

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

Núm. 4.276.—Tomo 96

AÑO OCHENTA Y DOS

23 Noviembre 1935



SOLUCIÓN FUMOZE

Clorato de Magnesia
al décimo

CORIZA

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

NEOPLASMAS

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

(Muestra y Litteratura sobre pedido)

ETABLISSEMENTS FUMOZE, 78, Faubourg Saint-Denis, PARIS

Hygiene de la Mujer

POUDRE CHAUMEL

(Polvos Chaumel)

DESCONGESTIONANTE
ANTISÉPTICA
SUAVIZANTE



Etablissements FUMOZE
78, Faubourg St-Denis, Paris

PRIMERA DENTICIÓN

JARABE DELABARRE

Facilita la Salida de los Dientes

Calma los Dolores del Niño

Evita los Accidentes de Dentición

En suaves Fricciones
en las Encías

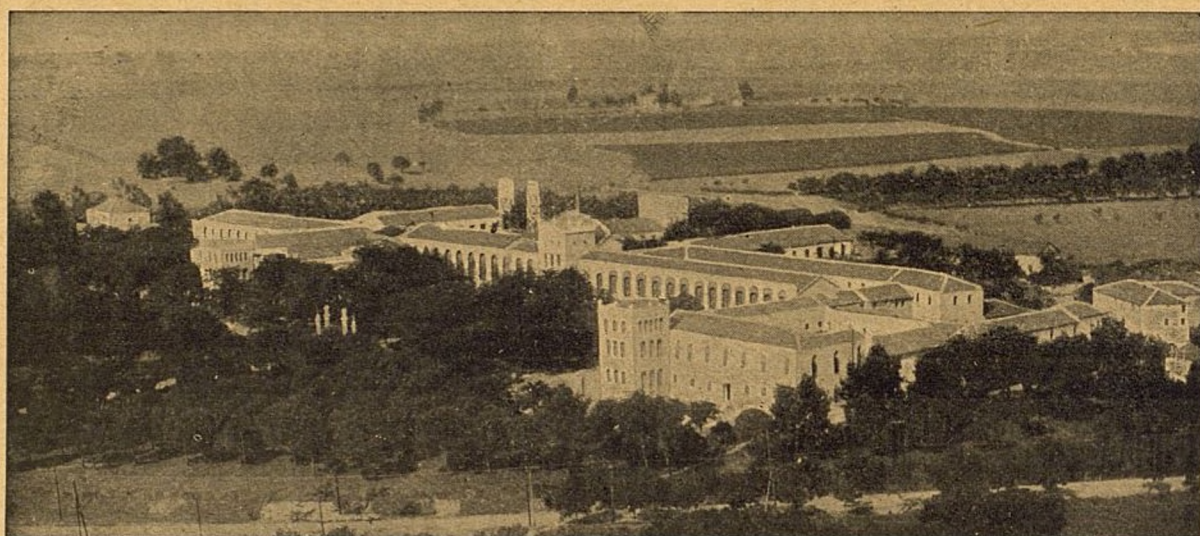
Establecimientos FUMOZE

78, Faubourg Saint-Denis, Paris



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

Ayuntamiento de Madrid



SANATORIO PSIQUIATRICO ESQUERDO

FUNDADO EN 1877

PARA AMBOS SEXOS. CON SEPARACIÓN ABSOLUTA

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

TRATAMIENTOS MODERNOS ♦ CUATRO MÉDICOS INTERNOS

Director: JAIME ESQUERDO SAEZ

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

SANATORIO... { Carabanchel Alto
Teléfono 20

DERMATOSIS INFANTILES

desaparecen rápidamente con

DEPURATIVO INFANTIL CABALLERO

de sabor agradabilísimo.

PASTA POROSA CABALLERO (Dermatosis rezumantes).

De venta en todas las Farmacias. Pídanse muestras al Laboratorio de Productos Dermatológicos
J. Caballero Roig. Apartado 710.—BARCELONA

SANATORIO PEÑA-CASTILLO

SANTANDER

Destinado a enfermos del aparato digestivo, nutrición y sistema nervioso

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

Director, EXCMO. SR. D. M. MORALES

“HOZNAYO”.—LA MEJOR AGUA DE MESA

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

Veigatorio líquido del Dr. Masó Arumí

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

el grupo *viridans*; en otro grupo los gérmenes crecen formando cadenas; en otros forman diplococos, y la mayoría forma cadenas cortas irregulares. Dible separa en este grupo una clase bien definida, formada por el *enterococo* y el *ovalis*, descritos por franceses y alemanes. Las características de este grupo, actualmente establecido con el nombre de *enterococcus*, es que enturbian uniformemente el caldo, formando diplococcus, fermenta la manita y es muy resistente al calor, y descompone la esculina, substancia introducida por Arrison en 1927 para diferenciar el bacilo coli del excreta de los otros gérmenes similares. La reacción de la esculina se produce en gran proporción de enterococos, aun cuando deba estimarse que esta propiedad está más ligada a los estreptococos patógenos que la termorresistencia. Los estreptococos del grupo inerte en la sangre, del tipo *enterococcus*, nos muestran homogeneidad serológica. Son poco patógenos para los animales de laboratorio. En algunos casos, razas aisladas de apendicitis o de heces de tíficos, alcanzan cierto grado de virulencia. Muchos de los estreptococos de la leche son similares, si no idénticos, al enterococo, aunque, como es bien sabido, en la leche se encuentran gran variedad de estreptococos, algunos de ellos hemolíticos.

El estreptococo es un microbio muy difundido en el aire, en las aguas, en el suelo, en el polvo. Vegeta en estado saprofito, inofensivo, sobre la piel, la cavidad bucal y, lanzados con partículas de saliva al toser, hablar o estornudar, flotan largo tiempo en la atmósfera. La superficie de las amígdalas está sembrada de estreptococos no hemolíticos. Los hemolíticos pene-

primera que se utilizó inyectando suero antidiftérico a los niños que vivían cerca de enfermos diftéricos sin ser posible aislarlos de un modo conveniente. La inmunización así obtenida debe estimarse como de urgencia, pues apenas alcanza a tres o cuatro semanas de duración, corriéndose el riesgo de que si el niño se contagia ulteriormente sea peligroso el empleo del suero curativo por la facilidad de que aparezcan accidentes anafilácticos al reinyectar suero. Posteriormente se ha intentado inmunizar de un modo más activo a estos niños inoculándoles toxinas diftéricas y atenuando sus efectos perjudiciales, bien sea mezclándolas con antitoxinas o utilizando las llamadas anatoxinas (toxinas desprovistas de su toxicidad por el calor, pero capaces de engendrar antígenos). Estas anatoxinas se inoculan a los niños que han de correr riesgo de infectarse, y muy especialmente a los que presentan una reacción Schik positiva, que indica estado de receptividad para esta dolencia.

