

# EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

Núm. 4.242.—Tomo 95

AÑO OCHENTA Y DOS

30 Marzo 1935

*Cardiazol-  
Efedrina*

## contra el asma

se usa especialmente en el asma crónico, acompañado de alteración del corazón derecho, en el asma bronquial que se asocia a estados bradycárdicos o hipotónicos, en la bronquitis asmática y en el enfisema,

## combate la debilidad circulatoria

produciendo efectos muy favorables en el colapso vascular, insuficiencia cardio-vascular, bradicardia, bloqueo cardíaco, descenso de la presión arterial, minus-descompensación, intoxicaciones, así como también profilácticamente antes de proceder a la anestesia.



**Dosis:** Como dosis media se prescribe la de 2 a 3 veces al día 10 a 20 gotas o 1/2 a 1 tableta. Por vía subcutánea o intramuscular se aplican 1 a 2 a 3 ampollas por día.

**Envases originales:** Tubos de 10 tabletas. Frascos de 10 g de líquido. Cajas de 6 ampollas de 1,1 ccm.

**KNOLL A.-G.**

Fábricas de Productos Químicos  
Ludwigshafen del Rhin (Alemania).

*Yodo-  
Calcio-Diuretica «Knoll»*



Hipertensión, Angina de pecho, Asma etc.  
Tubos de 20 tabletas





## 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 inter-

PIDANSE REGLAMENTOS A LA ADMINISTRACION



## MAYOLINA

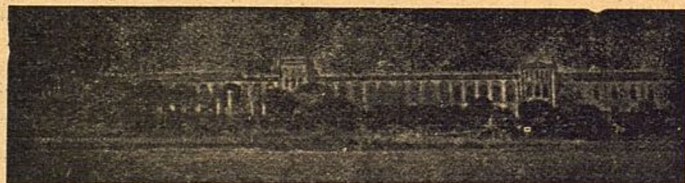
LAXANTE Y LUBRIFICANTE INTESTINAL, PREPARADO A BASE DE ACEITE DE PARAFINA PURISIMO  
: : AROMATIZADO Y DE GRAN DENSIDAD : :

**EVITA Y CURA EL ESTREÑIMIENTO**

*Muestras y literatura:*

**Dr. A. López Ciudad.-Ferraz, 46.-MADRID**

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



Informes y correspondencia

AL DIRECTOR

(MADRID. — Alfonso XI, 7.—Teléfono 26499 —Carabanchel Alto.  
Sanatorio. Teléfono 20.

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

Por el Dr. A. PONS

4 PESETAS EJEMPLAR

PEDIDOS AL APARTADO 121-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 CRONICOS, haciendo cesar la FATIGA y produciendo UNA SUAVE EXPECTORACION.

**PRECIO: 6,50 pesetas frasco**

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

## LAS LEYES MÉDICAS

SE ACABA DE PUBLICAR LA

**Ley de Sanidad y el**

**Reglamento de Sanidad Exterior**

SEGUIDOS DE UN INDICE COMPLETO DE TODAS LAS DISPOSICIONES RELATIVAS A "MÉDICOS", "MEDICINA" Y "SANIDAD", DICTADAS DESDE EL ADVENIMIENTO DE LA REPÚBLICA.

**LIBRO INDISPENSABLE  
A TODOS LOS MÉDICOS**

**Precio: UNA PESETA.-Por correo, 1,25; a reembolso, 1,50**

**LIBRERIA BERGUA**

**Mariana Pineda, 9-Tel. 19728-Madrid**



SALICILATO DE METILENO

Sinonimia.—Aceite de gaulteria, esencia de Wintergreen.

*Farmacología*.—Líquido incoloro, movable y de olor aromático, agradable al principio, pero después desagradable; casi insoluble en agua y soluble en alcohol y en éter.

Contiene 90 por 100 de ácido salicílico.

La esencia de Wintergreen, que se extrae de la gaulteria (*Ericáceas*), contiene 9/10 de salicilato de metilo.

*Acción fisiológica*.—Las propiedades del salicilato de metilo proceden de las del ácido salicílico.

Poder antiséptico importante, superior al del fenol.

*Absorción, eliminación*.—Se absorbe fácilmente y con rapidez por la piel.

Generalmente la esencia de Wintergreen produce una irritación local, que llega al eritema y a la vesicación. El salicilato de metilo no es irritante más que en una cura muy apretada.

A la media hora de hacer una embrocación con el salicilato de metilo puro comienza la eliminación, que se realiza principalmente por la orina, pero también por la bilis, el intestino, etc. La eliminación dura de veinticuatro a treinta y seis horas.

La absorción es menor cuando el medicamento va incorporado a una pomada con glicerina.

*Acción local*.—Después de aplicado, aparte los efectos generales que dependen de la absorción (y para lo cual nueve a 11 gramos de salicilato de metilo equivalen a ocho gramos de salicilato de sosa), determina una acción analgésica local que se inicia a las dos horas de hecha la aplicación, y que las primeras veces dura de seis a doce horas. Después de ocho o diez aplicaciones consecutivas dura veinticuatro horas.

*Toxicidad*.—Inapreciable.

Mezclas:

Acido láctico .....	1 gramo.
Acido benzoico .....	2 gramos.
Acido salicílico .....	3 gramos.
Fenol oficial .....	9 gramos.
Alcohol oficial .....	C. S. p. disolver.
Agua destilada .....	C. S. p. 150 cent. cúb.

De 1 a 3 cucharadas de las de café por litro de agua hervida.—Irrigaciones bucales, inyecciones vaginales, etcétera.

Fenol oficial .....	} aa 20 centig.	
Acido láctico .....		
Esencia de eucalipto .....		
Salicilato de metilo .....		
Mentol .....		2 centig.
Acido salicílico .....		10 centig.
Resorcina .....		50 centig.
Agua destilada .....		100 gramos.

M.—Para inyecciones uretrales.—Blenorragia.

Pastas (dentífrico):

Acido salicílico .....	1 gramo.
Clorato potásico .....	} aa 20 gramos.
Carbonato de magnesia .....	
Bicarbonato de sosa .....	40 gramos.
Esencia de menta .....	XX gotas.
Glicerina .....	} aa C. S.
Agua .....	

Para hacer una pasta.—Higiene de la boca y de los dientes.



Acido salicílico .....	1 gramo.
Oxido de cinc .....	aa 12,50 gramos.
Almidón (o talco de Venecia) .....	
Vaselina .....	25 gramos.

Para aplicaciones después de impregnación por el nitrato de plata.—Eczemas profesionales de las manos y de los pies.

Pomadas:

Acido salicílico .....	aa 10 gramos.
Lanolina .....	
Esencia de trementina .....	
Grasa de cerdo .....	80 gramos.

M. S. A.—Para unturas en las articulaciones enfermas, cubriendo después con tafetán y algodón.—Reumatismo subagudo o blenorragico, eritema nudoso.

Acido salicílico .....	1 a 2 gramos.
Azufre precipitado .....	6 gramos.
Vaselina .....	aa 30 gramos.
Lanolina .....	

M. S. A.—Para dar una untura por la noche al acostarse; déjese aplicada la pomada durante la noche, para quitarla a la mañana siguiente con jabón y cepillo, o locionando con una solución alcohólica de sublimado.—Pelada, alopecia sifilítica.

Acido salicílico .....	2 gramos.
Azufre precipitado .....	20 gramos.
Jabón blando de potasa .....	60 gramos.

H. S. A.—Para aplicar durante la noche.—Acné vulgar de la cara, pitiriasis vesicolor.

H. S. A.—Para limpiar la piel por mañana y noche. Acnés.—Para emplearlo en un baño sulfuroso.—Pitiriasis versicolor.

Soluciones:

Acido salicílico .....	1 gramo.
Alcohol de 80° .....	10 cent. cúb.
Agua destilada hervida .....	990 cent. cúb.

Empléese caliente en gargarismos, irrigaciones buco-faríngeas o pulverizaciones.—Anginas agudas (sobre todo pseudomembranosas), estomatitis, profilaxia de la bronconeumonía en el curso de la coqueluche o de las fiebres eruptivas.

Acido tímico .....	5 gramos.
Acido salicílico .....	20 gramos.
Alcohol de 90° .....	300 cent. cúb.

Una cucharada de las de sopa para un litro de agua hervida.—Solución desodorante y antipútrida para inyecciones vaginales o para desinfectar las heridas icorosas. Metritis gonocócica, mal perforante, cáncer.

Acido salicílico .....	2 gramos.
Alcohol de 60° .....	20 gramos.

Para impregnar en la solución una torunda de algodón montada en un portatorundas, exprimiendo ligeramente, para hacer en la cara interna de los párpados una fricción enérgica y rápida, y secar después con una torunda impregnada en ácido bórico bien exprimida. Una aplicación cada día al principio; después, cada dos o cuatro días.—Conjuntivitis granulosa.

Esta solución es bien tolerada por la córnea.



# TERTULIA MEDICA

## HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

### AMENIDADES

30-III-1935

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

#### LA EDUCACION

### Los perros de Licurgo

POR EL

Dr. B. HERNANDEZ BRIZ

Al notable orador griego Licurgo, que vivió 600 años antes de Jesucristo, le rogaron que pronunciara un discurso sobre las ventajas de la educación, con objeto de que el pueblo, arrastrado por su persuasiva elocuencia, se dedicara a enseñar a sus hijos

### Ioduros Bern

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

de acuerdo con los preceptos de la moral.

Accedió el sabio a ello, mas pidió un año de plazo. ¿Para qué tanto tiempo? ¿No improvisaba él en dos minutos arengas que conmovían a las masas?

Sin embargo, se convido en concederle la prórroga que deseaba.

Pasado el año se presentó Licurgo en la plaza pública, donde el pueblo le esperaba ansioso. Llegó llevando dos perros y dos liebres. Sin decir palabra soltó una liebre, y enseguida un perro. Este se lanzó sobre el pobre animalito y la mató, devorando sus entrañas aún palpitantes.

Luego dió libertad a la otra liebre y al segundo perro. Pero no hizo el buen can lo que su compañero, sino que se acercó a la libre, la prodigó mil caricias y se puso a jugar con ella como si fuera su mejor amiga.

Entonces, Licurgo, volviéndose al pueblo, dijo:

—He aquí los efectos de la educación. He pasado un año educando a este perro y enseñándole a que no haga daño a las liebres. El otro no ha

### SOPA DE AGRIMAX

(Sopa de "Babeurre")

Leche parcialmente descremada y acidificada — con la adición de Hidratos de carbono —  
Fábrica y Laboratorio de Productos Dietéticos  
MAX F. BERLOWITZ  
Apartado 595 Madrid

sido educado; por eso no obedece sino a sus instintos brutales.

Igual al primer perro, el hombre sin educación se dejará arrastrar por sus pasiones y devorará a todo lo que se oponga a ellas. Escoged, pues, y ved qué queréis que sean vuestros hijos.

El pueblo, entusiasmado, llevó a Li-



curgo en triunfo sobre sus hombros, y desde entonces se dedicó con asiduidad a la educación de sus hijos. Tanto pudo en él un ejemplo tan bien presentado.

El cerebro del niño es como blanda cera, como la arcilla en manos del alfarero, susceptible de tomar las formas que quieran dársele; con la edad, el cerebro se va perfeccionando, y con la experiencia y las primeras impresiones quedan grabadas más profundamente en su mente.

Dice el gran fisiólogo Morro: "El que educa al niño moldea su cerebro. Todo lo que le diga de malo, las sombras, los fantasmas, son como tantas hendiduras pequeñas que le dejan en



#### FORMULA POR 20 GRAMOS

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

Precio al público 4,95 ptas.

la carne, y que le producirán dolores durante toda su vida."

Un soldado veterano, al cual preguntó cuáles habían sido sus mayores miedos, le respondió:

—Tan sólo uno me persigue todavía; tengo cerca de setenta años; he tenido delante no sé cuántas veces a la muerte; en peligro alguno jamás he perdido la serenidad; pero cuando paso delante de una iglesia, en la sombra de algún bosque o encuentro una capilla desierta en el monte, se me representa siempre un oratorio abandonado de mi aldea, tiemblo de miedo y miro alrededor como si debiera descubrir el cadáver de un hombre asesinado que he visto llevar a dicho

oratorio cuando era niño y con el cual quería encerrarme una criada vieja para que me estuviera quieto.

Por estas razones, se comprende fácilmente la trascendental importancia que puede ejercer la madre al educar al niño pequeño, inspirándole el amor a la generosidad y a la virtud, enseñándole los misterios de nuestra santa religión, pues en su delicado y blando cerebro harán hondas raíces estas enseñanzas, y luego, cuando sea mayor, en las contrariedades de la vida,

### "JUSTO", FAJISTA

Fajas médicas y de vestir

SE HA TRASLADADO A  
Mayor, 4, entl.º - MADRID

siempre recordará aquellas primeras enseñanzas que, ocultas, quedaron en los pliegues más recónditos de su cerebro, y serán su salvación.

### SOLIDARIDAD Y BONDAD

Con este título ha publicado "Le Temps" un artículo muy interesante del Dr. Henri Bouquet, del cual reproducimos los párrafos esenciales.

\*\*\*

En las Conferencias Internacionales de la Cruz Roja se plantean las cuestiones importantes que reclaman la atención de todas las naciones; cada Sociedad nacional expone su obra, lo que piensa hacer y lo que hace; las ideas de los unos penetran el espíritu de los otros, y así surge el perfeccionamiento que ha de beneficiar a todos. A este respecto, la Conferencia de Tokio ha sido extraordinariamente instructiva. Basta hojear el informe del secretario general de la Liga

### BENZOFORMINA

PRODUCE FORMOL  
Y DESINFECTA ORGANISMO

de Sociedades de la Cruz Roja para ver cómo los dirigentes de estas Asociaciones, conservando siempre su programa inicial, saben evolucionar según los acontecimientos, y para convencerse de que la Cruz Roja puede en todo momento hacer frente a cual-



quier peligro que amenace a la humanidad.

Leyendo este informe se da una cuenta de lo que pudiéramos llamar la actividad corriente de las Sociedades nacionales. ¿Quién ignora que instruyen y dan una enseñanza especial a las enfermeras, que funda y sostienen hospitales, dispensarios, casas-cunas, enfermerías, sanatorios, colonias de vacaciones, centros de consulta y otros muchos establecimientos; que contribuyen a la lucha contra las enfermedades sociales, orientan a la infancia hacia la práctica de la higiene y auxilian a las futuras madres? Sin embargo, quedan aún por mencionar ciertas iniciativas particulares, que demuestran cómo estas organizaciones se preocupan de los problemas que afectan a sus propios países. En Ita-

## ION-CALCINA PALLARES

A base de Cloruro de Calcio  
Frasco e inyectables

lia, por ejemplo, la lucha contra el paludismo ha hallado en la Cruz Roja un precioso auxiliar. En las Filipinas, esta benemérita institución se ha consagrado principalmente a los leprosos, para los que ha construido una aldea modelo. En Noruega, ha orientado su actividad hacia los marinos y la población costera, sosteniendo el buque-hospital, que tan importantes servicios presta a los pescadores, y estableciendo dispensarios en casi todos los puertos. Así trata la Cruz Roja de hacer frente a las necesidades de cada país, con tal amplitud, que no tendría espacio en este artículo para enumerar las diversas modalidades de su acción bienhechora.

En la actualidad se ocupa de socorrer a las víctimas de los accidentes de automóvil, que se multiplican a medida que aumenta su número y su potencia de velocidad. Para remediar este peligro, cada vez mayor, se han

## BARACHOL

Cura Eczemas, Erupciones y Enfermedades Rebeldes de la Piel.

creado los puestos de socorro en carretera. La aviación sanitaria adquiere también en todas partes un desarrollo considerable, al que no es ajena la Cruz Roja. En Francia esta institución prepara a las enfermeras para que puedan ser convoyantes de aviones y prestar la asistencia necesaria a los enfermos durante su transporte aéreo.

Esbozado en esta emulación entre países, en la mutua imitación de las iniciativas más felices, en la comunidad de ideas y realizaciones, el carácter internacional de la Liga se acen-

túa más todavía en la organización de socorros a las víctimas de calamidades tal como la ha concebido el senador italiano Sr. Cirao. Una resolución de la Conferencia Internacional de Tokio expresa el deseo de que todas las Sociedades nacionales per-

## Antiséptico Glorógeno Lumen

Muestras gratis.

Centro Farmacéutico Jienense.  
Apartado 22.—Jaén.

feccionen su organización para poder responder a los llamamientos que hagan los organismos internacionales en favor de los damnificados de otros países. En realidad, no tienen más que perseverar en la línea de conducta trazada. La epidemia de tifus que se declaró en Europa Oriental en 1919, el hambre que reinó en Rusia durante los años siguientes, los temblores de tierra de Japón, Persia, Chile, Colombia y en los Balcanes; las inundaciones de Hungría, Rumania y China; los ciclones de Cuba y las Bahamas han hecho flotar unidos los pabellones de todas las naciones civilizadas, y por encima de ellos, el de la Cruz Roja. Sea cual fuere el punto del universo donde estalle una catástrofe de este género, podemos estar seguros de que en cuanto se conozca la noticia, todos los países han de enviar al lugar del

## IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico  
BALDACCI-PISA

desastre equipos y material para cooperar a la obra de socorro.

De todos los cataclismos, la guerra es, sin duda alguna, el más espantoso. La misión de la Cruz Roja consiste en reparar sus estragos y aliviar los sufrimientos. Ya hemos visto cómo desempeña esta misión hace veinte años. Pero esto pertenece al pasado, y el futuro es lo que preocupa a la Cruz Roja, la obra cada día más difícil y compleja que implican los métodos modernos de combate. La Conferencia de Tokio expresa con doloroso escepticismo que, a pesar de las numerosas adhesiones al protocolo de Ginebra, de 16 de junio de 1925, que prohíbe el empleo de gases asfixiantes, tóxicos o similares y de medios bacteriológicos, la Cruz Roja tiene que seguir trabajando para desarrollar los medios de protección de las poblaciones civiles contra los gases y microbios, y recomienda a su órgano competente prosiga las investigaciones técnicas emprendidas, a pesar de las numerosas dificultades de todo orden que se le han presentado hasta ahora.

¿Por qué no ha de surgir un porvenir más risueño de la Cruz Roja juvenil, esa maravillosa creación que trata de inculcar en el espíritu de los

jóvenes una concepción viviente de la humanidad, que se esfuerza en establecer entre los miembros de todos los países un vínculo de fraternidad que ha de estrechar cada vez más la correspondencia interescolar? ¿No ha sido una de estas secciones de la Cruz Roja Juvenil la que, con motivo del armisticio, dirigió a los niños de todos los países un mensaje que transmitió la estación de radio de Belgrado, y que termina con estas palabras: "Amigos, sembremos por todas partes el amor y la fraternidad, extendamos la fe y la solidaridad entre los pueblos... Saludamos a los niños del mundo entero, con la esperanza de que el común esfuerzo nos una a todos los niños del universo, para que en él reine la paz?" ¿Y qué debemos pensar de la "tregua de la Cruz Roja", que desde hace once años se celebra

RECOMIENDE USTED A LAS MADRES  
PARA CUIDAR BIEN A SUS HIJOS

## ALIMENTO FOSFATADO "TRÓPICO"

Madrid - Conde de Romanones, 4 - Teléfono 72638

anualmente en Checoslovaquia, y durante la cual todos los elementos del país, comulgando en el espíritu pacificador de la Cruz Roja, suspende durante tres días sus luchas y los conflictos sociales y políticos?

Entre todas las instituciones humanitarias que existen, la Cruz Roja Internacional constituye un órgano de aplicación. Los laboratorios y los centros médicos crean la ciencia, la Oficina Internacional de Higiene pública y la Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones se ocupan de la documentación y difusión de nociones nuevas y de las investigaciones científicas. Pero para poner en práctica estas ideas nuevas, es necesario un personal competente que no escatime su abnegación. La Cruz Roja Internacional dispone de este personal y lo dirige, facilitando al mismo tiempo los socorros, que pueden necesitarse en una u otra nación. Esta es la única

## JARABE ALMERA

A BASE DE FOSFATO DE CAL  
GELATINOSO, EL MAS ASIMILABLE

manera de crear una Internacional de la solidaridad y de la bondad.

No querría salirme de los límites de mi pequeño dominio, pero tampoco puedo dejar de pensar que esta tendencia a un altruismo sin fronteras, a una ayuda mutua de pueblo a pueblo, que estas reuniones periódicas en las que se estudia, sin prejuicio particularista, el modo de remediar la miseria humana, podrían crear a la larga una mentalidad universalmente encauzada contra el mal, venga de donde venga y sea cual fuere su forma. Ese día, algo habrá cambiado en el mundo.

Continúa en la página XIV.)



# AJOLIN

El antirreumático más moderno y completo  
Perfectamente tolerado por vía bucal  
No tiene contraindicación alguna

## FÓRMULA:

Principios volátiles de la variedad Alba del Allium  
Sativum, los correspondientes a 100 gr. de bulbo  
estabilizado.

Fenilquinolín carbonato sódico . . . . .	7,50 gramos.
Ortooxibenzoato de sosa. . . . .	12,50 —
Benzoato de litina. . . . .	1,20 —
Vehículo apropiado, c. s. para 120 c. c.	

## DOSIS:

Tres cucharaditas de las de café por día, pudiendo  
elevarse hasta ocho cucharaditas diarias.

**LABORATORIOS KOBER**  
**SARRIA (Lugo)**

# HAPTINOGENOS

“MÉNDEZ”

## NEUMO

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

## GONO

Blenorragia. Metritis. Pelvipéritonitis. Artritis.  
Orquitis. Cistitis. Prostatitis.

## ECZEMA

Curativo del Eczema agudo y crónico.

## ESTAFILO

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

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

**Laboratorios biológicos Doctor Julio Méndez.-Buenos Aires.**



GASTRITIS DOLOROSAS  
HYPERCLORHIDRIA  
ULCERAS

# KAOLINASE

KAOLIN PURIFICADO EN POLVO FINO MUY ADHESIVO

## CURACIÓN GÁSTRICA

LABORATORIO  
— TÍO —  
Torrente de las Flores, 73  
BARCELONA

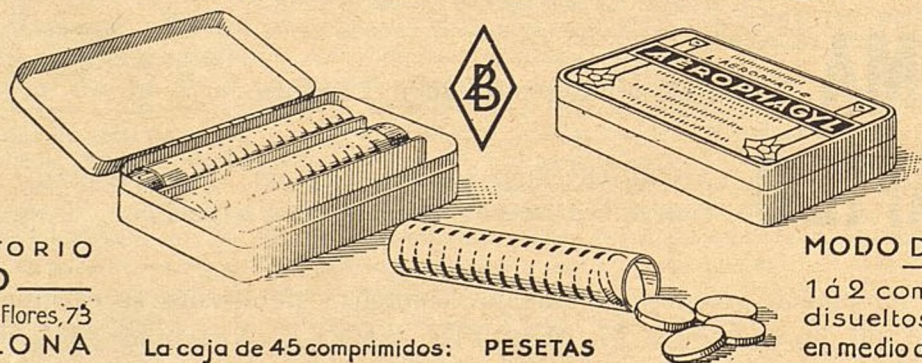


La caja de  
20 dosis  
de 10 gramos  
6 PESETAS

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

INSOMNIOS  
TRASTORNOS CARDÍACOS  
TRASTORNOS NERVIOSOS  
TRASTORNOS PULMONARES

# AÉROPHAGYL



LABORATORIO  
— TÍO —  
Torrente de las Flores, 73  
BARCELONA

La caja de 45 comprimidos: PESETAS

MODO DE EMPLEO

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



# EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

## HISTORIAL

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

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

1854      \*      AÑO OCHENTA Y DOS      \*      1935

## CONSEJO DE REDACCIÓN CIENTÍFICA

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

Conde de Gimeno. Presidente de la Academia Nacional de Medicina

Vicepresidente: Excmo. Sr. Dr. Víctor M.<sup>a</sup> Cortezo

Inspector general de Instituciones Sanitarias. Profesor del Instituto Nacional de Sanidad

### VOCALES

<b>Dr. MARIANO ACENA</b> De la Beneficencia Municipal de Madrid.	<b>Prof. A. GARCIA Y TAPIA</b> De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina.	<b>Dr. NICASIO MARISCAL Y GARCIA</b> Director del Instituto Nacional de Toxicología. Académico y Secretario perpetuo de la Academia Nacional de Medicina.	<b>Prof. R. ROYO-VILLANOVA</b> De la Facultad de Valladolid. Académico C. de Valladolid en la Nacional de Medicina.
<b>Dr. VITAL AZA Y DIAZ</b> Director del Sanatorio quirúrgico de Santa Alicia. Académico de número de la Nacional de Medicina.	<b>Dr. MARIANO GOMEZ ULLA</b> Inspector general de Cirugía del Ejército.	<b>Dr. A. MORANA Y JIMENEZ</b> Análisis clínicos.	<b>Dr. J. SARABIA Y PARDO</b> Pediatra. Decano del Hospital del Niño Jesús. Académico de número de la Nacional de Medicina.
<b>Prof. J. BLANC Y FORTACIN</b> Agregado de la Facultad de Madrid. Jefe de Clínica del Hospital de la Beneficencia general. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.	<b>Dr. F. GONZALEZ DELEITO</b> Teniente Coronel Médico. Jefe de la Clínica Psiquiátrica Militar de Cuernavaca.	<b>Dr. F. MURILLO Y PALACIO</b> Ex Director general de Sanidad. Académico de número de la Nacional de Medicina.	<b>Prof. ANTONIO SIMONENA Y ZABALEGUI</b> De la Facultad de Medicina de Madrid. Académico de la Nacional de Medicina.
<b>Dr. JULIO BRAVO</b> Jefe de la Sección de Propaganda de la Dirección general de Sanidad. Médico de los Dispensarios Antivenéreos nacionales.	<b>Dr. JOSE GOYANES Y CAPDEVILA</b> De la Beneficencia provincial. Académico de número de la Nacional de Medicina.	<b>Prof. J. A. PALANCA Y MARTINEZ FORTUN</b> Ex Director general de Sanidad. Profesor del Instituto Nacional. Académico de la Nacional de Medicina.	<b>Dr. E. SLOCKER Y LA ROSA</b> Jefe de Clínica quirúrgica del Hospital de la Beneficencia general. Académico de número de la Nacional de Medicina.
<b>Dr. SANTIAGO CARRO</b> Profesor del Instituto Rubio. Académico de número de la Nacional de Medicina.	<b>Dr. BALTASAR HERNANDEZ-BRIZ</b> De la Beneficencia provincial. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.	<b>Prof. ANTONIO PIGA Y PASQUAL</b> Médico forense de Madrid. Presidente del Colegio de Médicos de Madrid.	<b>Prof. ENRIQUE SUÑER Y ORDONEZ</b> De la Facultad de Medicina de Madrid. Académico de la Nacional de Medicina.
<b>Prof. A. FERNANDEZ MARTIN</b> Auxiliar de la Facultad de Madrid. De la Beneficencia Municipal de Madrid.	<b>Dr. J. DE ISASA Y ADARO</b> Pediatra.	<b>Prof. GUSTAVO PITTALUGA Y FATORINI</b> De la Facultad de Madrid. Director de la Escuela Nacional de Sanidad. Académico de número de la Nacional de Medicina.	<b>Dr. J. M.<sup>a</sup> TOME Y BONA</b> Dermatólogo. Bibliotecario de la Academia de Dermatología y Si-filiografía.
<b>Dr. E. FERNANDEZ SANZ</b> Presidente de la Liga Nacional de Higiene Mental. Académico de número de la Nacional de Medicina.	<b>Dr. SANTIAGO LARREGLA</b> Jefe del Laboratorio del Hospital de San Francisco de Paula y del de Pediatría de la Facultad de Medicina.	<b>Dr. A. PULIDO Y MARTIN</b> Urologo. De la Beneficencia provincial. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.	<b>Dr. RAFAEL DEL VALLE Y ALDABALDE</b> De la Beneficencia provincial. Académico de la Nacional de Medicina.
<b>Prof. FIDEL FERNANDEZ Y MARTINEZ</b> De la Facultad de Granada. De la Beneficencia general y Académico C. en la Nacional de Medicina.	<b>Dr. E. LUENGO Y ARROYO</b> Del Instituto Nacional de Higiene.	<b>Dres. JULIAN Y SANTIAGO RATERA Y BOTELLA</b> Radiólogos. De la Beneficencia Provincial. Académicos C. de Madrid en la Nacional de Medicina.	<b>Dr. J. VALDES LAMBEA</b> Jefe de los Servicios de Tuberculosis del Hospital Militar y Profesor de Fisiología del Ejército. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.
<b>Dr. S. GARCIA VICENTE</b> Jefe del Servicio de Laringología de la Institución Antituberculosa Municipal de Madrid.	<b>Prof. GREGORIO MARAÑON Y POSADILLO</b> De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina.	<b>Dr. J. MARTIN RENEDO</b> Jefe de la Clínica Oftalmológica del Hospital Militar de Carabanchel.	<b>Dr. J. M.<sup>a</sup> DE VILLAVERDE</b> Psiquiatra del Hospital del Buen Suceso. Neurosiquiatria de la Beneficencia Provincial de Madrid.
	<b>Dr. MANUEL MARIN AMAT</b> Oftalmólogo. Académico C. de la Nacional de Medicina.		

