención, muestra el colapso completo del pulmón, con marcada desviación de mediastino a la derecha. C. V., 2.450 centímetros cúbicos.

## RESUMEN

La operación se efectúa cinco meses después de instaurado el neumotórax. La pleuroscopia no descubrió más adherencias que la visible en la radiografía, siendo de naturaleza diferente a la que se había supuesto. Se emplea únicamente el galvanocauterio. Se logra un colapso pulmonar completo. Dos meses antes de la intervención, la baciloscopía es negativa. No hay otra complicación que el enfisema subcutáneo. Desaparece el exudado a los tres meses.

## OBSERVACIÓN NÚM. 18.

Angel F. C.; jornalero; dieciocho años; de Madrid. La enfermedad comienza cuatro meses antes de su ingreso de forma aguda con fiebre y expectoración, y al mes de iniciada la instauran neumotórax bilateral simultáneo en el Dispensario, comenzando por el lado derecho.

Diagnóstico.—Tuberculosis caseosa ulcerada de ambos pulmones; R. G. de impregnación; neumotórax terapéutico bilateral insuficiente.

Hábito: leptosomático; peso, 52 kilogramos; talla, 1,61; perímetro torácico, 79-40; capacidad vital, 2.150 centímetros cúbicos.

Examen hematológico.—Hematíes, 5.500.000; hemoglobina, 100 por 100; leucocitos, 12.000; G. neutrófilos, 59; G. basófilos, cero; linfocitos, 31; monocitos, nueve; G. basófilos, uno; velocidad de sedimentación, 60; coagulación, dos minutos; presión arterial, 11-7; Wassermann, negativo; Piquet, ++; orina, normal; gráfica de temperatura, 36,6° a 37,3°; ídem de pulso, 80 a 90 al minuto; ídem de respiraciones, 18 a 22 al minuto.

Radioscopia: disminuída la movilidad costal y diafragmática en ambos hemitórax, más ostensible en lado izquierdo; neumotórax bilateral incompleto en ambos lados; espacio retrocardíaco ocupado.

Radiografía número 5.576 (12-3-35): neumotórax bilateral con colapso parcial en ambos lados; en los dos vértices, adherencias más gruesas en el lado izquierdo, que hacen los neumotórax insuficientes; en campo inferior derecho, cavidad de tamaño de una moneda de 0,10 pesetas, con nivel líquido; en ambos lóbulos superiores, cavidades pequeñas con semicolapso; nódulos diseminados.

Los neumotórax fueron instaurados en 1-35. La cantidad de expectoración a su ingreso oscilaba entre 10 y 15 centímetros cúbicos diarios, y bacilífera, y en el mes de julio, en que se practica la primera intervención, se había reducido a cinco y seis centímetros cúbicos diarios. Se indica la doble neumolisis intrapleurales para completar el insuficiente colapso bilateral, y se comienza por el lado izquierdo.

Primera operación (26-7-35): neumolisis izquierda. Trocar en tercer espacio intercostal, línea axilar anterior; cauterio en cuarto espacio, cerca de línea axilar posterior.

Toracoscopia: pleura parietal transparente y brillante, siendo visibles espacios intercostales y costillas. En lóbulo superior, banda fibrosa redondeada del grosor de



un dedo, que se inserta por fuera y por debajo de los vasos subclavios, cuyo latido es perfectamente visible. Junto a esta adherencia, y por debajo, existen dos membranas unidas en ángulo diedro, abierto hacia adelante. En línea escapular, y a nivel del sexto espacio intercostal se comprueba la existencia de otra membrana ancha, no sospechada en la radiografía. En cara anterior de pulmón, y a nivel del séptimo espacio intercostal, línea axilar anterior, se ve otra adherencia membranosa de unos cuatro centímetros de anchura.

**Técnica.** — Diatermiocoagulación y galvanocauterio. Previa la coagulación diatérmica e inmediata aplicación del cauterio al rojo sombra, se van seccionando con alguna lentitud las diferentes clases de adherencias, especialmente la banda fibrosa. El pulmón queda completamente desprendido de la pared costal.

**Curso posterior.** — Experimenta ligera febrícula dos días después de la intervención. Le aparece enfisema subcutáneo, que se reabsorbe en doce días. Asimismo le sobreviene un exudado pleural que llena el seno costodiafragmático, y que desaparece en tres semanas.

Segunda operación (12-8-35): ieuomolisis derecho. Trocar en tercer espacio intercostal, línea axilar anterior. Cauterio en cuarto espacio intercostal, línea axilar posterior.

Toracoscopía: pleura parietal translúcida y brillante, siendo visibles músculos intercostales y costillas. Tres adherencias son apreciables, dos de ellas en campo medio, que se insertan en los espacios intercostales sexto y séptimo, línea escapular, y la tercera en el vértice, que se inserta en segundo espacio intercostal, por dentro de línea escapular. De las dos primeras, la más alta es de naturaleza fibromembranosa, con amplia base de implantación, y la otra, así como la que se inserta en el vértice, son puramente membranosas.

**Técnica.** — Diatermiocoagulación y galvanocauterio. La operación resulta penosa, porque durante todo el transcurso de ella se queja el enfermo de falta de aire y acusa una gran disnea. La adherencia fibromembranosa emplea bastante tiempo, y, una vez seccionada, se aprecia que su implantación tiene una extensión de unos cinco centímetros cúbicos. Las adherencias membranosas se seccionan rápida y fácilmente.

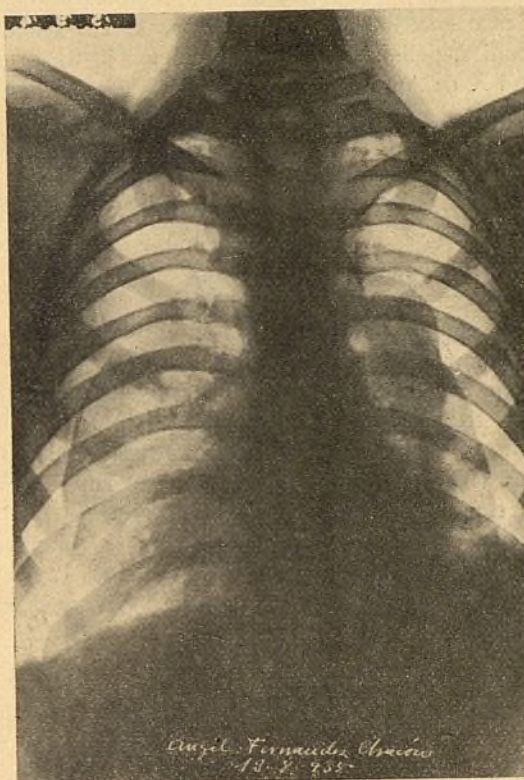
**Curso postoperatorio.** — Retirados los trocares y colocados los agrafes, acusa el enfermo disnea intensa; se comprueban las presiones intrapleurales y eran de  $+2$  a  $+8$ ; se extraen 900 centímetros cúbicos de aire y queda la presión en  $-3$  a  $-6$ , cesando inmediatamente la disnea.

Al día siguiente de la intervención tiene  $37,8^{\circ}$ , permaneciendo apirético el resto del tiempo. Le aparece moderado enfisema subcutáneo y leve exudado que apenas cubre seno costodiafragmático, desapareciendo ambos en quince días. Al mes de practicada la segunda intervención, la cantidad de expectoración se había reducido a uno y dos centímetros cúbicos diarios y negativa para el bacilo de Koch por homogenización. Capacidad vital en 16-9-35, 1.500 centímetros cúbicos.

## RESUMEN

Neumotórax bilateral simultáneo. Es ejecutada la doble neuromolisis intrapleural con un intervalo de diecisiete días. La primera intervención se efectúa seis me-

ses después de instaurado el doble neumotórax. La endoscopia pone de manifiesto la verdadera naturaleza y número de las adherencias. Se utiliza la diatermia y el galvanocauterio combinados. El colapso pulmonar logrado es eficaz y suficiente en ambos lados. Tanto el enfisema subcutáneo como el exudado que sobreviene después de cada intervención, desaparece en quince días. La



Observación núm. 18.  
Radiografía después de la operación.

capacidad vital se reduce en 650 centímetros cúbicos, sin que el enfermo experimente alteración alguna. Al mes de practicada la operación, la expectoración es negativa para el bacilo de Koch por homogenización. Es completamente lograda la finalidad de la operación.