Inmunización contra el sarampión.—Desconociendo el germen productor de la enfermedad y no siendo posible obtener un virus, tenemos que limitarnos a la inmunización pasiva obtenida con suero de convalecientes. Deben someterse a esta inmunización los niños en los que sea peligroso el sarampión, bien por su edad, bien por tratarse de individuos débiles y propensos a las complicaciones. Para prevenir del contagio a un niño de cuatro años, que no se ha contagiado o que está en los cuatro primeros días del período de incubación, basta con inocularle 2,5 c. c. de suero de convaleciente: si el niño está en el quinto o sexto día de incubación habrá que inocular doble cantidad.

Pasado este tiempo, el suero carece de acción inmunitante, y sólo puede emplearse como curativo.

Seroprophylaxia de la escarlatina.—Menos segura que la del sarampión, se ha recomendado igualmente para casos de epidemia, sobre todo cuando los niños se muestran receptibles una vez hecha la prueba de Dick. Se hace también con suero de convalecientes.

Tanto la inmunidad para el sarampión como para la escarlatina, obtenida por estos métodos, sólo se prolongan de treinta a cuarenta días.

Vacuna anticolérica.—El mismo año en que Koch descubrió el bacilo del cólera, preparó en España el Dr. Ferrán una vacuna, con gérmenes vivos y atenuados, que se inoculaba en inyecciones subcutáneas, y con la que se consiguieron, no obstante los defectos de técnica, naturales en aquella época, resultados altamente satisfactorios. Discutida y olvidada injustamente aquella vacuna, más tarde sirvió de base para que en Alemania se prepararan otras en las que los gérmenes se destruían por completo mediante el calor. Kolle comprobó que la sangre de los animales inoculados con gérmenes coléricos muertos, tenía una cantidad de bacteriolisinas casi tan grande como la de los animales inoculados con gérmenes vivos. La acción profiláctica de esta vacuna dura un año. Se hacen dos inoculaciones, la segunda con doble cantidad de gérmenes que la primera, distanciándolas hasta que las reacciones, escasas o nulas, provocadas por la primera hayan desaparecido. Sólo es necesario hacerla en tiempo de epidemias.

Vacuna contra la peste.—Obtenida igualmente con gérmenes muertos por el calor, se aplica en inyeccio-

puede dividirse en varios, de los que se separa claramente el esterococo por sus reacciones características.

Aunque parezca impropio, cada vez es más frecuente denominar *viridans* a los estreptococos no hemolíticos.

Las principales enfermedades en las que estos estreptococos tienen interés son las endocarditis ulcerosas y el reumatismo articular agudo. En la endocarditis ulcerosa los estreptococos *viridans* y los del grupo inerte son los más frecuentes en la base subaguda de esta enfermedad. La gran mortalidad provocada por estos estreptococos, cuando se fijan en las válvulas del corazón, causa sorpresa, por cuanto es frecuente exista en la sangre del enfermo gran concentración de anticuerpos. En cuanto al problema del reumatismo, son pocos los progresos realizados. La posibilidad y la frecuencia de gérmenes saprofiticos, como los estreptococos no hemolíticos, invadiendo el organismo y fijándose en los lugares de menor resistencia, es cuestión no aclarada todavía. La crítica de los efectos del salicilato todavía se mantiene palpitante, aunque es de interés señalar que, en 1923, Swift y Boots observaron la acción progresiva del salicilato sódico en conejos con artritis, provocadas por el estreptococo *viridans*, y comprobaron la protección definitiva del salicilato.

La mayoría de los estreptococos del grupo inerte en la sangre se encuentran en la boca, faringe e intestinos. Son los estreptococos *salivarius*, *mitis* y *foecalis* de los antiguos bacteriólogos. Entre los organismos incluídos en esos tres tipos se encuentran algunos que producen el color verde, los que pudieran incluirse en

TERTULIA MEDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

AMENIDADES

23-XI-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.

EL PROBLEMA DE LA MUERTE

POR EL

Dr. J. VAZQUEZ VICENTE

Dos incógnitas nos atormentan a menudo: una, el saber por qué en un momento determinado dejamos de vivir, y la otra, la de si será conveniente tal vez morir.

La primera, es decir, a la pregunta de ¿por qué morimos?, la contestaríamos rápidamente diciendo: "Morimos en el momento que dejamos de vivir", ya que sabemos que la muerte no es más que eso, "el cese de la vida".

La segunda, la de si conviene o no morir, podría contestarse según des-

cioso que puede ser causa de contaminación?, aislarle; ¿es que la enfermedad que padece le tiene sacrificado a un dolor constante?; no os importe en darle analgésicos, no temáis se haga un toxicómano y que sea un semi-anormal la poca existencia que le queda: todo ello es preferible antes que oír de los propios labios de un enfermo "quiero morir".

"Maldecir una cosa no es suficiente para evitarla"; por eso no basta que nosotros nos esforcemos en habilitar la palabra muerte, ya que ésta ha constituido y constituye el final de todo ser viviente; pero ya que no podamos impedirlo, al menos no la demos por deseada, no nos felicitemos hipócritamente cuando lo que menos debemos hacer es callar nuestra derrota, porque ya vencidos, ante este cuadro final, si que no nos queda más papel que consolar a los que lloran al lado del lecho, el fracaso de la Ciencia ante el enfermo.

Recuerdo que estando con un eminente maestro de la Medicina ante un enfermo que a los pocos instantes se convertía en cadáver, trataba de consolar a los familiares del mucho sufrimiento que la larga y penosa enfermedad le había producido, y les decía: "Consolaos; pensad que no sabemos si

quien teníamos que luchar, haciéndolo hasta donde han llegado nuestros conocimientos científicos, poniendo en práctica las armas más fuertes y más potentes, no nos quedará ningún remordimiento, sino el sentimiento de no haber podido vencer, para así haber saboreado la gloria del triunfo.