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

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

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

### PRECIOS DE SUSCRIPCION

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

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



## PROGRAMA CIENTÍFICO

LEMA: PROGRESSI SUMUS, PROGREDIMUS, PROGREDIEMUR

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

SUMARIO.—SECCIÓN CIENTÍFICA: La leucocitosis en los tumores malignos del aparato digestivo, por el Dr. Santiago Carro.—El Seguro obligatorio de enfermedad, por el Dr. Julián Decref.—Continencia cíclica agénésica por enfermedad, por el Dr. J. Bermúdez Bernardo.—Destatueje, por Jean Lacassagne.—Hospital Militar de Madrid-Carabanchel: Problemas diagnósticos a propósito de la tuberculosis pulmonar y la estrechez de la válvula auriculo-ventricular izquierda, por el Dr. Angel Villa.—BIBLIOGRAFÍAS.—PERIÓDICOS MÉDICOS.

## La leucocitosis en los tumores malignos de aparato digestivo

POR EL

Dr. SANTIAGO CARRO

Académico numerario de la Nacional de Medicina.

Aunque la fórmula sanguínea es bastante variable en los cancerosos de aparato digestivo, generalmente se encuentra una disminución de glóbulos rojos y de la hemoglobina; en raros casos hay aumento de los hematíes y de la cifra hemoglobínica.

En ausencia de hemorragias o de datos anamnésicos que hagan presumirlas, y si la investigación escrupulosa y reiterada de las hemorragias ocultas en las heces es negativa, el hallazgo de una anemia acentuada, unido al síndrome digestivo de dudosa interpretación diagnóstica entre úlcus y cáncer, puede inclinar nuestro criterio en favor del último.

Por lo que se refiere a la leucocitosis, no es rara en los procesos epiteliales de asiento en el aparato digestivo, acompañándose en la mayor parte de los casos de polinucleosis. Sin embargo, se trata de leucocitosis moderadas, siendo excepcionales las leucocitosis intensas. Nuestros colaboradores, los Dres. González Tomás y González Villasante, nos suministran los siguientes datos de 65 análisis de la sangre en enfermos cancerosos o ulcerosos sospechosos de padecer aquel proceso: en ocho casos han encontrado leucocitosis, de ellos seis con cifras entre 10.000 y 11.000 leucocitos, y dos entre 13.000 y 14.000. Sólo en dos casos encontraron aumento de glóbulos rojos por encima de 5.000.000; en cambio, en 26 había disminución por debajo de 4.000.000, y en ocho, menos de 3.000.000.

Lo interesante es que enfermos con cánceres gástricos, al parecer muy limitados, dan alteraciones globulares correspondiente a intensas hemolisis. Uno de los últimos enfermos de mi consulta, con un epiteloma no palpable de la región pilórica, que el estudio radiológico puso en evidencia, dió 3.630.000 glóbulos rojos, 42 por 100 de hemoglobina, 0,57 de valor globular; leucocitos, 13.300, con cifra normal de polinucleares (72), sin que hubiese tenido hemorragias y con investigación negativa de sangre en las heces.

Las leucocitosis altas son raras, y si van acompañadas de polinucleosis y faltan alteraciones importantes de los glóbulos rojos, pueden inducir a error diagnósti-

co. A este grupo pertenece el siguiente caso, visto recientemente por nosotros en la consulta particular:

Enfermo de sesenta y tres años, sin antecedentes hereditarios o personales dignos de mención. En mayo último se le presentó diarrea y moderado dolor abdominal (en zona periumbilical), mejorando al poco tiempo. Dos meses después, dolor abdominal intenso, que cedió con un opiáceo, teniendo fiebre de 37,8° (con ligeras oscilaciones) durante tres días y guardando reposo absoluto en la cama. Le dispusieron plan de tratamiento y mejoró, pero el dolor no se le quitó del todo, continuando algunos días la ligera febrícula que aún tiene (37,3° a 37,5° por las tardes). Pérdida de seis kilogramos de peso desde mayo hasta octubre. Decaimiento.

Un análisis de sangre hecho el 6 de septiembre por el Dr. Varela Gil dió: leucocitos, 23.200 (81 polinucleares neutrófilos, 11 linfocitos, cuatro monocitos, ausencia de eosinófilos y basófilos. Imagen de Arneht desviada fuertemente a la izquierda. Reacción de Fahraeus muy positiva; velocidad media, 45 milímetros).

Al explorar al enfermo encontramos una tumoración del tamaño de una naranja grande, dura, movable, dolorosa, entre la fosa ilíaca derecha y la región hipogástrica. Nuestra primera impresión fué la de que se trataba de una tumoración maligna, pero el análisis de la sangre puso un poco de confusión en nuestro espíritu y nos movió a completar y ampliar las exploraciones.

*Tacto rectal.*—La tumoración estaba situada por encima y a la derecha de la ampolla rectal, siendo difusa y movable, dolorosa a la palpación combinada.

*Quimismo.*—Aclorhidria.

*Estudio radiológico.*—Estómago normal, con hiper movilidad. Intestino (contrastado por la papilla ingerida catorce y veintitrés horas antes), alteraciones en la imagen del ciego, con defectos de repleción (al parecer por compresión y ligera dificultad de tránsito).

*Análisis de sangre.*—(Dr. González Tomás, 26 de septiembre).—4.350.000 hematíes, con 91 de hemoglobina, y 1,04 de valor globular. Leucocitosis (19.900) y poli-





*En casos de  
enfriamientos  
y para combatir  
la gripe*

**Quino-Fitina**

Antipirético y antibacteriano que exalta las defensas orgánicas.  
**Profiláctico**

**Cibalgina**

Antidoloroso, antiflogístico y antitérmico de aplicación universal.  
**Exento de estupefacientes**

**Coramina**

Poderoso estimulante de los centros vitales. Regulariza la circulación y combate las complicaciones. Amplio margen terapéutico.

**Ciba Sociedad Anónima de Productos Químicos**

Barcelona, Aragón, 285

Madrid, Marqués de Cubas, 5



# 3

PRODUCTOS  
NETAMENTE ESPAÑOLES  
CONTRA  
EL



# REUMA

## SALIVENAL

AMPOLLAS

SALICILATO DE SOSA AL 10% EN SOLUCIÓN GLUCOSADA ISOHIDROGENIÓICA PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA

AMPOLLAS DE 5 Y 10 C.C. • CAJAS DE 5 AMP.

1 A 2 AMPOLLAS DIARIAS

## Salicitiro

SOLUCIÓN

SALICILATO DE SOSA Y TIROIDINA EN SOLUCIÓN FUERTEMENTE ALCALINIZADA

2 GRs. DE SALICILATO DE SOSA POR CUCHARADA SOPERA

FRASCOS DE 250 GRs.

2 A 4 CUCHARADAS DIARIAS

## AToFTiRO

COMPRIMIDOS

ACIDO FENIL • QUINOLIN • CARBÓNICO (ATOFAN) Y TIROIDINA

TUBO DE 20 COMPRIMIDOS

2 A 4 COMPRIMIDOS DIARIOS

### TRES FORMAS ANTIRREUMATICAS TOLERABLES



nucleosis (81 por 100 de polinucleares neutrófilos). Reacción de Wassermann, negativa.

Con estos datos nosotros pensábamos en la posibilidad de un proceso supurado de causa apendicular (a pesar de la relativa movilidad de la tumoración) y nos apoyábamos en el estado general del enfermo, que era bastante satisfactorio, la evolución lenta de un proceso neoplásico, la conservación del apetito, el poco valor de los datos radiológicos y en la persistencia de la leucocitosis intensa con polinucleosis y las pocas alteraciones en la cifra de glóbulos rojos y hemoglobina. Pero no descartábamos la probabilidad de que, a pesar de todo ello, se tratase de un tumor maligno con reacciones anormales en la sangre, reacciones que creemos son debidas, por lo que a la leucocitosis con polinucleosis respecta, a infecciones secundarias asociadas.

Decidida la intervención, y siendo de análoga opinión el cirujano, pues se trataba de un caso en que la laparotomía era de indicación absoluta, se encontró un tumor grande, que englobaba numerosas asas del intestino delgado, sin dificultar el tránsito.

La tumoración era móvil y ocupaba una situación media en el vientre. Recogidos algunos tejidos blandos (masa que englobaba las asas del intestino delgado) por raspado con cucharilla, el análisis histológico reveló la naturaleza maligna. El enfermo supura actualmente por una fístula abierta a la herida, lo que evidencia la existencia de un proceso infectivo sobreañadido, que explicaría las reacciones sanguíneas apuntadas.

Este caso demuestra la prudencia con que debemos interpretar los datos del análisis de la sangre en la valoración diagnóstica de algunos procesos abdominales, y cómo en infecciones asociadas a los procesos cancerosos de aparato digestivo pueden presentarse leucocitosis intensas con polinucleosis, que debemos tener en cuenta para no caer en un error diagnóstico y de terapéutica.

## El Seguro obligatorio de enfermedad

POR EL

DR. JOAQUIN DECRET

No piense mi ilustre amigo y compañero Dr. Martín Salazar que al escribir estas cuartillas me anima el menor espíritu de controversia. Reconozco, desde luego, su profundo conocimiento del asunto y el gran espíritu de equidad y humanismo que preside a toda su actuación para la defensa de la implantación del Seguro Obligatorio de Enfermedad. Sólo quiero hoy mencionar aquí las observaciones que hice durante mis obligados viajes por Europa, que ya expuse en un artículo publicado por mí el 27 de agosto de 1924 en *El Imparcial*, titulado "Copenhague Médico".

Al visitar Dinamarca aquel año por asuntos de mi especialidad, pude convencerme de que la oposición que

entre los médicos de casi todos los países tiene el Seguro Obligatorio de Enfermedad depende, más que nada, de las dificultades que origina la mala organización sanitaria, que, aun en países que se tienen como los mejor civilizados de Europa, subsiste.

Esta mala organización es causa, no sólo del ataque a muy respetables intereses profesionales, que son una consecuencia lógica de ella, sino de los grandes obstáculos que se oponen a la implantación de dicho Seguro por la defectuosa o imposible aplicación de medios indispensables para el buen ejercicio de nuestra profesión.

Uno de estos obstáculos, quizá el más importante, es la asistencia domiciliaria, que seguramente por haber sido suprimida únicamente en los Países Escandinavos da lugar a que en ellos funcione como en ningún otro país el Seguro Obligatorio de Enfermedad con el beneplácito del Cuerpo Médico y todas las clases sociales que de él se benefician.

En Dinamarca, ni se tolera ni nadie pretende tener enfermos en su casa. En cuanto uno está enfermo, se instala en una clínica.

El que como yo, al empezar el ejercicio de su carrera como médico de la Beneficencia Municipal de Madrid, la

primera salida para asistir a un enfermo ha sido de madrugada, obligado a ir a pie desde la Plaza Mayor a una cueva en los tejares de San Isidro, comprenderá la situación de un médico que tiene que asistir a un enfermo en esas espantosas condiciones.

Aun entre las clases pudientes, ¿qué médico de visita no ha tropezado con dificultades insuperables muchas veces para hacer una aplicación urgente de un baño, por ejemplo? Más aún: en casas en las que parecía disponerse de toda clase de medios, he necesitado dar una conferencia a UNA ENFERMA para explicarle cómo se confeccionaba una cataplasma y cómo había que aplicarla. Pues si esto ocurre en estas condiciones, ¿qué ocurrirá en el caso como el mío anteriormente mencionado de ir a visitar a un desgraciado enfermo que habita una cueva inmundada mucho peor que cualquier bestia? Agréguese a esto la falta de disciplina social en esas clases menesterosas en un país como el nuestro, en que se acostumbra a faltar al respeto y la consideración social al hombre intelectual, y muy especialmente al médico—hasta en las clases más elevadas de la sociedad con frecuencia—, y se comprenderá cuál es la situación de un profesional de la medicina que tiene que ejercer obligatoriamente su profesión en tan desagradables condiciones.

Cuando se sabe que todo esto se ha remediado en poblaciones como Copenhague, de poco más de 500.000 almas, prohibiendo lógicamente la asistencia domiciliaria, a todo enfermo, sea de la clase social que sea, para lo cual existen 19 hospitales de asistencia pública y otros 19 de asistencia privada, con 6.000 camas, que hacen un promedio de 10 camas por cada 1.000 habitantes, admirablemente montados, con todos los refinamientos de confort y toda clase de elementos modernos para llenar su objeto; cuando se sabe que en esos hospitales de asisten-

### Avance de sumario para el número siguiente

(6 de abril de 1935)

DR. LUIS MORALES NORIEGA: Conducta a seguir en ciertas neoformaciones.

DRES. GONZÁLEZ DE VEGA Y CASTILLA: Tratamiento de las hemoptisis por el enfisema subcutáneo.

DR. VITAL AZA: Réplica gustosa.

Boletín histórico de las artes sanitarias: Moseh Ben-Mahemón, el Rambam Maimónides, y el Tractatus de causis et indicis morborum.

Bibliografías.

Periódicos.

Sección profesional.



cia pública, sólo por unos 20 céntimos diarios tienen derecho a utilizarse; cuando se conoce que los enfermos que gozan de los beneficios de Cajas de Socorro no pagan más que 60 céntimos de corona los adultos y 30 los niños menores de quince años para utilizar aquellos magníficos sanatorios, y que para ciertas enfermedades sexuales y muchas epidemias el Estado da una subvención y es gratuita la asistencia, que el gran desarrollo de la cooperación logra crear un país donde no existen grandes capitalistas, pero todo el mundo goza de una vida buena y agradable, es cuando se concibe que el Seguro Obligatorio de Enfermedad tenga su completo y útil desarrollo, sin la menor contrariedad. Agréguese a esto la educación cívica modelo en aquel pueblo, respetuoso con todo aquel que es superior en saber y gobierno, y se comprenderá cuán lejos estamos, no digo ya nosotros, que carecemos en absoluto de todas esas ventajas, sino aun muchos pueblos de Europa que no han llegado a esa perfección por tenerlas incompletas, de lograr la plenitud de sus ventajas, y explica que países que se tienen por muy adelantados no logren la adaptación de ese importante seguro social.

Hasta que nosotros ilustremos a nuestras masas, cosa muy difícil, porque su mala educación social ha estado siempre halagada en sus graves defectos por ambiciosos políticos, que, a su vez, con muy raras excepciones, desconocen esos progresos de organización social, de que la casa del hombre sano es inadaptable a las necesidades del hombre enfermo, y que en ella el médico no puede cumplir su misión, porque esas necesidades tienen que estar supeditadas a las necesidades familiares para que fué creada, y, por el contrario, los hospitales y sanatorios tienen todo supeditado al bienestar del que sufre, el Seguro Obligatorio de Enfermedad, creo no equivocarme al suponer que, lejos de suponer un progreso, será un vivero de contrariedades y disgustos, que si bien en otros países se pueden sobrellevar porque sus ciudadanos están, si no por completo, por lo menos más educados que los nuestros, impedirán su tranquila y útil aplicación en nuestro país.

Más de cuarenta años se han necesitado para que un enfermo de clase pudiente y culta que tiene que operarse abandone su casa para ir a un sanatorio quirúrgico. Muchos más se lleva luchando en España para que una señora, en el trance del parto se traslade a un sanatorio, y aún no se ha conseguido que todo esto sea una costumbre. ¿Cuántos años de educación cívica se necesitarán para que el Seguro Obligatorio de Enfermedad implantado con todos esos indispensables elementos pueda influir efectivamente en la buena asistencia a los enfermos y, como consecuencia, en la disminución de la mortalidad en un pueblo como el nuestro? ¿Librenos Dios a los que así pensamos de que consiguiéramos, después de las razones expuestas, implantar una ley que obligara a los españoles a ingresar en un hospital o sanatorio en cuanto se sintieran enfermos! Los abundantes farsantes que padecemos defensores de la LIBERTAD INDIVIDUAL nos condenarían como reaccionarios o monárquicos, como ahora se clasifican, a los que defienden una organización social como esa, y siento decirles que Dinamarca es una monarquía, mal que les pese, lo que prueba cada vez más que, con repúblicas y monarquías, lo que hace falta es tener ciudadanía, que es precisamente lo que no han enseñado a tener a los españoles. ¿Qué han hecho en ese sentido los 40 ó 50 diputados médicos que formaron parte de las Cortes Constituyentes de la

II República? Pues ya lo hemos visto los demás compañeros: dejar de cumplir tan sagradas obligaciones como la de explicar sus cátedras y asistir a sus enfermos en la mayoría de los casos, para no hacer nada en el único sentido que pudieron haber sido útiles como españoles y como médicos. Tienen, pues, gran culpa los que, logrando un puesto en la política española, no remedian estas desdichas ni hacen siquiera la menor gestión para mejorar la triste situación de los humildes de su profesión, y hay que agradecerse doblemente a los que algo han hecho en ese sentido. Y gracias que no han contribuido a traer a España el sobrante de médicos judíos que expulsan de otras naciones, agravando con ese aumento la situación precaria por que atraviesan sus compañeros que no lograron el enchufe correspondiente. Todo se andará si no se levanta la clase en masa contra esos malos españoles, porque hay indicios de que se intenta por los amantes del PROGRESO Y LA LIBERTAD. Tengan en cuenta los médicos que existe una ley, que está vigente, de reciprocidad, que costó conseguirla al que esto escribe muchos años de constante trabajo, por la cual no se consiente el ejercicio de la Medicina a médicos extranjeros en España si no cumplen antes lo que en su país se exige a los médicos españoles para poder ejercer en ellos, y sé de buena tinta que hay médicos extranjeros y nacionales que pretenden saltarla para conseguir aún más gangas de las conseguidas.

12-3-1925.

## Continencia cíclica agenésica por enfermedad<sup>(1)</sup>

POR EL

Dr. J. BERMUDEZ BERNARDO

(Zamora.)

En el momento de redactar este apartado, llega a nuestro poder una observación personal del Dr. Vital Aza, de Madrid, que, por ser la primera aportación estadística al estudio del método Ogino-Smulders publicada en España, merece ser examinada con atención. Este trabajo fué presentado a la Academia Nacional de Medicina en la sesión del 16 de febrero pasado y reproducido en el número de EL SIGLO MEDICO correspondiente al 2 de marzo actual.

En él, su ilustre autor se separa de quienes enjuician el problema de continencia partiendo de puntos de vista incretores o histológicos, y, siguiendo la recomendación de los autores del procedimiento, se limita a llevarlo a la clínica, en espera paciente de los resultados. Este es, hoy por hoy, el único camino acertado y eficaz.

Entre las consideraciones teóricas de que hace preceder sus datos clínicos, nos parece encontrar una afirmación que, o no la hemos comprendido bien, aunque ella es clara, o no está de acuerdo con las normas del método, cual es la de hacer elevar la vitalidad del óvulo a una duración de treinta y seis horas, como base del proceder de Ogino. Esta aseveración, a nuestro entender, no es exacta, porque, independientemente de los experimentos de Hammond y otros, y de sus enseñanzas, citados por el Dr. Guchteneere en la misma edición francesa de que el mencionado Dr. Vital Aza se vale, según los cuales, como anteriormente queda expuesto, dicha supervivencia no pasa de dos a cuatro horas, indepen-

(1) De una publicación en prensa.



cientemente, decimos, si de otra manera fuera, el método del ginecólogo japonés no podría realizarse con arreglo a las fechas que éste y Smulders señalan.

En efecto, para ellos constituye un dogma fisiológico la duración fija de once días de la fase lútea, y a partir de ella cuenta, desde el comienzo de la menstruación siguiente, en sentido de retroceso, para caer tras de aquel lapso de tiempo en plena etapa de maduración folicular el día duodécimo anterior, que es el último del período ovular. Suponemos que, dentro de los cinco días durante los cuales es posible el desprendimiento, se produce éste precisamente en ese mismo día duodécimo, como tantas veces sucederá, y que el gameto tiene una supervivencia de treinta y seis horas, resultará que el tiempo de actividad fértil comprenderá también uno de los días lúteos, y entonces ya no podrían estimarse como refractarios para la concepción estos once días, sino sólo diez de la etapa premenstrual, cuando se trate de evitar la conjugación fecunda. Por eso creemos que el tiempo que se asigna por el mencionado clínico a la vitalidad del óvulo es excesivo y no encaja en las normas del procedimiento.

Mas, aparte de esta discrepancia, esencial en sí, pero no en su relación con el tema que ahora tocamos, nos interesa fijarnos en la estadística del autor, porque son muy pocas las que se encuentran de su misma naturaleza y porque acaso el estudio que de ella hagamos nos sugiera algunas consideraciones útiles al objeto de esta publicación.

En nuestra conferencia de la Academia Deontológica de Madrid, dada ocho días antes de la presentación oficial de su trabajo por el Dr. Vital Aza, decíamos lo siguiente con respecto a la aplicación del método de Ogino por motivo de enfermedad:

"En los casos patológicos, ¿se presentará el ciclo en las enfermas de manera tal que permita aplicar el método, siquiera sea sólo con una seguridad relativa? ¿Será fácil fijar las fechas en las casadas cuyo estado morboso reclame la continencia? Por ejemplo: ese cúmulo de asténicas, abigarrado campo de toda receptividad patológica, en las cuales parece norma una cierta labilidad menstrual, ¿no será muy problemático que encaje en el proceder de Ogino, debido a la irregularidad de sus ciclos? Declaro que soy un recién llegado al conocimiento de estas cuestiones, cuya especialidad no me afecta, y no sé lo que la experiencia me deparará, pero sinceramente confieso que la continencia periódica me parece de precario pormenor en el campo de la gran morbilidad interna, precisamente por esa variabilidad a que me refiero."

Eso decíamos hace un mes, y así nos inclinamos a seguir pensando, pero he aquí que ocho días después de aquella grata velada, un especialista tan prestigiado como el Dr. Vital Aza, presenta sus estadísticas de enfermas bien observadas, y el estudio reposado de ellas nos obliga a dejar en suspenso todo juicio, porque el análisis detenido de sus características clínicas nos conduce a conclusiones muy distintas de las que deduce el autor.

De los diez casos sometidos a continencia durante un año, tiempo no escaso ciertamente, el 40 por 100 se halla constituido por pacientes de gran perturbación funcional: dos cardiopatas, una diabética grave y una neuroesclerótica. El resto corresponde a padecimientos puramente orgánicos de índole ginecológica, y no pueden asemejarse ni remotamente a las anteriores, en lo tocante a las repercusiones generales a que ellas pudieran dar

lugar: placenta previa, prolapsos y viciaciones pélvicas. Con estos datos a la vista cabría suponer *a priori* que aquéllas ofrecieran menos garantía de seguridad que las segundas en la aplicación del método, puesto que sus padecimientos pueden dar lugar en cualquier momento a descompensaciones circulatorias o de cambios nutricios, suficientes por sí para romper el ritmo menstrual y hacer inservible el calendario de abstención genésica. Mas, a pesar de ello, se implanta el método, transcurren los doce meses de observación correspondientes al año de 1934 y, en febrero de 1935, había fallado el procedimiento con certidumbre clínica en una, y con casi completa seguridad en otra, diagnosticada por reacción humoral. Ninguna de ambas pertenece al grupo de las enfermedades generales, sino al de las operadas ginecológicas por desviaciones orgánicas: una, cesareada por prolapso, y otra, por placenta previa.

En realidad, aunque los fracasos se hubiesen registrado en las afectadas por aquellos padecimientos consuntivos o circulatorios, la proporción de insuccesso en un 20 por 100 no creemos que fuera desalentador en absoluto, porque queda otro 80 por 100 de probabilidades a favor de esas desgraciadas esposas, constantemente angustiadas por el dolor de no poder serlo sin aventurarse al heroísmo de su sacrificio o sin entregarse al empleo de prácticas ilícitas, aleatorias e insanas. Aunque así fuera, decimos, siempre sería cierto que se ha encontrado un medio por virtud del cual pueden evitarse muchas desgracias y remediarse muchos dolores; pero si a ello se añade que no ha sido en éstas en las que se han registrado los fracasos, a pesar de la gran fertilidad que en la estadística se les asigna, sino en las otras, en las que sufren afecciones muy compatibles con un buen estado general, cabe abrigar la esperanza de que la continencia cíclica agénica no resulte de tan escasa garantía como nosotros pensábamos y los mismos creadores del método aceptan. Claro es que la forma semiesquemática que el autor da a su comunicación impide deducir de ella consecuencias más amplias y más concretas, ya que, como él sabe mejor que nosotros, porque carecemos de su autoridad, estos casos, cuando se trata de la presentación de un nuevo procedimiento, requieren ser historiadados con lujo de detalles y meticulosidad de fechas, si han de derivarse de ellos positivas y firmes enseñanzas; pero aunque no lo haga así, los únicos datos que él aporta y el resultado obtenido durante un lapso de tiempo no ciertamente breve, creemos que desautoriza la emisión subrayada de estos conceptos, a los que llega tras de su observación, a manera de cierre del documento clínico: "*Dos fracasos en diez casos y sólo en un año son lo bastante para, rotundamente, hacernos afirmar que, hoy por hoy, no pueden brindarse al público profano ni poner en manos del profesional consejos y técnicas que son de resultados prácticos aleatorios.*" No; no pensamos que asista toda la razón a nuestro ginecólogo, porque si trasponemos los términos de la conclusión con arreglo a los resultados obtenidos en el otro sentido, veremos que cambia por completo el contenido de la enseñanza, al poder condensarse ésta en la siguiente expresión: "*Ocho éxitos entre 10 casos, aunque sólo sea en un año, son suficientes para poder afirmar que disponemos de una técnica apta para rendir positivos resultados prácticos. Una proporción del 80 por 100 a favor no se encuentra en la profilaxis de todos los riesgos evitables y de todas las enfermedades.*" He aquí por qué nos sorprende que más adelante califique el método de ningún



valor ni eficacia práctica, y que remache su repulso con la donosa mención de aquella señora que, tras del fracaso de todos los anticoncepcionales, cada uno de los cuales le ha brindado sarcásticamente la presencia de un nuevo hijo, diga ahora, cuando llame en su ayuda el ginecólogo japonés: "Este es el del proceder de Ogino." ¿Y si no lo dice?

Por lo demás, nos parecen atinadas bastantes de las opiniones vertidas en este meritorio trabajo, porque la espera que impone el cálculo, la incertidumbre de las excepciones (nada hay absoluto en biología) y ese trancar aritmético, frío, de la efusión conyugal, santidad de amor que sólo se sabe cuánto es y cuánto vale en el momento en que la adversidad nos prueba con la ausencia de un ser que acaso Dios atrajo a Sí para premiarle todo eso sólo puede ser compensado por la lucha que ha de sostenerse ante la existencia de una necesidad hosca, fría e intolerable, origen del sacrificio. Acaso esas observaciones del Dr. Vital Aza nos sirvan de mucho para alcanzar más fácilmente la finalidad que constituye el núcleo y objeto de esta modesta publicación.