## Divulgaciones científicas de actualidad

### Recientes progresos realizados en el estudio de los virus y de las enfermedades por ellos producidas

POR EL

Dr. THOMAS M. RIVERS

(Traducido y adaptado del *J. of the Am Med. Assoc.* por M. B.)

La palabra virus quiere decir tóxico, y así fué empleada para designar los agentes productores de un gran número de enfermedades. Después se fueron conociendo la naturaleza de los agentes productores de muchas enfermedades, a pesar de lo cual se continuó designando con la palabra virus a algunos de ellos, sobre todo aquellos que todavía no han podido ser vistos y cultivados. Entre los técnicos se reserva, sin embargo, en la actualidad la denominación de virus para un determinado grupo de agentes tan específico como el de los bacilos, y así, por ejemplo, las enfermedades infecciosas



se dividen ahora en grupos causados por bacterias, espiroquetas, hongos, protozoos, Rickettsia y virus, además de aquellas cuya etiología es todavía desconocida.

Las enfermedades que son producidas de manera segura o muy probable por virus, son: sarampión, parotiditis, ampollas de fiebre, herpes zóster, varicela, viruela, rabia, psicosis, resfriados, gripe, encefalitis de tipo St. Louis y japonesa de tipo B, la encefalitis epidémica o enfermedad de Ecónomo, la coriomeningitis linfocítica, poliomieltis, linfogranuloma inguinal, enfermedad X de Australia, fiebre de Rift Valley, fiebre amarilla, dengue y "moluscum contagiosum". También padecen enfermedades producidas por virus animales inferiores, insectos, plantas y hasta las bacterias.

*Naturaleza de los virus.*—A partir del descubrimiento de las bacterias se pensó que todas las enfermedades estaban producidas por agentes de este tipo, y aun después de conocer que los agentes de otras enfermedades eran mucho más pequeños que las bacterias corrientes, la mayor parte de los investigadores creyeron que la diferencia era únicamente de tamaño, siendo, en cambio, iguales en cuanto a su morfología y propiedades, y así dirigieron todas sus actividades a conseguir el cultivo de los virus en medios análogos a los empleados para las bacterias corrientes. Al demostrarse que los virus eran capaces de atravesar los ultrafiltros, ya pensaron algunos investigadores que no se trataba de organismos vivos, sino de sustancias capaces de provocar la enfermedad en organismos sucesivos, no por multiplicación autónoma, sino porque son fabricadas en las células por ellas estimuladas o dañadas.

Cuando, en 1915 y 1917, descubrieron Twort y Herelle, respectivamente, el bacteriófago, se dividieron los investigadores en un grupo, que sostenía que el bacteriófago era un pequeñísimo organismo vivo, mientras que el otro grupo lo consideraba como bacterias degeneradas capaces de producir la misma degeneración en las restantes. El bacteriófago no tiene la importancia epidemiológica ni terapéutica que al principio se le atribuyó, pero, en cambio, su descubrimiento, por el interés que despertó, ha servido para adquirir importantes conocimientos sobre los virus en general.

Los filtros de porcelana, que tienen poros de muy diversos tamaños, no permitían conocer el diámetro exacto de los virus, pero, gracias a las membranas de colodión, cuyos poros son de tamaño uniforme, y gracias al método de Elford, que permiten preparar membranas de poros de diversos calibres, se ha podido demostrar que no todos los virus tienen el mismo calibre, sino que, mientras los de algunas enfermedades tienen un diámetro de ocho a 15 milimicras, los de otras enfermedades alcanzan de 125 a 175 milimicras.

Como los virus no han podido ser cultivados en ausencia de células vivas, y algunos tienen el tamaño de las grandes moléculas proteicas, sostienen muchos autores que no se trata de organismos vivos. Entre ellos, Stanley ha conseguido obtener de manera constante grandes cantidades de proteínas cristalizadas de plantas infectadas con la enfermedad mosaico del tabaco, cuyas proteínas son capaces de reproducir la enfermedad al ser inoculadas a otras plantas, de donde deduce que el virus con el cual está trabajando no es un organismo vivo, sino una sustancia autocatalítica que deriva de

las proteínas de la planta como resultado de la infección.

Estos experimentos tienen gran importancia, y puede ser exacta la explicación a ellos dada por Stanley, pero es necesario no olvidar la posibilidad de que estas proteínas no fueran el virus mismo, sino una proteína patológica serológicamente específica de la infección y resultante de la acción del virus sobre el organismo. La aparente actividad propagadora de esta proteína podría ser debida a que fuera siempre acompañada de virus, el cual, dado su pequeñísimo tamaño, es imposible poner de manifiesto con los medios serológicos y químicos de que ahora se dispone.

El tamaño de otros virus, en cambio, nace más probable que se trate de organismos vivos; así, en el material procedente de la varicela, psicosis, etc., aparecen unos corpúsculos ovales o redondeados cuando se examina en fotografías hechas con luz ultravioleta o mediante colorantes y mordientes apropiados. Algunos de ellos han sido aislados en un estado de relativa pureza, y su análisis químico ha demostrado que están compuestos de agua, proteínas, hidratos de carbono, grasa y cenizas en cantidades compatibles con la idea de que sean organismos vivos.

En la actualidad no existe una opinión unánime acerca de la naturaleza de los virus, y las posibilidades admitidas pueden reducirse a tres grupos:

- a) Los virus sumamente pequeños pueden ser agentes inanimados.
- b) Los de tamaño medio pueden representar formas de vida que nos son todavía desconocidas.
- c) Los de gran tamaño pueden pertenecer al grupo de los microbios.

*Acción de los virus.*—Aun cuando los virus no han podido ser cultivados en los medios habituales, se ha conseguido que muchos de ellos se multipliquen "in vitro" en presencia de células. Así, se ha llegado al conocimiento de hechos de gran importancia para la profilaxis y tratamiento de estas enfermedades. Se ha demostrado que, una vez que el virus ha penetrado en el interior de las células, ya no hay suero alguno que sea capaz de destruirlo o de disminuir su actividad. Esto explica el fracaso en clínica del empleo de sueros en los casos en que ya existen síntomas de una enfermedad producida por virus. La vacuna corriente de la viruela puede ser mejorada cultivándola en presencia de embriones de pollo suspendidos en una solución de Tyrode, con lo cual se obtiene un virus libre de bacterias corrientes que puede ser inyectado subcutáneamente al hombre y produce la inmunidad, sin dejar señales en la piel ni producir reacción intensa.

Reed y sus colaboradores demostraron hace muchos años que el virus de la fiebre amarilla está en la sangre de los enfermos, y que es transmitido de unos a otros por los mosquitos. Atenuando su virulencia mediante pases sucesivos por ratones, ha preparado Theiler una eficaz vacuna preventiva; después se prepara también una vacuna a expensas de los cultivos modificados que se obtienen en el laboratorio, en presencia de determinados tejidos.

Shope demostró que la enfermedad conocida como "influenza" (de los cerdos "hog flou"), es producida por la acción combinada de un virus y de un bacilo (el "Haemophilus influenza-suis"), lo que está francamente en

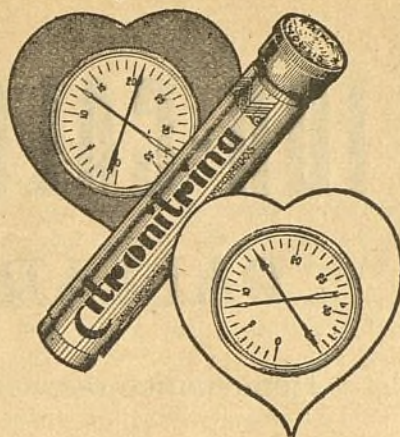


*Para sus hipertensos  
y arterioesclerosos.*

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

## Citronitrina

Vergés & Oliveres



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

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

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

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

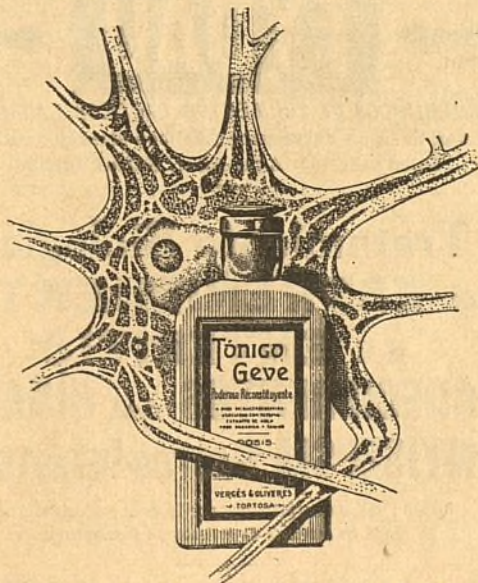
**El apósito ideal, tanto en las curas de alta como de pequeña cirugía**