Otra cosa ocurre cuando no conocemos a quien debemos combatir, cuando ignoramos con las armas que tenemos que defendernos para así vencer al agente causal que quiere arrebatarnos la vida a nuestro enfermo.

Es axiomático el que, si conociendo la causa y su eficaz tratamiento somos vencidos, no cabe duda que lo seremos antes y de una manera más bochorno-

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

de el punto de vista que se vea, pero para nosotros los médicos la contestación es esta: nunca es conveniente la muerte. No todos deben de pensar así, sin embargo, pues hay quienes ante la cabecera del enfermo vencido por su enfermedad lanzan esta frase, que tiene todo el significado de una sentencia: "Es conveniente que se haya muerto."

Es esta una frase a la que hay que oponerse rotunda y enérgicamente.

En cuanto a conveniencia de la muerte, ya dijo Publio Siro que "era afortunada para el niño, cruel para el joven y tardía para el viejo", queriendo expresar así lo que la vida ofrece al hombre en sus distintas edades; mas en ninguna de ellas colocó la palabra conveniente.

Perder la vida es perderlo todo de una vez, ya que el "todo" de un ser lo constituye su esencia, es decir, su propia vida.

La palabra "muerte" no debe ser

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

deseable aun por los motivos que nos parezcan más justificados; ¿se trata de un desgraciado?; tratar de animarle la vida con los procedimientos que tengáis a mano, y probablemente se considerará feliz; ¿se trata de un infe-

Omnadina
activa las defensas orgánicas

en realidad es la vida el principio de la muerte o es la muerte el principio de la vida".

Esto sí; el emitir una frase de valor que signifique consuelo es una buena obra que debe darse siempre que sea posible, pero, nunca, repito, una vez más, sea por el motivo que fuese, estamos autorizados para sentenciar con la calumniosa frase "conviene se haya muerto". Esta frase no deben pronunciarla nuestros labios.

Precisamente lo que se sigue en Medicina es triunfar, y triunfar en Medicina no es sino saber luchar contra la muerte, salvar al enfermo.

Ocurre no pocas veces, desgraciadamente, que nos vemos derrotados; pero si hemos sido vencidos conociendo al enemigo, es decir, al agente con

sa para nuestro crédito profesional, si no sabemos con quién debemos disputarnos el triunfo. Confesemos que no pocas veces nos vemos sorprendidos por un triunfo inesperado, como otras veces, a pesar de tener bien conocido el caso de nuestro enfermo, no podemos evitar un final desenlace.

Pero en nuestra conciencia quedará grabado el deber cumplido, pensando siempre que "vale más errar sobre buenos principios que acertar por casualidad".

Nuestro primer deber es analizar y conocer al enemigo, pues cuanto mejor lo conozcamos más fácil nos será librarnos de sus acechanzas.

Bien es verdad que el enfermo, tanto el de consulta particular como el de hospital, sólo anhelan una cosa: el ser curados. Nada le interesa que nosotros le tratemos de explicar, con palabras la mayor parte de las veces incomprensibles para él, si su lesión es de tal o cual naturaleza, pues para él el ob-

Estreñimiento: Supositorios Evacuatil Rivalta. De eficacia infalible. Prospectos gratis

Preparación de óvulos y supositorios.
Rambla Cataluña, 44.—BARCELONA

jeto es llenar la indicación, si llenar la indicación significa curar. Pero no es menos verdad también que si no estamos en la obligación de orientar al enfermo sobre lo que padece, si te-

TERTULIA MEDICA

nemos la obligación de formar nuestro juicio diagnóstico con los fundamentos que a él nos llevan; una vez hecho esto, él será el que nos lleve de la mano por el camino que más fácilmente conduce a la curación. Así, pues, adelantemos que para el clínico su primera misión será averiguar qué es lo que su enfermo padece, y una vez conocida su afección, curársela.

Si no podemos llenar esta indicación máxima, tratemos al menos de mejorarle, y aun si esto no nos fuera factible, conformémonos con aliviarle.

El valor que tiene aliviar a un enfermo no lo sabemos justipreciar hasta que nosotros somos el propio paciente. "Sufriendo se aprende a compadecer."

Esta es la triple misión del médico, que debe tener por tema siempre y que debe de acompañarle en su pensamiento constantemente para retener su misión a cumplir; pero esta triple

IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico
BALDACCI - PISA

misión la debe ejercer como una imperiosa necesidad irresistible, enjugada por un espíritu y una vocación hacia la enojosa y no fácil misión de curar, y no hacerlo sólo por una inexcusable obligación de ser algo en la vida social.

Se nos muere un enfermo; si después de luchar con el máximo de nuestras energías no podemos salvarle, conociendo bien con quién hemos luchado, nos quedará, eso sí, la decepción de no haber podido alcanzar el

Antiséptico Glorógeno Lumen

Muestras gratis.

Centro Farmacéutico Jienense.
Apartado 22.—Jaén

triumfo que creíamos merecer, pero sólo esto; en cambio, si al morirnos un enfermo y hacer examen de conciencia nos convencemos de que hemos estado únicamente de una manera sistemática, a "tontas y a locas", que no sabemos qué padecía, en una palabra, mucho menos podemos saber cuál ha sido la causa que le ha privado de la vida, es decir, lo que ha acontecido en él para que sobrevenga la muerte. Triste es morir, pero más triste es aún perder la vida desconociendo la causa, porque en nosotros perdurará la duda de si este enfermo no hubiese muerto de haber sabido y tratado lo que padecía. El médico podrá estar en la inseguridad de salvar a su enfermo, pero lo que no puede desconocer es lo que su enfermo padece. Pensemos que cuanto más dificultades tengamos que salvar para lograr nuestro propósito mayor será

nuestro triunfo, pues como se ha dicho, "vencer sin peligros es triunfar sin gloria".