J. BERMÚDEZ BERNARDO

Zamora, 10 de marzo de 1935.

## DESTATUAJE

POR

JEAN LACASSAGNE

(Traducción y adaptación exclusiva para EL SIGLO MEDICO por J. H. S., publicado en el *Paris Médical* del 19 de enero de 1935.)

No sé, en verdad, si el oficio de destatuador alimenta al que lo ejecuta, ya que algunos "profesores diplomados" a los cuales he tratado me ha parecido que no lo graban en el ejercicio de su industria más que escasos beneficios; pero si bien se mira, esto no es de extrañar, ya que los empíricos que van de pueblo en pueblo proponiendo el destatuaje "sin operación, picaduras ni dolor", me han parecido siempre personas algo intrépidas e incapaces, y que no dejan de ser peligrosas al utilizar, como lo hacen, sin discernimiento alguno, sustancias cáusticas. Por esto, sus fracasos son frecuentes; el año pasado, para no citar más que un ejemplo reciente, los Dres. Gate, Chapuis y yo presentamos a la Sociedad de Dermatología (1) un individuo argelino que, atraído por un anuncio de un periódico de Lyon, quiso desembarazarse de un tatuaje étnico que tenía en la cara dorsal de la mano derecha. Ocho días después de la operación, este enfermo se vió obligado a ingresar en el Hospital de Antiquaille a causa de una herida infectada en el dorso de la mano, con edema, no sólo de ésta, sino también del antebrazo; todo ello acompañado de una intensa linfagitis.

Las víctimas de estos charlatanes destatuadores tienen casi siempre mala suerte para lograr de los Tribunales de Justicia reparación a los perjuicios que les han causado, ya que casi siempre la jurisprudencia se muestra a favor de dichos sujetos (2). Así, según los juicios de los Tribunales de Aix y de Marsella en 1920 y 1929,

(1) «Filial lyonesa.» Sesión del 29 de junio de 1933, página 1.215.

(2) J. Herber: «El destatuaje de los empíricos.» (*Revue Internationale de Criminalistique*, 1931, número 6. Editor, Desvigne. Lyon.)

respectivamente, el destatuaje no constituye un acto de ejercicio ilegal de la Medicina, si bien todo destatuaje lleva consigo la destrucción de una parte del dermis y, por consecuencia, la formación de una herida que requiere cuidados exquisitos, por lo cual creemos que este tratamiento debía ser considerado, sin duda alguna, como un acto médico, a éste estrictamente reservado en virtud del artículo 16 de la ley de 1892.

Puesto que la costumbre de las inscripciones y los dibujos ha existido siempre, es de suponer que el destatuaje también de siempre existe.

Como no voy a hacer, por razón de espacio, una historia sobre este punto, envío al lector que por estos datos se interesa al completísimo trabajo de Berchon (1); en él encontrará los métodos, más o menos extraños, pero eficaces, sin embargo, preconizados por los médicos de la antigüedad para hacer desaparecer las marcas cutáneas.

### Procedimientos de destatuaje.

Existen dos maneras de realizar éste, que son las siguientes:

- 1.ª Ablación del tatuaje por excisión quirúrgica.
- 2.ª Acción *in situ* de diversos procederes, susceptibles de producir la evicción de las partículas coloreadas, procedimientos químicos, físicos, etc.

1.ª *Excisión quirúrgica.*—La excisión quirúrgica en uno o más tiempos constituye el procedimiento ideal para lograr el desaparecimiento de los tatuajes. A pesar de esto no se concibe este método como factible de empleo en los dispensarios y en las consultas de hospitales y prisiones. Yo, a pesar de esto, lo he empleado en algunos tatuados de mi clientela particular y del hospital de Antiquaille. Para ello he puesto a contribución la amabilidad y la habilidad operatoria del Dr. Clavel. He aquí el resultado de su experiencia en la materia:

«La excisión debe realizarse, a ser posible, con anestesia regional y teniendo en cuenta el trayecto de pliegues cutáneos, que más tarde podrán dar un mayor disimulo a la cicatriz. Es necesario, sobre todo en las excisiones hechas en los miembros en un sentido circunferencial, no pasar los límites compatibles con la reunión inmediata, y no debe uno tampoco dejar de tener presente aquellos casos en donde un tratamiento anterior por productos cáusticos ha determinado en el tatuaje una zona cicatricial. La supresión de esta zona da a veces una pérdida de substancia dos o tres veces más considerable de lo que se preveía.

El relleno del lugar donde se ha perdido substancia puede hacerse, bien por sutura directa, luego de una movilización por desprendimiento de los labios de la herida, o bien por autoplastia.

El primer procedimiento es el que da las cicatrices más rectilíneas y de mejor calidad, y para lograr que las plastias no sean necesarias debe practicarse la excisión en uno o más tiempos. En el intervalo de los mismos, un buen masaje da a la piel su natural ligereza y elasticidad.

¿Qué procedimiento de sutura se debe escoger?

Es necesario evitar toda tracción sobre la línea de sutura, y para esto, el mejor procedimiento consiste en colocar puntos de apoyo al cagut acercando el tejido celular y preparando el afrontamiento cutáneo; éste se realiza entonces, bien por agrafes, por una crin finísima o por una sutura intradérmica. El empleo del plano de sutura sobre el tejido celular permite la

(1) Berchon: «Historia médica del tatuaje.» Paris, 1869.



ablación precoz de los agrafes y de las crines, evitando las cicatrices poco correctas, si a éstas puede llamárselas así. La sutura intradérmica no es siempre la mejor desde el punto de vista de los resultados lejanos, y no debe uno fiarse en los enfermos con piel grasa, infiltrada y ya con queloides. Es cosa que conviene señalar, a pesar de su evidencia, que esta cirugía debe practicarse bajo una hemostasia y una asepsia absolutas.

Debe exigirse a los enfermos durante el período de la cicatrización una docilidad ejemplar, que favorecerá la inmovilidad de un pequeño aparato aplanado, y que puede colocarse en las intervenciones de los miembros.

La cirugía podrá dar incluso en casos de dificultad extrema, por lo extenso de los tatuajes, cicatrices lineales y disimuladas; pero para esto es preciso actuar en varios tiempos, según los principios emitidos por Morestin. El cirujano y el enfermo deben dar por igual en estos casos pruebas de gran paciencia.»

2.ª *Métodos no quirúrgicos.*—*Procedimientos químicos.*—Los métodos químicos preconizados para el destatuaje son muy numerosos, razón por la cual sólo indicaré aquí aquellos que son eficaces y de fácil aplicación:

A) *Tanato de plata.*—Hace cerca de cuarenta años que Variot indicó el siguiente procedimiento:

Las partes de la piel que se hallen tatuadas se embadurnarán con una solución de tanino—una pulgada de tanino por 2 ó 3 cc. de agua—; después, y ayudándose de un juego de agujas e igual que actúan los tatuadores, se darán pinchazos muy unidos, teniendo cuidado de no introducirse en la piel incolora. Se debe asimismo introducir en la parte superficial del dermis una cierta cantidad de tanino, y enseguida frotar muy fuerte sobre todos los lugares picados por el tanino con un lápiz de nitrato de plata. Es muy conveniente asegurar bien la desecación de la escara durante los tres primeros días, espolvoreándola con polvos de tanino.

Durante los dos primeros días hay una ligera reacción inflamatoria con una sensibilidad variada; después, todas las partes que han sido picadas al tanino y cauterizadas al nitrato de plata toman un color obscuro, casi negro, y forman una escara muy fina y adherente a las capas profundas.

Al cabo de catorce a dieciocho días la escara superficial se cae y deja su lugar a una mancha roja que, a la larga, blanquea.

Personalmente he reemplazado las picaduras con el juego de agujas por escarificaciones muy unidas, mediante el bisturí. El empolvamiento con tanino en los días que siguen a la sesión de destatuaje puede suprimirse sin inconveniente.

Este procedimiento de destatuaje tiene el inconveniente de necesitar dos sustancias químicas y ser algo dolorosa la aplicación del lápiz de nitrato de plata.

B) *Acido fénico.*—Darier recomienda la aplicación de fenol puro después de las escarificaciones del tatuaje; yo he logrado obtener así buenos resultados, si bien inconstantes; la epidermización es casi siempre larga de lograr, y la cicatriz no es siempre bonita.

C) *Permanganato potásico.*—Hace algunos años, Rousset y yo ideamos utilizar éste para destruir los tatuajes (1); esta idea fué el fruto obtenido al pensar en

las bellas cicatrices obtenidas por el método de Auregan en el tratamiento del lupus. He aquí la técnica que indicamos:

Pasar sobre la superficie a destatuar un algodón mojado en alcohol-éter, y después, mediante un bisturí bien afilado, practicar una serie de escarificaciones muy apretadas, haciendo a modo de un socavado de un milímetro de profundidad poco más o menos. En cuanto aparece una mancha hemorrágica se aplica fuertemente, mediante una espátula que haga fuerza, permanganato potásico finamente porfirizado. El polvo se adhiere inmediatamente a las superficies escarificadas. Hay que tener cuidado de quitar el permanganato que no queda aglutinado, de modo que no pueda ejercer su acción ulcerosa sobre la piel, fuera de la superficie a destatuarse.

Precauciones muy dignas de tener en cuenta son: la de evitar las gasas adhesivas género albuloplast, y servirse tan sólo de una gasa sostenida por una venda, que se podrá quitar al día siguiente. La superficie sobre la cual se ha intervenido va transformándose en una escara adherente.

Al cabo de quince a veinte días se eliminará espontáneamente, y arrastrando las partículas de carbono dejará aparecer una superficie de un rosa barnizado, que blanqueará con el tiempo. Es prudente, no destatuarse en una sola sesión, una superficie superior a la de la palma de una mano pequeña. Debe asimismo tenerse cuidado de dar al trazo del destatuaje una forma redondeada, de modo que la cicatriz consecutiva tenga una forma geométrica, y que el interesado pueda dar como «origen de la herida» una vacuna, un ántrax o una quemadura.

*Agentes físicos.*—Nunca he empleado la electrólisis como método de destatuaje: ya es un proceder que, si bien tiene éxitos en su activo, necesita, por el contrario, de un instrumental especial, a más de no tener la rapidez necesaria.

La nieve carbónica no me ha dado los resultados que de ella esperaba, y que otros autores han señalado en sus trabajos. Confieso haber abandonado por completo este método que, a más de su infidelidad, exige un material que no pueden tener todos los médicos.

El galvanocauterio y el termocauterio son de fácil empleo, y dan en algunos casos buenos servicios. Estos instrumentos son la modernización del método que antaño destruía los tatuajes por el hierro candente.

La diatermocoagulación tiene, con razón, muchos partidarios, si bien sus resultados me parecen inferiores, desde el punto de vista de la cicatriz, a los obtenidos por los procedimientos químicos explicados más arriba.

Se puede, sin embargo, combinar los efectos de los agentes físicos a los de los cáusticos químicos; es así como Girardeau realiza la desepidermización: así, una vez el dermis desnudo, aplica el lápiz de nitrato de plata a la superficie tatuada.

*Procedimientos mecánicos.*—Estos procedimientos consisten en una destrucción de la piel por el frotamiento. Danlos aconsejó hace muchos años el uso de la piedra pómez o de un cepillo de cardado.

La sal gorda, empleada en fricción muy enérgica, es un procedimiento popular muy frecuente, que los tatuados utilizan por sí mismos, dando en los tatuajes pequeños excelentes resultados, ya que muchas veces he quedado asombrado de la cicatrización invisible que da

(1) Sociedad de Dermatología. Filial de Lyon. Sesión del 20 de febrero de 1930.



este método. Empleo también a veces la tela de esmeril; para ello se anestesia la región a tatuar con estovaina y se frota la región con la del número 3, y actuando en una superficie de una moneda de cinco francos—un duro—. La hemorragia en sábana que se produce se detiene enseguida; después se aplicará un tul graso. Más adelante volveré a detenerme sobre las indicaciones de este procedimiento.

*Indicaciones del destatuaje.*—Mi cargo en las prisiones de Lyon me han dado desde hace quince años ocasión de practicar cientos de destatuajes, tanto en los dispensarios como en mi consulta, ya que no son raras las personas que quieren ver desaparecer sus tatuajes—inscripciones y dibujos—ejecutados, bien por infantilismo en la época de su adolescencia—casi siempre en el servicio militar—, o también cuando se trata de marcas crapulosas—puntos interdigitales, por ejemplo—o nombres o iniciales que ya han olvidado, incluso también tatuajes étnicos, del todo inoportunos para los que se ven obligados a vivir en un medio racial donde el tatuaje es una tara.

Desgraciadamente, me falta sitio para desarrollar unas breves consideraciones acerca de las consideraciones psicológicas que suelen intervenir en estos casos, y que son del mayor interés.

*Elección de método.*—Antes de la primera sesión operatoria es necesario notificar a todo candidato al destatuaje que, cualquiera que vaya a ser el procedimiento empleado, una cicatriz más o menos aparente será inevitable. Se atenuará la decepción que esta noticia cause indicándole que esta cicatriz no será reveladora del destatuaje efectuado.

Algunos "grandes tatuados" se imaginan que el médico tiene el poder de borrar en poco tiempo todas las marcas cutáneas que cubren su cuerpo. Debe decirseles enseguida que se nos presenten que no; estos clientes se descorazonan pronto, después de grandes e inútiles sacrificios pecuniarios. Sin embargo, no es ilegítimo el proponerles una intervención en los casos siguientes:

- 1.º Sobre los tatuajes existentes en las partes descubiertas: cara, manos y cuello.
- 2.º Sobre las inscripciones molestas: iniciales o nombres caducados o licenciosos.
- 3.º Dibujos obscenos.

La excisión quirúrgica se reservará especialmente a los tatuajes de una piel muy elástica, cuestión individual y cuestión de región. Es raro encontrar en la mujer una piel suficientemente extensible. Algunos tatuajes se prestan mejor que otros a la exéresis, las inscripciones longitudinales, sobre todo. Se puede también emplear un método mixto: se quita una parte del tatuaje por el bisturí, y se destruye lo que queda mediante un procedimiento químico o físico.

Los dorsos de las manos son muy a menudo asiento de tatuajes étnicos en los individuos de ambos sexos del norte de Africa. Estos tatuajes están constituidos por líneas formando dibujos geométricos, o por una red muy fina de encaje. Otras veces se trata de tatuajes crapulosos observados en presos: consisten en una serie de puntos agrupados, en que cada uno de éstos representa un día pasado en celda de castigo.

El destatuaje en estos casos es difícil, dado lo dificultoso de intervenir sobre cada elemento: líneas o puntos; lo mejor es practicar con el termocauterio un repaso general del dorso de la mano, después de haber

anestesiado subcutáneamente; terminado el acto, se da una capa de ambrina, cual si se tratara de una quemadura ordinaria.

Se puede también utilizar el procedimiento por raspado con tela de esmeril. He presentado con Friess a la Sociedad de Dermatología de Lyon el 8 de enero del pasado año a un suboficial tunecino destatuado por este procedimiento. Este militar, que tenía un gran número de tatuajes étnicos en el dorso de las manos, quería casarse con una joven lyonesa, razón que le tenía embargado de gran tristeza y que le hizo acudir a mí para verse libre de esta vergüenza.

En diversas ocasiones he tenido asimismo ocasión de ser consultado por clientes con tatuajes accidentales, debidos, por ejemplo, a una caída en un suelo alquitranado; estos tatuajes son pequeños y de forma lineal o irregular, asentados por lo general en la nariz, la frente o los pómulos. Utilizo el permanganato potásico como procedimiento de destatuaje; no es necesario el empleo de gasas, y lo único preciso es no mojarse durante unos días.

Los tatuajes profesionales, tales como los de las obreras de fábricas de hilos metálicos, consiste en puntos blancos, a veces semejantes a los de los tatuajes crapulosos. Estos puntos provienen de la ruptura del hilo, ya que una de sus extremidades vendrá a herir las manos, los antebrazos o la cara de la obrera. Es el galvanocauterio, a mi juicio, el procedimiento más adecuado para hacer desaparecer estas marcas, a veces molestas.

Existe, pues, a la disposición del médico un procedimiento donde escoger para realizar un destatuaje. ¿Cuál es el mejor? Responderé diciendo que aquel a que estamos acostumbrados, ya que, fuera de ciertas indicaciones particulares, todos los procedimientos se llevan poco entre sí.

Personalmente, guardo fidelidad para los casos sencillos, tales como corazones, anclas, nombres, pensamientos, al destatuaje por el permanganato, ya que es verdaderamente un proceder sencillo. En suma: poco importa el método, puesto que lo que tiene una importancia real y efectiva es no abandonar a las víctimas del tatuaje en manos de los charlatanes.

---

Hospital Militar de Madrid-Carabanchel - Servicios de Fimatología  
Jefe del Servicio Dr. Valdés Llambea

---

## Problemas diagnósticos a propósito de la tuberculosis pulmonar y la estrechez de la válvula auriculo-ventricular izquierda

POR EL

Dr. ANGEL MILLA  
Médico asistente

Enormes dificultades vienen a atormentar a veces el recto criterio clínico del médico que se ve en la precisión de tener que hacer un diagnóstico diferencial entre estas dos enfermedades tan semejantes, en ocasiones, por su sintomatología y por el aspecto exterior del enfermo, que en una gran mayoría de casos suele ser un individuo flaco, de tipo asténico, leptosomático, y que suele hablarnos de disnea, de esfuerzo, tos, algunas veces expectoración, hemoptoica o no, a veces verdaderas he-



LABORATOIRE NATIVELLE

27, Rue de la Procession — PARIS (15°)

**NATIBAÏNE**

ÚNICA ASOCIACIÓN DE  
**DIGITALINE NATIVELLE**  
Y DE  
**OUABAÏNE ARNAUD**

Draeger.

“**NESTÓGENO**”

Producto NESTLÉ elaborado en  
LA PENILLA (Santander)

Leche desecada de composición especial

SE ELABORA BAJO DOS FORMULAS:

**Entero** con 21,5 % de grasa  
**Semidescremado** con 12 % de grasa

La mejor leche para la crianza del niño

PIDANSE MUESTRAS Y FOLLETOS A

**SOCIEDAD NESTLÉ, A. E. P. A.**  
LUCHANA, 29 :: MADRID



# ESTREÑIMIENTO

## Lactolaxine Fydau

COMPRIMIDOS DE  
FERMENTOS LÁCTICOS  
LAXANTES

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

*1 a 3 Comprimidos  
por día.*

MEDICAMENTO LAXANTE  
IDEAL PARA NIÑOS,  
ADULTOS Y ANCIANOS.

**LABORATORIOS ANDRÉ PÂRIS**  
PARIS-FRANCE

Muestras: Alejandro Riera, Agente General  
Napoles 166 BARCELONA

GREVILLE



hombres.) Algunas veces se trata de muchachas jóvenes, moptisis, sudores, etc., síntomas que lo mismo pueden incluirse en el casillero de la tuberculosis como en el de la estrechez mitral, y cuyo diagnóstico diferencial es de suma trascendencia, por cuanto la terapéutica a seguir no puede ser la misma en ambos casos, siquiera en parte tenga algunas coincidencias. Por otra parte, esta lesión cardíaca es mucho más frecuente en la mujer que en el hombre, como lo prueban numerosas estadísticas. (Entre 479 autopsias practicadas en el Hospital de Guy durante diez años, se encontró la estenosis mitral en 196 casos, de los cuales eran 107 hembras y 89 varones; en la estadística de Duckvoorth se contaban 63 mujeres y 17 hombres.) Algunas veces se trata de muchachas jóvenes anémicas al parecer, con trastornos neurovegetativos, que nos hablan al mismo tiempo de fenómenos subjetivos, tanto por parte del aparato respiratorio como del cardiovascular, síntomas gástricos, y a veces irregularidades catameniales, etc.; todo esto, unido por regla general a una constitución, como decía antes, enclenque, enfermiza, hace que la confusión sea fácil, y que muchos clínicos piensen inmediatamente en la tuberculosis pulmonar, cometiendo un error diagnóstico, como vemos frecuentemente en el Servicio fmatológico del Dr. Valdés, en el que no pocas veces hay que rectificar ese juicio en enfermos que vienen abrumados bajo la sentencia de una tuberculosis que a veces no padecen, y cuya alegría es grande cuando se les dice que no padecen afección del aparato respiratorio de carácter fímico, cuyo fantasma siempre les aterra más que una *pequeña lesión* de corazón, como humanitariamente se les suele decir, compatible con una larga vida, siquiera aquélla sea incurable y no podamos luchar contra ella en las ventajosas condiciones con que muchas veces podemos atacar una lesión de orden fímico pulmonar.

Para algunos autores, el motivo de esta mayor frecuencia de la estenosis mitral en la mujer sería debido a que el reumatismo articular es más frecuente en las niñas que en los muchachos, y la endocarditis de la válvula mitral sería su consecuencia, que acarrearía después la soldadura de dicha válvula con su correspondiente estrechez. Pero, a veces, en la estenosis mitral pura no puede encontrarse este antecedente reumático ni patológico alguno a que atribuirlo; de aquí el que se hable por algunos de estenosis mitral congénita, que otros no admiten, creyendo más bien sería una consecuencia de las fiebres eruptivas de la infancia.

Para otros, como Landouzy y Tessier, la estenosis mitral pura podía ser de origen tuberculoso, teniendo en cuenta que en algunas ocasiones se han encontrado en las válvulas cardíacas vegetaciones con bacilos tuberculosos. Valdés Lambea dice que la lesión valvular más frecuente en los tuberculosos es la estenosis mitral, y añade: "El factor fímico, para mí, interviene de una manera segura, cualquiera que sea el mecanismo de su actuación en la etiología de esta forma de estenosis mitral." Coincidiendo con Tripier, quien decía que en estos cardíacos se encontraban con gran frecuencia antecedentes tuberculosis personales y hereditarios.

La coexistencia del factor fímico y la estrechez mitral en un mismo individuo está hoy bastante admitida entre los clínicos españoles y extranjeros, pudiendo mencionarse entre nosotros a Valdés Lambea y Navarro Blasco. En el Archivo de los Servicios del Hospital Militar existen más de 60 casos de historias clínicas con lesiones valvulares en tuberculosos, de las cuales la mayor parte

son estrecheces del orificio auriculoventricular izquierdo.

Para los partidarios de la idea de Rokytansky, de la supuesta incompatibilidad entre ambas afecciones, el mecanismo de esta resistencia de un estenósico a enfermar de tuberculosis pulmonar sería el éxtasis sanguíneo en el campo pulmonar producido por la dificultad mecánica al desagüe de las venas pulmonares en la aurícula repleta de sangre, a causa de la estrechez auriculoventricular, suponiendo en el suero sanguíneo propiedades bactericidas que impedirían el desarrollo del bacilo tuberculoso y, en algún caso, produciendo la curación de las lesiones ya establecidas.

Huchard decía que las lesiones de corazón que producen isquemia del campo pulmonar favorecerían el desarrollo de la tuberculosis, como, por ejemplo, la estenosis pulmonar. En cambio, las que producen un estado congestivo, como la estenosis mitral, por dificultades en el desagüe, como antes dijimos, la impediría. Admite la gran frecuencia con que en los antecedentes hereditarios de los estenósicos mitrales se encuentra la sífilis, citando varios casos en los que se hace manifiesta esta influencia de manera clara y concluyente, produciendo estenosis mitral congénita por malformación cardíaca, a consecuencia de una detención del desarrollo valvular. Los casos de estenosis mitral pura familiar y hereditaria abonarían el criterio del origen embrionario de la enfermedad de Durodiez.

Para mí, es un hecho indudable que la mayoría de los estenósicos mitrales son tipos leptosomáticos, longilíneos, con el llamado hábito físico, así como lo es también que estos individuos no suelen ser tuberculosos con la frecuencia que su aspecto y constitución nos pudieran hacer creer. ¿A qué es debida esta supuesta resistencia a enfermar de tuberculosis? Yo entiendo ser cierto lo que dice el Dr. Valdés: que la tuberculosis es capaz de plasmar o modelar la constitución de los individuos que tienen la tara hereditaria de esta enfermedad; y ello es para mí indudablemente cierto, pues conozco algunas familias de tuberculosos resistentes, fibrosos, crónicos, en la que todos los hermanos tienen idéntica constitución y van sobrellevando su enfermedad años y más años en un estado de salud completamente precario, pero que por ello no dejan de atender a sus ocupaciones, y cuyo tipo se va transmitiendo de generación en generación. Los descendientes de estos individuos llegarían a adquirir una relativa inmunidad congénita a enfermar por tuberculosis: de ahí que cuando en ellos se presentase la estenosis mitral no fuesen tuberculosos activos en la mayoría de los casos, con gran sorpresa para el médico que, teniendo en cuenta el aspecto de la enferma y su sintomatología tan parecida en ambas afecciones, creyera hallarse ante un caso de tuberculosis pulmonar. Ahora bien: ¿cuál sería la causa de que la estenosis mitral evolucionase con más frecuencia en estos tipos constitucionales que en los macrospáncicos o pícnicos, de constitución fuerte y gran desarrollo? ¿No sería eso un dato que nos corroborase el frecuente origen tuberculoso de la estenosis mitral por una endocarditis infantil producida por el bacilo de Koch que fuese evolucionando de un modo lento hasta manifestarse ostensiblemente en la pubertad una vez que la lesión hubiese llegado a su máximo desarrollo con una sintomatología más o menos completa y manifiesta, y esto nos aclarase la génesis de esas estenosis mitrales puras sin antecedentes patológicos constatables? Doctores tiene la ciencia médica que quizá lo sepan responder. Yo, por mi parte, me declaro incompetente para ello, pues mis



escasos conocimientos en la materia no me autorizan más que para hacer estas suposiciones más o menos verosímiles, según mi modo de pensar.

El diagnóstico diferencial de ambas enfermedades, estenosis mitral y tuberculosis pulmonar, es, en la inmensa mayoría de los casos, fácil, si tenemos en cuenta todos los datos que un minucioso examen clínico, ayudados por los análisis complementarios de laboratorio, nos pueden proporcionar. Ante un enfermo con palpitaciones al menor esfuerzo, disnea, trill, redoble presistólico con o sin soplo presistólico o diastólico, con desdoblamiento del segundo tono pulmonar, con radiografía limpia de pulmón, con silueta cardíaca típica de dilatación auricular izquierda, sin expectoración o muy escasa, sin bacilos, ni fibras elásticas en los esputos, con velocidad de sedimentación normal, con fórmula leucocitaria normal, negatividad tuberculínica, etc., el diagnóstico de estenosis mitral se impone; pero no siempre ocurren así las cosas, sino que en muchos casos la mezcla sintomatológica es tal, que la duda invade nuestro espíritu, sin que en ocasiones podamos en un primer reconocimiento decidir un diagnóstico que tenemos que dejar en suspenso hasta agotar todos los medios actuales de exploración, ya que pueden faltar algunos de los signos más típicos y característicos de la estenosis mitral, y estar éstos limitados a un simple estremecimiento de la punta del corazón o a un ritmo de codorniz sin soplo, o con un ligero aumento del tono pulmonar, etcétera, etc., pues como decía Huchard, es la lesión valvular cuya sintomatología auscultatoria es más inconstante; en una palabra, signos poco ostensibles por parte del aparato cardiovascular, que pueden estar enmascarados por síntomas más llamativos del aparato respiratorio, como tos, expectoración abundante y espesa, hemoptisis, febrícula, desnutrición, astenia, velocidad de sedimentación alta, leucocitosis con polinucleosis. En este caso, el ánimo del clínico se inclina a favor de una tuberculosis pulmonar con muchas probabilidades de acertar; pero, no obstante, en ocasiones con esta sintomatología tan clara a favor de la tuberculosis nos hallamos con que la reacción tuberculínica es negativa, el examen de esputos también (lo que no niega la posibilidad de la tuberculosis, como sabemos), la radiografía no nos dice nada concreto, a no ser alguna sombra infralateral de probable dilatación bronquial, en cuyo caso un lipiodol bien hecho puede, con todos los demás datos recogidos, darnos la certeza diagnóstica y despistar una estrechez mitral coexistente con una bronquiectasia supurada que expliquen esa sintomatología, tan abigarrada, que nos puede inducir a error, ya que algunos de los síntomas son comunes a ambas enfermedades, como, por ejemplo, las hemoptisis, la tos por congestión pasiva pulmonar en la estenosis mitral y la disnea.