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



# ION-CALCINA

## PALLARES

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

Laboratorio M. PALLARES  
Plaza Mosén Sorell, 6  
VALENCIA

# STROPHANTUM

## PALLARES

Tintura de estrofantus, especial-  
mente preparada y exactamente  
dosificada

# LACTOLAXINE

## FYDAU

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

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

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

**LABORATORIOS BIOLÓGICOS de ANDRÉ PARIS**

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

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

# Lipiodol

## Radiológico

Acelte Vegetal y Yodo puro

del Doctor **LAFAY**

**“ASCENDIENTE” Y  
“DESCENDIENTE”**

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

Concesionarios Gené-  
rales para la Exportación:  
Laboratoires  
**André GUERBET & C<sup>e</sup>**  
22, rue du Landy  
Saint-Ouen — Paris

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

**LIPIODOL  
LAFAY**

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



pugna con la teoría de Koch, hasta entonces admitida, de que cada infección estaba producida por un agente infeccioso, lo cual explica, quizá, el que, por buscar siempre en un solo agente la causa de las infecciones, no se conozca todavía la etiología de algunas que son debidas a la acción combinada de dos de ellos.

En 1931, Smith Andrews y Laidlaw consiguieron infectar hurones con el virus obtenido de los lavados de la faringe de personas afectas de gripe. Los virus obtenidos de epidemias muy distantes unas de otras tienen siempre los mismos caracteres y dan lugar a la producción de anticuerpos que aparecen en el suero durante la convalecencia de sujetos que no los tenían antes de la infección. El virus transmite la infección cuando se instila en la nasofaringe; en cambio, cuando se inyecta subcutáneamente en el hombre, se producen rápidamente anticuerpos específicos sin sufrir la enfermedad.

Krose, Foster, Olitsky y McCrtney demostraron que los catarros corrientes están producidos por agentes filtrables que se obtienen de la nasofaringe de los enfermos. Este virus ha sido cultivado por Dochez y sus colaboradores; pero como los métodos usados para su cultivo del virus de la "influenza", admiten la mayor parte de los autores que se trate de dos virus distintos. Es posible que no todos los casos diagnosticados clínicamente de "influenza" sean producidos por un mismo virus, y, así, el virus de la fiebre amarilla y de la enfermedad de Rift Valley de las ovejas pueden producir en el hombre un cuadro clínico que es imposible distinguir de la "influenza"; otras veces, la inoculación del virus obtenido de enfermos con "influenza" ha producido catarros comunes.

De las enfermedades del sistema nervioso producidas por virus se conocen bien los que producen la rabia y la poliomielitis, mientras que todavía se desconoce el agente productor de la encefalitis epidémica, que se incluye en este grupo de enfermedades únicamente por su semejanza clínica, epidemiológica y patológica con las enfermedades de este grupo.

Dos médicos han muerto de encefalitis producida por un virus procedente de los monos denominado virus B, que es muy parecido, pero no identificable, con los virus de la seudorrabia y del herpes simple.

En América se ha descrito una encefalitis que de manera endémica se presenta en St. Louis, cuyas características en total son claramente distintas de las de la encefalitis de von Economo. El virus tiene un diámetro que oscila entre 20 y 30 milimicras, y da lugar a la producción de anticuerpos que aparecen en la sangre de los convalecientes de esta enfermedad, mientras que no aparecen en los enfermos de encefalitis de v. Economo.

También se ha conseguido aislar un virus del líquido cerebroespinal de enfermos no graves de meningitis que curaron después, que ha sido designado como virus de la coriomeningitis linfocítica, que es probablemente igual que la designada por Wallgre como meningitis aséptica. Sin duda, parte de los casos de meningitis aséptica son producidos por virus, y parte son formas meníngeas, sin parálisis, de poliomielitis. En las enfermedades del sistema nervioso hay que tener en cuenta que tiene unas posibilidades muy limitadas de reacción, y, así, virus distintos pueden dar lugar al mismo cuadro clínico, del mismo modo que es imposible sin el examen bacteriológico

separar entre sí dos meningitis purulentas de distinta etiología.

*Vacunas y sueros.*—La única vacuna que el autor considera realmente eficaz es la de la rabia. Los sueros y vacunas han dado hasta ahora poco resultado en el tratamiento y la profilaxis de la poliomielitis.

Son de gran interés, por la importancia práctica que tienen, las experiencias que, basándose en el conocimiento de que los virus de algunas enfermedades nerviosas penetran por vía nasofaríngea, han realizado Sabin, Olitsky, Cox, etc., quienes han demostrado que haciendo primeramente instilaciones intranasales de ácido tánico, alumbre o trinitrofenol en las mucosas nasofaríngeas, no se produce la infección cuando se introducen virus en la nariz.

## PERIODICOS MEDICOS

H. WEBER.—*Diagnóstico precoz de la arterioesclerosis.*

En cuanto a las lesiones anatomopatológicas, considera siguiendo la escuela de Aschoff que las lesiones comienzan en la íntima de las arterias por degeneración de las fibras elásticas y de las células, y depósito de sustancias lipodeas, en especial de colesterolina. Acompañan a estos procesos otros de regeneración de las células y fibras elásticas y de neoformación de fibras conjuntivas, y según predominen uno u otro de estos dos tipos de procesos se produce el ateroma con grandes depósitos lipoides, en la capa media, que al debilitarse cede con facilidad a la presión arterial, mientras se forman trombos, embolias, y disminuye o aun se interrumpe por completo la circulación en el interior de los vasos, o la esclerosis con engrosamiento y rigidez de las paredes. Tanto en las lesiones de tipo ateromatoso como de esclerosis, se producen depósitos calcáreos en la capa media.

La localización y extensión de la arterioesclerosis es sumamente variable. Puede comprender todo el sistema desde un principio, o permanecer localizada largo tiempo a la aorta o a las arterias del corazón, del cerebro, de los riñones de las extremidades o del abdomen.

La arterioesclerosis puede cursar sin síntomas y producir súbitamente la muerte a consecuencia de un ictus, de una angina de pecho, de un infarto del mesenterio, etcétera, pero otras veces, sobre todo cuando afecta un territorio muy extenso, puede dar síntomas generales, como malestar general, disminución de la actividad psíquica y física, que se manifiesta, sobre todo, por un cansancio muy rápido, etc. Si se localiza en la aorta, se produce primero refuerzo del segundo tono, soplos, pulsaciones patológicas, etc.; también desigualdad entre el pulso de ambas carótidas y de la subclavia cuando algunas de estas arterias están afectas en mayor grado. La aorta se dilata y aumenta de longitud. La hipertensión, cuando existe, empeora el curso de la arterioesclerosis. Las alteraciones de las arterias apreciables por palpación, que son de gran valor diagnóstico, no suelen encontrarse hasta fases avanzadas. Son de interés los trastornos de los reflejos vasculares observados por Romberg y Frey, en los cuales se produce una reacción paradójica por el trabajo y la inyección de adrenalina. Cuando comienza la esclerosis por las coronarias se produce disnea y taquicardia, después de esfuerzos muy pequeños, los



cuales se acompañan más tarde de alteraciones del electrocardiograma y síntomas anginosos. Cuando se localiza en las arterias cerebrales, los síntomas son disminución de las actividades mentales, especialmente de la memoria, para nombres y hechos recientes, disminución de la atención y somnolencia, mareos, trastornos por parte del oído y de la vista, y en especial las características alteraciones de la retina. La arterioesclerosis de las arterias abdominales puede limitarse a producir durante largo tiempo meteorismo y expulsión de gases inodoros. La dispragia intermitente intestinal de Ortner puede presentarse como primer síntoma, pero no es suficiente para hacer el diagnóstico de arterioesclerosis. Por último, una localización en el páncreas puede originar una glucosuria, y en los riñones elevación de la tensión, etc. (*Die Med. Welt.*, 928; 27 junio 1936).—M. B.

M. LACOMME y FL. KREIS-DE MAYO.—*Sobre la induración curable del recién nacido denominada de origen obstétrico.*

La induración cutánea curable del recién nacido, llamada de origen obstétrico, se ha difundido su conocimiento desde los trabajos de Marfan, de Debray y de G.-L. Hallez, si bien las primeras publicaciones se deben a Cruse, en 1875, con el nombre de esclerodermia de los recién nacidos.