Ante un cadáver, ya sí que realmente la misión del clínico puede considerarse nula prácticamente. Pero antes de morir, por poco que falte para apa-



garse la vida del sujeto, el médico tiene su papel, y tal vez el más interesante sea precisamente el de esos breves segundos que preceden a la muerte; en ese corto lapso de tiempo en que el hombre adquiere la última verdad, que consiste en saber que ya para nada le vale lo que sabe ni le es nada útil lo que tiene.

Y este instante de morir bien se merece que se le dedique unas líneas; si bien es verdad que nada hay más seguro que la muerte, nada es al mismo tiempo menos conocido en su esencia que el instante de perder la vida.

¿Cuáles son las causas que nos llevan a la muerte? ¿Cuál es el último acto de esa comedia que representa nuestra vida?

Es imposible recopilar en unas cuartillas las causas por las cuales el hombre puede perder la vida, y sólo en pensar en las que pueden motivarla le llevan a uno a ella. Pudiéramos decir que las causas que pueden acabar con la vida son tantas, que son incalculables; tan infinitas, como el número de kilómetros que nos separan de esas estrellas, cuya luz tarda años y años en llegar a nosotros, con la velocidad de 300.000 kilómetros por segundo.

Esa cantidad de causas incalculables, todas capaces de motivar la muerte, llevan siempre como final a la suspensión de una de estas tres: conocimiento, pulso y respiración. (Trípode vital de Bichach.)

Aquellas son las causas originarias. llamémoslas causas primarias, y éstas las causas secundarias, "causa mortis" o causa final.

Un individuo recibe en los testículos un traumatismo, el cual da lugar

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

a un acto de inhibición y muerte por parálisis cardíaca; esta es la causa final de su muerte, motivada por la causa de origen que es el traumatismo.

Cualquiera de las tres causas finales que cese la vida, puede darse por terminada, en tanto se restituya a la normalidad. Hay verdaderas excepciones,

y así, lo mismo que hay individuos que sin respiración vuelven a la vida mediante la respiración artificial practicada correctamente por uno de sus distintos métodos, lo mismo sujetos sin pulso o sin conocimiento pueden seguir viviendo perfectamente.

Valor del síntoma pérdida del pulso.

¿Ante un sujeto sin pulso que juicio formaremos?

¿Se trata de un cadáver? Para los que siguen la teoría de Nothagelt, sí; para éstos, el sujeto que ha perdido el pulso ha perdido la vida.

Pero nosotros no somos tan absolutos; es decir, que para nosotros, el ver a un sujeto sin pulso en la radial no nos autoriza a sentenciar que aquel sujeto es un cadáver.

Lo comprobamos desde el momento que, sujetos afectos de verdaderos síncope, recuperan más tarde el pulso y vuelven a ser quienes eran. Es

Fábrica especializada en Productos Dietéticos y de Régimen Vegetariano

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

decir, que un enfermo afecto de un síncope (y al decir síncope se entiende parálisis cardíaca) puede, mediante condiciones especiales, devolver de nuevo al corazón la facultad de contraerse, devolviendo al sujeto así la vida que parecía perdida.

Este ejemplo, claro es, carecerá de valor para los que crean que el corazón no llega a paralizarse en el síncope.

Aun cuando no está probado que el corazón cesa de latir en el síncope, lo

ION - CALCINA

PALLARES

A base de Cloruro de Calcio

Frasco e inyectables

cierto es que nosotros no podemos, ni aun en los recursos más minuciosos ni más modernos de investigación, oír los tonos cardíacos.

Bien pudiera ocurrir (como creen los que opinan que sigue funcionando) que las contracciones del órgano cardíaco fueran tan débiles, que los recursos de que hoy disponemos sean insuficientes para ponérselas de manifiesto y que quizás algún día puedan registrarse estas contracciones que la ciencia ve incapaz de demostrar hoy por hoy.

Mientras llegue a cumplirse el optimismo de los que siguen esta teoría, no podemos por menos de creer que el corazón se para en el breve momento sincopal.

Hay dos razones que hace que tenga esta teoría una gran verosimilitud: 1.º El que los tonos cardíacos que se

(Continúa en la página XIV.)

HAPTINOGENOS

“M E N D E Z”

NEUMO

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

GONO

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

ECZEMA

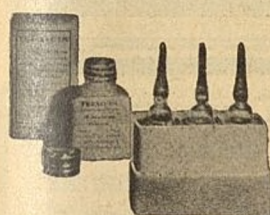
Curativo del Eczema agudo y crónico.

ESTAFILO

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

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

Laboratorios biológicos Doctor Julio Méndez.-Buenos Aires.



**FABRICACION
NACIONAL**



FORMA COMERCIAL

COMPRIMIDOS: 0,01 gr. de
Tebaicin. - Frasco de 20
comprimidos

AMPOLLAS: Solución esteriliza-
da al 2% (1 c. c. contiene
0,02 de Tebaicin).

Caja de 3 ampollas de 1,1 c. c.
» 6 » 1,1 c. c.
» 12 » 1,1 c. c.

Agentes exclusivos para España:
Hijos de Honorio Riesgo, S. A.
Calle Mayor, 7. - Apartado 12077. - MADRID

TEBAICIN

PODEROSO CALMANTE

ANALGÉSICO - ANTIESPASMÓDICO - ENÉRGICO

Contiene la totalidad de los alcaloides
del Opio en forma de cloruros solubles
y puros, en la misma proporción que se
encuentran en el Opio, pero con la ven-
taja de tener siempre una composición
constante.



MONOTION

**Tiosulfato sódico anhidro obtenido por procedimiento
original ♦ Empleo por vía intramuscular o intravenosa**
DOSIS: 1.^a 0,05 — 2.^a 0,15 — 3.^a 0,30 — 4.^a 0,45 — 5.^a 0,60 gramos.

Ayuntamiento de Madrid

*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

ESTAFILASA del D^r 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^r DOYEN

2 FORMAS:
MICOLISINA BEBIBLE
MICOLISINA INYECTABLE

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

SOLUCIÓN de FLUOROFORMA
ESTABILIZADO EN LOS
EXTRACTOS VEGETALES

GERMOSE

No Tóxico

SABOR
AGRADABLE

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

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

Venosina

Tratamiento específico completo de las **AFECCIONES VENOSAS**

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

POR MENOR: PRINCIPALES FARMACIAS

Para muestras e informes: GIMENEZ-SALINAS Y C^a Ayda. Eduardo Dato, 10, MADRID

Ayuntamiento de Madrid

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

HISTORIAL

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

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

1854 * AÑO OCHENTA Y 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.^a Cortezo
Inspector general de Instituciones Sanitarias. Académico de número de la Nacional de Medicina. Profesor del Instituto Nacional de Sanidad.