En ocasiones, la sintomatología y el aspecto del enfermo son tan aparentemente característicos, que a un clínico poco ducho y experto le podrían inducir a error en un examen algo superficial.

Véase la historia siguiente de un enfermo del Servicio de Fimatología del Dr. Valdés:

R. M., de diecinueve años, obrero del campo. Vino a la consulta porque tenía tos, fatiga, bastante expectoración y palpitaciones; no se nota fiebre; hace año y medio empezó con estos síntomas, y hace un año, hemoptisis, que le duró varios días. Hace dos meses, otra hemoptisis, que le duró tres días. De pequeño, sarampión y bronquitis. Familiares, sin interés.

Diagnósticos: Estenosis mitral con ritmo mitral típico; radiografía típica también; hilos de éxtasis.

Con esta historia clínica, lo primero que viene a la mente del médico es la tuberculosis pulmonar; sin embargo, explorando al enfermo debidamente, se pudo descartar el factor fímico y establecer la verdadera relación de dependencia de la tos, la fatiga y la hemoptisis con la estrechez mitral. Puesto que, como dijo el gran Huchard, se trata de una enfermedad disneica, palpitante, embólica y hemoptoica, en la que las hemoptisis de repetición generalmente pequeñas son frecuentes, no sólo por la congestión pasiva pulmonar a que da lugar, sino por la frecuencia con que se forman pequeñas embolias procedentes de la aurícula derecha que, interrumpiendo a veces la circulación en algún territorio de la arteria pulmonar, da lugar a infartos hemorrágicos con gran éxtasis sanguíneo, originando esas hemorragias que, en ocasiones, cuando son abundantes, pueden producir un alivio inmediato al enfermo y disminuir la tos y la disnea, por la isquemia consecutiva del territorio pulmonar.

Como esta historia clínica podríamos citar muchas, en que la posible confusión con una tuberculosis pulmonar fuese fácil a un examen superficial, siendo pocos verdaderamente los casos en que el diagnóstico diferencial no fuese factible a un estudio concienzudo clínico y de laboratorio, ya que aun cuando tienen ambas enfermedades síntomas comunes que pueden confundirlas, tienen también otros que son característicos a cada una de ellas, y que pueden ponernos en la pista de un diagnóstico diferencial. Las dificultades suben de punto cuando coexisten ambas enfermedades, como hemos tenido ocasión de ver algunas veces; en ese caso, el estudio del enfermo tiene que ser concienzudo, completo, para valorar debidamente todos los síntomas, no pudiendo prescindir en este caso del laboratorio, donde nos proporcionen datos respecto a examen de esputos, velocidad de sedimentación, fórmula leucocitaria, reacción a la tuberculina y hasta, en ocasiones, a la inoculación al cobayo; así como electrocardiograma, que nos confirme lo que hayamos observado por auscultación, por el estado del pulso, por las sombras radiográficas, en la que podremos observar, en el caso de una estrechez mitral, la dilatación del segundo arco izquierdo correspondiente a la aurícula dilatada, y pudiendo, en ocasiones, también observar en posición oblicua el saliente que en la misma puede haber en el espacio retrocardíaco. Esto, naturalmente, en el caso de una estrechez mitral de alguna antigüedad, ya que la dilatación auricular, para hacerse ostensible, necesita un período de tiempo más o menos largo para dar lugar a que la relajación de las fibras musculares tenga lugar.

Nosotros conocemos la historia clínica de dos hermanos, unos de once y otro de diecinueve años, que pasaron por los Servicios del Dr. Valdés, que fueron publicadas por nuestro compañero el Dr. Aranda de Rojas en *EL SIGLO MÉDICO* del 30 de junio de 1934, que padecían estrechez mitral típica con sintomatología completa de esta enfermedad, incluso el electrocardiograma característico, los cuales eran al mismo tiempo tuberculosos indudables con bacilos positivos en los esputos: ambos hermanos eran intensamente leptosomáticos. Mi maestro, el Dr. Valdés, cita éstos y otros casos parecidos de coexistencia de ambas enfermedades en un artículo publicado en *La Medicina Ibero*, número 874.

En ocasiones, un estenosis mitral con afonía debida a la compresión del recurrente izquierdo producida por la dilatación de la aurícula puede hacernos pensar en una



metástasis tuberculosa laríngea; y si, por añadidura, tiene en el vértice izquierdo una respiración ruda con estertores finos inspiratorios producidos por el edema pulmonar a que la compresión del bronquio apical por la aurícula puede dar lugar, constituyendo el llamado síndrome apical de la estrechez mitral, entonces la confusión sube de punto hasta que los exámenes complementarios nos aclaren el diagnóstico.

Respecto de la tos en los estenóticos mitrales, hemos de tener en cuenta que en muchos casos se exagera por la noche y, en ocasiones, va seguida de expectoración rosada y espumosa parecida a la del edema pulmonar, y no suele ceder a los calmantes ordinarios. En cambio, cede bastante bien a los tónicos cardíacos (digital, estrofantó, etc.), lo que podría diferenciarla de la tos de origen fímico.

En cuanto a la hemoptisis en la estenosis mitral, casi siempre es consecutiva a un esfuerzo físico o a una violenta emoción, circunstancias que imponen un trabajo brusco al corazón. Pocas veces se presenta sin una causa ocasional en pleno descenso físico y moral como en los tuberculosos. Además, la hemoptisis del cardíaco no suele ir seguida de fiebre, como acontece muchas veces en los tuberculosos, a no ser que coexista alguna afección sobreañadida, bronconeumónica, por ejemplo, en cuyo caso puede ir acompañada de fiebre, tos, disnea y dolor.

En síntesis: nuestra opinión respecto a la coexistencia de la estenosis mitral y la tuberculosis pulmonar en un mismo individuo es que no se ve con la frecuencia que el aspecto de los enfermos y su sintomatología pudieran hacer pensar, ni por la excesiva rareza para asombrarnos ante un caso de su concomitancia, como si estuviésemos ante la presencia de un mirlo blanco. Desde luego que en la práctica de un médico general quizá pase muchos años sin encontrarse con semejante hallazgo, pero en los dispensarios y servicios antituberculosos pueden observarse con relativa frecuencia, teniendo en cuenta el crecido número de enfermos de pecho que por ellos pasan. Y en cuanto al diagnóstico diferencial entre ambas afecciones, pocas veces se dará el caso de que el problema ofrezca dificultades insuperables, ya que con un examen detenido y completo clínico y de laboratorio éstas pueden llegarse a vencer.

#### BIBLIOGRAFIA

VALDÉS LAMBEA: "Estenosis mitral y tuberculosis".—*La Medicina Ibero*, 11 de agosto de 1934.

NAVARRO BLASCO: "Estenosis mitral y tuberculosis pulmonar".—*Revista Española de Tuberculosis*.

OMODEI ZORINI: "Los síndromes pseudotuberculosos del pulmón".

HUCHARD: "Lecciones clínicas".

ARANDA DE ROJAS: "Estenosis mitral familiar y tuberculosis pulmonar".—*El Siglo Médico*, 30 de junio de 1934.

#### BIBLIOGRAFIA

FISIOLOGÍA APLICADA, por el Dr. Samson Wright, Profesor de Fisiología de la Universidad de Londres. Traducción directa de la quinta edición inglesa por el Dr. Santiago Pi Suñer, Catedrático de la Facultad de Medicina de Zaragoza, y Jorge Folch Pi, médico interno de la Facultad de Medicina de Barcelona.—Pri-

mera edición, con 195 grabados y 678 páginas.—Mau-nuel Marín, Editor. Provenza, 273, Barcelona, 1935.—Precio, 24 pesetas.

Al iniciar los estudios médicos, como durante el período de Licenciatura, y después, en la práctica clínica, es de interés el conocimiento de la Fisiología, mayor cuando se dispone de una obra en la que se presta especial atención a las funciones que están perturbadas en la enfermedad. Es la labor del Dr. Wright: aprovecha el material clínico de sus servicios para los distintos capítulos de su "Fisiología Aplicada".

Con todo detalle en relación a la clínica diaria, estudia la fisiología de sistema nervioso, sistema nervioso involuntario, glándulas de secreción interna, sangre, corazón y circulación, respiración, digestión, metabolismo, secreción de orina.

Es la fisiología del médico práctico, atareado en su labor diaria y sin tiempo de estudiar un tratado de varios tomos, sin por ello verse defraudado de llegar a conocimiento de los últimos hechos científicos de aplicación a su enfermo.

Tanto el estudiante como el médico encontrarán en la "Fisiología Aplicada" de Wright la obra a manejar a diario.—M. A. C.

#### PERIODICOS MEDICOS

A. BUZZO y R. E. CARRATALÁ.—*Modificaciones al primitivo tratamiento con hiposulfito de sodio de la intoxicación cianhídrica*.

Difícilmente ha de encontrarse un ejemplo de aplicación clínica más inmediata de la acción neutralizadora del hiposulfito sódico frente a dosis mortales de ácido cianhídrico, demostrada por Lang en 1895. Es en 1926 cuando pudimos comprobar que el hiposulfito de sodio neutralizaba hasta diez dosis mortales de cianuro de potasio en el conejo. Hoy es verdad admitida que el hiposulfito sódico es capaz de salvar a muchos intoxicados por cianuro de potasio.

Hemos comprobado que el hiposulfito de sodio carece de toxicidad; en clínica toxicológica lo aconsejamos a dosis hasta 10 y 15 gramos, y aun más, dadas en varias veces.

Más tarde demostramos que el nitrato de sodio es un antídoto del cianuro de potasio, pero menos la del hiposulfito sódico.

El estudio de la acción del hiposulfito de sodio y del nitrato de sodio ha traído la idea de asociar estas dos sustancias (E. Hleg). Como admitidos que el nitrato de sodio tiene una acción inicial sorprendente, por lo rápida y de eficacia acentuada, aunque no duradera, nada mejor que aprovechar esta reacción del comienzo para acentuarla luego con la administración del hiposulfito.

La acción conjunta del nitrato de sodio y del hiposulfito de sodio salva hasta 18 dosis mortales de cianuro potásico por vía gástrica.

Sabido es que K. Chen, C. L. Rose y G. H. A. Chwewes han estudiado la acción del nitrato de amilo en la intoxicación cianhídrica; dicen que proporciona más éxito que el azul de metileno, pues aquélla llega a salvar cuatro dosis mortales y éste sólo dos. La acción del nitrato de amilo, administrado por vía respiratoria, es inaudable sobre la rigidez muscular y las convulsiones;



es rápido en la acción y fácil de administrar por inhalación.

Hemos pensado en la asociación del nitrito de amilo con el hiposulfito de sodio; acaso tan beneficiosa como la asociación de nitrito de sodio e hiposulfito de sodio, si bien la primera de nitrito de amilo e hiposulfito de sodio no alcanza grado de tanta eficacia como la de nitrito de sodio e hiposulfito de sodio.

Es como en clínica toxicológica, en los casos de intoxicación cianhídrica intensa, puede emplearse, primero, el nitrito de sodio endovenoso a dosis bajas (en la experimentación en el conejo no hemos visto como peligrosas las dosis superiores a dos centigramos por kilo de peso y de una vez), en solución al 1 ó 2 por 100; luego, el hiposulfito de sodio a altas dosis, por vía venosa, de tres gramos, en solución al 30 ó 40 por 100, varias veces. Simultáneamente puede ser empleado el nitrato de amilo en inhalación. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 6 diciembre 1934. Año XLI, núm. 2.134, núm. 49, página 1.757.)—M. A. C.

A. KRONFELD.—*El agua destilada en psiquiatría.*

El semanario alemán *Die Medizinische Welt* ha hecho una encuesta sobre las pretendidas propiedades tóxicas del agua destilada y su eficacia terapéutica. He aquí lo que respecto a su valor en psiquiatría afirma el respetable clínico de Berlín:

Desde hace muchos años se persigue el conseguir ciertos cambios constitucionales mediante el uso del agua destilada como medicamento. El pensamiento teórico que sirvió de guía fué el de lograr una especie de descarga de sustancias difusibles, dañosas para la salud, provocando un intenso recambio mineral y estimulando el metabolismo de los tejidos. Se pensó, desde luego, en dos enfermedades: en la epilepsia esencial y en la irritabilidad vegetativa, acompañada de cambios en la reserva alcalina, sobre todo cuando predominan los síntomas vasomotores. El autor no ha llevado a cabo observaciones experimentales con determinación precisa de cambios en el metabolismo, reserva alcalina, etc., limitándose a señalar sus impresiones clínicas. El agua destilada debe suministrarse en forma de bebida hasta el límite de síntomas de intolerancia, siendo los primeros y más frecuentes la náusea y la diarrea. En general, basta con dar un litro de agua destilada entre las comidas con el estómago vacío. El sabor desagradable se enmascara con zumo de frutas, con azúcar o con un té ligero. Además, procuró restringir la sal mientras duró la cura de agua destilada, substituyéndola, si era preciso, con titrosal o con curtasal. También restringió en lo posible las carnes, pero sin llegar nunca a instalar una cura de Gerson. Cuando esta cura se continúa por un tiempo, que es preciso contar por meses, se aprecian mejorías que no se alcanzaron con otros medios. Aunque no en todos los casos, se observa en los más un cambio en la constitución del individuo, los ataques epilépticos se hacen más leves y raros y hasta las ausencias disminuyen o desaparecen. En un caso de series de cuatro y cinco ataques diarios, que no había podido modificar con nada, se inició una mejoría a la quinta semana, espaciándose los ataques en semanas y aun en meses. El autor estimula a seguir estos estudios, completando las observaciones clínicas con investigaciones de laboratorio, que nos orienten sobre su mecanismo íntimo de acción. (*Die Medizinische Welt*, 1934, núm. 51.)—F. G. D.

HERNÁNDEZ ALATORRE.—*El tratamiento de la infección puerperal por el sulfato de cobre amoniacal.*

He aquí las conclusiones que se deducen de este importantísimo trabajo del médico mejicano C. H. Alatorre:

Primera. El tratamiento de la infección puerperal por el sulfato de cobre amoniacal debe preferirse a los otros como tratamiento de fondo, pero no se deben descuidar los tratamientos coadyuvantes—tónicocardíacos, excitantes, suero artificial—, y, sobre todo, el tratamiento local—aseos vulvares, lavados vaginales e intrauterinos con soluciones débilmente antisépticas, con el objeto de arrastrar las supuraciones, detritus celulares, materias orgánicas susceptibles de descomposición y reabsorción que aumentan la intoxicación de la enferma.

Segunda. La solución de sulfato de cobre amoniacal debe prepararse en el momento de la inyección y ser adicionada de 0,05 gramos de benzoato de cafeína, para contrarrestar su acción depresiva sobre el corazón.

Tercera. A causa de sus propiedades casuísticas, debe emplearse la vía intravenosa.

Cuarta. La dosis será de 0,06 gramos de sulfato de cobre amoniacal en polvo—para facilitar su disolución—, estéril y químicamente puro, y la solución se hará en 2 cc. de agua estéril y bidestilada, adicionada de 0,05 gramos de benzoato de cafeína. Según los casos, se repetirá esta dosis cada tercer día o diariamente; en casos graves de septicemia estreptocócica se ha llegado a inyectar 0,36 gramos durante las veinticuatro horas, demostrando la tolerancia del organismo humano a dicha sal.

Quinta. Si se instituye el tratamiento sistemático de la infección puerperal por el sulfato de cobre amoniacal, se habrá dado un gran paso, pues todos los casos de origen estreptocócico o estafilocócico curarán rápida y radicalmente, y aquellos en que estos microbios se encuentren asociados a otros mejorarán notablemente, facilitando la localización de la afección y evitando las complicaciones.—(*Revista Mexicana de Medicina, Cirugía y Cáncer*, agosto 1934.)—H.

CHERENLENDER.—*Sobre la etiología de la pelada.*

Con motivo del estudio detallado de un caso de pelada, pudo comprobar en él todos los factores que se han incriminado como posibles causantes de esta enfermedad. Habiéndose reunido en él un choque psíquico, precediendo cefalalgias a la caída del pelo, existía igualmente una importante labilidad del sistema vegetativo, una dentición defectuosa y trastornos de las funciones digestivas.

La teoría infecciosa podría igualmente invocarse en este caso, tanto por la existencia de enfermedades anteriores como por la curiosa coincidencia de haber aparecido casi simultáneamente en cinco compañeros de trabajo en la misma fábrica. Los trastornos de las glándulas endocrinas son comprobados en este enfermo por la existencia de vitiligo y canicie precoz, así como por una marcada debilitación de la potencia sexual.

El examen histológico mostró la existencia de pigmento en el cuero cabelludo, lo que interpreta el autor como un signo de buen pronóstico.—(*Acta Dermato-Venerológica*, fascs. 5 y 6, 1934.)—T. B.



W. RIPPERGER.—*Valor terapéutico de algunos condimentos.*

**Ajos.**—Desde antes de Jesucristo se conocían sus propiedades curativas. Hoy día se estudian su acción calmante sobre el intestino, su valor como antidiarreico y su eficacia como antispasmodico. Vulgarmente, tiene cierta aceptación como profiláctico contra la arteriosclerosis, y Loeper, con Puillard, han demostrado sus efectos hipotensivos duraderos. Estos autores recomendaban, a este fin, dar 20 a 30 gotas de un alcoholaturo de ajos, dos veces al día, antes de las comidas principales. El remedio se toma dos días, se descansa una semana al mínimo y vuelve a darse en igual forma. Posteriormente, se han preparado disoluciones aceitosas de un aceite etéreo extraído del ajo, disoluciones que se utilizan en inyecciones subcutáneas o intramusculares. Según Loeper, se obtendría una dilatación de arteriolas y capilares, muy útil en las diversas clases de hipertensión (esencial y por riñón retraído).

Entre el pueblo se utiliza contra los vermes intestinales. Unos lo suponen activo, principalmente contra los oxiuros, y otros contra los ascárides. Leclerc y Rico lo recomendaron contra los ascárides, especialmente en los niños. Cocían uno o dos ajos en leche y daban ésta al niño, o bien utilizaban un extracto etéreo de ajos o una disolución hidroalcohólica. Otros prefieren dar ajo en enemas.

Loeper y Lemierre se fijaron en sus cualidades antisépticas, y lo preconizaron en la gangrena del pulmón, y W. C. Michin lo alabó como profiláctico de infecciones (tifoidea y difteria, principalmente). Leclerc lo recomienda como profiláctico de la gripe, y Marcovicic, como remedio de las disenterías agudas y crónicas, y, en general, de todos los catarros gastrointestinales acompañados de heces mucosanguinolentas. Tras de estudiar el poder bactericida del aceite de ajo, recomendó Serrel la disolución alcohólica de jugo de ajo al 10 por 100 como tópico contra heridas infectadas, y no hemos de recordar que también fué recomendado contra la tuberculosis.

Entre sus efectos ciertos figura el de suprimir los espasmos de las fibras musculares lisas y la acción antiséptica y modificadora sobre la mucosa bronquial. Como contraindicaciones, en caso de afecciones bronquiales, se citan la tendencia a la hemoptisis y las fuertes hipertermias.

Se explican estos efectos por la existencia en el ajo de un aceite etéreo azufrado, y los resultados mejores o peores estarían en dependencia inmediata con la cantidad de dicho aceite etéreo.

**Cebolla.**—Se ha recomendado también contra las heridas infectadas, y en las clases bajas de Alemania, la cebolla picada se utiliza como tópico contra toda clase de abscesos y panadizos. Como expectorante, se ha dado en forma de bombones, que se expenden en el comercio. Pero la virtud curativa más específica de la cebolla es la que tiene contra arenillas y cálculos del riñón, cuya expulsión favorece. Además es un diurético de primer orden, cosa que ya conoció Dioscórides.

Por esto se ha usado mucho en las ascitis por cirrosis hepáticas, sola o asociada a la leche y al calomelano. Hay que dar grandes cantidades: de 15 a 20 cebollas al día. Según Vitrac, sería muy útil para combatir el reumatismo. La diuresis, es indudable, y esto explica sus buenos efectos en las arenillas, en ascitis, hidropesías

generalizadas y, en general, siempre que conviene activar la secreción de agua por el riñón. Leclerc recomienda picar finamente 300 gramos de cebolla y, después de haberlas pasado por un cedazo, mezclarlas con 100 gramos de miel líquida y 600 de vino blanco. Hay que agitar el líquido al usarlo. La dosis es de dos a cuatro cucharadas por día, equivalentes a 30 ó 60 gramos de cebolla fresca.

Recientemente se ha dicho que la cebolla contenía una glucoquinina de efectos análogos a los de la insulina, y Junot y Laurin dicen haber comprobado su acción hipoglucémica.

**Perejil.**—Su semilla es un diurético popular; el jugo de las hojas evitaría la picadura de los mosquitos en los trozos de piel donde se aplica. Leclerc prefiere como diurético el cocimiento de raíz de perejil al 10 por 100. Pero sus mejores efectos parece ser que se deben al apiol, cuyas propiedades emenagógicas son hoy bien conocidas. El apiol excita los centros medulares del aparato genital, provocando vasodilatación intensa; y en la mujer, la contracción de las fibras uterinas, y en el hombre, efectos parecidos a los de la yohimbina. De ahí sus aplicaciones terapéuticas. Muchas veces el apiol se ha usado como abortivo. (*Die Medizinische Welt.*, 1935, núm. 7).—F. G. D.

NEGRONI.—*Reacciones biológicas en las moniliasis cutáneas mucosas; su valor comparativo.*

Efectúa el autor en este trabajo un estudio comparativo en cincuenta enfermos de las intradermos a la levadura, y con el glúcido extraído de la levadura, la aglutinación con suspensiones de monilia, la investigación de precipitinas por medio del citado glúcido y la desviación del complemento con un extracto acuoso de monilia diluido al 1/50 ó al 1 por 100.

La desviación del complemento da resultados positivos en 76 por 100, y la intradermorreacción con la levadura, en el 56 por 100; la presencia de aglutininas es muy rara y se encuentran siempre en una cifra muy baja. La intradermorreacción con el glúcido y la investigación de precipitinas son habitualmente negativas.

La intradermo a la levadura ha sido positiva en algunas epidermofias, en un psoriasis y en un eczema. Con la desviación del complemento no se han observado nunca resultados inespecíficos. (*Rev. Sud-Am. de Méd. et Chir.*, núm. 2, 1934).—T. B.

O. POULAIN-LANDRIEU.—*Valor terapéutico de la insulina en algunos trastornos ováricos.*

Los trabajos de Vogt y de Cotte nos han hecho pensar en la posibilidad de emplear la insulina en el tratamiento ginecológico.

Estos autores señalan la acción de la insulina sobre las metrorragias de origen ovárico; llegan a afirmar la especificidad de la acción de la insulina sobre el funcionamiento ovárico.

Para Cotte, existe una acción microscópicamente comprobable de la insulina sobre los ovarios; su acción terapéutica es verdaderamente endocrina y no hemostática, farmacodinámica, etc.

Es como la insulina actuará sobre todas las hemorragias de origen ovárico, con exclusión de las metrorragias por causas locales o generales; es susceptible de constituir un verdadero tratamiento de prueba en estas metrorragias, de etiología de difícil precisión.



En clínica hemos visto que la insulina en las muchachas adolescentes o mujeres con menorragias habituales, imposibles de hallar la causa, ha reducido de manera acentuada la abundancia de las reglas y su duración.

En estos casos hemos conducido el tratamiento de la manera siguiente:

Inyecciones bi o trisemanales de quince a veinte unidades de insulina durante el intermenstruo.

Inyecciones diarias desde el primer día de la regla y continuadas tres a cinco días, hasta acción manifiesta sobre la pérdida sanguínea, que, generalmente, ocurre desde el segundo día.

Nos limitamos a señalar el hecho, sin pasar a su explicación.

La insulina sobre las metrorragias ocurrida en plena vida genital, no sobre menorragias, sobre reglas normales, pero aumentadas en abundancia y duración; sí, en cambio, sobre las hemorragias genitales con perturbación del ritmo menstrual, a veces crónicas en algunas mujeres, o bien como accidentes en la vida genital, y una vez realizado el diagnóstico (embarazo extrauterino, fibroma, etc., etc.), y establecido el tratamiento oportuno, decimos que la insulina es ayuda preciosa, habiendo recogido casos en los que a la segunda o tercera inyección de insulina, siempre inyección diaria y en dosis de 10 a 20 unidades, se ha detenido la pérdida sanguínea.

La insulina en las metrorragias de la menopausia es un elemento importantísimo para el diagnóstico etiológico y tratamiento. Cuando el examen genital interno no demuestra existencia de lesión evidente, y a pesar de ello tendremos (no olvidemos que la insulina no actuará sobre metrorragias por lesión neoplásica a preneoplásica).

En las metrorragias de la menopausia utilizamos la insulina en dosis de 15 a 30 unidades diarias; cuando no hay indicación operatoria, la insulina proporcionará a las enfermas una menopausia suave sin los peligros de la menopausia quirúrgica o radioterápica.

La insulina en las dismenorreas nos ha proporcionado algunos éxitos muy llamativos, éxitos parciales y también fracasos. La dismenorrea que cura con la insulina tendrá los caracteres de la dismenorrea funcional por trastornos endocrinos.

Siempre hacemos en las dismenorreas inyección bise-manal de 20 unidades de insulina, mantenida durante tres meses, pero sin insulina durante los periodos menstruales.—(*Le Progrès Médical*.—París, 1.º de diciembre 1934.—Número 49, pág. 1949.)—M. A. C.

DUJARDÍN.—*La sífilis y el terreno*.

En opinión del autor, el terreno, con sus capacidades diversas de alergia e inmunidad, conducen la evolución de la sífilis hacia las formas tórpida o de parasífilis, o hacia las formas fijas. Las reacciones intradérmicas con proteínas ponen en evidencia estas diferencias de capacidad reaccional.

La superior capacidad alérgica de la mujer tiene como consecuencia una especial patología, en la que dominan las formas lérgicas. La exaltación de esta capacidad reaccional parece poder obtenerse con la ayuda de procedimientos no específicos, siendo de ellos los más importantes la proteinoterapia y la retoterapia.—(*Brux. Méd.*, núm. 26, 1934.)—T. B.

DR. PARTURIER Y HUGONOT.—*La galega en el tratamiento de la diabetes*.

Vemos por este trabajo, y deducimos del mismo, que la galega actúa, no solamente facilitando la utilización de los glúcidos, sino también activando el metabolismo de los prótidos y las grasas.

Esta simulación del metabolismo nos ha parecido que desemboca de una acción producida sobre las funciones de la célula hepática.

Los resultados hallados en el empleo de la galega en diabéticos pueden clasificarse en un grupo que sea paralelo a la acción, ya de antaño reconocida, de la estintialina por diversos autores, entre los cuales son los principales Mosler y Feurseisem.

Piensen los autores que la galentina puede hallarse indicada en diabetes ligeras donde permita un aumento para la tolerancia de los hidratos de carbono, en aquella de personas de edad donde puede facilitar un régimen mayor, en el curso de las complicaciones quirúrgicas o infecciosas que sobrevengan en enfermos de esta índole, determinando un descenso para los glúcidos; en las diabetes insulinoresistentes, donde es el mejor sucedáneo de la insulina; en las cetosis urinarias, y, en general, en todos aquellos casos que es de temer la acidosis.

En fin, unida a la insulina en la cura de diabéticos consuntivos, es un buen medicamento, que no se debe desdeñar.

Las contraindicaciones nos dicen son insistentes, como así los peligros a que puede dar lugar, ya que a dosis por encima de las terapéuticas, no ha ocasionado ningún accidente digno de mención.