Desde esta época se han publicado casos con denominaciones diferentes; esclerosis hipertrófica de evolución favorable (Morquio); necrosis del tejido adiposo subcutáneo del recién nacido (Bernheim Karrer), y esclerema adiposo en placas (Triboulet, Ribadeau-Dumas y Debré).

A pesar de las numerosas publicaciones sobre este proceso del recién nacido, son limitados sus conocimientos, en especial su patogenia y etiología, si bien, en general, se la considera en relación con traumatismo obstétrico.

Hemos recogido seis casos que en nada difieren clínicamente con los hasta ahora publicados. La afección siempre se presentó de manera característica: las induraciones cutáneas fueron las únicas manifestaciones del proceso, coincidiendo con excelente estado general y evolución favorable. Fué del sexto al décimosegundo día del nacimiento cuando aparecieron las induraciones cutáneas, revistiendo el aspecto de nódulos o placas ligeramente elevadas, de coloración rojo oscuro o violácea, con dimensiones variables desde el tamaño de un perdigón o de un guisante, semejando el eritema nudoso, hasta el de una moneda de dos a cinco pesetas, formando una placa de endurecimiento, nódulos o placas duros, no adematosos, con contornos manifiestos, fáciles de limitar.

Nódulos o placas que forman cuerpo con la piel, sobre los que no se puede plegar, pero toda la masa desliza sobre los planos profundos.

La presión no parece dolorosa, pero hace desaparecer momentáneamente la coloración roja de la placa.

El número de estas induraciones varía con el caso, si bien asienta especialmente en mejillas, espalda, glúteos, cara posterior de brazos o muslos, y raramente en caras anteriores de tórax y abdomen.

La evolución es larga; se constituye rápidamente; persisten meses, para después palidecer la piel, que se hace furfurácea, al mismo tiempo que la extensión e induración de las placas disminuyen, hasta desaparecer sin

dejar rastro. Es raro que la induración se reblandezca; nunca se ulceran ni supuran.

El pronóstico es benigno y el tratamiento es nulo; no debe hacerse maniobra sobre las placas; a lo más, se protegerá la induración cutánea.

Patogénicamente se relaciona con un traumatismo obstétrico, si bien es objeto de discusión.—(*Le Bulletin Médical*, París, 25 julio 1936, año L, núm. 30, página 509).—M. A. C.

JESÚS DEL CAÑIZO, ANTONIO CORNEJO y ANTONIO IRIGOYEN.—*La reacción de Tacata en las enfermedades hepáticas.*

He aquí las interesantes conclusiones que los autores realizan acerca de su interesante trabajo, al cual acompañan numerosas gráficas e historias clínicas:

1.<sup>a</sup> Consideramos la floculación de la R. D. T., no como el resultado de un factor único, sino vinculada a la acción de varias causas, que encuentran las condiciones más propicias de aparecer en los casos que cursan con lesiones difusas de hígado.

2.<sup>a</sup> A nuestro modo de ver, pecan de exclusivistas los criterios que atribuían la positividad de la reacción a un solo factor (Oefelin al amoníaco, Jezler al aumento de globulina, etc.)

3.<sup>a</sup> Las cifras de bilirrubinemia no guardan ninguna relación con la posibilidad de R. D. T.

4.<sup>a</sup> Hemos practicado la técnica de Tacata, modificada por Jezler.

5.<sup>a</sup> Con los resultados floculativos construimos curvas colocando en la línea de las abscisas los números de los tubos, y en la de las ordenadas, los grados de turbidez o floculación.

6.<sup>a</sup> Hemos practicado la R. D. T. en 40 sujetos normales para distinguir entre negatividad y pequeñas positivities.

7.<sup>a</sup> En ningún sujeto normal la R. D. T. presentó una floculación franca. En algunos casos se presentó turbidez completa o ligera floculación.

8.<sup>a</sup> Consideramos como negativas aquellas reacciones que presentan una floculación ligera en dos o, todo lo más, en tres tubos.

9.<sup>a</sup> Aceptamos como positivas las reacciones que ofrezcan una floculación franca o completa en uno o varios tubos. También consideramos como positivas las reacciones con floculación ligera en más de tres tubos.

10. Es indiferente el número del tubo donde la floculación comienza.

11. La reacción de Tacata es positiva en la mayoría de las hepatitis, y los resultados negativos corresponden a procesos de curso benigno.

12. En algunos casos de hepatitis, la R. D. T. puede suministrarnos ciertos casos de ayuda diagnóstica.

13. En muchos de hepatitis, la R. D. T. representa una guía para el pronóstico, repitiendo la reacción en el mismo enfermo durante épocas sucesivas.

14. Los casos de colecistitis con R. D. T. negativa tienen un pronóstico más favorable desde el punto de vista operatorio que aquellos con R. D. T. positiva, aunque no consideramos esta positividad como contraindicación esencial para el tratamiento quirúrgico.

15. La R. D. T. no sirve para el diagnóstico precoz de los procesos tóxicos del hígado.

16. La reacción de Tacata en la fibrosis de hígado



tiene más importancia desde el punto de vista del pronóstico que del diagnóstico.

17. La R. D. T. negativa en las fibrosis es indicativa de la existencia de una hiperplasia parenquimatosa capaz de suplir funcionalmente las lesiones degenerativas.

18. Una R. D. T. positiva en el hígado de estasis no revela su transformación en fibrosis cardíaca (hígado moscado), aunque los casos con negatividad sean más favorables por lo que al funcionalismo hepático se refiere que los casos que con R. D. T. positiva.

19. Hemos obtenido R. D. T. positivas en dos casos de leucemia mieloide. Esta positividad pensamos sea motivada por la infiltración del tejido mieloide en el hígado.

20. La positividad de la R. D. T. marcha paralela con la V. de S. solamente en el grupo de la fibrosis de hígado.

21. La R. D. T. y la galactosuria (Bauer) no suministran resultados paralelos, sino que ambas se complementan.

22. La prueba que mejores resultados nos ha proporcionado para el diagnóstico precoz de los procesos cirróticos es la de la sobrecarga de bilirrubina.

23. La reacción de Millon tampoco presenta relación alguna con las positivities de la R. D. T.

24. Consideramos a la R. D. T. como una prueba más del funcionalismo hepático; los resultados conjuntos con las demás pruebas nos suministran datos valiosísimos, tanto para el diagnóstico como para el pronóstico de las enfermedades del hígado.

Avalora el trabajo una moderna bibliografía.—(*Revista Española de las Enfermedades del Aparato Digestivo y de la Nutrición*, núm. 6, pág. 403, junio 1936.)—J. H.

R. HERBST.—*La diabetes traumática.*

La mayor parte de los autores rechazan la posibilidad de las diabetes traumáticas, y sólo por excepción la aceptan en casos de traumatismos directos sobre el páncreas con destrucción de tejidos y trastornos de la secreción interna. Otros, los menos, aceptan la posibilidad de diabetes postraumáticas de origen neurógeno, que aparecerían:

1.º Por traumatismos craneales que lesionen determinados centros o vías nerviosas.

2.º Por choque psíquico.

3.º Por lesión secundaria del páncreas, por ejemplo, infecciones postraumáticas que lo alteren.

4.º Por herida directa o indirecta del páncreas en traumatismos del abdomen.

Indudablemente, si separamos el concepto de diabetes, enfermedad del tejido insular del páncreas con trastorno consiguiente del metabolismo de los hidrocarbonados, al de las glucosurias extrainsulares, el problema se simplifica mucho.

Glucosurias extrainsulares las vió C. Bernard después de la herida del *calamus scriptorius* y de la región subalámica. La irritación se propaga por vía simpática a las suprarrenales, y provoca una descarga de adrenalina con gran glucogenólisis, hiperglucemia y glucosuria. Los traumatismos craneales ocasionan glucosurias de esta clase que acostumbran a durar poco, no se acompañan de sed ni otros síntomas subjetivos, con grandes oscilaciones en la cantidad de azúcar de la orina y de buen pronóstico. Ni la dieta ni la insulina las modifican. Tales

glucosurias se observan, además, en apoplejías, tumores craneales, sífilis cerebral, encefalitis, etc. Alguna vez se han visto exteriorizarse o agravarse por estos traumatismos o lesiones verdaderas diabetes latentes o leves, y lo mismo se ha comprobado tras de choques psíquicos; pero la guerra demostró en todos los países que, a pesar de las grandes emociones y abundantes traumatismos, la diabetes no aumentó, antes bien disminuyó en frecuencia y gravedad.