VOCALES

Dr. MARIANO ACENA
De la Beneficencia Municipal de Madrid.

Dr. VITAL AZA Y DIAZ
Director del Sanatorio quirúrgico de Santa Alicia. Académico de número de la Nacional de Medicina.

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

Dr. JULIO BRAVO
Jefe de la Sección de Propaganda de la Dirección general de Sanidad. Médico de los Dispensarios Antivenéreos nacionales.

Dr. SANTIAGO CARRO
Profesor del Instituto Rubio. Académico de número de la Nacional de Medicina.

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

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

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

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

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

Dr. MARIANO GOMEZ ULLA
Inspector general de Cirugía del Ejército.

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

Dr. JOSE GOYANES Y CAPDEVILA
Decano de la Beneficencia provincial. Académico de número y Bibliotecario de la Nacional de Medicina.

Dr. BALTASAR HERNANDEZ-BRIZ
De la Beneficencia provincial. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

Dr. J. DE ISASA Y ADARO
Pediatra.

Dr. SANTIAGO LARREGLA
Jefe del Laboratorio del Hospital de San Francisco de Paula y del de Pediatría de la Facultad de Medicina.

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

Prof. GREGORIO MARAÑON Y POSADILLO
De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina.

Dr. MANUEL MARIN AMAT
Jefe del servicio de Oftalmología de la Beneficencia provincial de Madrid. Académico C. de la Nacional de Medicina.

Dr. NICASIO MARISCAL Y GARCIA

Director del Instituto Nacional de Toxicología. Académico y Secretario perpetuo de la Academia Nacional de Medicina.

Dr. A. MORANA Y JIMENEZ
Análisis clínicos.

Dr. F. MURILLO Y PALACIO
Ex Director general de Sanidad. Académico de número de la Nacional de Medicina.

Prof. J. A. PALANCA Y MARTINEZ FORTUN

Ex Director general de Sanidad. Profesor del Instituto Nacional. Académico de la Nacional de Medicina.

Prof. ANTONIO PIGA Y PASQUAL

Médico forense de Madrid. Presidente del Colegio de Médicos de Madrid.

Prof. GUSTAVO PITTALUGA Y FATORINI

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

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

Dres. JULIAN Y SANTIAGO RATERA Y BOTELLA

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

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

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

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

Prof. ANTONIO SIMONENA Y ZABALEGUI
De la Facultad de Medicina de Madrid. Académico de la Nacional de Medicina.

Prof. ENRIQUE SUSER Y ORDONEZ

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

Dr. J. M.^a TOME Y BONA
Dermatólogo. Bibliotecario de la Academia de Dermatología y Sifiliografía.

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

Dr. J. VALDES LAMBEA
Jefe de los Servicios de Tuberculosis del Hospital Militar y Profesor de Fimatology del Ejército. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

Dr. J. M.^a DE VILLAVERDE
Psiquiatra del Hospital del Buen Suceso. Neurosiquiatra de la Beneficencia Provincial de Madrid.

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

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

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

PRECIOS DE SUSCRIPCION

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

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

EL SIGLO MEDICO

Tomo 96

::

Sábado 23 de Noviembre de 1935

::

Núm. 4276

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: Historia de las neurorecidivas, por el Dr. Javier M. Tomé y Bona.—Información del Primer Congreso Internacional de Gastroenterología (conclusión), por R. Luis y Yagüe.—Necesidad de implantar oficialmente en España el servicio de vacunación sistemática por el B. C. G., por el Dr. Tomás de Benito Landa.—Introducción al estudio de la prueba de levulosuria provocada en Pediatría, por los Dres. Carmen Bruguera y Ciriaco Laguna.—PERIÓDICOS MÉDICOS.

HISTORIA DE LAS NEURORRECIDIVAS

Su significación, profilaxis y tratamiento

POR EL

Dr. JAVIER M. TOME Y BONA

De las Clínicas de los Dres. Covisa y Bejarano. Bibliotecario de la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía.

HISTORIA Y TEORÍA ACERCA DE SU ORIGEN

Recién introducido en la práctica sifiliográfica el salvarsán, de Ehrlich, diversos autores observaron enfermos con perturbaciones de los aparatos sensoriales centrales, aparecidas en el curso del empleo de esta nueva medicación. Bajo la impresión, aún muy reciente, de los trastornos nerviosos provocados por el compuesto arsenical, introducido en la terapéutica en 1907 por Salmón, con el nombre de atoxil, se interpretaron estas manifestaciones como debidas también a la acción tóxica de este nuevo derivado (Gennerich). De este modo, la escuela francesa, y aun la de Viena, con Finger al frente, combatieron el empleo terapéutico del salvarsán, por considerarle, como al atoxil, dotado de una acción tóxica selectiva sobre los nervios craneales.

Ehrlich dió a estas manifestaciones el nombre de *neurorecidivas*, poniendo ya desde un principio gran cuidado en hacer resaltar que estos accidentes faltan siempre en los casos de tratamiento salvarsánico de individuos no sifilíticos. Estos particulares síntomas del sistema nervioso, afirmaba ya por entonces Ehrlich, son debidos a una recidiva sifilítica, o, lo que es lo mismo, a una acción directa del treponema.

Este mismo autor, fundándose en su teoría de la *terapia esterilisans magna* de la sífilis, explicó los fenómenos del modo siguiente: si la esterilización de la sífilis no fuese completa por la acción de un tratamiento salvarsánico, los treponemas se refugiarían en determinados lugares, especialmente en los territorios poco vascularizados (nervios, por ejemplo), dando lugar a focos infectivos, a los que difícilmente alcanzaría la acción del medicamento. Si esta localización es, como ocurre corrientemente, la cubierta de un nervio, se produce sobre ella una reacción linfocitaria que comprimirá las fibras del mismo, produciendo las manifestaciones de la neurorecidiva.