Su inconveniente mayor es su inconstancia, y creemos es debida a que la naturaleza alcalósica o acidósica de la alimentación tenga alguna influencia, tal como los hechos la han establecido para la insulina.

Termina su trabajo diciendo, textualmente, lo siguiente:

“Una estrecha vigilancia del enfermo, el uso de regímenes disociados y el aumento de dosis de galega en los periodos de alimentación azoada harán más constante la eficacia de este medicamento.”—J. H.

A. LATINNE.—*El tratamiento de las hemoptisis por el oxígeno subcutáneo*.

La iniciación del método terapéutico de las inyecciones subcutáneas de oxígeno fué recibido con escepticismo. Pronto es aconsejado en el tratamiento de asfixias (sumersión, electrocución, gases deletéreos) y en los casos de congestión pulmonar, edema agudo de pulmón y en las crisis de uremia.

En 1930 presentamos varios casos de traumatismo grave del tórax con derrame sanguíneo, donde la inyección de oxígeno subcutánea produjo verdaderas resurrecciones.

Es cuando surge el método de las inyecciones hipodérmicas de oxígeno en el tratamiento de las hemoptisis; Courcoux lo aconseja en las hemoptisis tuberculosas, marcando la importancia de este tratamiento y los resultados rapidísimos.

La técnica de la inyección es sencilla: basta inyectar rápidamente gran cantidad de oxígeno bajo la piel del tórax (de 500 a 600 cc.); en lo posible, en el lado de la hemoptisis; en caso de necesidad se renovará al día siguiente y los sucesivos.

Los enfermos soportan bien la inyección; también ac-



túa sobre el estado general; proporciona sensación de euforia.

Las inyecciones subcutáneas de oxígeno, al decir de Coste, deben ser tratamiento de urgencia de las hemoptisis tuberculosas, al lado de las inyecciones de morfina y de lóbulo posterior de hipófisis.

Ahora bien: desde el punto de vista técnico, el sitio de inyección no parece tener valor; se aconseja en la parte anterior del tórax, de preferencia en el lado de la hemoptisis; la inyección en tejido subcutáneo del muslo da los mismos resultados. La cantidad necesaria de oxígeno es muy importante: se precisa de 600 a 1.000 cc. No hay accidentes.—(*Bruxelles Médical*.—Pruselas, 23 diciembre 1934.—Año 15, núm. 8, página 219.)—M. A. C.

K. H. STAUDER.—*Novedades en el estudio de la epilepsia*.

Vuelve a merecer atención preponderante el trastorno vasomotor en la génesis del ataque epiléptico. Observando el cerebro de algunos de estos enfermos que han sufrido trepanaciones, se comprueba el espasmo vascular que coincide con el comienzo del ataque, espasmo que cede y se esfuma en el curso ulterior del mismo, habiendo desaparecido por completo al final. Cuando puede hacerse la oftalmoscopia de estos pacientes, se comprueba igual trastorno en las arterias de la retina. A ellas atribuye el autor las modificaciones del campo visual en el comienzo del ataque. Pero no es sólo en el cerebro: en otras regiones del organismo pueden observarse, igualmente, espasmos vasculares, y el autor llama la atención sobre ciertos trastornos anginosos debidos a espasmos de las coronarias, trastornos que suelen verse en los epilépticos jóvenes. De ahí deduce que, al comenzar el ataque, circulan por la sangre sustancias vasoconstrictoras, que aumentan la tensión vascular y que tienen su origen, probablemente, en la hipófisis.

Nadie duda ya de que las lesiones clásicas encontradas en el asta de Ammon, en el cerebelo y en otras regiones corticales no son causa, sino consecuencia de la enfermedad. El autor las atribuye a las isquemias repetidas que sufren las células durante los ataques.

Son muy nuevos los resultados obtenidos con el estudio del metabolismo del agua en estos enfermos. La hidrorretención favorece la aparición de los ataques, y la diuresis y empobrecimiento del agua del organismo los aleja. De ahí se derivan nuevas pruebas para comprobar esta dolencia; por ejemplo, dando hipofisina y haciendo ingerir al enfermo grandes cantidades de agua, es casi segura la aparición del ataque. Otro factor importante es el equilibrio entre colesterolina y lecitinas. La abundancia de colesterolina inhibe los ataques; la riqueza en lecitinas los favorece y estimula.

Todos estos hechos se comprueban los mismo en los enfermos de epilepsia esencial como en los de epilepsia traumática. El autor insiste en la necesidad de un factor predisponente hereditario que, asociado a estos trastornos del metabolismo, es indispensable para la existencia de la enfermedad.

Aplicando estos resultados al tratamiento de los epilépticos, recomienda el autor se supriman todos los alimentos y demás factores que producen hipertensión, recurriendo, en cambio, a la acetilcolina y al luminal, que la rebajan. También alaba el tratamiento con las sustancias hipotensoras descubiertas por Lange y Felix. Por último, estima que la restricción de líquidos y una

alimentación que impida la retención de agua por el organismo es de imprescindible necesidad para el buen tratamiento de estos enfermos. (*Arch. f. Psychiatric*, 1934, tomo 102.)—F. G. D.

J. L. CARRERA.—*El líquido cefalorraquídeo en los enfermos con serorreacción irreducible*.

De acuerdo con el parecer de Schulmann, considera el autor como sífilis serorresistente la de aquellos enfermos que por largo tiempo han recibido un tratamiento considerado científico, y en los que la serorreacción se mantiene positiva, constituyendo el único signo de sífilis. Con lo que ya no se muestra acorde Carrera con Schulmann es con la obligada negatividad del L. C. R.

De 5.000 fichas cuidadosamente revisadas, ha extraído 11 casos de serología irreducible, en cuatro de los cuales existían alteraciones del mencionado humor. En tres de estos casos, las anomalías consistían en un Wassermann positivo, y en el cuarto unido a éste, una curva de Lange, de tipo sífilítico. En opinión del autor, estas positividades pueden no ser debidas a alteraciones patológicas del sistema nervioso, sino a la existencia en el mismo de la reagina resistente al tratamiento que existe en el suero sanguíneo.

En último término, y aun cuando sale del enunciado objetivo del tema, hace resaltar el autor: Primero, que en su experiencia, como en la de Sezary, no ha observado ningún caso de serorresistencia en individuos tratados correctamente desde un principio. Segundo, que esta resistencia puede presentarse en los primeros años de la infección, cuando el tratamiento ha sido incorrecto. Tercero, que sería interesante estudiar comparativamente la irreducibilidad de las distintas reacciones; y cuarto, que el pretendido aumento de las observaciones en este sentido débese indudablemente a la mayor sensibilidad de los métodos empleados. (*Rev. Arg. de Der.*, tomo XVIII, primera parte, 1934.)—T. B.

F. NECKER.—*Tratamiento físico y quirúrgico de la insuficiencia renal*.

Los medios de que actualmente disponemos para mejorar la mala circulación en los riñones y restablecer en lo posible la diuresis son, en orden a la gravedad de su empleo:

1.º La diatermia de los riñones, recomendada primeramente por Eppinger, obra disminuyendo el tono de las arterias, mejora el riego sanguíneo y permite que llegue más oxígeno a los epitelios secretores. Ambos riñones se calientan en una a dos horas con una corriente de uno a dos amperios de intensidad. El autor aplica al mismo tiempo sanguijuelas o ventosas escarificadas en la región renal y administra eupaverina en altas dosis.

2.º La anestesia paravertebral, con la que se excluye el riñón del dominio de los vasomotores, se lleva a cabo con 5 a 10 cc. de una disolución de novacaína al 1/2 por 100, adicionada de adrenalina, que se inyecta entre la undécima vértebra dorsal y la segunda lumbar. Con este medio podemos examinar el estado de la diuresis sin riesgo alguno. Algunos hablan de acciones tardías, pero no se han señalado nunca de un modo preciso.

3.º Cuando con ambas medidas no se ha conseguido restablecer la diuresis en veinticuatro horas, hay que



recurrir a la descapsulación de uno o de ambos riñones. No sabemos bien si con ello obramos simplemente sobre los vasomotores o si hacemos algo más. La supresión total de los nervios del riñón, intervención larga y aventurada, que recomendó Braun en la hipertonia esencial, ha dado hasta la fecha un caso de éxito sorprendente en un enfermo con hipertensión renal crónica por trastornos secretorios y angiospásticos mezclados. El paciente se encontraba ya en estado preurémico. (Sesiones científicas del Colegio de Doctores de Medicina de Viena, 12 de noviembre de 1934).—F. G. D.

JOUAN.—*Tratamiento de la disfagia por estenosis enoplásica del esófago por medio del agua oxigenada.*

Ya se sabe que cuando hay estenosis en el cáncer del esófago es muy dificultoso el paso de sólidos, primero, y más tarde, según avanza éste, el de semisólidos y líquidos, falleciendo el enfermo de hambre y sed. Por lo tanto, es de estricta humanidad el hallar un tratamiento por medio del cual al ceder la estenosis pueda el enfermo alimentarse y beber hasta su última hora.

Las conclusiones del método son éstas: La disfagia por estenosis debida a neoplasia de esófago cede a los pocos días de injerir tres cucharaditas de agua oxigenada. Tiene un efecto grande sobre la moral del enfermo, porque se cree mejorado y se convence de su curación hasta su último momento. Razones por la cual en estos casos es obligatorio el tratamiento. Pueden darse para calmar el hambre y la sed enemas de caldo con yemas y jugos, glucosa, etc.

Mediante los enemas alimenticios y líquidos se suprime el delirio del último período de este tan terrible cáncer de esófago.—(*Archivos Españoles del Aparato Digestivo*, octubre, 1934, núm. 10.)—J. H.

ASSNIN Y SUTEJEW.—*Contribución al estudio del ulcus vulvar acutum de Lipschutz.*

Fundan los autores las conclusiones de su investigación en siete casos de úlcera aguda estudiados minuciosamente. Consideran que la enfermedad puede presentarse bajo una forma crónica, que se distingue por la presencia de núcleos ulcerosos de disposición simétrica con los bordes duros, úlceras resistentes al tratamiento. El examen histológico de esta variedad pone de manifiesto la presencia de leucocitos basófilos nucleados, plasmocitos, células gigantes y, en algunos puntos, una proliferación de células epiteliales jóvenes. Por otra parte, consideran que las úlceras agudas de la vulva pueden presentarse concomitantes con la fiebre tifoidea, las exacerbaciones de la tuberculosis pulmonar y la gripe, siendo con frecuencia recidivantes. La autoinoculación es constantemente negativa en el curso de esta enfermedad, pudiendo emplearse como medio diagnóstico la inyección intradérmica de autovacuna, si bien tiene el inconveniente de provocar ulceraciones de marcha muy tórpida. La desviación de complemento empleando como antígeno la mencionada autovacuna tiene un cierto valor diagnóstico. En la totalidad de los casos estudiados por los autores, la presencia del "bacillus crassus" fué comprobada en la totalidad de los casos, tanto en el pus de las ulceraciones como en la secreción vaginal, considerándole como indiscutible factor etiológico en su producción. Parece deducirse de sus investigaciones que este germen se encuentra en multitud de ocasiones en la secreción vagi-

nal en cualidad de saprofito, y que, en virtud de condiciones todavía desconocidas, de modo principal seguramente por la acción de infecciones generales agudas o crónicas, se transforma en patógeno, produciendo la enfermedad clínica especial.

B. MARCHIONINI y BOCHNING.—*Investigaciones fisiopatológicas en la poikiloderma atrófica de Jacobi.*

Refieren los autores en este trabajo un caso de poikiloderma atrófica de Jacobi en un individuo de treinta y un años. Junto a los síntomas típicos de esta enfermedad se comprueba como anomalía la ausencia casi completa de glándulas sudoríparas cutáneas. Las investigaciones practicadas después de un baño de vapor, dió el mismo número de leucocitos que en el individuo normal. Se han observado manifestaciones patológicas en la investigación de las albúminas del suero, reserva alcalina, etcétera, todo lo cual parece indicar un trastorno del sistema nervioso vegetativo.—(*Arf. Der. und Syph.*, número 1, 1934.)—T. B.

VON NONNENBRUCH.—*Las azoemias.*

El autor distingue tres variedades de azoemias: 1.ª, con urea en sangre muy aumentada, y nitrógeno residual normal; 2.ª, con urea en sangre normal o disminuida, y nitrógeno residual muy elevado, y 3.ª, con urea en sangre y nitrógeno residual elevado.

Las azoemias de la primera clase se encuentran principalmente en la insuficiencia renal y en aquellos casos en los que, a pesar de funcionar el riñón normalmente, hay una oliguria intensa y retención de agua en los tejidos.

La segunda clase de azoemias las encontramos principalmente en los enfermos de hígado, siempre que la dolencia altere el metabolismo de las sustancias albuminoideas. En los casos leves puede ocurrir que la cantidad total de nitrógeno en sangre sea normal; pero las relaciones entre urea y nitrógeno residual se encuentran alteradas en favor de este último.

Encontramos el tercer tipo de azoemias en casos en que se combinan enfermedades de hígado y riñón con insuficiencia funcional de ambas vísceras.

Las azoemias del segundo grupo se mejoran por la ingestión de urea (20 a 30 gr. por día) o por la inyección de los diversos preparados del hígado: ambas cosas elevan la cantidad de urea en sangre y hacen descender el nitrógeno residual. Las uremias llamadas por hipocloremia, tales como las que se observan tras las intervenciones operatorias en el "ileus", en la diabetes y en la tetania gástrica, pertenecen al grupo primero de las azoemias, y sólo cuando la insuficiencia renal es muy intensa dan azoemias tipo tercero. Probablemente, el cloruro de sodio emigra a los tejidos enfermos, en los que hay una gran destrucción tóxica de albúminas; la hipocloremia es consecutiva a esta destrucción exagerada de los albuminoideos. En los vómitos abundantes e incoercibles, apenas se pierde cloruro de sodio en las sustancias vomitadas, y la hipocloremia, por lo tanto, no se debe, como admitimos muchos, a la pérdida de cloruros con los vómitos. Estas azoemias, tipo primero asociadas a hipocloruria, se mejoran administrando cloruro sódico en forma de suero artificial, mientras que las azoemias tipo tercero no se modifican con esta medicación.—(*Med. Klin.*, 1935, núm. 4.)—F. G. D.



## SECCION PROFESIONAL

## PROGRAMA PROFESIONAL

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

SUMARIO.—SECCIÓN PROFESIONAL: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—La Sanidad en el Parlamento: Una gran jornada para las clases sanitarias.—ACADEMIAS y SOCIEDADES.—Tres lecciones del Dr. S. García Vicente en la Facultad de Medicina.—Conferencia del Dr. Villaverde.—Un justo homenaje.—Cuestiones medicorrurales: Defendamos el Escalafón, por el Dr. J. Alvarez Sierra.—Concurso de premios del «Boletín Reumatológico» sobre temas de reumatismo.—Suscripción para comprar una máquina de coser.—SECCIÓN OFICIAL.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Tertulia.—Vacantes.

## BOLETIN DE LA SEMANA

### Segundo apuntamiento breve e informativo de la llamada Conferencia Sanitaria

Continuando nuestro "Boletín de la Semana" anterior, vamos a relatar escuetamente cuanto hemos podido conocer de las sesiones celebradas desde el viernes 22 a las dos de la tarde del jueves 27, que es cuanto puede comprenderse en esta nueva semana de EL SIGLO MÉDICO:

#### Sesión del viernes 22 de marzo.

Puestas y levantadas en alto las cortadoras espadadas..., etc. Así empieza la descripción del combate de Don Quijote con el Caballero Vizcaíno, y así quedaron los contendientes de la Conferencia Sanitaria en la sesión del jueves 21 del actual.

En la del 22, que se celebró de ocho a diez de la noche, el secretario de Grau manifestó que, en el transcurso de los días, el voto particular del señor Trujillano sobre los escalafones, que en la ponencia estaba al principio en minoría, contaba ahora con mayoría de votos, puesto que a él se sumaban el alcalde de Langa de Duero, el inspector Sr. Vélez y el propio orador, quedando, por consiguiente, en minoría los Sres. Aguila Collantes, Ruiz Heras y Murillo, por lo que pedía que el voto pasara a ser ponencia. El señor ministro replicó que, tratándose de la misma materia y habiéndose acordado discutir simultáneamente los dos votos particulares, era indiferente el orden de los factores, y podía continuar la discusión conforme se había iniciado.

Aclarado esto, el Sr. Aguila Collantes, con palabra emocionada y expresiva, hace la defensa de la Asociación, frente a las afirmaciones escuetas de los votos particulares, y luego defiende la conveniencia de que sea ella la que haga los escalafones, explicando el criterio consignado en la ponencia respecto a méritos, antigüedad, etc., etc. Hablaron después en contra los Sres. Vallejo y Vélez; este último para explicar, o tratar de explicar, su *revirement* (hay cosas que, dichas en francés, suenan mejor), y el primero para proclamar que la Asociación no debe tener carácter obligatorio. Hablaron también el señor Ruiz Heras, en defensa de los escalafones, previa lectura de un artículo rectificando una interviú de

hace meses, y el Sr. Murillo, para explicar los motivos que en su tiempo hubo para conceder a la Asociación el carácter oficial y obligatorio, el buen uso que ella ha venido haciendo de la concesión y las razones poderosas que recomiendan emplearla en la delicada y difícil tarea de confeccionar los escalafones.

*Final trágico.*—Después de breves observaciones del Sr. Ruesta y algún otro, por supuesto, en contra de la Asociación el presidente dió por terminado el acto, y comenzó el desfile, con la mala suerte de que en los pasillos se tropezaran un distinguido funcionario de Sanidad y un destacado miembro de la Asociación. ¿Palabras gruesas, algún insulto procaz del funcionario, animosidad mal reprimida?... Lo que sea. Chocaron y hubo que separarlos. Es lamentable el incidente, entre otras varias razones, porque, a pesar del ataque concéntrico y tenaz del adversario, la sesión no resultó mal, ya que la Mesa pudo hacerse cargo de la pasión que auna los esfuerzos contra la Asociación y, por tanto, contra los titulares.

#### Sesión del sábado 23 de marzo.

La del sábado 23 fué muy poco concurrida. Ya el ministro había apreciado la falta de concurrencia en sesiones anteriores. En la de este día no llegaba a la mitad de sus componentes. Se comentaba en voz baja las violencias que fueron remate de la anterior, y se esperaba con curiosidad la aparición de los representantes de los titulares. Empezó a correr el rumor de que habían escrito una carta retirándose de la Conferencia, y lo cierto es que se abrió la sesión y no estaban en su puesto.

El ministro, que presidía, advirtió por enésima vez, que no se hicieran objeciones y argumentos personales que, inevitablemente, conducían a la violencia, *conforme había sucedido, según acababa de saber, al terminar la sesión precedente.* Y no hubo más.

Sabíamos que el secretario de Aldeadeávila había preparado un discurso elocuente en favor de los votos particulares, y, en efecto, lo soltó, colecciona la Asociación y su Comité, para terminar leyendo una circular que cierta agrupación de defensa sanitaria había dirigido a los titulares excitándoles —según él— a la rebelión y ¡quién sabe a qué extremos atentatorios a la soberanía del Estado! Como nando en ramillete cuantos ataques pudo contra



remate—*in cauda venenum*—dijo que de los nueve representantes regionales de la Asociación en su Junta directiva, seis se clasificaban en primera categoría; que el Sr. Ruiz Heras había sido nombrado ilegalmente, y que el Sr. Aguila Collantes disfrutaba de primera categoría y llevaba dos años de excedente. ¡Oh crímenes nefandos!

Y todo esto en ausencia de los acusados.

Protestó valientemente contra tales insidias el señor García del Real; afirmó el Sr. Palanca que no valía la pena de armar tanta batalla por causas nimias, y que podía asegurar que el nombramiento del Sr. Ruiz Heras, en cuya tramitación había intervenido durante su paso por la Dirección de Sanidad, era legal. El Sr. Murillo se levantó para formular a la presidencia un ruego: el de que se suspendiera la discusión de los artículos 17 y 35 hasta que, mediante oportunas gestiones, se logre el retorno de los ausentes, ya que le parecía anómalo y poco equitativo lo que estaba ocurriendo y la indefensión en que quedaba la propia Asociación a falta de sus genuinos representantes. A este ruego unió el suyo, muy valioso, el ilustre representante de la Academia de Zaragoza, Sr. Iñigo, y también Prieto. El señor ministro tomó la palabra, e hizo muy atinadas consideraciones; pero soslayó el ruego y se dispuso a levantar la sesión, en cuyo momento el Sr. Pérez Mateos pidió la palabra, explicó el origen y objeto de las circulares denunciadas y puso de relieve la conducta de los secretarios de Ayuntamientos, que ahora mismo gestionan su pasc al Estado (funcionarios del Estado) y la formación de una Asociación con carácter obligatorio.

Y así terminó la sesión, de la cual no creo que haya salido nadie satisfecho, ni siquiera los propios *trituradores* de la Asociación, que por la monotonía, uniformidad y acompasada repetición de los golpes, más parecían majar granzas que esgrimir las finas artes de la dialéctica.

#### *Sesión del lunes 25 de marzo.*

Se presentan los ausentes. El Sr. Ruiz Heras da explicaciones; el señor ministro insiste en que se prescinda de personalismos y violencias, que no conducen a nada bueno para nadie, ni tampoco para la Sanidad.

El Sr. Pérez Mateos, muy cortésmente, después de explicar el origen de las circulares denunciadas, pide al ministro que señale hasta dónde pueden llegar los descontentos en sus protestas, y el ministro contesta que cada cual debe saber dónde acaba la protesta razonada y dónde empieza la rebeldía.

Se entra en la discusión de las reglas que señala el artículo 17 para la confección de los escalafones. Fué pesada; tuvo mucha oposición; no la comprenden los impugnadores; tienen que repetir sus explicaciones los representantes de la Asociación, y queda para otro día.

A partir de la sesión del martes 26, se observa que ceden de modo notable las oposiciones más señaladas a la ponencia del Reglamento de titulares. Después de discutir ampliamente el asunto de los escalafones, se recayó en el acuerdo, al parecer por

mayoría, de que sólo se proponga al ministro el escalafón de antigüedad. Se entra después en la discusión de los artículos que se refieren a los deberes y obligaciones de los titulares, aprobándose los artículos de la ponencia desde el 20 al 26 inclusive. En la sesión del jueves por la mañana se discutió detenidamente la cuestión del ingreso, siendo muy debatida la fijación del lugar para las oposiciones, que parece haberse decidido sea Madrid, convocándose con un mínimo de 30 vacantes, y proponiéndose el nombramiento de varios tribunales, con arreglo al número de vacantes cuya provisión se anuncie. El ingreso en el Cuerpo de Titulares será a partir de la oposición ganada para una de las plazas que se anuncie, y entonces se inscribirá el nuevo titular en el Escalafón de antigüedad; pero las categorías son indiferentes para el nuevo titular, que podrá hacer oposiciones a cualquier categoría de las ya conocidas. Es de esperar que en las sesiones que se celebren el viernes y sábado quede totalmente aprobada la ponencia del Reglamento de titulares, empezándose en la semana próxima a discutir la ponencia económica..., si es que acontecimientos políticos que se anuncian inminentes no modifican el curso de esta reunión informativa.

DECIO CARLÁN.

## La Sanidad en el Parlamento

### Una gran jornada para las clases sanitarias

La sesión del miércoles, 27 de marzo de 1935, ha señalado en el Parlamento español una fecha decisiva y gloriosa en la historia de las reivindicaciones sanitarias. Todas las asechanzas, maniobras y maquinaciones diabólicas puestas en práctica por los caciques rurales, eternos enemigos de nuestros intereses, fueron destruidas por la voluntad de unos cuantos compañeros inteligentes y beneméritos, a cuyo frente, como siempre que se trata de dar el pecho en defensa de sus compañeros, iba el doctor Albiñana, antiguo y constante luchador en pro de los intereses profesionales.

En la sesión referida ha quedado definitivamente incorporada al Estado la grave cuestión del nombramiento, castigo y separación de los facultativos titulares. En la ley de Bases para el nuevo Estatuto municipal se había tendido una trampa para cazar nuevamente a los titulares, infringiendo las disposiciones vigentes y ligándolos de por vida a la servidumbre caciquil. Pero la acción perseverante, callada y eficaz de nuestro compañero Albiñana cerca de las distintas minorías, aclarando dudas, disipando recelos y recabando personalmente los votos, ha destruido el frente antisantitario.

Queremos fijar con toda claridad el proceso parlamentario de este importante triunfo, comenzando para ello con la reproducción de las dos enmiendas presentadas por los Sres. Palanca y Albiñana, cuya perfecta analogía podrán apreciar nuestros lectores. Dice así la enmienda del Sr. Palanca:





Grupo de concurrentes al banquete-homenaje al Dr. Torres Canal con motivo de su nombramiento de director del Laboratorio Municipal de Madrid.

“Los funcionarios de profesiones sanitarias se atenderán para sus nombramientos, ceses y correcciones, a los Reglamentos dictados por el Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.

Palacio del Congreso, 26 de febrero de 1935.—*José A. de Palanca.*” (Siguen las firmas.)

La enmienda del Sr. Albiñana es la siguiente:

“Se exceptúan los funcionarios de profesiones sanitarias (médicos, farmacéuticos, odontólogos, veterinarios, practicantes y matronas), cuyos nombramientos, correcciones, ceses, etc., se harán con arreglo a lo que dispongan los Reglamentos respectivos dictados por el Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.

Palacio del Congreso, 27 de febrero de 1935.—*José María Albiñana.*” (Siguen las firmas.)

\* \* \*

Como puede apreciarse, el contenido de las dos enmiendas es exactamente el mismo. No hay más diferencia que la fecha de presentación: la del Sr. Palanca fué presentada el 26 de febrero; la del Sr. Albiñana, el 27 del mismo mes. Un día de diferencia. Y, como según el Reglamento de la Cámara, las enmiendas deben discutirse por orden cronológico de presentación, he aquí explico el porqué se discutió la enmienda del Sr. Palanca y por qué retiró la suya el Sr. Albiñana: para que no se repitiese innecesariamente una votación que había sido ya ganada.

El Sr. Palanca pronunció un discurso breve y sobrio. Realmente no tuvo que realizar ningún esfuerzo extraordinario para convencer a la Cámara de lo que, desde hacía bastante tiempo, estaba ya convencida. El presidente de la Comisión, un respetable registrador de la Propiedad, ajeno completamente a las cuestiones sanitarias, defendió el dictamen de la misma, rechazando la enmienda con tan débiles argumentos, que seguramente ni él mismo se daba por convencido. En este momento de la discusión, el Sr. Albiñana pidió la palabra para rogar que

las dos enmiendas se refundieran en una, discutiéndose y votándose al mismo tiempo, a lo cual opuso reparos reglamentarios el presidente de la Cámara. Verificada la votación, tan brillantemente ganada, no cabía más que explicar el voto, y en este sentido el Sr. Albiñana pronunció un maravilloso discurso de forma y de fondo, para subrayar el acto de justicia que el Parlamento español acababa de realizar con uno de los aspectos más interesantes de la Sanidad nacional. El discurso de Albiñana, breve, moderado y ecuaníme, circunscrito al escaso tiempo de cinco minutos que se concede para explicar el voto, tiene una altura intelectual imponderable y brilla singularmente en aquellos párrafos dedicados a destacar la evolución social de la Medicina desde los tiempos de las caricaturas flamencas hasta su influencia en la creación de un nuevo derecho internacional. No puede hacerse en menos palabras una síntesis más aguda y comprensible para el público profano que la realizada por este hombre enciclopédico, que maneja la Historia, la Biología y el Derecho con una familiaridad que pudiera proporcionar frutos abundantísimos y bien logrados, si la dura lucha política le dejara libre algunas horas para consagrarse a sus estudios predilectos, en los que tantas pruebas tiene dadas de su profunda competencia. La Cámara escuchó con atención y agrado el discurso del Sr. Albiñana. Algunos diputados manifestaron que si no hubieran votado antes la enmienda del Sr. Palanca, que hizo suya el Sr. Albiñana, la hubieran votado después, totalmente convencidos por los razonamientos irrefutables del ilustre diputado nacionalista español.