Lo mismo decimos de las infecciones. Es cierto que durante su evolución disminuye algo la tolerancia para los hidrocarbonados; pero si no existe una inferioridad funcional casi siempre congénita del sistema insular del páncreas, no aparece la diabetes. Esto es lo que se ve en los tuberculosos crónicos, en los que tienen largas supuraciones por osteomielitis, etc. Sólo se reconoce una excepción por algunos las infecciones repetidas y constantes de los órganos vecinos del páncreas.

Respecto a la última posibilidad, hay que hacer notar que no existen descripciones de heridas de páncreas seguidas de diabetes ni se ha comprobado nunca tal cosa en las experiencias en animales. Hay que eliminar 9 por 100 de páncreas para que la diabetes traumática experimental aparezca. Diabetes por traumatismos difusos de abdomen se han visto muy pocas, y éstas más bien parecían agravaciones de diabetes hasta entonces ignoradas; en otros casos, en los más, sólo se trataba de glucosurias neurógenas extrainsulares con todos sus caracteres típicos.—(*Münchener Med. Woch.*, 1936, número 31.)—F. G. D.

A. D. GARDNER. *Profilaxia, tratamiento y bacteriología del pertussis.*

Parece que en la actualidad se tiende a que los fracasos en profilaxia y tratamiento del *pertussis* se debe a que la mayoría de los médicos todo lo ligan a la aparición de la tos característica. Se van conociendo epidemias donde la mayoría de los niños afectados no presentaron la tos característica, la tos espasmódica; es ello lo que ha llevado a varios autores a denominar la tos ferina con el antiguo nombre de *pertussis* de la escuela americana.

El gran progreso bacteriológico en *pertussis* es la aceptación del descubrimiento de Bordet de un pequeño bacilo hemofílico, denominado "*Haemophilus pertussis*", como agente de la enfermedad. Germen que es constante en los estados agudos de la enfermedad y falta en otras enfermedades y en estado de salud; el período de proyección del bacilo coincide con el período de contagio; son demostrables constantemente anticuerpos específicos según la enfermedad avanza; con cultivos puros de "*H. pertussis*" inyectados intratraquealmente en los monos se produce una enfermedad semejante al *pertussis* humano, y, finalmente, mediante instilaciones intranasales de cultivos puros de "*H. pertussis*", se ha logrado producir la enfermedad en niños. Son cumplidos los postulados de Koch.

Podemos definir la *pertussis* como "una infección del árbol respiratorio por el "*H. pertussis*", que generalmente provoca tos espasmódica".

El diagnóstico de esta enfermedad debe fundarse en hechos clínicos hematológicos y bacteriológicos.

El diagnóstico clínico es imposible en los primeros



días, cuando el aislamiento y el tratamiento da sus mejores resultados.

El diagnóstico hematológico se funda en el recuento linfocítico y en la reacción de fijación del complemento son buenas reacciones, pero no dan el diagnóstico en mometo muy precoz. La linfocitosis de intensidad aprovechable desde el punto diagnóstico aparece hacia la tercera semana de enfermedad y dura hasta la convalecencia, pues durante la fase catarral y en la convalecencia hay ordinariamente leucopenia. Precisa fijar la cifra absoluta de linfocitos, ya que su relación con los polinucleares puede disminuir en caso de infección secundaria.

La fijación del complemento aparece también en momentos semejantes a la linfocitosis, y con gran regularidad, si bien su positividad sólo indica que el enfermo ha estado sometido recientemente a la acción de un antígeno específico y no que está padeciendo la infección.

El diagnóstico bacteriológico es sencillo: emplear el método de la placa y cultivo en medio de sangre fresca, de Bordet; método que simplifica mucho y llevará a la práctica diaria cuando se encuentre un sustituto de la sangre fresca.

Se afirma que los tres cuartos de los casos pueden diagnosticarse bacteriológicamente en un momento muy precoz de la enfermedad, mucho más que el germen precisa tres días para iniciar su desarrollo.

La cutirreacción utilizando antígeno específico como diagnóstico del *pertussis* no es utilizable en la práctica, en especial porque unos la consideran en sus resultados como la cutirreacción a la tuberculina, y otros como semejante a la reacción de Schick en la difteria.

En el tratamiento del *pertussis* deben considerarse diferentes antigénicamente el "H. pertussis" fresco del "H. pertussis" adaptado a la vida de laboratorio, lo que parece explicar las posibles variaciones terapéuticas de las vacunas a emplear y preparadas por el "H. pertussis", a lo que hemos de unir el hecho de que las grandes concentraciones de gérmenes son más eficaces que las diluídas.

Muy otra es la cuestión desde el punto de vista del empleo de las vacunas como profilácticas; ha mejorado en los últimos años con las nuevas vacunas. Provisionalmente podemos decir que reduce las posibilidades del ataque y atenúa la enfermedad en caso de aparecer. Estadísticas posteriores dirán la última palabra.

La sueroprofilaxia con suero de convaleciente o de adulto inmune tiene efecto profiláctico cierto, pero no proporciona el 100 por 100 de resultados: sólo llega a 50 por 100, y, desde el punto de vista terapéutico, el suero de convaleciente es de resultados durante la fase catarral, pero no después.—(*Proceedings of the Royal Society of Medicine*, Londres, agosto 1936, vol. XXIX, número 10, pág. 1.273.)—M. A. C.

BECKERS y POIRIER.—*Cómo se debe tratar a un eczematoso.*

He aquí la transcripción del cuadro sinóptico que acerca de este tema publica una de las revistas belgas de mayor importancia, y que por creerlo de suma utilidad para nuestros lectores transcribimos íntegro:

Ante todo, debe examinarse al eczematoso de los pies a la cabeza, igual que si se tratase de un enfermo de

medicina general; igualmente debe hacerse una anamnesis familiar y particular muy completa.

Se le establecerá igualmente una dieta hipohidrocarbonada e hipotóxica. Se deben destruir los focos de infección, amigdalitis, caries dentaria, azúcar y albúmina. Se vigilará cómo marcha el enfermo de aparato urinario y de evacuación intestinal, prescribiendo la siguiente fórmula:

Carbonato de magnesia.....	12 gr.
Sulfato de magnesia.....	75 —
Agua de menta c. s. para.....	300 cc.

Un vaso de vino de los pequeños todas las mañanas.

El enfermo no debe lavarse con agua y jabón: hará su limpieza a base de aceite de olivas.

Utilizar una de estas dos fórmulas como más sencillas:

Oxido de cinc. )		
Almidón..... )	aa 8 grs.	Ictiol ..... 2 grs.
Vaselina..... )		Oxido de cinc. 40 —
Lanolina..... )		Vaselina ..... 60 —
H. s. a. pomada.		H. s. a. pomada.

Se desensibilizará al enfermo por uno de los medios siguientes:

A) Adrenalina en solución al 1 por 1.000, 15 gotas por la mañana y otras 15 por la tarde.

B) Lactato de cal.

C) Hiposulfito de sosa, 1 gr. todos los días en inyección intravenosa, de 20 a 30 inyecciones. Dice debe asociarse al que sea de éstos autohemoterapia, 8 a 15 cc. dos o tres veces por semana; 22 inyecciones.

Saber que los rayos ultravioleta bien manejados son un arma poderosa que no debe tenerse miedo en emplear.

No ignorar que la raditerapia sólo debe usarse en ciertos eczemas rebeldes y a dosis fraccionadas y alternas. (*Bruxelles Médical*, núm. 2, pág. 75, 10 noviembre 1935.)—J. H.

J. SHARPE y R. YOUNG.—*Efecto del embarazo sobre la neurofibromatosis.*

Da cuenta el autor de cuatro casos de neurofibromatosis pertenecientes al sexo femenino. Uno de ellos no había tenido ninguna manifestación, y los otros tres, tan sólo manchas color café, que constituyen la forma larvada de la neurofibromatosis. Coincidiendo con el primer embarazo aparecieron en estos cuatro casos numerosos nódulos cutáneos y subcutáneos, que histológicamente resultaron ser neurofibromas, y áreas intensamente hiperpigmentadas en la piel del tronco principalmente. Una vez terminado el embarazo, no siguió progresando la enfermedad. Nuevos embarazos ocasionaron la aparición de más tumores neurofibromatosos y áreas de hiperpigmentación. En estas enfermas se produjeron algunos abortos; pero en los embarazos que llegaban a término era el parto normal. Existía dismenorrea e irregularidades menstruales. En todos los casos existían también tumores neurofibromatosos en alguno de los padres y en los hijos.