Este mecanismo de la compresión explica también la tendencia de las recidivas a localizarse en los puntos de emergencia de los nervios por los estrechos orificios

craneales. Las neurorecidivas eran, en resumen, para Ehrlich, el resultado de una esterilización incompleta.

Wechsellmann explicó el origen de las neurorecidivas afirmando que, a causa de la encapsulación de los treponemas en distintos lugares, no podían ser accesibles éstos a la acción de los medicamentos, estando, en consecuencia, en condiciones de provocar estas recidivas locales.

Talman y Friboes, entre algunos otros autores, consideran este accidente como una manifestación anterior del secundarismo.

Para Azúa, las neurorecidivas eran debidas a la distinta apetencia del salvarsán por los diferentes tejidos. Las meninges, según esto, eran uno de los lugares menos salvarsanótrofos, por lo cual no llegaba a ellas cantidad suficiente de medicamento para destruir totalmente los treponemas. Esta circunstancia determinaba también una emigración de gérmenes hacia ellas, en donde, al desarrollarse, determinaban los síntomas de la neurorecidiva.

Gougerot admitía que estos accidentes eran debidos a que el arsénico ejercía sobre los elementos nerviosos la misma acción que sobre las células hepáticas, disminuyendo su resistencia. En consecuencia, una vez pasada la acción del arsénico sin haber llegado a producir una esterilización completa, los treponemas encontrarían en este lugar terreno especialmente favorable para desarrollarse.

Dujardin, fundado en el estudio necrópsico de dos enfermos de neurorecidivas, en los que encontró gomas cerebrales, emitió la teoría de que estos accidentes eran la consecuencia de un terciarismo precoz.

Con los progresos de la salvarsanterapia y la demostración de la acción indirecta de este medicamento sobre el treponema, se explicaron los casos de neurorecidivas, admitiendo que el salvarsán provocaba a nivel de los órganos y tejidos la formación en cantidades diferentes de anticuerpos o productos de transformación, y que de todos aquéllos eran los del sistema nervioso los que en me-

Al minuto...

actúa en las
intoxicaciones
y otros estados de
indicación vital urgente
el heroico analéptico

Coramina 

CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA DE PRODUCTOS QUÍMICOS
Barcelona • Aragón, 285 M. de Cubas, 5 • M a d r i d

ANEMIAS



hepa

PRINCIPIO
AISLADO
CON HIERRO

ANTIANÉMICO
DEL HÍGADO
Y COBRE

JARABE

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

INYECTABLE

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

PRODUCTO NETAMENTE NACIONAL



LABORATORIOS JUSTE • MADRID •

FRANCISCO NAVACERRADA, 3 • HOTEL
APARTADO DE CORREOS 9030

nor cantidad los producía. De este modo, cuando los anticuerpos son insuficientes para neutralizar la acción del treponema o de sus toxinas, se producen las neurorecidivas.

A pesar de todas estas conclusiones, la escuela francesa continuó admitiendo el origen tóxico de este accidente.

Nichols y Hough creyeron haber demostrado de un modo terminante la naturaleza específica de las neurorecidivas, después de haber conseguido sifilizar conejos con el líquido cefalorraquídeo de individuos afectados de este accidente. Esta prueba, sin embargo, carece en absoluto de valor, conocidos los trabajos de Ravaut, en virtud de los cuales se ha demostrado que, aproximadamente, el 70 por 100 de los sífilíticos secundarios, tienen alteraciones del líquido por invasión del treponema.

Posteriormente, los autores alemanes comprobaron que las alteraciones humorales (sangre y líquido) que persistían después del accidente de neurorecidivas, curaban con el mercurio. Convencidos por ello de que eran manifestaciones específicas, decidieron tratarlas con salvarsán y vieron que curaban igualmente. La casi desaparición de las neurorecidivas, observada actualmente en la época de los tratamientos intensos y continuados, es una prueba más de su origen específico.

En resumen, puede decirse que el origen de las neurorecidivas no puede atribuirse únicamente al tratamiento insuficiente, ya que, como luego diremos, se han observado casos con tratamiento completo. La génesis de las neurorecidivas producidas terapéuticamente permanece aún sin aclarar por completo. En esencia, el proceso sería igual al que se produce en las meningoneuritis espontáneas.

DEFINICIÓN, CONCEPTO DE LAS NEURORRECIDIVAS

La cuestión de las neurorecidivas ha perdido desde hace algún tiempo una gran parte de su interés práctico. Con los progresivos avances conseguidos por la sifiliografía, como indicábamos hace un instante, han desaparecido casi por completo estos accidentes, y hoy día, lo que antes fué objeto de dura controversia, sólo tiene un valor casi puramente histórico.

La palabra *neurorecidiva*, propuesta por Ehrlich, no se ajusta al verdadero significado del proceso. Cuando hablamos de exantemas recidivantes o de recidivas cutáneas o mucosas, queremos indicar la nueva aparición de lesiones en el lugar donde habían existido anteriormente. En la neurorecidiva, como ya diremos, no ocurre esto.

Ajustándose al sentido etimológico, únicamente se podría hablar de neurorecidivas cuando, en el curso del período secundario, se repitiera, después de curada, una parálisis de nervios craneales. Esta sería la verdadera neurorecidiva, pero casos de este género apenas si se han descrito. Recordamos únicamente en este momento

una referencia de Zaloziki y Fruhwald, referente a un caso que, después de padecer una papilitis del lado derecho, se presentó una afección del auditivo del mismo lado, y en el cual una punción, practicada poco antes, había dado resultados negativos. Estos casos son tan excepcionales, que no vale la pena de insistir sobre ellos.

Por estas razones, Weigerth ha propuesto abandonar la palabra *neurorecidiva* y sustituirla por la de *provocación por el salvarsán*, lo cual, sin embargo, tampoco es justo, ya que, como diremos oportunamente, preséntanse también estos accidentes en ausencia de tal medicamento. Recordemos también, para rechazar esta segunda denominación, los casos de lesiones de los nervios craneales observados inmediatamente después del tratamiento salvarsánico, y que, análogos en su significado a las reacciones de Herxheimer, que se presentan en la piel y en los órganos, constituyen la verdadera provocación por el salvarsán.

Las neurorecidivas genuinas se presentan, por lo general, algún tiempo después de un tratamiento salvarsánico insuficiente, no siendo nunca provocadas inmediatamente por la medicación.