Vamos ahora a reproducir los textos parlamentarios, con lo cual quedará completada nuestra información referente a esta jornada triunfal:

#### DISCURSO DEL DR. PALANCA

El Sr. Palanca: Señores Diputados: he de empezar diciendo al Sr. presidente de la Comisión que lo que ha hecho no es aceptar la enmienda, ni en su espíritu ni en



su letra, sino poner a los funcionarios sanitarios en muchísimas peores condiciones que estaban antes de este dictamen nuevamente redactado.

Ha dicho la Comisión que, indudablemente, lo que trataba yo, por medio de esta enmienda, era afirmar las ventajas que los sanitarios han logrado, dependiendo antes del Ministerio de la Gobernación, y del de Trabajo, Sanidad y Previsión ahora, y he de declarar que no pretendo afirmar esas ventajas, ni siquiera aumentarlas, sino simplemente conservar aquéllas, justísimas, que los sanitarios rurales han conseguido a través de muchos años de lucha.

Tengo la seguridad de que la Comisión, al redactar el dictamen, habrá tenido en cuenta todas las disposiciones legales vigentes sobre la materia. Por si así no fuera, quiero recordarla que desde julio de 1930 hay un Real decreto que concede a los sanitarios rurales, poco más o menos, estas mismas ventajas que hoy día reclamamos a la Comisión para ellos; que en 10 de noviembre del mismo año se publicó un Reglamento, que desarrolla el anterior Real decreto, encaminado exactamente a los mismos fines. Y, por si fuera poco, hay una ley votada por las Cortes Constituyentes, que tiende a la propia finalidad, y un Reglamento que desenvuelve aquélla, calcado en los mismos principios. Por último, en esta misma Cámara, nosotros, en los primeros días de julio del año pasado, votamos la ley llamada de Coordinación Sanitaria, que otorga a los sanitarios rurales lo que yo pido en esta enmienda, y todavía hay un Reglamento de 18 de octubre último, que está vigente, porque no ha sido afectado por la ley de Suspensión de 22 de diciembre, que reconoce esas ventajas. Es decir, que no se trata de lograr una victoria, sino de evitar un despojo.

Me parece que está demostrado, señores de la Comisión. Yo creo que la Comisión no ha tenido la curiosidad de enterarse de estos pormenores legales que he referido aquí brevísimamente; me parece que está influida por eso de la autonomía municipal, que, a mi modesto entender, es un perfecto camelo, y con la cual vais a defender más al cacique rural que a la independencia de los Ayuntamientos.

¿Qué duda tiene que la función sanitaria es función del Estado? Nosotros, por tanto, debemos tender a que el Estado tenga la garantía mínima—ya que no le es posible pagar los haberes de estos sanitarios rurales—que, en cierto modo, nos pueda prevenir de que existan atropellos en el nombramiento, en el cese y en las correcciones de estos funcionarios sanitarios. Quiero hacer resaltar que en mi enmienda yo tampoco voy contra la autonomía municipal, porque, en fin de cuentas, deja ella a los Ayuntamientos estas tres funciones. Lo que pasa es que las regulo por medio de un Reglamento que va a dictar el Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión; es decir, que la autonomía municipal sigue subsistente; lo que trato de evitar con esta enmienda es, sencillamente, el que se puedan cometer abusos a la sombra de una legislación no bien determinada.

Decía al principio de mi intervención que el dictamen nuevamente redactado ha puesto peor que estaban a los sanitarios rurales, porque los ha colocado en una situación de excepción. Aquí habéis discutido toda la tarde lo que va a pasar con los secretarios y con los interventores, y, en fin de cuentas, no van a tener más que una dependencia, que es la municipal, pero, ¿por qué regla de tres los sanitarios rurales van a tener otra dependencia (la del Estado), es decir, para lo bueno van a depender de

uno y para lo malo del otro? Había oído decir, si no en el salón, el otro día en la Comisión, que se quería hacer esto para respetar en parte la llamada ley de Coordinación Sanitaria, y luego se presenta una ley que lo que ha hecho es suprimir las gratificaciones que cobraban los sanitarios rurales como inspectores municipales de Sanidad. Es decir, que no queda ni el pretexto de eso. (El Sr. Iranzo: Ni el cargo.) Ni el cargo, como dice el señor Iranzo. No hay por qué establecer esa diferencia, y lo menos que podemos pedir es que se emplee el mismo sistema que con los demás funcionarios municipales, para que éstos no fuesen una excepción. En esta forma está redactada mi enmienda.

Yo quiero decir a la Cámara y a la Comisión que si votamos el dictamen nuevamente redactado por la Comisión ocurrirán dos cosas inevitablemente: por un lado, será imposible en España llevar a cabo la reorganización de los servicios sanitarios rurales, de tal manera, que seguirá todo lo mismo, si no peor, y en segundo lugar, llevaremos a la desesperación a una clase respetable y estimada, que durante muchos años ha luchado por conseguir una independencia relativa, y a la cual vamos a colocar en las mismas condiciones en que se encontraba el año 1903, es decir, un salto atrás de treinta años. Así, pues, tengo que decir a la Comisión que me es imposible retirar la enmienda, ya que no se ha recogido ni su espíritu ni su letra, y que la mantendré, empleando para ello todos los medios reglamentarios, o sea pidiendo votación nominal, si hay quien me acompañe en la petición.

#### DISCURSO DEL DR. ALBIÑANA

El Sr. Albiñana: Tenía pedida la palabra para defender la enmienda que había presentado; pero, puesto que ya no se va a discutir, porque la retiro, quiero explicar el voto personal que he otorgado a la bien aprobada enmienda del Sr. Palanca, y he de comenzar dando las gracias a la Cámara por el acto de justicia que acaba de realizar. Treinta mil sanitarios españoles están pendientes de este acuerdo, y la Cámara ha sabido recoger una aspiración de cultura y de justicia votando la enmienda presentada por el Sr. Palanca, enmienda que yo había hecho mía. No quede ningún escrúpulo de que se haya vulnerado con ello la autonomía municipal. (El Sr. Irujo: ¡Casi nada!) No se ha vulnerado la autonomía municipal. Esperaba la rectificación de su señoría, porque precisamente las protestas que aquí se han levantado por supuestas violaciones de la autonomía municipal han partido de los labios separatistas del Sr. Irujo. Pero tengo que afirmar que en la función sanitaria, que es completamente inseparable de la función benéfica, sobre todo en los Ayuntamientos rurales pequeños, el régimen corresponde al Estado. Esta ha sido la doctrina ministerial (y conste que ahora apago todas mis rebelías para producirme en este asunto sanitario como un perfecto ministerial) expuesta desde el banco azul por todos los Ministros de Sanidad, desde que el Sr. Lerroux ocupa la Presidencia del Gobierno. Prueba de ello es la base 19 de la ley de Coordinación Sanitaria, que autoriza al Ministro de Trabajo y Sanidad para establecer un Reglamento que fije el régimen de nombramiento, sanción y separación de los facultativos titulares. Esta base no fué suspendida como lo fueron otras de esa misma ley de Coordinación, y su cumplimiento dió origen a ese Reglamento, cuyo preámbulo es un modelo de ciencia sanitaria y de justicia, debido no sé (porque la sucesión de Ministros es muy rápida) si a la pluma del Sr. An-



# 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 gratísimo y tolerado perfectamente.*
- D/** *Medicación YODADA por excelencia. Depurativo. Reconstituyente*

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

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

*Eficaz en el tratamiento de las*

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



**LABORATORIO MIRABENT BARCELONA**

**ESPECIALIDAD NACIONAL**



# OPTALIDON

SANDOZ

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

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

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

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

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

**PRODUCTOS FARMACEUTICOS SANDOZ, BASILEA (Suiza)**

OFICINA CIENTIFICA EN ESPAÑA:

Apartado núm. 1036

MADRID

Niceto Alcalá Zamora, 18

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

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

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

Solución coloidal  
fagógena  
polivalente.

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

2 FORMAS:  
MICOLISINA BEBIBLE  
MICOLISINA INYECTABLE

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

SOLUCION de FLUOROFORMA  
ESTABILIZADO EN LOS  
EXTRACTOS VEGETALES

## GERMOSE

No Tóxico

SABOR  
AGRADABLE

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

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

## Venosina

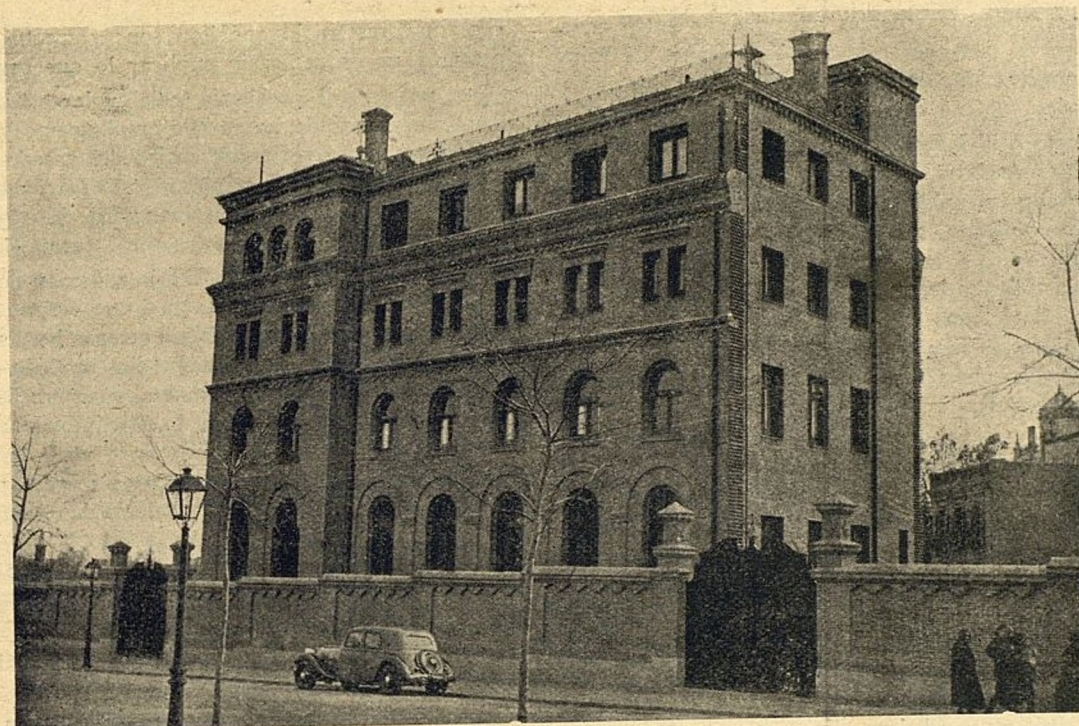
Tratamiento específico completo de las **AFECCIONES VENOSAS**

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

POR MENOR: PRINCIPALES FARMACIAS

Para muestras e informes, GIMENEZ-SALINAS Y C.<sup>a</sup> Avda. Eduardo Dato, 10, MADRID





Vista del magnífico edificio del Hospital Católico, sito en Madrid, avenida de Joaquín Costa, 24, que fué inaugurado el día 19 de las corrientes con gran solemnidad, presidiendo el acto el obispo de Madrid-Alcalá y el Dr. Castresana.

guera de Sojo o a la de su ilustre antecesor Sr. Estadella.

Que la función sanitaria es superior a la función benéfica lo indica su misma esfera de acción. La Medicina actual ya no es aquella Medicina que se perpetuó en los cuadros de Teniers, de Brauwer, de Steen y otros maestros de las escuelas flamenca y holandesa, que tuvieron como motivo de inspiración pictórica las escenas niédicorrurales. No; la Medicina actual se ha ennoblecido por el progreso de la ciencia, y ha llegado a constituir una gran preocupación internacional; es más: la Medicina ha llegado a reformar el Derecho internacional; más todavía: ha llegado a crear un nuevo Derecho internacional. Hoy las naciones se reúnen en París para tratar asuntos internacionales de Sanidad, exactamente lo mismo que se reúnen en Ginebra para tratar asuntos internacionales de política.

No sienta ningún escrúpulo la Comisión por haber votado la enmienda del Sr. Palanca. Ha existido en esto una evidente contradicción: primeramente, la Comisión rechazó la enmienda, y después ha votado a favor de ella. (*El Sr. Comín: Pido la palabra.*) No es una censura, es el reconocimiento de un acto de justicia.

Decía el Sr. presidente de la Comisión que en los asuntos de Sanidad, en la función estrictamente sanitaria, debe intervenir el Ministerio de Trabajo y Sanidad, y en los asuntos puramente locales, en la esfera municipal, el Ayuntamiento. Yo he de manifestar al Sr. Vega de la Iglesia que he votado a favor de esta enmienda, porque entendía y entiendo, como entienden todos los técnicos, que la función sanitaria es inseparable de la función benéfica, y aunque no fuesen iguales, aunque pudieran separarse, habría que tener en cuenta en esa dualidad que la función sanitaria es superior a la benéfica, y en este conflicto entre dos deberes, en esa colisión de derechos, nuestra obligación es definirnos y pronunciarnos por lo principal, que es la función sanitaria, la cual abarca la

esfera nacional, sobre la función benéfica, que es meramente local.

Vosotros no os habéis dado cuenta del bien que habéis hecho. Habéis redimido a un aclase que constantemente, durante un siglo, ha estado pidiendo estas mejoras sin que nadie la atendiera, y con esta reforma y las que ya van enunciadas en la ley de Bases municipal, habéis conseguido que para lo sucesivo ese crimen horrendo que se cometía con los facultativos municipales, no pagándoles el fruto de su trabajo, cese de una vez para siempre, porque ya hay garantías en esta ley para ese cobro, como las hay también para los nombramientos, merced a la enmienda que acabáis de aprobar.

Más de un millón de pesetas en una sola provincia, la de Málaga, representan los débitos de los Municipios a los sanitarios. No se alarme el Sr. Armasa, a cuya disposición, como Diputado que es por Málaga, pongo esta nota. (*El Sr. Armasa: No sólo no me alarmo, sino que me será muy grato que S. S. defiendan los intereses de Málaga.*) Allí han ocurrido casos, se han producido deudas monstruosas, como la de D. José Rojas, octogenario, que pasaba hambre, mientras el Ayuntamiento le debía más de 25.000 pesetas; otra, la de D. José García, de Colmenar, a quien se debían 21.000 pesetas; otra, la de Junquera, donde se debían al médico sueldos desde el año 1910. ¡Veinticinco años sin pagar al médico! Por no extenderme demasiado, solamente he de decir que con vuestro voto habéis evitado que los médicos rurales pasen hambre, porque aquí estamos hablando constantemente del paro obrero, sin estimar que hay algo todavía peor que el paro forzoso, que es trabajar y que no le paguen a uno el fruto de su trabajo. (*Muy bien.*) En esas condiciones se encuentran en España muchísimos sanitarios, hasta el punto de que en Málaga mismo un pobre médico tuvo que acogerse al oficio de electricista para ganarse en él un jornal como obrero, dejando la profesión, porque no le pagaban, y otro que tuvo que mar-



char a las cabilas marroquíes para buscar entre aquellos peligros el pan que se le negaba, después de haber ejercido muchos años la profesión por los Ayuntamientos españoles.

Y respecto a la independencia que habéis conquistado para la clase sanitaria, os diré que tiene una gran significación. Ahora el médico, que no ha de ser nombrado por el Ayuntamiento, tendrá libertad de acción, porque ha de sentir sobre sí la seguridad de que nadie va a impedirle o a dificultarle el ejercicio de su profesión. La función sanitaria, que supone la vigilancia de la salud de los pueblos, es importantísima. Voy a citar un solo caso, uno nada más, para demostrar en qué condiciones viven las clases sanitarias en lo que respecta a la independencia de su función. En Nandares de la Oca, provincia de Alava, pueblo del territorio de nuestro querido enemigo el Sr. Irujo, estallaron unos cuantos casos, bastante virulentos, de fiebre de Malta, y el facultativo titular, a la vez inspector municipal de Sanidad, tuvo que tomar aquellas precauciones rudimentarias indispensables para cortar el avance de esta infección. Una de ellas consistió en aislar las cabras productoras de leche sospechosa, y un cacique de la localidad empezó a perseguirle, porque se le aislaron sus animales, hasta el punto de que fué una verdadera víctima de aquel caciquismo rural; y no solamente se opuso al aislamiento del ganado, sino que predicó y consiguió que los demás elementos de la población no hicieran caso de la función sanitaria, con lo cual se agravó la morbilidad.

Termino, pues, dando las gracias, en nombre de las clases sanitarias españolas, al Parlamento español por el acto de justicia que ha realizado. (*Muy bien.*) Nada más. (*El Sr. Irujo pide la palabra.*)

## ACADEMIAS Y SOCIEDADES

### ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Presidencia: Dr. Maestre

(Sesión del 23 de marzo de 1935.)

NEUROSIS Y PROBLEMAS MÉDICOS DEL PARO OBRERO, por el Dr. Vallejo Nájera.

La gran importancia que en el mundo entero tiene el problema del paro obrero me lleva hoy a traer algunos puntos del mismo que tienen íntima relación con la Medicina, y que sobre todo, por las circunstancias de nuestra patria, van a tener aún más para nosotros. La depresión económica que hoy toca a nuestra España, después de haber ya recorrido Europa y América, lleva consigo la restricción de ingresos en las bajas clases sociales sobre todo, lo que da lugar a una deficiente alimentación, y esto, a su vez, provoca trastornos de orden psíquico y físico que influyen de manera evidente en el porvenir de la raza, que es una de las causas más trágicas a que el paro pueda dar lugar.

Y este problema, ya agravado de por sí, lo estará más en nuestra España, dado que en la misma no existe ni un Seguro de Enfermedad ni un Seguro de Paro, y, por tanto, en el primer caso, si el obrero al caer enfermo está sin trabajo y no puede pagar la Asociación de médico y entierro, se verá desamparado, ya que los hospitales, según estadísticas recientes, habrían de ser cien

veces mayores de lo que hoy son; respecto al segundo punto, no es necesario explicar lo que ocurre.

Con respecto al problema racial y las soluciones del mismo, he trabajado ya en ello ampliamente y no quiero sino recordar mis conferencias del pasado curso en diversas Asociaciones y mi discurso de la Academia Médicoquirúrgica en la sesión inaugural de 1934, y que después, con otras ampliatorias tomó forma de libro.

Yo muchas veces me he hecho la reflexión de si la humanidad ha padecido hambre, y a este respecto, consultando obras y notas y recordando escenas he visto que sí, y no sólo en el siglo que corremos, sino también en la época ya remota del siglo XI hubo una gran era de hambre, y así nos lo relata de un modo horripilante un monje de entonces. Luego en la gran guerra yo la he visto en los campos de prisioneros, y ahora en nuestra patria, en algunos pueblos de Jaén y Andalucía la padecen.

Con relación a la Medicina, el paro marca un descenso grande de la natalidad, por razones fáciles de explicar, y también de la mortalidad infantil por razones de igual índole. A más, la miseria ha de tener, a buen seguro, una positiva influencia sobre la personalidad infantil, ya que el niño verá en torno suyo cuadros de rebelión que irán agrupándose en su alma y dándole un carácter lleno de aridez y tristeza para el porvenir.

Otro punto que tiene una amplia relación con el paro es el de los accidentes de trabajo, o, mejor dicho, los fraudes, en cuanto se ve que aquél va a faltar. Entonces aumentan de un modo alarmante.

Respecto a las reacciones neuróticas en obreros sin trabajo y sin taras psicopáticas, hace ya cinco años que las vengo observando, y la razón de ser en aquéllos y con falta de éstas me ha hecho darle el nombre de neurosis de paro. La característica psíquica es la depresión nerviosa, y la física, la debilidad general. Ambas curan al encontrar trabajo de forma duradera, lo cual no ocurre en las otras neurosis.

EL PROBLEMA DE LOS INVÁLIDOS VISTOS A TRAVÉS DE OBSERVACIONES HECHAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REEDUCACIÓN, por el Dr. Bastos Ansart.

La palabra invalidez tiene una distinta atmósfera de tipo emocional, según al tiempo que nos refiramos al decirlo. Antes de la guerra europea, el inválido era por antonomasia un joven con un miembro de menos y un uniforme cubierto de medallas y cruces. Después de ésta, los inválidos fueron para nosotros esas grandes masas de hombres jóvenes que enarbolan bastones y banderas en manifestaciones tumultuosas de un claro tipo político, bien sea del matiz que fuere. Después de aquella, y ya en los años que corremos, el inválido no es otra cosa que el lesionado del trabajo. A favor de estos inválidos ha sido nuestra patria la primera que se ha ocupado de estos asuntos, y fué a partir de 1922 cuando los empezó asilando. Después de aquel año, las condiciones han variado mucho, puesto que en 1923 los obreros reeducados veían abrirse ante ellos las colocaciones como resultado de la gran cantidad de trabajo existente, poco a poco se fueron cerrando aquellas barreras, y hoy llega un punto en que los más dotados de salud nos son devueltos por países extranjeros ante la sobra de brazos.

Decía que España fué la primera en ocuparse de las cuestiones de reeducación, y también fué ella la que ha



dado una de las más revolucionarias leyes de socorro al inválido del trabajo, el cual ya sólo por serlo obtendrá de por vida una pensión que, si bien es modesta, le permitirá vivir sin que le falte el pan y el lecho. Ante esto, nuestros Institutos quedaban, puede decirse, sin razón de ser, pero nosotros, en el amor a él pensamos que no debía morir, y que muy bien el Instituto podría convertirse en reeducación para todos, es decir, para aquellos que fuesen inválidos por taras diversas desde su nacimiento. Se vió pronto nuestra razón al hacer esto, ya que iba un crecido número de enfermos: 82 por 100, a curarse de la invalidez; un 14 por 100, a que les colocasen miembros, y un 4 por 100, tan sólo a aprender un oficio.

De estos últimos, casi todos van tan sólo en busca de un asilo y no de un oficio para ganarse un sobresueldo, cual sería lo más natural.

Con respecto a los inválidos, muchos son de Madrid, si bien los menos, ya que un hombre de éstos en una capital es un dolor más entre los muchos de ella; en cambio, los de pueblo son más, dado que en éstos no son un dolor y sí una laceración semejante al tonto y que los alcaldes nos envían para que les reeduquemos y evitar así la decepción de la misma.

Antes que nada, lo que hay que hacer en ellos es la recuperación quirúrgica, que siempre deja un fondo de agradecimiento, y después ir enseñándoles a leer y escribir y otras pequeñas cosas, como asimismo oficios de pueblo que les permitan al volver al lugar no ser un elemento de risa y sí de trabajo. En estos ensayos casi siempre hemos obtenido inmejorables resultados con los niños y fracasos con los adultos, y, sobre todo, con los hombres. En fin, yo creo que es más que nada un problema profiláctico, y acerca de él volveré aún en alguna sesión próxima a traerla a esta Academia. Se auxilia en la disertación proyectando un film tomado en los talleres del Instituto y de numerosas proyecciones.

*Dr. Decref.*—Recuerda cómo el año 1889 fundó su Instituto Fisioterápico, dedicado a estos fines, y asimismo, sus trabajos y desvelos por el Estado español, siempre tan mal pagados. Expone algunos detalles del viaje que realizó a Alemania como comisionado de España, y pasa a referir cómo reeducó y colocó a todos los heridos de la guerra de Cuba tan sólo por un afán de amor patrio y sin otro agradecimiento por el Estado que una cruz del Mérito Militar sencilla, pero honrosa.

Dice, por último, que sobre este problema piensa en breve traer una comunicación algo extensa para que todo quede en su debido punto.

*Dr. San Pedro Anchochury.*—Expone su temor de lo hiperbólico en la reeducación, y dice que si la rehabilitación es volver al sujeto a su antiguo oficio usando sus extremidades inutilizadas, no lo cree posible.—J. H.

\* \* \*

## ACADEMIA MEDICOQUIRURGICA (1).

Presidencia: Dres. M. Arredondo y Vital Aza

(Sesión 11 de marzo de 1935.)

Abierta la sesión, el Dr. Sicilia presenta una enferma con degeneración tiroidea, calcificación regional, amenorrea y eczema prurigoide, por si algún señor académico quiere estudiarla desde estos diversos puntos de vista.

*Dr. Arredondo* (presidente).—Quiero manifestar a la Academia un asunto de interés para ésta, cual es que el Dr. Felipe Sicilia me ha ofrecido traer a todas las sesiones enfermos de piel con otras afecciones, para poder así hacer un estudio conjunto, que, a más de beneficiar a los desgraciados enfermos, dé a las sesiones de nuestra querida Academia un mayor y más profundo interés.

ÚLCERA SIMÉTRICA DE LA MANO INCURABLE, Y ESTELECTOMÍA, por el *Dr. Plácido González Duarte*.

Comienza por hacer la historia de esta enferma, a la cual no trae, ya que la presentó en diciembre a la Academia, diciendo que haría cosa de doce años sufrió un traumatismo en una mano—mordedura de un hermano—, produciéndosele una úlcera muy rebelde a todos

los tratamientos preconizados en las numerosas clínicas recorridas, y siendo negativos todos los análisis practicados en busca de lúes, a pesar incluso de las reactivaciones. Al fin, como único remedio, la aconsejaron se amputase la mano; aceptó el consejo, y al año de esta operación le apareció simétricamente una úlcera en la mano que le quedaba, presentando aquella iguales caracteres que la que padeció en la mano amputada; fué igualmente sometida a varios tratamientos, sin resultado, si bien esta vez, con la anterior experiencia, no se buscó la especificidad. Cansada ya, decidió extirparse la úlcera; pero ésta volvió a aparecer con grandes masas fungosas y granulación tórpida. Es en este momento cuando llegó a su clínica, y le propuso la estelectomía; aceptóla la enferma, y practicada ésta sin ningún accidente, la úlcera se hallaba totalmente curada a los ocho días, como se pudo observar en la presentación hecha en el mes de diciembre del pasado año.

Dado que la enferma tenía un buen estado general, cree que hay que pensar en este caso en las úlceras incurables.

Cree asimismo que lo primero que hay que pensar aquí es en la patogenia o, por mejor decir, a qué se puede deber el carácter de incurabilidad de la úlcera; con respecto a esto, es de evidente necesidad revisar el trofismo nervioso y, sobre todo, los trabajos que acerca de tema de tan vital interés han realizado sabios de la talla

(1) Por un error de ajuste, va esta sesión después de la ya publicada del día 18 de marzo de 1935.



científica de Samuel y Pawlow. Aparte de esta teoría, existe también la de los estados locales periféricos. Es decir, que el temo no se halla, con respecto a la patogenia, totalmente esclarecido, ya que en los momentos actuales se piensa en teorías acerca del equilibrio ácido-básico.

Respecto a la explicación de la no curación, si se produce al poco de la amputación otra úlcera igual y simétrica, hay que buscarla pensando en una patogenia nerviosa.

Relata cómo en la enferma se presentó un neuroma, el cual, dice, puede ser la causa de la úlcera simétrica, y en apoyo de esto cita diversas teorías de algunos sabios extranjeros. Hace un extenso párrafo acerca del neuroma enfermedad y del cicatricial, y las distinciones de ellos, que no son otras que las que dependen de su formación. Estima que en la mano mordida se pudieron formar varios neuromas mínimos, que pudieron, en virtud de una teoría aún no demostrada, dar lugar a los trastornos nerviosos, considerados como patogenia de la úlcera. Y termina diciendo que, si en el neuroma lo importante son los neuromas simpáticos, se impone el ir a éste.

*Dr. Manuel Arredondo.*—Estima lo interesante del tema, no sólo respecto a las consideraciones fisiopatológicas del mismo, sino también al haber podido salvar la mano. Cree que todas las teorías enunciadas tienen valor, sobre todo hasta que llegue el día en que sea una sola la que definitivamente sea única y verdadera.