Esta transmisión de la enfermedad y los intensos dolores y la degeneración maligna que sufren algunas veces los neurofibromas son motivo suficiente para evitar el embarazo en los casos de neurofibromatosis latente. (*The J. of the Am. Med. Assoc.*)—M. B.



EL TRATAMIENTO  
DE LAS  
**TUBERCULOSIS QUIRURGICAS**

ACEITE IODADO  
INJECTABLE  
FINIKOFF

POR EL  
**METODO**  
DEL  
**D.<sup>R</sup> FINIKOFF**

CALCIUM  
FINIKOFF  
(INTRAVENOSO)

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

**TRICALCINE**  
**INJECTABLE**

TUBERCULOSIS  
MISERIA  
FISIOLOGICA

MEDICACION CALCICA  
INTENSIVA Y ESTIMULANTE

CONVALECENCIAS  
ANEMIA  
ESCROFULOSIS

Laboratoire des Produits SCIENTIA 21, rue Chaptal. Paris. 9<sup>e</sup>

**TUBERCULOSIS · NEURASTENIA · ANEMIA**

**TRICALCINE**  
**RECONSTITUYENTE**  
EL MÁS PODEROSO = EL MÁS CIENTIFICO = EL MÁS RACIONAL

**MEDICACIÓN**  
LA MAS EFICAZ PARA EL TRATAMIENTO DE  
BRONQUITIS BAJO VARIAS FORMAS ANEMIA  
RAQUITISMO - ESCROFULA  
LACTANCIA y CRECENCIA DE LOS NIÑOS  
**TUBERCULOSIS**

**TRICALCINE**  
A BASE DE SALES CALCICAS CONVERTIDAS EN ASIMILABLES  
DU DOCTEUR E. PERRAUDIN  
*Ex-Chimiste Expert de la Ville de Paris  
Ex-Elève de l'Institut Pasteur*  
DE VENTA EN TODAS LAS DROGUERIAS Y FARMACIAS DEL PAIS

Laboratoire des Produits Scientia . 21, rue Chaptal . PARIS

**ESCROFULA · RAQUITISMO**

PRIMER PREMIO - DIPLOMA DE MEDALLA DE ORO EN EL SEGUNDO CONGRESO ODONTOLÓGICO  
LATINO AMERICANO, EXPOSICIÓN UNIVERSAL DE ODONTOLOGÍA BUENOS AIRES 1925

CARIAS DENTARIAS · TOS · DEBILIDAD

LACTANCIA Y CRECENCIA DE LOS NIÑOS





## TRATAMIENTO BIOQUIMICO DE LAS ULCERAS GASTRODUODENALES

### LAROSTIDINA "ROCHE"

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

Inyección indolora, intramuscular o subcutánea.

Una ampolla al día durante tres semanas aproximadamente.

Sedación rápida del dolor.

Ninguna contraindicación.

**BARCELONA**  
Caspe, 26

**MADRID**  
Santa Engracia, 4

**LEON**  
Avenida de Méjico, 4

## BARDANOL

*Laboratorio*

*Aurelio Gámir*

*Valencia*



## BARACHOL



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

LABORATORIOS FAUS — VILAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)

## CONTESTACIONES

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

EN UNA SOLA OBRA LA PREPARACIÓN COMPLETA

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

MEDICINA  
CIRUGIA  
HIGIENE  
LEGISLACION SANITARIA

**4 TOMOS**  
**1.600 páginas**

**35 PESETAS LA OBRA COMPLETA : 20 % de descuento a nuestros suscriptores**



## 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: Disposiciones oficiales. — Gaceta de la salud pública. Estado sanitario de Madrid. — Crónicas.—Tertulia.

## DISPOSICIONES OFICIALES

MINISTERIO DE TRABAJO, SANIDAD  
Y PREVISION

## SUBSECRETARÍA DE SANIDAD

*Restricción de estupefacientes.*

Ilmo. Sr.: Por las Autoridades sanitarias encargadas de dar cumplimiento a los preceptos contenidos en el Decreto de 29 de agosto de 1935 y Reglamento de 1.º de septiembre siguiente, se interpreta de modo diferente el artículo 11 del mismo en cuanto se refiere a la anulación de los carnets autorizaciones para uso de dosis superiores a las normales, a los tres meses de la fecha de su expedición:

Para unificar la acción oficial en esta materia y las interpretaciones que con arreglo al texto del referido artículo pueden hacerse del mismo,

Esta Subsecretaría ha tenido a bien disponer lo siguiente:

Los preceptos contenidos en el artículo 11 del Reglamento de 31 de agosto de 1936 (*Gaceta* del 1.º de septiembre) serán aplicados para la renovación de los carnets autorizaciones, prorrogando la vigencia de los mismos por la Dirección general de Sanidad, en Madrid, y por las Inspecciones de Sanidad, en provincias, por un plazo de otros tres meses, siempre que se acompañe a la petición de prórroga y junto con el carnet una certificación del facultativo que asista al titular del documento en el que se haga constar que éste continúa en tratamiento. Esta prórroga se consignará en el mismo carnet y en sitio visible, autorizado con la firma y sello de la entidad que lleve a efecto la prórroga, debiendo los Inspectores provinciales de Sanidad dar cuenta a la Dirección general de Sanidad de las prórrogas de esta naturaleza que verifiquen, a fin de que se anoten debidamente en los ficheros generales. Ningún carnet podrá ser prorrogado más de una vez ni tener, por consiguiente, plazo de vigencia superior a seis meses.—El Subsecretario, P. D., Jaime Aguadé Miró.

\*\*\*

*Subvenciones a Mutualidades Obreras y Cooperativas Sanitarias que tengan establecido para sus asociados el Servicio Medicofarmacéutico:*

(Conclusión. Véase el número 4.318 de *El Siglo Médico*.)

Sociedad de Beneficencia y Socorros mutuos de Porteros y Ordenanzas La Honradez, de Madrid ..... 3.000

	Subvención
Sociedad de Socorros mutuos para obreros de las Artes Gráficas (antes Tipógrafos), de Madrid) .....	96
Sociedad de Socorros mutuos de dependientes del gremio de cafés, hoteles, restaurantes y similares El Alba, de Madrid .....	75
Sociedad de Socorros mutuos La Central de Camareros, de Madrid .....	148
Unión española de Conductores de Automóviles, de Madrid .....	555
Filantrópica Comercial e Industrial, de Madrid .....	438
Sociedad filantrópica del Comercio, Industria y Banca, de Madrid .....	618
Sociedad filantrópica mercantil matritense, de Madrid .....	977
Sociedad médica matritense, de Madrid .....	957
Unión Sanitaria de Funcionarios civiles, de Madrid .....	667
Caja de Beneficencia del personal de la Compañía minerometalúrgica Los Guindos, de Málaga .....	69
Sociedad de Socorros mutuos de Artesanos, de Pamplona .....	101
Sociedad de Socorros mutuos Luz y Vida, de Oviedo .....	85
Sociedad Cooperativa mutualista médico canda-sina, de Candás (Oviedo) .....	85
Sociedad Cooperativa mutualista medicofarmacéutica El Progreso, de Sama de Langreo (Oviedo) .....	780
Sociedad de Socorros mutuos La Collotense, de Colloto (Oviedo) .....	82
Sociedad La Virtud del Trabajo, de La Corredoira (Oviedo) .....	89
Asociación de Socorros mutuos de obreros y empleados de la Sociedad metalúrgica Duro-Felguera, de Oviedo .....	3.750
Asociación de Socorros mutuos La Benéfica de Piloña, de Infesto (Oviedo) .....	76
Asociación de Socorros mutuos La Benéfica, de Ortiz Sobrinos, de Infesto (Oviedo) .....	84
Mutualidad Caja de Socorros de los obreros y empleados de la Sociedad Industrial Asturiana de Santa Bárbara, de Moreda-Aller (Oviedo). .....	307
Sociedad de Socorros mutuos, de Olloniego (Oviedo) .....	87
Cooperativa mutualista popular medicofarmacéutica, de Oviedo .....	86
Sociedad de Socorros mutuos El Tesoro del Trabajo, de Oviedo .....	170