La expresión *neurorecidivo* se aplica corrientemente ante toda manifestación nerviosa que se presenta después del período secundario.

Steiner muéstrase partidario de una designación con sentido anatómico, y en vez de hablar de *neurorecidivas* o *meningorrecidivas*, decir *meningitis precoz* o *meningoneuritis* de la misma fase de la sífilis. Con ello se indicaría que la meningoneuritis precoz es una manifestación bastante frecuente, aun en casos no tratados; que el tratamiento tiene un influjo exacerbador, en virtud del cual puede producirse un retroceso de ésta, como ocurre con un tratamiento largo; y, por último, que estas meningoneuritis no son otra cosa que la consecuencia de una infección del sistema nervioso central y, sobre todo, de las meninges.

La palabra *meningorrecidiva*, que ya hemos mencionado varias veces en el curso de este trabajo, tampoco tiene un valor etimológico exacto. Nadie ignora que en el período secundario, con la generalización del virus, se produce una invasión del líquido cefalorraquídeo, comprobable objetivamente, como hemos podido ver en los trabajos de Ravaut, la cual no debe en modo alguno considerarse como una meningorrecidiva. Esta invasión del líquido tiene la misma significación que una reacción meníngea.

No se trata, por lo tanto, más que de una palabra mal empleada, que, clínicamente, indica *líquido sífilítico*, concepto contra el cual también se ha levantado la protesta de Nonne.

La clasificación dada por Kyrle de estos accidentes, teniendo en cuenta únicamente la conducta del líquido, ha sido objeto de duras controversias. Esto no quiere decir que deba prescindirse en modo alguno del control del li-

Avance de sumario para el número siguiente

(30 de noviembre de 1935)

Dr. F. MÚRILLO Y PALACIOS: Inmunidad y alergia.

Dr. FRANCISCO DE LOS RÍOS: El tratamiento de la tuberculosis en la Edad Antigua.

Dr. R. MARESCH: Estudios recientes sobre la patología de la inflamación.

Dr. ALBIÑANA: La ruta de Esculapio. XVII.

Dr. E. HERRMANN: Resultados de mediciones de la concentración de iones de hidrógeno en la sangre corriente.

Bibliografías.

Periódicos médicos.

Sección profesional.

quido en el curso de las meningorrecidivas, sino que no debe fundarse en este hecho solo, valorándolo excesivamente, la clasificación de las neurorrecidivas.

Este autor considera que, bajo el epígrafe genérico de neurorrecidivas, se comprenden tres conceptos distintos:

1.º Verdaderas meningo o neurorrecidivas, deducidas de la provocación terapéutica, con ausencias de sus afecciones patológicas del líquido cefalorraquídeo antes del tratamiento.

2.º Verdaderas meningo o neurorrecidivas, con líquido patológico antes del tratamiento, empeorando por la aplicación de éste.

3.º Casos en los que el líquido es anormal, antes, durante y después de la manifestación patológica.

El concepto inicialmente limitado de las neurorrecidivas ha sido recientemente ampliado, principalmente por Zalzoki y Dreyfus, a casi todos los síntomas nerviosos que se presentan en relación temporal con el tratamiento, considerándose, en consecuencia, como tales, las meningitis sífilíticas precoces y los hallazgos casuales en el líquido cefalorraquídeo. Benario incluye igualmente en su estadística, entre las neurorrecidivas, seis casos de epilepsia y 11 de hemiplejía.

Las neurorrecidivas no son sólo patrimonio, como ya incidentalmente indicábamos, de la terapéutica salvarsánica, pudiendo igualmente presentarse después del tratamiento por el mercurio, bismuto y yodo. Benario, por encargo del mismo Ehrlich, recopiló todos los casos publicados de neurorrecidivas, llegando a la conclusión de que, si bien éstas habían tomado gran incremento con la introducción de la salvarsanoterapia, ya anteriormente se habían publicado casos de este género en enfermos tratados con mercurio.

Entre nosotros, Sáinz de Aja, en el año 1911, afirmaba que las neurorrecidivas eran más frecuentes con el salvarsán que con el mercurio, con lo cual claramente indicaba que estos accidentes eran conocidos desde mucho antes.

Existen también casos de sífilis en los que no se ha efectuado desde su comienzo ninguna clase de tratamiento, en los que se han presentado también cuadros de este género. Janhel cita un caso en el que uno de sus enfermos consultó, a consecuencia de una parálisis facial, descubriéndose entonces un exantema papuloso y restos de la esclerosis inicial. Igualmente, en la literatura se encuentra un considerable número de casos que sirven de explicación a muchos no aclarados, antiguos y recientes, que por no sospechar su infección no habían hecho ningún tratamiento.

La localización del accidente primario no interviene, como habían mencionado algunos autores, en la producción de la neurorrecidiva. La existencia de un origen extragenital no impide la presentación de éstas. Herheimer, por ejemplo, refiere a este propósito un caso interesante de chancro doble en el párpado superior del ojo izquierdo, que fué atacado de una neuritis óptica del mismo lado, que posteriormente afectó al derecho. Rothschild, en sus repetidas veces mencionada estadística de 36 menorrecidivas, cita cuatro casos de comienzo extragenital de la infección. En los dos casos de Steiner ya citados, uno adquirió su sífilis por infección profesional a nivel del dedo medio derecho, siendo atacado poco después de una meningoneuritis del acústico del mismo lado.

Al terminar esta cuestión se nos ocurre que segura-

mente el aumento mencionado al comienzo de la era salvarsánica se debería, por una parte, a la acción indudable del salvarsán, y, por otra, a que los perfeccionamientos del diagnóstico neurológico, la introducción del estudio del líquido y la práctica de la reacción de Wassermann, permitirían descubrir muchos accidentes que antaño pasarían inadvertidos.

FRECUENCIA

Las manifestaciones nerviosas más frecuentes en el curso de los períodos iniciales de la sífilis son, indudablemente, las neurorrecidivas, a las cuales siguen las meningitis precoces.