Habla de éxitos obtenidos en úlceras de las piernas con el reposo y con la insulina, y dice que, al ver esto y oír al Dr. Duarte, se piensa en las úlceras de estómago, y también cuáles serán las causas actuantes sobre ellas, y de las mismas, esas que nunca curan, ni merced a los regímenes ni a los tratamientos más severos, y las cuales, una vez operadas, siguen dando síntomas de dolores. Espera que quizá otros tratamientos, fuera de la gastroenterostomía, sean los necesarios a las mismas. Con respecto a la innocuidad, estima que la estellectomía tan sólo debe emplearse en casos de necesidad evidente, ya que a veces da lugar a muertes rápidas, y en apoyo de esto cita casos de varios autores, entre otros, Danilópulo.

*Dr. Gutiérrez Arrese.*—Se le ofrece para el estudio completo respecto al asunto de la liberación de iones cálcico y potásico.

*Dr. Felipe Sicilia.*—Dice la importancia que este método puede tener en Dermatología, dados los numerosos casos que en ésta se presentan de úlceras incurables. Ofrece su servicio al Dr. Duarte para en cuantos casos pueda practicar éste la estellectomía.

LOS ESTIGMATIZADOS POR LA TUBERCULOSIS, SÍNDROME CLÍNICO, por el *Dr. Juan Torres Gost.*

Después de una serie de consideraciones acerca de los problemas que plantea la inmunidad en tuberculosis, refiere el comunicante los distintos estudios realizados por diversos autores acerca de la evolución de la tuberculosis en los pueblos no contaminados por ésta. De todos ellos se deduce que la tuberculosis evoluciona al principio por formas malignas, rápidamente progresivas, de carácter epidémico. Poco a poco se acercan más a las características que tiene la tuberculosis a los países tuberculizados. Ello es debido a que se va desarrollando la inmunidad de todo el pueblo, inmunidad relativa igual a la de los pueblos europeos. Habla luego de las

dos modalidades, que acepta en éstos, según el individuo tenga o no antecedentes, y dice que de modo general se puede aceptar que las formas malignas se dan en individuos sin antecedentes. Y en los que los tienen, se dan las formas hematógenas de adultos, siempre más leves y con tendencia fibrosa. Entre los que tienen una sobrecarga familiar muy intensa y los que han padecido de niños infecciones, si no enferman de un proceso evolutivo, puede desarrollarse en ellos un síndrome especial, al que el comunicante denomina con el título de estas líneas.

Son éstos aquellos individuos en los cuales la infección dejó residuos, que a veces se manifiestan activamente, si bien no de un modo análogo a los tuberculosos evolutivos. El síndrome de los mismos, clarísimo, a juicio del autor, está constituido para él de este modo:

Hábito longilíneo, hipoplásico y asténico; plexo venoso típico en plano anterior del tórax; reducción de los campos pulmonares apicales; falta total de desplazamiento del pulmón en una o en las dos bases; macidez apical muy poco extensa; pectoriloquia áfona sobre la columna vertebral hasta la 8.<sup>a</sup> apófisis espinosa dorsal; micropoliadenitis bilateral.

A veces, febrícula, no engordamiento; a veces, hemoptisis, cefaleas, astenia y neurastenia. Expone los datos que la radiografía y el laboratorio pueden dar, y respecto al porvenir de estos pacientes, dice que los de edades avanzadas se hacen bronquíticos.

Como consecuencia final, se pregunta si, al considerar el desarrollo intrafamiliar de la tuberculosis, no ocurrirá lo mismo en la familia que en las sociedades no tuberculizadas, o sea que la desaparición de ésta en la familia sería consecuencia del desarrollo de una inmunidad familiar, transmisible en forma de una mejor preparación para la defensa por herencia. A su vez, sospecha que en muchas ocasiones los estigmatizados podrían representar la etapa final del desarrollo intrafamiliar de la tuberculosis. No hay duda que existen casos esporádicos, pero no invalidan la concepción general, fundándose en los estudios de Pasteur, de que las condiciones periostáticas son capaces de disminuir la resistencia frente a los agentes patógenos.

*Dr. Carlos Díez Fernández.*—Se refiere a los enfermos tuberculosos según sus antecedentes familiares y a los grupos de éstos, y dice no puede afirmarse que los enfermos con comienzo agudo no tengan antecedentes.

Respecto a la tuberculosis, en la constitución y la modificación de ésta por aquélla, es un problema aún no resuelto y de gran dificultad, ya que las diversas manifestaciones en este sentido son muy contradictorias; respecto a esto recuerda trabajos de Neumann.

Y respecto a los tuberculosos, no es nombre dado por mí, sino tomado de otros autores, que hace muchísimos años lo aceptaron de Thill, que fué el primero que lo empleó. — J. H.

(Sesión del 25 de marzo de 1935.)

El *Dr. Sicilia* presenta una enfermita, a la que diagnostica de "Nevus extenso antebraquial y diseminado pigmento piloso en niña linfática débil".

EL ESTÓMAGO EN LOS TUBERCULOSOS, por los *Dres. Angel Rodríguez Olleros y Pedro de la Viesca.*

En el estómago de los tuberculosos—comienzan diciéndonos los autores—pueden producirse dos tipos de



alteraciones: una es la manifestación específica con localización gástrica del proceso (tuberculosis gástrica), y la otra son las alteraciones inespecíficas que se producen con enorme frecuencia en los enfermos de tuberculosis pulmonar y de las cuales hablaremos con más detención.

Con relación a la tuberculosis gástrica, opinan que debe concedérsela poco valor e interés, por su gran rareza, pues aun en las estadísticas de los anatomopatólogos su frecuencia es escasísima, y en este aserto citan varias de los Profesores Good, Leo y Huechsmann. Por otro lado, clínicamente resulta su diagnóstico poco menos que imposible, puesto que los datos que se han señalado como propios de la tuberculosis gástrica distan con mucho de ser exclusivos de dicha afección, por lo cual las estadísticas clínicas son aún menores que las anatómicas; así, Lee reúne 80 casos anteriores a él, y en la de Mathes, Warren y Delany vemos recogidos 123 casos de tuberculosis de duodeno (fué realizada ésta en 1932). En España se han descrito tan sólo cuatro casos.

Por el contrario, el segundo tipo de alteraciones del estómago en tuberculosos sí tiene una gran importancia, por la frecuencia o, mejor, constancia de su aparición en los enfermos de tuberculosis pulmonar, en los que aparece dicha alteración inespecífica bajo la forma de gastritis, que adopta diferentes formas, dependientes de la gravedad de la lesión primitiva, del estadio del proceso y de otras varias causas, pero que tiene un particular interés su conocimiento, porque pueden complicar y agravar de una manera considerable el cuadro primario.

La frecuencia de las gastritis en los tuberculosos fué puesta de manifiesto por primera vez por Marfan a últimos del siglo pasado, y más tarde, Knud Faber, Permin y otros se ocuparon de este tema; pero es a los discípulos de Morawitz, Dres. Henning, Jurgens y Norpoth, y a los de Katsch (Brinck, Winckels y otros) a quien se deben por entero las últimas concepciones que del tema tenemos.

Los autores Rodríguez Olleros y De la Viesca han estudiado un total de 44 enfermos con lesiones tuberculosas pulmonares en diferente grado y estadio, exceptuando los finales, y han practicado en ellos examen de jugo gástrico fraccionado, examen radiológico—técnicas para ver mucosa—, prueba de Henning, exámenes citológico y bacteriológico del jugo, examen de la función cromoscópica y, además, en 23 han realizado exámenes gastroscópicos muy detenidos.

Después de todo esto nos confirman la disociación entre la función secretora de ácido y la eliminadora, lo cual es de gran interés, y que no tiene explicación clara. Fué descubierta ésta por Henning.

No encuentran una estrecha relación entre la forma de la manifestación tuberculosa pulmonar y la manifestación gástrica, aunque sí una cierta mayor frecuencia en las formas atróficas en las mujeres y, en general, en los casos más graves y, por el contrario, gastritis hipertróficas en los casos favorables.

Con relación a las cifras de acidez, nos dan las cifras halladas, y a continuación dan los resultados habidos en los exámenes gastroscópicos.

Por último, exponen un caso donde les fué dado hacer el examen anatomopatológico, y que se resume así: enferma que había padecido infiltrado secundario, en la cual, por un antiguo cuadro de acidismo y repetidas hematemesis, se la había indicado la operación por varios

especialistas, con la sospecha de que el origen de todo fuese un ulcus. En la pieza no se halló ninguna lesión ulcerosa, y sólo una muy roja con ligeros puntos hemorrágicos, visibles a la lupa. A continuación dan un detenido estudio microscópico de la pieza, y terminan exponiendo abundante material gráfico—acuarelas de gastroscopias, radiografías, microfotografías y gráficas—, que dan un mayor valor y claridad a la comunicación.

*Sr. Presidente.*—Va abrirse discusión conjuntamente sobre esta comunicación y la presentada en la última sesión por el Dr. Díez acerca de "Síndromes intestinales en los tuberculosos".

*Dr. Juan Torres Gost.*—Dice que él cree de interés para la comunicación aportar datos de índole anatómica, lo cual Díez no hace, y respecto al criterio de éste, de que la tuberculosis intestinal puede influir en enfermos con tuberculosis pulmonar, cree que en algunos casos, los menos, es verdad, pero que casi siempre no lo hace siguiendo ambas una marcha paralela. En apoyo de esto cita estadísticas de autores extranjeros.

*Dr. Angel del Río.*—Después de estimar la importancia de ambos temas, pasa una muy ligera revista a las diversas tuberculosis del aparato digestivo.

*Dr. Dámaso Gutiérrez Arrese.*—Comienza diciendo la importancia de la velocidad de sedimentación y la leucocitosis en algunos momentos, si bien no es un signo de diagnóstico. Con respecto a los signos físicos y a la radiología, dice que pueden no hallarse y existir una tuberculosis. Dice después que no existe ningún signo que pueda indicar el comienzo de una tuberculosis. Con respecto al colon irritable, nos dice que se ha visto en diversos trabajos que no tiene valor, por tener trastornos anatómicos. En el capítulo que trató de la radiología le recuerda a Díez que no ha tratado de las éxtasis ilíacas y del signo de Abden, entre otras cosas de menor importancia. Con respecto a la de la mucosa, expone que los últimos trabajos indican que no da resultado. La insuficiencia de la válvula ileocecal, dice ha perdido hoy el valor que tenía hace años. Entre los signos físicos importantes que ha olvidado, le cita el de la percusión y el de Blumberg. Tampoco habla de las hemorragias—dice—, siendo como es a veces el primer síntoma. También pasó por alto la coprología, y si bien no sirve para el diagnóstico, nos dará el estado de nutrición del paciente.

Termina diciendo que en los exámenes coprológicos de enfermos realizados en el Asilo de San Rafael con su discípulo y colaborador el Dr. José Miguel Esteban, ha visto en los que eran tuberculosos un elevado número de parásitos.

Si a más de esto, se presenta el síntoma del rojo neutro, las probabilidades crecen.

*Dr. Eusebio Oliver.*—Tan sólo quiero decir a Díez que quizá el síndrome más frecuente de la tuberculosis intestinal al comienzo de la misma es un cuadro de dispepsia, sea ésta del tipo que sea. Lo he seguido durante más de dos años, valiéndome de un método seco, y lo he podido ver, más si en las mismas se puede afirmar cuando hay dolor a la percusión.

A los Dres. Rodríguez Olleros y Viesca les dice que la parte bacteriológica se ha descuidado mucho por todas las escuelas en las gastritis, y que él ha estudiado esto, en cambio, con gran interés y sin que nadie le siga.

Excita a los gastropatólogos a estudiar el papel del bacteriófago y el de los fermentos, y termina diciendo



el gran porcentaje de balances de calcio negativos en los tuberculosos.

*Dr. Antonio Crespo Alvarez.*—Habla de los trastornos que sufren los enfermos de tuberculosis gástrica o intestinal, a los cuales, por tener tuberculosis pulmonar, se les practica neumotórax, y dice puede ser debido a un descenso del estómago o a una excitación del neumogástrico.

*Dr. Sala.*—En razón del tiempo, voy a leer las conclusiones que los temas me han sugerido, y que son las siguientes:

Primera. Me parecen excesivos los trastornos en los tuberculosos pulmonares de orden intestinal.

Segunda. Que no existe método alguno para diagnosticar una tuberculosis intestinal de comienzo; y

Tercera. Que la leucocitosis y la velocidad de sedimentación no tienen valor alguno.

*Dr. Sicilia.*—Dice las grandes relaciones del tema con el de las tuberculosis cutáneas, y cree deben crearse centros donde se estudien conjuntamente estos problemas.—J. H.

#### CONFERENCIA DEL DR. VILLAVERDE

### En la Agrupación Española de Padres y Protectores de Anormales y Enfermos Mentales

En el domicilio social de la precitada Agrupación ha dado una conferencia el Dr. D. José María Villaverde, director de la Clínica Psiquiátrica del Hospital Provincial de Madrid, desarrollándose el tema: "Algunos puntos a tener presentes en la asistencia y tratamiento de los enfermos mentales".

Tras breves palabras de presentación del presidente, D. Antonio Izquierdo, el conferenciante hizo historia del estado de este asunto en los diversos países de Europa y América, y en cuanto a España, expuso los esfuerzos que se han realizado en estos últimos años, y cómo, a su entender, deben encauzarse y dirigirse.

"Hoy por hoy—dijo—no debemos aspirar en España a grandes cosas; basta con ir utilizando eficazmente lo que tenemos y corrigiendo los defectos que puedan ser remediables.

En España—añade—somos propicios a la crítica de lo existente, pero sin construir al mismo tiempo; a comparar lo que nosotros hemos hecho con los exponentes de países más adelantados, y ello trae fatalmente como consecuencia el desconsuelo y el pesimismo. En todas las esferas aspiramos a representar un papel brillante, cuando debiéramos preferir en todo momento un puesto modesto y obscuro, pero abnegado, virtudes que suelen conducir al logro de las grandes obras."

En opinión del conferenciante, lo que existe en otros países es el fruto de una gran tradición y de esfuerzos ininterrumpidos durante varias generaciones. En España el caso es distinto. Aunque en nuestra historia de la Psiquiatría existan capítulos brillantes, no son sino episodios aislados, que no siguieron su curso y que no han dado el fruto apetecido.

En otros países, como Alemania y Norteamérica, existen las tradiciones científicas y de organizaciones sanitarias, y se abordan estos problemas con un alto idealismo y disponiendo de medios colosales, lo que les ha colocado en las cimas del progreso.

"Por todo ello—terminó diciendo el Dr. Villaverde—os exhorto a luchar abnegadamente para que la Agrupación Española de Padres y Protectores de Enfermos Mentales alcance un gran desarrollo y pueda tener en España la influencia de que gozan otras Agrupaciones similares en países más adelantados."

### Tres lecciones del Dr. S. García Vicente en la Facultad de Medicina

En el anfiteatro pequeño de la Facultad de Medicina de Madrid dará el Dr. S. García Vicente, los días 8, 9 y 10 de abril, a las seis de la tarde, tres lecciones sobre los temas siguientes:

Primera lección: *Intubación laríngea.*

Segunda lección: *Terapéutica endobronquial. Lavado pulmonar. Broncografía.*

Tercera lección: *Concepto actual de la otorrinolaringología médicoescolar.*

La asistencia es gratuita para médicos, estudiantes de Medicina, enfermeras, etc.

### UN JUSTO HOMENAJE

Una labor callada y silenciosa y un trabajo asiduo y constante en los que el tiempo se reparte entre el estudio y la clínica, el libro y la cabecera del enfermo, culminan en brillantísima oposición al cargo de director del Dispensario Antituberculoso Municipal, en la que el doctor Eusebio Alvaro Gracia muestra, con arrestos de estudiante, sabiduría de maestro.

Más que el hecho de alcanzar un triunfo, cosa siempre digna de encomio, queremos hacer resaltar aquí las circunstancias que en el actual caso concurren.

Cuando las energías físicas comienzan a decaer, y a palidecer los destellos de la lucidez intelectual, el doctor Alvaro Gracia pone de manifiesto el poder de la voluntad y acude noblemente a la palestra, saliendo gallardamente de la dura prueba a que se le somete.

Su ejemplo de varonil energía hace revivir a los que con él compartimos la iniciación de la vida profesional, los ya lejanos tiempos en que con él nos disputábamos, también en reñidas oposiciones, las matrículas de honor y las plazas de alumnos internos, y llena de orgullo a los que, a través de los tiempos ulteriores a esa fecha, han conocido su vida profesional, verdadero modelo de austeridad.

Queda todavía por reseñar otra envidiable cualidad del Dr. Alvaro Gracia: su extraordinaria modestia, que, en unión de su valor clínico, le han granjeado el afecto y la confianza de sus clientes y amigos, que, con igual entusiasmo que sus compañeros, se adhieren al homenaje que en su honor se proyecta, el cual consistirá en un banquete, que tendrá lugar el día 4 de abril del corriente año, a las nueve y media de la noche, en el Palace Hotel.

Amalio Gimeno, Presidente de la Academia Nacional de Medicina; José Martínez de Velasco, Diputado; Gregorio Marañón y Mariano Benlliure, Académicos; José Verdes Montenegro, ex Director general de Sanidad; Santiago Fuentes Pila, Diputado; León Cardenal, Rector de la Universidad Central; Gregorio Arranz, Diputado; Manuel Márquez, Decano de la Facultad de Medicina; Félix S. Eznarriaga, Abogado; Arturo Redondo,

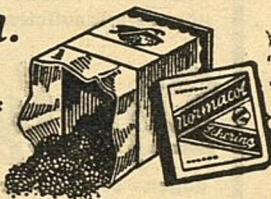




A base de plantas  
de la *India*  
se ha obtenido con el  
**NORMACOL**  
un regulador de la  
función intestinal de  
acción verdaderamente  
fisiológica.



ENVASE ORIGINAL:  
Caja con 150 gr.  
gránulos grageados



PRODUCTOS QUIMICOS SCHERING, S. A.  
Apartado 479, Madrid — Apartado 1030, Barcelona

SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIN

*Dolor  
para mi no existes!*

« POSIDONIUS »



# SODIODINE

YODURO SÓDICO ESTABILIZADO EN SOLUCIÓN AL CENTÉSIMO

NEURALGIAS REBELDES  
DESÓRDENES CIRCULATORIOS  
ENFISEMA PULMONAR  
HIPERTENSION  
MICOSIS

DOSIS

1 à 2 ampollas por 24 horas

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

LABORATORIOS CORTIAL, 7 RUE DE L'ARMORIQUE, PARIS



Dr. Georg Henning, Berlin



### **Testogan**

Preparado organo-terápico, de efecto seguro, indicado en los casos de: **Potencia reducida, neurastenia sexual, estados de agotamiento, vejez prematura.**

### **Teligán**

Para combatir eficazmente los desórdenes funcionales de las glándulas genitales. Indicado en: **Desórdenes de la menstruación, molestias de la menopausia, insuficiencia sexual, vejez prematura.**

### **Lipolysin**

Muy indicado en la **adiposidad**, tanto endógena como exógena. Formas mixtas.

### **Intestinol**

Preparado a base de páncreas, secreta y carbón. Indicado en todos los **desórdenes digestivos**, como estimulante fisiológico de las glándulas digestivas.

### **Pituigan**

Extracto estandarizado del lóbulo posterior de la hipófisis. Debilidad de las **contracciones uterinas**, hemorragias, postparto, postaborto y ginecológicas, debilidad circulatoria.

### **Myoston**

Extracto estandarizado de la **musculatura libre** de albúmina. Angina de pecho, **esclerosis coronaria** y enfermedades análogas de los vasos cardíacos.

Muestras y bibliografía al representante general para España:

• GUILLERMO HOERNER, Suc. de WALTER ROSENSTEIN, BARCELONA — Apartado 712 •

## **Úlceras varicosas. Llagas atonas**

Ulceraciones - Escaras - Llagas desunidas - Dermatitis

# **ACÉCOLEX**

PASTA TROFICA CON ACÉCOLINE

LABORATORIOS CHEVRETIN-LEMATTE

L. LEMATTE, Doctor en Farmacia, 52, rue La Bruyère, PARIS

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

ALCALA 9, APARTADO 310  
MADRID

CONSEJO DE CIENTO 341 Y 343  
APARTADO 698 - BARCELONA



Enrique Suñer, Teófilo Hernando, José S. Covisa, Carlos Giménez Díaz, José Estella y Agustín del Cañizo, Catedráticos; Marqués de Arenas; Pedro Cifuentes, Decano de la Beneficencia general; Vicente Buendía, ex Senador; Enrique Fernández Sanz y Salvador Albasanz, del Hospital de la Beneficencia general; Jesús del Pino, Gestor provincial; José Goyanes, Decano de la Beneficencia provincial; Isidro Sánchez Covisa, de la Beneficencia provincial; Jesús Castro, Gestor delegado de la Beneficencia municipal; Sergio Alvarez Villamil, Gestor municipal; José González Campo, Jefe técnico de Sanidad y Beneficencia municipales; Antonio Pelegrín, Decano de la Beneficencia municipal; Saturnino García Vicente, del Dispensario Antituberculoso municipal; Ismael Alonso de Velasco, Inspector médico de los Asilos municipales; Alfredo Piquer, Tocólogo municipal; Luis Soler y José Ramón Yagüe, ex Jefes facultativos de la Beneficencia municipal; César Chicote, ex Director del Laboratorio municipal; José Velasco Pajares, Presidente del Colegio de Médicos de Madrid; Mariano Gómez-Ulla, Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital Militar de Madrid; Víctor Herrero y Díez de Ulzurum, Director del Instituto de Higiene Militar; Manuel Arredondo, Presidente de la Academia Médicoquirúrgica; Alberto Aparicio, del Instituto Rubio; José María Otaola, de la Cruz Roja; Alfredo Armenta, Presidente de la Asociación de Ferroviarios; Javier Cortezo, Director de EL SIGLO MEDICO; Juan Fernán Pérez, Director de la revista *Salud*; Manuel Fernández Cuesta y Agustín Van Baumberghen, de la Asociación de Escritores médicos.

Las tarjetas, al precio de 22 pesetas, pueden adquirirse en el Colegio de Médicos, Esparteros, 9; Farmacias de Borrell (Puerta del Sol, 5); de Gayoso (Arenal, 2), y de Cea (Preciados, 14), y en el Palace Hotel.

Asistirán Señoras.

Marzo, 1935.

#### CUESTIONES MEDICORRURALES

### DEFENDAMOS EL ESCALAFON

En estos momentos críticos, en que las autoridades sanitarias tienen en estudio cuanto se relaciona con los escalafones por categorías, es conveniente que defendamos los fueros y preeminencias del Escalafón general y volvamos a él, siempre que alguna duda o posible peligro amenace a nuestras aspiraciones.

Uno de los grandes aciertos de la Sanidad española y uno de nuestros mayores triunfos fué el poder confeccionar el Escalafón general, ese Escalafón general en el que tanto trabajara D. Pedro Sáinz, Trujillano, Martorell, Ruiz Heras, San Miguel, Bécares, Torres Alonso, y al que dió su soplo creador D. Francisco Murillo. Escalafón que puede citarse como modelo y que representó una labor titánica, constructiva, de gran utilidad.

La mayor importancia del Escalafón consiste en que, a partir de él tuvo realidad jurídica, social y administrativa el Cuerpo de Inspectores Municipales. Tomándole como base, después podían ampararle los triunfos.

Con el Escalafón en la mano era ya viable, si hubiésemos tenido ministros conocedores del problema, el pase al Estado, y gracias a él se ha podido ir de prisa en muchos puntos de la ley de Coordinación Sanitaria.

Pero llegado el momento actual, algunos elementos parece que desdennan el Escalafón, que es una ingratitud y desconocimiento de los deseos de la colectividad verdaderamente triste.

Al llevar a la práctica la redacción de los escalafones

por categorías, lo lógico debiera ser (aun cuando no lo sea) agrupar a todos los que pertenecen al Cuerpo, según la máxima que haya servido, y, ya dentro de cada categoría, numerarlos con arreglo a la prelación del Escalafón general.

El ideal hubiera sido respetarlo, y que solo quedasen dos turnos de provisión de vacantes: por antigüedad y por oposición, pero no antigüedad en tal o cual categoría, sino antigüedad absoluta, poniendo, como es natural, un límite de equis años para no poder solicitar otra vacante, en evitación de que un señor estuviese trasladándose todos los años.

Las ventajas del Escalafón general son numerosas. En primer lugar, daría a los concursos un carácter automático y la justicia sería absoluta, rigurosa, terminante.

En segundo lugar, simplificaría los trámites, y las interinidades durarían poco. Económicamente representa un beneficio, porque bastaría remitir al concurso la ficha oficial. Eliminado el favoritismo, la independencia del titular aumentaría considerablemente.

Se nos dirá que las titulares buenas, de primera categoría, quedaban sólo para los viejos, pero téngase en cuenta que la mitad de las vacantes podrían ir a oposición o concurso de méritos, y que los médicos de alguna edad no están tampoco en condiciones de andar trasladándose todos los días caprichosamente. Pero si les conviene o lo necesitan, justo es que de algo les sirva los años de servicio.

Otra ventaja del Escalafón es que, conservado herméticamente, como el arca santa de nuestras reivindicaciones, será siempre una pieza de convicción y de fuerza legalista para convertir a los titulares en funcionarios de un organismo sanitario oficial.

Veamos el ejemplo de los maestros y jueces que tienen constituida carrera, llena de preeminencias y garantías, porque desde un principio tuvieron la cohesión grande sus escalafones respectivos.

Por último, no olvidemos que el Escalafón defiende a los veteranos, a los encanecidos en la profesión, y nada más legítimo que el factor tiempo, la perseverancia en el ejercicio rural y la máxima experiencia tengan algún premio.

De lo contrario, la clase médica sería el único caso de un organismo en el que, lejos de progresar administrativa y socialmente sus individuos, estarían condenados a un estancamiento pasivo, sin esperanzas de mejoramiento en su bienestar individual.

Recientemente hemos leído un notable artículo del Doctor D. Jesús Losón Dalama, admirablemente documentado y lleno de sana doctrina. Como este hombre comprensivo piensan muchos, y poco a poco va extendiéndose un estado de opinión favorable a la idea de que el Escalafón general debe respetarse dentro de lo posible al adaptarnos a las nuevas normas.

DR. J. ALVAREZ-SIERRA

### Concurso de premios del "Boletín Reumatológico" sobre temas del reumatismo

El "Boletín Reumatológico" ha organizado un concurso de premios, cuyas condiciones se exponen a continuación:

Se concederá un premio de 500 pesetas al mejor trabajo sobre "Importancia social del reumatismo cardiovascular".



Se concederá otro premio de 500 pesetas al mejor trabajo sobre "Reumatismo y glándulas endocrinas".

Las labores generales del concurso son las siguientes:

- 1.º Podrán concurrir todos los médicos españoles.
- 2.º Los trabajos serán originales e inéditos, y no excederán de cincuenta cuartillas, escritas a máquina por una sola cara.
- 3.º Dichos trabajos ostentarán un lema, y en sobre cerrado y lacrado, con el mismo lema en el exterior, se enviará el nombre y domicilio del autor.

4.º Los trabajos admitidos al concurso se publicarán en el "Boletín Reumatológico" en el curso de este año, realizándose la elección del mejor por votación entre los lectores de dicho "Boletín".

Para llevar a cabo esta votación, el "Boletín Reumatológico" proveerá de una papeleta a sus lectores, los cuales la remitirán al "Boletín Reumatológico" con la indicación de los dos artículos (uno para cada tema) que consideren mejores de los publicados.

5.º Los originales de los trabajos premiados quedarán propiedad del "Boletín Reumatológico", teniendo el autor derecho a cien apartes de su trabajo; y

6.º Los trabajos deben remitirse antes del 1.º de abril del presente año a la siguiente dirección: "Boletín Reumatológico". Apartado de Correos 9030, Madrid.