	Subvención
Sociedad de Socorros mutuos La Ovetense, de Oviedo .....	80
Mutualidad Obrera Lavianense, de Pola de Laviana (Oviedo) .....	94
Caja de Socorros de los obreros y empleados de la Sociedad Hullera Española, de Ujo-Mieres (Oviedo) .....	1.323
Mutualidad medicofarmacéutica de empleados y obreros municipales, de Palencia .....	88
Mutualidad Obrera, de Palencia .....	44
La Mutualidad Obrera medicofarmacéutica, de Las Palmas .....	189
La Casa de los Obreros, de Santa Cruz de Tenerife .....	430
La Bienhechora, de Santa Cruz de Tenerife .....	76
Sociedad de Socorros mutuos Hogar Obrero, de Santa Cruz de Tenerife .....	110
Círculo Católico de Obreros, de Santander .....	150
Mutualidad benéfica-obrera de Santander .....	130
Sociedad de Socorros mutuos, de Nueva Montaña (Santander) .....	396
Sociedad de Socorros mutuos La Legalidad, de Santander .....	93
Mutualidad obrera medicofarmacéutica, de Sevilla .....	210
Sociedad La Reforma, de Sevilla .....	51
Mutualidad Andaluza de Viajantes y Agentes comerciales, de Sevilla .....	229
Sociedad de Socorros mutuos La Favorita del Obrero, de Sevilla .....	63
Sociedad de Socorros mutuos de Obreros, de Soria .....	63
Mutualidad Sindicato de San José, de Toledo .....	80
Cooperativa Sanitaria de la Casa del Pueblo, de Toledo .....	62
Mutualidad La Humanitaria, de Toledo .....	62
Mutualidad obrera de la Casa del Pueblo, de Toledo .....	90
Asociación ferroviaria medicofarmacéutica, de Valencia .....	344
Mutualidad Alianza Levantina medicofarmacéutica, de Valencia .....	496
La Mutualidad Obrera, de Valladolid .....	163
Sociedad de Tejedores, de Valladolid .....	129
Mutualidad Obrera, de La Arboleda (Vizcaya) .....	82
Mutualidad Obrera, de Bilbao (Vizcaya) .....	53
Cooperativa Obrera de Consumo, de Bassauri (Vizcaya) .....	815
Mutualidad Obrera, de Sestao (Vizcaya) .....	163
Sociedad de Socorros mutuos La Protección de enfermos, de Bilbao (Vizcaya) .....	40
Sociedad de Socorros mutuos Automovilista Bilbaína, de Bilbao (Vizcaya) .....	247
Cooperativa de consumo de Deusto, de Deusto (Vizcaya) .....	529
Sociedad obrera La Humanitaria, de Zamora .....	70
La Mutual obrera de Nuestra Señora de Bonaria, de Zaragoza .....	55
Mutualidad Obrera, de Zaragoza .....	416
Mutualidad Sanitaria de Trabajadores, de Zaragoza .....	451

	Subvención
Mutualidad de empleados y obreros municipales, de Zaragoza .....	57
Para el Instituto Social de la Marina, para distribuir entre los Pósitos marítimos de Pescadores, a favor de su presidente (secretario general) D. Alfredo Saralegui, de Madrid .....	1.014
TOTAL .....	37.500

2.º Que por la Ordenación de Pagos por Obligaciones de este Ministerio se expidan los oportunos libramientos a cada uno de los presidentes de las Sociedades que quedan relacionadas, y por las cantidades que asimismo se mencionan, todo con cargo al presupuesto de los dos primeros trimestres del corriente año, Sección tercera, capítulo tercero, artículo cuarto, grupo tercero.

3.º Que se publique esta disposición en la *Gaceta de Madrid* para conocimiento de todos los interesados.

Lo que comunico a V. S. para su conocimiento y efectos interesados.—Madrid, 14 de agosto de 1936.—P. D., J. Tomás Píera.—Señor Ordenador de Pagos por Obligaciones de este Ministerio.

## GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

### Estado sanitario de Madrid.

En la semana transcurrida se han producido algunos casos de amigdalitis flegmonosa; continúan las estafilococcias y siguen estacionarias las infecciones intestinales. El número de éstas es menor que en años anteriores por las medidas de precaución que se vienen tomando desde hace varias semanas.

En los niños han ocurrido algunos casos de neumonías, cuyo diagnóstico fué al principio dudoso, por ser de localización central y dolor mal localizado.

## CRONICAS

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

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.

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

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

**NIÑOS** *Quinintantina*  
DELGADO RONCO

En papeles, de acción eficaz y agradable de tomar.

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



# HAPTINOGENOS

“M É N D E Z”

## NEUMO

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

## GONO

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

## ECZEMA

Curativo del Eczema agudo y crónico.

## ESTAFILO

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

## INYECTABLES

para el tratamiento de las afecciones de las vías respiratorias

# OPTOBALSAN

(OPTOQUINA Y BALSAMICOS)

### Fórmula Adultos

Optoquina.....	0,03 gr.
Hidrastina.....	0,002 gr.
Colesterina.....	0,05 gr.
Alcanfor.....	0,20 gr.
Gomenol.....	0,20 gr.
Guayacol.....	0,10 gr.
Aceite de olivas lavado	c. s. para 3 cc.

### Fórmula Niños

Optoquina.....	0,015 gr.
Hidrastina.....	0,001 gr.
Colesterina.....	0,025 gr.
Alcanfor.....	0,10 gr.
Gomenol.....	0,10 gr.
Guayacol.....	0,05 gr.
Aceite de olivas lavado	c. s. para 1,5 cc.

*Representante para Madrid:*

**Don Antonio Sánchez Soubrier.-Glorieta San Bernardo, 8. Tel. 32267**

MUESTRAS Y LITERATURA A DISPOSICION DE LOS SEÑORES MÉDICOS

**LABORATORIO VIUDA DE SALVADOR S. ORTIZ.-BAZA (Granada)**





# UROMIL SALZ

Eter etil-fenil-cincónico—Sales de Piperacina—Hexametilentetramina

INDICADO EN LOS CASOS DE  
METABOLISMO ANORMAL

Moviliza - disuelve y elimina

## EL ÁCIDO ÚRICO

SUPRIME LAS CAUSAS DE LA DIATESIS

LA MEDICACIÓN CLÁSICA DE LA

# EPILEPSIA

JARABE ANTI-EPILEPTICO URGELL

Excelentes resultados en la gran mayoría de afecciones nerviosas.  
(Corea, Histerismo, Convulsiones, Neurosis, etc., etc.)

PUREZA DE COMPONENTES      ©      TOLERANCIA MAXIMA

Fórmula p. cucharada: Jar. nar. agr. 16,48 = Br. K. 3,50. Br. Zn. 0,02.



## 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



# Jugo de carne Valentine's

El mejor alimento para convalecientes el  
JUGO VALENTINE'S



El mejor jugo de carne el  
VALENTINE'S

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

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

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

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

RICHMOND, VIRGINIA, U. S. A.

Los señores médicos pueden pedir folletos conteniendo testimonios clínicos

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

## 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

## DOS NOVEDADES EGABRO

**PARALENTER:** Alimento antidiarreico sin astringentes. Fórmula originalísima. Alto índice nutritivo y asimilación total. Energética en estado naciente: Indicado en *dispepsias*, *gastroenteritis*, *enterocolitis* y en todos los trastornos gastroentéricos de tipo emético o tipo diarreico con o sin fiebre. Siempre que se quiera conseguir el «*restitutio ad integrum*» de la función digestiva del niño, del infante o del adulto. Cada caso de ensayo será un éxito clínico indudable.

**FEBRIFUGOL AL PIRAMIDON:** El máximo de las probabilidades curativas en las fiebres tíficas, colibacilares, etc., por los maravillosos efectos de la *Plata coloidal* y la *Urotropina*, acentuados acusadamente con el *Piramidón*, antitérmico definido por Krehl en sus matices de tolerancia e inocuidad.

*Indicaciones y dosis:* Las mismas exactamente que las del FEBRIFUGOL simple.

SERVIMOS MUESTRAS A LOS SEÑORES MÉDICOS  
Indicando estación destino.