### Suscripción para comprar una máquina de coser

(LÉANSE LOS ARTÍCULOS DEL SR. LOZANO BORROY, PUBLICADOS EN EL SIGLO MEDICO, NÚMEROS 4.233, 4.236 Y 4.239.)

	Pesetas
Suma anterior.....	130
D. Ricardo González.....	5
D. Teodoro Galán.....	5
D. Juan M. Parra.....	5
D. Vicente Fidalgo Tato.....	20
Total.....	165

## SECCION OFICIAL

"GACETA" DEL 13 DE MARZO:

**Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.**—Orden nombrando médicos de la Marina civil, previo examen, a los señores siguientes:

Beato González (Antonio); Castro Girona (Alberto); Díaz de Rada (Andrés); Duaso Claver (Enrique); Espinós Gisbert (Domingo); Esteban Nardínez (Antonio); Fernández Martínez (José); Gimeno de Sande (Alfredo); Ibáñez Navarro (Ladislao); Isasa y Adaro (Juan de); Liria Borderas (Augusto); Marcos del Fresno (Francisco); Martínez González (Manuel); Martínez Mata (Justo); Merino Hernández (Wenceslao); Niño Astudillo (Jesús); Oñorbe Garbayo (Manuel); Orbaneja Agüero (Segundo); Santamaría Giménez (Juan); Saura Fargas (Juan); Sevilla Larripa (Vicente); Tejada Manso de Zúñiga (José María); Tena Ibarra (Pedro); Torongi Sarti (Vicente); Torres Cañamares (Fermín); Vaamonde Fernández (Joaquín).

ORDEN:

Este Ministerio se ha servido disponer:

1.º Que por los inspectores provinciales de Sanidad se proceda a imponer con el máximo rigor las sanciones

correspondientes a los médicos que ocultasen algún caso por ellos conocido de enfermedad infecciosa de las comprendidas en la lista de declaración obligatoria.

2.º Que igualmente sean sancionados los secretarios de las Juntas municipales de Sanidad que a su debido tiempo no remitieran el parte semanal a las respectivas Inspecciones provinciales de Sanidad.

3.º Los secretarios de las Juntas municipales de Sanidad que fuesen objeto de sanción por parte de los inspectores provinciales tres veces durante el año, se considerarán incursos en falta grave, que será castigada con la separación definitiva del servicio, previa formación del oportuno expediente.

4.º De la buena marcha del servicio serán directamente responsables los inspectores provinciales de Sanidad.

## GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 712,6; ídem mínima, 707,5; temperatura máxima, 19,8º; ídem mínima, 7,8º; vientos dominantes, NE.

Las enfermedades más frecuentes en la última semana han sido las estafilocócicas en forma de forúnculos e impétigo. Abundaron asimismo las enteritis agudas poco intensas y cedieron las demás enfermedades.

En los niños, en cambio, han ocurrido casos de bronquitis y neumonías graves.

## CRONICAS

**Vacantes.**—Para su provisión en propiedad por concurso, en armonía con lo dispuesto en la Ley de 15 de septiembre de 1932 (artículos 1.º y 2.º) y Reglamento de 7 de marzo de 1933 (artículos 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 19), se anuncian las plazas de Médicos titulares-Inspectores municipales de Sanidad siguientes:

—La de La Cumbere (Distrito segundo) (Cáceres); partido judicial de Trujillo; por renuncia; tercera categoría; dotación, 3.000 pesetas; 50 familias de beneficencia y población de ..... habitantes. Provisión, por concurso libre de méritos. Solicitudes, hasta el 17 de abril. La selección de aspirantes, por la Inspección provincial de Sanidad.

Datos: Villa a 30 kilómetros de la capital y 10 de la cabeza de partido, que es la estación más próxima.

Carretera a Trujillo y Montánchez.

**Permuta.**—Titular, cuarta categoría, provincia del centro, pueblo entre pinares, por otra de la misma categoría. Informes, en la Sección de Consultas y servicios anejos de EL SIGLO MEDICO.

**Se advierte a los compañeros que piensen solicitar la vacante de Las Inviemas (Guadalajara) que existe en la localidad un médico interino que la solicita y que ejerce a satisfacción de todo el vecindario, teniendo contratadas las iguales por tres anualidades, a contar de 1.º de enero del año en curso.**

**Cursillo teórico experimental de Bioquímica fisiopatológica.** — En la Facultad de Medicina comenzará el día 3 de abril el cursillo teórico experimental que sobre "Bioquímica fisiopatológica" dará el Dr. A. de la Granda. Las clases serán en el aula tercera, de seis a siete y media. Detalles de inscripción: Clínica o Laboratorio de Pediatría del Hospital de San Carlos. El número es limitado, y los estudiantes no tendrán que abonar derechos de inscripción.

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



# AETHONE

PODEROSO SEDATIVO, no TÓXICO

Tos esvasmódica

Tos Ferina

Tos de los Tuberculosos

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

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. Infatible e inofensivo.

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

Tetradinamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

Mutasán

(INYECTABLE)

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

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación del ferrocarril.



# Jugo de carne Valentine's

El mejor alimento para convalecientes el  
**JUGO VALENTINE'S**



El mejor jugo de carne el  
**VALENTINE'S**

Cuando el estómago, por cualquier causa, devuelve los alimentos o medicinas, el Jugo de carne Valentine's demuestra su facilidad de asimilación y el poder que tiene para restaurar las fuerzas. En las formas ligeras de neumonía y extenuación, en la debilidad general con digestiones flojas de los tísicos y en la postración y depresión que sigue a la influenza, es recomendado por muchos prácticos en todo el mundo como insustituible en el tratamiento.

## INFLUENZA Y NEUPMONÍA

**J. E. BUCHANAN M. D.**, profesor de Ginecología en el Colegio Médico Homeopático de Missouri, St. Louis: "Lo he venido usando con gran éxito en mi práctica y todavía lo recomiendo como el alimento de más valor para los enfermos de influenza."

**JOHN L. DANIELS M. L.**, médico visitador del Hospital Metropolitano New York: "He venido empleando siempre el Jugo Valentine's como ensayo para estudiar sus resultados. Es agradable al paladar y en los casos de debilidad ha sido probado como un buen coadyuvante en nuestros usos terapéuticos. También he podido comprobar que en un caso de pneumonia con irritabilidad de estómago ha tenido buen éxito."

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

# Iodocuprin BELLOT

Iodo-Metil cupreina, Alcanfor con aceites volátiles en solución oleosa inyectable indolora

Para el tratamiento eficaz de la  
**GRIPE EN TODAS SUS FORMAS**  
y en especial en las complicaciones  
**broncopulmonares; bronquitis aguda,**  
**y crónica, bronquitis fétida, bronco-**  
**neumonía, neumonía, pleuresía,**  
**abscesos y gangrena pulmonar.**

En ampollas de 2 cc. para inyecciones  
intramuscular o subcutánea.

Absolutamente indolora.

**DOSIS:**

De 1 cc. a 6 cc. al día, según caso y edad.

**Muestras F. BELLOT, Antonio López, 163**

**MADRID**

# Lipiodol Radiológico

**Acete 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 Generales  
para la Exportación:  
Laboratoires

**ANDRE GUERBET  
& Cie**  
22, rue du Landy  
Sy 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.

En las Colonias: **B. APOLINARIO** Farmacéutico, Las Palmas



LOS MAESTROS DE LA CIENCIA

## FRANCISCO RABELAIS

(1495-1553.)

Rabelais es más conocido como autor satírico que como médico y sacerdote. Sin embargo, además de ser uno de los escritores más conocidos

Fábrica especializada en Productos Dietéticos  
y de Régimen Vegetariano

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

de su siglo, practicó y enseñó la Medicina. Verdad es que en este dominio ejerció más influencia con sus escritos que con los cursos que dió durante su vida. Enemigo de la rutina, abrió el camino a una actitud más liberal en materia de medicina, de política y de enseñanza.

El año del nacimiento de Rabelais es objeto de varias controversias: unos lo sitúan en 1483, otros en 1490 ó 1495. Tampoco se sabe mucho sobre su origen. Nació en Chinon, pueblecito de la Turena, siendo su padre, al decir de unos, boticario, y según otros, ventero. En 1511 fué ordenado sacerdote, pero sus tendencias literarias le hicieron sospechoso a los ojos de sus superiores. Sus obras fueron confiscadas a causa de la libertad de sus opi-

### TRATADO PRACTICO DE ETIQUETA Y DISTINCION SOCIAL

DISTRIBUCIÓN ESMERADA POR ASUNTOS  
Pedidos al Apartado 121-Madrid

niones. Al principio fué monje franciscano; después dejó esta Orden para entrar en la de los Benedictinos, hasta 1530, en que abandonó el convento por el sacerdocio.

La ciencia médica, en tiempos de Rabelais, era una mezcla extraordinaria. Consideraban el mundo compuesto de cuatro elementos: el aire, la tierra, el agua y el fuego, y todo lo concebido tenía que estar relacionado con uno de ellos. Lejos de fomentar la observación científica y el sentido crítico, se concedía más importancia a los que sabían de memoria todas las citas y orígenes de la Medicina antigua que a los que se dedicaban a realizar experiencias basadas en la observación personal.

Rabelais, que tenía una inteligencia poco común, se apercibió enseguida de los errores de semejante sistema, y trató de remediar sus efectos desastrosos ridiculizándolo abiertamente. En aquella época, los tres grandes problemas de la Medicina eran la sífilis, la lepra y las heridas. Rabelais se preocupó principalmente de la primera. En sus obras se observan, en efecto, numerosas alusiones a la sífilis. En

aquel entonces se buscaba la causa de esta enfermedad en dominios muy variados: intemperies, influencia de cuerpos celestes, etc. Y aunque Rabelais estuviese obligado a guardar gran reserva en sus escritos, todo permite suponer que tenía idea del carácter infeccioso de la enfermedad.

La Anatomía hizo tales progresos gracias a Rabelais, que muchos le han comparado exageradamente a Vesalius. Su mentalidad original y libre de prejuicios hizo que considerase la Anatomía bajo un ángulo especial, llamando la atención de sus contemporáneos sobre la semejanza de ciertas estructuras anatómicas con algunos objetos de uso corriente. Inventó varios instrumentos quirúrgicos, entre otros, un aparato para el tratamiento de las fracturas. Fué uno de los primeros en

### Solución salicilato sódico DOMINGO

Cada cucharada contiene dos gramos  
de salicilato sódico puro.

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

aplicar la hidroterapia en el tratamiento de la piel, y la gimnasia, en el de los músculos.

El 16 de septiembre de 1530 fué admitido en la Facultad de Medicina de Montpellier, donde realizó tan rápidos progresos, que al año siguiente daba conferencias sobre Hipócrates y Galeno. En 1532 se trasladó de Montpellier a Lyon, que era el centro intelectual más importante de la época. Fué nombrado médico del Hôtel-Dieu, por lo que recibía un sueldo de 40 libras al año. Dió un curso de Anatomía con demostraciones sobre el cuerpo humano. Todos estos trabajos médicos no le hicieron descuidar sus obras literarias, y se supone que fué en esos

96% de médicos de España a los  
CONVALESCIENTES  
los recetan **Elixir CALLOL**

mismos años cuando escribió "Gargantúa" y el "Pantagruel".

En octubre de 1533 marchó a Roma como médico privado de un amigo suyo muy rico que iba a dicha ciudad de embajador. Aprovechó su estancia allí para dedicarse a las cuestiones literarias, con preferencia a los problemas médicos. Consiguió liberar algunas de sus obras que estaban

### CARABANA: el mejor purgante

en el índice, y obtuvo un permiso para entrar en la Orden de San Bernardo y poder ejercer al mismo tiempo la Medicina.

En 1537 presentó en Montpellier su tesis de doctorado, en la que comenzaba un texto griego de Hipócrates.

Sus opiniones políticas le hicieron impopular hacia fines del reinado de Francisco I, por lo que juzgó prudente ausentarse de Francia durante algún tiempo. Cuando volvió, en 1550, le ofrecieron las parroquias de Meudon y San Cristóbal de Jambet, pero

### CALCINHEMOL ALCUBERRO

Poderoso antianémico.

**ALCALA, 88. — MADRID**

se duda que haya residido u oficiado en cualquiera de ellas.

Durante mucho tiempo se ha tachado a Rabelais de grosero e indecente. Pero debemos reconocer que no es justo juzgarle según las concepciones actuales; en todo caso, si fué grosero no buscó la indecencia por ella misma.

Se le ha considerado como la encarnación del "espíritu galo", que, jovial y despreocupado, prefiere las bromas burdas a las alusiones envueltas. Sin embargo, detrás de la máscara satírica pensaba un cerebro profundo, deseoso de realizar reformas capitales. Rabelais tenía el sentido de la lógica que debía substituir en la instrucción a las teorías. Si daba a sus principios una forma humorística, era pa-

### Jarabe Bebé.-Tetradinamo.-Septicemol.-Purgantil (Jarabe de Frutas)

(Véase anuncio, página XIII.)

ra hacerlos más comprensibles y, a la vez, protegerse contra las consecuencias que pudiera acarrearle su ardiente deseo de reformas. Aborrecía el relajamiento de las costumbres monásticas y la falta de inteligencia de los métodos de enseñanza de entonces. Libre de toda amarra, atacaba todo lo que le parecía ridículo con tal entusiasmo, que más de una vez descubrió el objeto que perseguía: el de reformar el estado de cosas existente.

Algunos pretenden que Rabelais dió en su lecho de muerte, el 9 de abril de 1553: "La farsa se acaba" y "Voy en busca de un gran puede ser"; pero no hay que olvidar que muchas de las frases célebres puestas en boca de los grandes hombres les han sido atribuidas después de muertos, y que, en realidad, no las pronunciaron nunca (1).

(1) OBRAS CONSULTADAS:

Enciclopedia Británica.  
Rabelais, médico (notas y comentarios), por el Dr. Félix Brémont, París, Ma-  
loine, 1901.

Rabelais, anatomista y fisiologista, por el Dr. A. F. Le Double, París, Leroux,  
año 1899.



## ¿Está justificado todavía curar con hierro la anemia?

Los médicos americanos Minot, Murphy y Whipple obtuvieron recientemente el premio Nóbel como recompensa por haber descubierto hace algunos años, los efectos favorables del hígado contra la anemia progresiva, la llamada anemia perniciosa, de curso siempre mortal hasta entonces. Este tratamiento se ha ido desarrollando y ampliando entretanto, perfeccionándolo con la preparación de específicos de sabor agradable, así como la de soluciones inyectables. El hecho de que con los preparados de hígado se obtengan

Llegamos así al aspecto científico de la cuestión. En otras palabras: es necesario examinar si en las formas de anemia que suelen presentarse después de hemorragias intensas, operaciones, enfermedades agotadoras, trastornos en la nutrición, etc., es posi-

nuevo para la hematosi, y sólo detiene la descomposición acelerada de la sangre, que es una de las consecuencias de esta dolencia.

Se ve, pues, que el tratamiento con hígado solo tiene objeto cuando existe la citada anemia perniciosa o estados similares. En todos los demás casos, el tratamiento con hierro y arsénico sigue siendo el método de elección. Es natural que para ello se elija un específico ferruginoso que el organismo tolere bien y que el cuerpo pueda asimilar sin dificultad.

Este preparado que aconsejamos debe tener, sobre las ventajas de su sabor agradable, las de que el hierro esté perfectamente combinado con la al-

**ARSENOFERRATOSA**  
produce un simultáneo aumento de las cifras de eritrocitos e índice de hemoglobina.

resultados en las formas más graves de anemia sugirió la idea de tratar también con ellos las de menor gravedad. Y se nos presenta la cuestión de si, en general, las anemias de todas clases deben combatirse ya sólo con hígado, considerando caducado el antiguo tratamiento con hierro y arsénico.

Puede contestarse a este pregunta desde distintos puntos de vista, no siendo el económico de los que hoy día puedan considerarse como de segundo orden. Los específicos a base de hígado son caros; los de hierro y arsénico resultan más baratos. Por este motivo, los primeros, teniendo en

**ARSENOFERRATOSA**  
desde hace 30 años acreditada y preferida.

ble obtener con hígado mejores resultados que con el tratamiento de hierro y arsénico o si pueden esperarse con él curaciones más rápidas.

En general, podemos afirmar que sólo con hierro, en las formas mencionadas de anemia, se restablece el estado normal en algunas semanas, y que la renovación de la sangre puede acelerarse combinando con arsénico el tratamiento ferruginoso. En todos estos casos, con hígado solo o combinado con hierro y arsénico, no se alcanza una curación más rápida. De todas maneras, existen algunos de ellos en los que no se obtienen resultados

El preparado ideal para la medicación combinada de hierro y arsénico es  
**ARSENOFERRATOSA**

**ARSENOFERRATOSA**  
licor ferro-arsenical  
con 0,3 % Fe. y 0,003 % Ars.

satisfactorios con hierro solo. Se trata de enfermos cuya medula tiene agotada la función generadora de la sangre o que sufren ya alguna lesión en

húmina. Esta importante ventaja y detalle químico hará que no ataque la dentadura ni cause molestias en el estómago. Conseguido químicamente esto, el hierro lo admite y elabora el cuerpo de manera excelente. Recientes investigaciones realizadas en la Universidad de Leipzig lo han confirmado: el cuerpo absorbe más del 80 por 100 del hierro conseguido así.

El clínico, pues, debe tener en cuenta todo esto al prescribir un preparado ferruginoso.

Precisamente por ser ésta la época en España en que más frecuentemente se presentan casos de hacer tratamien-

Desde hace 30 años  
acreditada  
y preferida

**Arsenoferratos**  
(Lícor ferro-arsenical con 0,3% Fe. y 0,003% Ars.)

El preparado ideal para la medicación combinada de Hierro y Arsénico

Frascos de origen con unos 250 grs.

Literatura y muestras a disposición de los Sres. Médicos

C. F. Boehringer & Soehne, G. m. b. H., Mannheim - Waldhof (Alemania)

Venta exclusiva para España:

„BOEHRINGER“ Productos Químico-Farmacéuticos, S. A.

BARCELONA Apartado 5.052

MADRID Apartado 10.025

cuenta consideraciones exclusivamente de carácter económico, deberían usarse sólo cuando no es posible alcanzar con los otros el resultado deseado.

el sentido de la anemia perniciosa. En el primer caso, de nada sirve el tratamiento con hígado, pues éste no puede aportar a la medula el material

tos a base de tónicos depurativos y de reconstituyentes de este tipo de hierro y arsénico es por lo que hemos creído interesante tratar este asunto.



Polvos:

Acido salicílico .....	2 gramos.
Polvo de talco .....	aa 30 gramos.
Polvo de almidón .....	
Polvo de lycopodio .....	

Porfirícese y tamícese.—Para espolvorear localmente. Eczema artrítico de los niños, cura del cordón y de la herida umbilical.

Acido salicílico .....	2 gramos.
Talco .....	18 gramos.
Alumbre .....	30 gramos.

Porfirícese y mézclese íntimamente.—Bromhidrosis.

Acido salicílico .....	10 gramos.
Talco .....	aa 45 gramos.
Almidón .....	

Porfirícese y mézclese íntimamente.—Para espolvorear los tegumentos después de cada baño.—Viruela grave (hipertérmica y ataxoadinámica).

Papeles:

Extracto graso de cáñamo indio .....	1 centig.
Polvo de raíz de beleño .....	4 centig.
Acido salicílico .....	20 centig.

Para un papel.—Número 20.—Para tomar cinco al día. Neuralgia del trigémino.

Jabón:

Acido salicílico .....	aa 2 gramos.
Resorcina .....	
Jabón blando de potasa.....	120 gramos.
(“Ad. lib.”) Azufre precipi- tado .....	4 gramos.

Acido salicílico .....	60 centig.
Azufre precipitado .....	6 gramos.
Aceite de linaza .....	aa 10 gramos.
Tierra silíceas .....	
Lanolina .....	

M. S. A.—Pomada no irritante, muy adherente, que se aplica por la noche.—Se quita por la mañana con vaselina y jabón salicilado.—Acnés, pitiriasis vesicolor.

Fenol oficial .....	1 gramo.
Acido salicílico .....	2 gramos.
Acido tártrico .....	3 gramos.
Glicelorado de almidón .....	30 gramos.

M. S. A.—Para unturas.—Pruritos (artritis, gestación, etc.).

Acido salicílico .....	50 centig. a	1 gramo.
Resorcina .....	1 a	2 gramos.
Oxido de cinc .....		10 gramos.
Vaselina .....		30 gramos.

H. S. A.—Aplíquese por las noches.—Acné rosado de la cara.

Para aplicar en el cuero cabelludo después de una loción con cocimiento de manzanilla.—Seborrea simple o con eczematización de la región enferma.

Unturas locales.—Eczema crónico benigno, eczema recidivante del labio superior.

Acido salicílico .....	1 gramo.
Bálsamo del Perú .....	5 gramos.
Tintura de benjuí .....	2 gramos.
Vaselina .....	40 gramos.

H. S. A.—Para aplicaciones en el eczema crónico (casos graves).



Acido salicílico .....	}	aa	1 gramo.
Acido tártrico .....			
Glicerolado de almidón .....		20 ó 30	gramos.

M. S. A.—Para unturas.—Eczema seco de la palma de la mano.

Acido salicílico .....	}	aa	2 gramos.
Resorcina .....			
Bálsamo del Perú .....			2 gramos.
Azufre precipitado .....	}	aa	10 gramos.
Almidón .....			
Vaselina .....	}	aa	40 gramos.
Grasa fresca de cerdo.			

H. S. A.—Para fricciones todos los días en las placas de pitiriasis versicolor.

La misma pomada con naftol alcanforado, 2 gramos, en lugar del bálsamo del Perú.—Acné rosado.

Acido salicílico .....	4	gramos.
Salicilato de sosa .....	3	gramos.
Extracto de belladona .....	1	gramo.
Vaselina .....	25	gramos.

M. S. A.—Para unturas en las articulaciones dolorosas, cubriendo con tafetán impermeable y algodón.—Reumatismo articular agudo.

(N. B.—Para obviar la intolerancia gástrica al salicilato.)

Acido salicílico .....	}	aa	20 centig.
Alcanfor .....			
Oxido de cinc .....			2 gramos.
Vaselina .....	}	aa	8 gramos.
Lanolina .....			

H. S. A.—Para unturas.—Acné pustuloso, sicosis.

Acido salicílico .....	3	gramos.
Crisarobina .....	5	gramos.
Ictiol .....	12	gramos.
Lanolina .....	40	gramos.
Vaselina .....	60	gramos.

M. S. A.—Para aplicar durante cuatro días de cada semana esta pomada, después de haber rasurado perfectamente el cuero cabelludo. Cúbrase con un gorro de tela impermeable fijado por sus bordes con cola de cinc para preservar los ojos. Los tres últimos días de la semana se limpiará simplemente y se aplicará una pasta de cinc azulado. En total, seis semanas de tratamiento.—Tiña tonsurante sin irritación.

Para aplicaciones locales.—Psoriasis.

Acido salicílico .....	30 centig.
Oxido de cinc .....	} aa 3 gramos.
Polvo de licopodio .....	
Vaselina .....	} aa 10 gramos.
Lanolina .....	
Esencia de violeta .....	C. S. p. perfumar.

H. S. A.—Para aplicar en la cara.—Efélides.

Poción:

Acido salicílico .....	}	aa	1 gramo.
Antipirina .....			
Alcohol de 60° .....		C. S. p.	disolver.
Jarabe de azahar .....			60 gramos.
Infusión de pedículos de cerezas .....		C. S. p.	180 cent. cúb.

H. S. A.—Una cucharada de las de sopa cada hora.—Gripe, reumatismo subagudo o muscular.



# PARA LAS ENFERMEDADES NERVIOSAS ELIXIR POLIBROMURADO AMARGÓS

BROMURANTINA (Nombre registrado)

Calma, regulariza y fortifica los nervios

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

# SARNA

## (ROÑA)

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

J. CABALLERO ROIG

Farmacia-Laboratorio: Rocafort, 135, Barcelona

### Correspondencia administrativa

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

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

D. Fernando Bueno, pagado fin marzo de 1936

D. Jacinto Navas Romero, pagado fin diciembre 1935.

D. José Jordana, ídem íd.

D. Miguel Calvo Casado, ídem íd.

D. Antonio Herráez, ídem íd. 1936.  
Círculo Mercantil de Sevilla, ídem ídem 1935.

D. Isaac Mena, ídem íd.

D. José Cabezas Gonzalo, ídem íd.

D. Jesús Zaldo, ídem íd.

D. Urbano Chaparro, ídem íd.

**ELIXIR ESTOMACAL**  
**SAIZ DE CARLOS**  
(STOMALIX)

Cura el dolor de estómago, acidez, dispepsia, vómitos, diarreas en niños y adultos, dilatación y úlcera del estómago; tonifica, ayuda a las digestiones y abre el apetito, siendo utilísimo su uso para todas las molestias del

**ESTÓMAGO .  
INTESTINOS**

Venta en farmacias-Pidan folleto a Laboratorio Saiz de Carlos, Serrano, 30-MADRID

### ANALISIS

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

Laboratorio del Dr. E. ORTEGA

Sucesor del DR. CALDERON

Carretas. 14.-Madrid

FUNDADO EN 1866

D. Julián Ruipérez, pagado fin diciembre 1935.

D. Modesto Para Santa Engracia, ídem íd.

D. Ricardo Encinas, pagado fin julio de 1935.

D. Fernando Rodríguez Gorjón, pagado fin diciembre 1935.

D. Emilio Segoviano Rogero, ídem ídem.

D. Vicente Pintado, ídem íd.

D. Heliodoro de Paz, ídem íd.

D. Joaquín Velilla, ídem íd.

D. Clemente Hernández, ídem íd.

D. Maximino Mier, ídem íd.

D. Eduardo Casado, pagado fin enero de 1936.

D. Antonio Azorín Polo, ídem íd.

D. Antonio Serra y Guasch, ídem ídem.

D. Isidro Sancho, ídem íd.

D. Emilio Bové, ídem íd.

D. Juan Antonio Fraile, ídem íd.

D. Gil Herrero García, ídem íd.

D. Leoncio Ugarte, ídem íd.

**ANTIASMA** POLVO FUMIGATORIO MENTOLADO  
**BENGAL AIS**

Eficaz, Agradable e inofensivo.

ASMA, ENFISEMA, CATARRO. CORIZA

De Venta en todas las Farmacias. — MUESTRAS : RIERA S. C. BARCELONA, Ap° 229.  
A. FAGARD, Farmacéutico Preparador, 44, Rue d'Aguesseau, BOULOGNE-PARIS



# BARACHOL



Antisárnico 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)



# PLEURESIA

La **PLEURESIA**, ya sea seca o con derrame, responde favorablemente a la aplicación del calor húmedo continuo en la forma de emplastos de **ANTIPHLOGISTINE**, que conservan una temperatura elevada y uniforme durante muchas horas.

A causa de su elevada proporción de glicerina y sus demás componentes, no sólo consiguen el alivio inmediato del dolor, sino que por su señalada acción osmótica, sedante, descongestiva y bacteriostática tienden a contener la efusión, favorecen su absorción y dan buen sostén al pecho.

## ANTIPHLOGISTINE

MUESTRA Y LITERATURA A SOLICITUD

**The Denver Chemical Mfg. Co., 163, Varick St., Nueva York, E. U. A.**

AGENTES EXCLUSIVOS DE VENTA PARA TODA ESPAÑA:

**HIJO DEL Dr. ANDREU :: Calle de Folgarolas, 17 :: BARCELONA**

LA ANTIPHLOGISTINE SE FABRICA EN ESPAÑA

LABORATORIOS  
**CAMPOS FILLOL**  
VALENCIA

**LACTOBULGARINA**

El mejor desinfectante intestinal

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

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día.

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

**LACTOBULGARINA**

**Balneario de Carlos III**  
**TRILLO**

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

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

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

Clima de montaña, 780 metros

Servicio directo desde Madrid en tres horas.

Informes y folletos:

**HOTEL LEONES DE ORO, Carmen, 30, Madrid**

**ALMORRANAS**



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