**Laboratorio EGABRC**  
CABRA (Córdoba) España.



(Cap. XLI, 2.<sup>a</sup>) No cuidaron de ello los de la galera, cuando *...toda la chusma, puesta en pie y alerta, le fué dando y volteando sobre los brazos de la chusma, de banco en banco, con tanta prisa que el pobre Sancho perdió la vista de los ojos.* (Capítulo LXIII, 2.<sup>a</sup>)

## VISTA Y OÍDO.

La Suerte, cual Cupido, carece de vista; así lo afirma Sancho, al reconocer el lugar donde por el Caballero de la Blanca Luna fué vencido Don Quijote: *...Esta que llaman Fortuna es una mujer borracha y antojadiza,*

**CALCINHEMOL ALCUBERRO**

Poderoso antianémico

**ALCALA, 88. — MADRID**

*y, sobre todo, ciega.* (Cap. LXVI, 2.<sup>a</sup>) Sabemos por doña Rodríguez de la miopía de su marido, al referir el suceso que le pasó en la entonces angosta calle de Santiago, de Madrid (1): *...por esto y porque él era algún tanto corto de vista.* (Capítulo XLVIII, 2.<sup>a</sup>) Vista y oído son contrabados por los que asaltan a Don Quijote y Sancho, cuando aquéllos les dicen: *No os quejéis, scitas ni abráis los ojos...*, leones carniceros, y otros nombres semejantes a éstos, con que atormentaban los oídos de los miserables amo y mozo. (Cap. LXVIII, 2.<sup>a</sup>)

## VISTA Y GUSTO.

El hospitalario cabrero ofréceles algo que halague su vista y paladar:

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

*...Cerca de aquí tengo mi majada, y en ella tengo fresca leche y muy sabrosísimo queso, con otras varias y sazonadas frutas, no menos a la vista que al gusto agradables.* (Cap. LI, 1.<sup>a</sup>) En el difícil trance intestinal de Sancho, sabemos que Don Quijote tenía el sentido del olfato tan vivo como el de los oídos. (Cap. XX, 1.<sup>a</sup>)

(1) Con otras dos más referencias honra este libro sin parecido a la capital de las Españas, la que aun no ha sabido corresponder a tal recuerdo, colocando las inscripciones conmemorativas que son de rigor.

## OLFATO.

Gala hace Sancho ante el escudero del Bosque de la gran sensibilidad del olfato como catador de vinos: *¿No será bueno, señor escudero, tenga yo un instinto tan grande y tan*

**CARABAÑA: el mejor purgante**

*natural en esto de conocer vinos, que en dándome a oler cualquiera acierto la patria, el linaje, el sabor y la dura y las vueltas que ha de dar, con todas las circunstancias al vino atañederas?* (Cap. XIII, 2.<sup>a</sup>) Pero no sólo es para el líquido para lo que tiene su pituitaria despierta, que también la tiene para cosas de más volumen: *De la parte desta enramada, si no me engaño, sale un tufo y olor harito más de torreznos y asados que de juncos y tomillos.* (Cap. XX, 2.<sup>a</sup>)

## OÍDO.

Camino de Barcelona, cuando Don Quijote intenta azotar a su escudero para el más pronto desencantamiento

**BARDANOL****Estafilococias de todas clases**

to de Dulcinea, exclama Sancho: *...Por Dios verdadero, que nos han de oír los sordos...* (Cap. LX, 2.<sup>a</sup>), y antes, al ir a descender a la cueva de Montesinos: *...Acabada la ligadura de Don Quijote (que no fué sobre el arnés, sino sobre el jubón de armar), dijo Don Quijote: «Inadvertidos hemos andado en no habernos proveído de algún esquilon pequeño que fuera atado junto a mí, en esta misma soga, con cuyo sonido se entendiera que todavía bajaba y estaba vivo...* (Capítulo XXII, 2.<sup>a</sup>)

Aunque no es sordo, como decha-

**IODARSOLO****Primer producto de iodo y arsénico BALDACCI-PISA**

do de discreción Don Quijote es mudo; así lo hace saber al zumbón de Don Antonio ante la cabeza parlante: *...Señor Don Antonio..., está hablando con quien, aunque tiene oídos*

*para oír, no tiene lengua para hablar...* (Cap. LXII, 2.<sup>a</sup>) Las vibraciones musicales, se sabe de siempre que acalman el espíritu, y hácelo notar Cervantes, cuando asegura Dorothea que, al tocar el arpa, lo hace por saber que la música compone los ánimos descompuestos y alivia los trabajos que nacen del espíritu. (Capítulo XXVII, 1.<sup>a</sup>) Y Sancho, ante los carros que anuncian la manera de desencantar a Dulcinea, cuando junto a la Duquesa oye las notas de melifluas chirimías, se expresaba en análogos sentidos: *Señora, donde hay*

**ALMORRANAS internas, externas y afecciones del recto. Medicación hemorroidal completa.****Doctor RIBALTA -- Prospectos gratis.****Rambla Cataluña, 44.—BARCELONA**

*música no puede haber cosa mala.* (Cap. XXXIV, 2.<sup>a</sup>) La cadencia de los sonos despierta en Don Quijote una grata invocación: *¿Cuál será oír la música que en tanto que come sueña?* (Cap. L, 2.<sup>a</sup>) Sigue el oído acariciado dulcemente por la música, pues nos dice Hamete en este pasaje: *...Comenzó a descubrirse... la faz de la blanca aurora, alegrando las hierbas y las flores, en lugar de alegrar el oído, aunque al mismo instante alegraron también el oído el son de las muchas chirimías y atabales, ruido de cascabeles...*, que, al parecer, de la ciudad salían... (Cap. LXI, 2.<sup>a</sup>)

Sancho no es menos sensible ante el recuerdo musical, cuando propone

**SOPA DE AGRIMAX****Sopa de "Babeurre"**

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

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

a su amo trocar la andante caballería por la vida pastoril: *Que de churumbelas han de llegar a nuestros oídos...* (Cap. LXVII, 2.<sup>a</sup>)

También el sentido del oído puede ser causa de torcidas informaciones que, aprendidas como verdaderas por los gobernantes, tanto perjuicio pueden causar a los pueblos. Así, afirma Don Quijote: *...y quiero que sepas, Sancho, que si a los oídos de los principales llegase la verdad desnuda, sin los vestidos de la lisonja...* (Capítulo I, 2.<sup>a</sup>)

(Continuará.)

**○ 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.**





**PARA PROTEGER SUS OJOS DE LA LUZ INTENSA, CRISTALES DE COLOR CIENTÍFICO**

# LUXTAL

**TODAS LAS RECETAS O GRADUACIONES PUEDEN SER EJECUTADAS CON ESTOS CRISTALES.**

**DE VENTA EN TODOS LOS ÓPTICOS**

EXIJA LA MARCA



GRABADA EN CADA CRISTAL

## ANALISIS

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

**Laboratorio del Dr. E. ORTEGA**  
Sucesor del Dr. CALDERON  
Carmen, 12.-Madrid  
FUNDADO EN 1866

*El Juramento de Hipócrates*  
según la traducción de LITTRE

1 peseta ejemplar : Pedidos a EL SIGLO MÉDICO



### Grabador Comercial

**FRANCISCO LÓPEZ**  
CARRETAS, 25 (ESTANCO)



**SELLOS DE CAUCHO**  
NUMERADORES Y FECHADORES  
PLACAS ROTULADAS EN METAL Y PORCELANA PARA CLÍNICAS, SANATORIOS, DISPENSARIOS, etc.

EX-ENCARGADO DE LA CASA FERRERA

**TELÉF. 18409**      **MADRID**

## 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 CRÓNICOS, 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.

Adquiera usted la colección de Monografías editadas por EL SIGLO MEDICO

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

### Terapéutica endobronquial

### Lavado pulmonar

### Broncografía

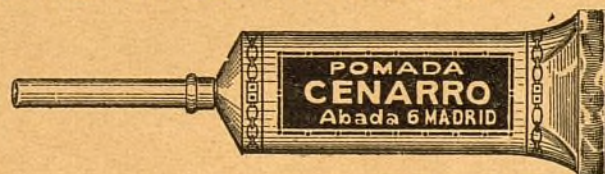
Ejemplar, 3,50 pesetas. ♦ Pedidos a EL SIGLO MEDICO

## 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

## ALMORRANAS



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



## CARLOS VELILLA

LOZA Y CRISTAL  
Casa especializada en suministros a  
PREVENTORIOS,  
SANATORIOS,  
DISPENSARIOS, etc.  
Concepción Jerónima, 11  
Teléfono 74217 - MADRID



## Cardioetil y Cardioetil Estrícnico

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

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

## Tratamiento curativo del estreñimiento Petrosina

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

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

No es irritante y no produce hábito en tratamiento prolongado.

## Neurotónico

Elixir para vía gástrica. Inyectable para vía subcutánea.

Medicación gliceroarsenial fosforada, con nucleína y estricnina.

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

## Ciaticarina

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

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

---

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