Benario, fundado en sus abundantes investigaciones estadísticas, ha dado la siguiente escala de frecuencia topográfica, expresada en tanto por ciento:

1.º	Acústico	44	por 100.
2.º	Óptico	36	— —
3.º	Motor ocular.....	7	— —
4.º	Facial	7	— —
5.º	Abducens	3	— —
6.º	Troclear	1	— —
7.º	Trigémico	0,5	— —

Referente a la frecuencia en relación con la medicación empleada y este accidente, es interesante la estadística de Rothschild, que hasta el año 1930 había reunido 36 casos de neurorrecidivas:

1.º	Mercurio, más salvarsán	17
2.º	Silbersalvarsán	9
3.º	Espontáneas	3
4.º	Salvarsán	2
5.º	Salvarsán y bismuto	2
6.º	Neosalvarsán	1
7.º	Mercurio	0

La experiencia de todos los sifiliógrafos muéstrase de tiempos tiempos. Jadasshon, de 478 casos tratados por salvarsán en considerar que la frecuencia de las neurorrecidivas ha disminuído considerablemente en estos últimos años, recogió 13 neurorrecidivas. Otros autores dan cifras que oscilan entre 0,7 y 2,7 por 100. Finger llegó hasta 10 por 100.

La frecuencia en relación con el sexo ha sido muy discutida, pues mientras que Mattauscheck deduce de sus investigaciones estadísticas que la proporción entre el hombre y la mujer es de 3 a 7, otros autores, como Finger, invierten los términos y admiten que para 11 neurorrecidivas que se observen en el hombre, se presentan 8 en la mujer.

Puede afirmarse, en resumen, que el número de neurorrecidivas provocadas terapéuticamente no es actualmente mayor que el de las que se presentan espontáneamente.

FECHA DE APARICIÓN

Poco se sabe acerca del momento más peligroso de la sífilis precoz para la presentación de las neurorrecidivas. Puede afirmarse, sin embargo, que los peligros de este accidente han pasado al cabo de los dos años del comienzo de la infección. Hoffmann llama meningorrecidivas tardías a las que se presentan de medio a un año después del chancro. Rothschild, de sus 36 casos, 29 se

presentaron en el curso del primer año, y siete en el segundo.

Nathan considera que, habitualmente, las neurorecidivas producidas por el salvarsán aparecen cuatro o seis semanas después de terminado el tratamiento, mientras que las del bismuto lo hacen de tres a seis meses. Pueden considerarse como excepcionales los casos de este género aparecidos, como el de Dora Fuchs dos meses y medio después del tratamiento, y el de Rothschild, al año. Nathan refiere un caso tratado con 3,10 de silbersalvarsán y mercurio, ocurrido a las seis semanas de terminar la cura.

SINTOMATOLOGÍA

Descubrimientos accidentales han permitido demostrar antes de la aparición objetiva de la neurorecidiva importantes alteraciones del líquido cefalorraquídeo. Con frecuencia se observan también con anterioridad al período de estado manifestaciones neurológicas de clase indeterminada y, por lo general, puramente subjetivas. Todo esto parece indicar que antes de la manifestación clínica aparente se podría observar una alteración específica del sistema nervioso. En realidad, como ahora diremos, la alteración del líquido y la existencia de manifestaciones subjetivas (cefaleas) son ya manifestaciones del accidente, de las que sólo por diferencias graduales se llega a la genuina neurorecidiva.

Como ya indicábamos, este cuadro clínico puede ir precedido de manifestaciones prodrómicas caracterizadas por cefaleas, zumbidos de oído, vómitos, vértigos, etc.

Las manifestaciones de los nervios craneales tienen en el cuadro de este accidente el aspecto aparente de pares atacados fuera de la substancia central. No se trata, por lo general, clínicamente, de parálisis nucleares, sino de parexias, estando, sin embargo, en la realidad anatómica atacada la parte más central del nervio. El punto preferido por este proceso, y del cual, como es lógico, dependen sus manifestaciones sindrómicas, es el trayecto de la base del cráneo antes de entrar en la protuberancia. El nervio óptico es autónomo en cuanto a estos caracteres, debido a la especial estructura del mismo y de sus envolturas meníngicas, estando lesionado en su periferia. Aun cuando puede darse algún caso con líquido normal, en la mayoría de ellos muestra éste valores fuertemente patológicos.

El grado de parálisis que produce varía extraordinariamente, desde la parexia inicial hasta la parálisis total.

Un hecho de indudable importancia para el diagnóstico de las neurorecidivas es el pretendido antagonismo absoluto existente entre éstas y las manifestaciones exantemáticas de la sífilis secundaria. Es indudable que en la época de presentación de estos accidentes sólo rara vez se observan exantemas sífilíticos extensos. No está aún demostrado si este hecho depende de que la presencia de accidentes cutáneos impone la práctica de tratamientos intensos esterilizantes, o de que, en realidad, exista una acción defensiva de la piel. Aunque este es un hecho de observación, no puede exagerarse excluyendo sistemáticamente el diagnóstico de neurorecidivas por la sola presencia de accidentes cutáneos. La bibliografía contiene casos indudables de coexistencia de unas y otras manifestaciones. Steiner cita a este propósito el caso de una sífilide papulosa y una neurorecidiva indudable, que únicamente por este motivo fué interpretada erróneamente.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial de estos accidentes ofrece, por lo general, pocas dificultades. Los datos anamnésicos, la sintomatología y el curso permiten fácilmente desechar la existencia de otros síntomas meníngicos. La presencia de una parálisis facial puede inducir a la confusión con una esclerosis múltiple. Un comienzo por cefaleas y diplopsia puede hacer pensar en una parálisis del sexto par. La existencia de vértigos, cuando existe al propio tiempo fiebre, puede igualmente sugerir la idea de una encefalitis letárgica en su comienzo.

Sin embargo, repetimos, las circunstancias en que se presenta, por lo general, este accidente, permiten fácilmente encontrar el camino cierto.

PRONÓSTICO

El pronóstico de las neurorecidivas es bueno en cuanto a trascendencia vital y, por lo general, malo, en cuanto a la desaparición de las secuelas del accidente. Más problemático es el porvenir que espera al enfermo que ha padecido este género de accidentes. Trátase de una debatida cuestión de singular importancia, sobre todo en lo referente a la patogenia de la neurosífilis.

La opinión de Nonne y algunos otros autores de que la presencia de estos accidentes en el período precoz de la sífilis protegía contra la tabes y la P. G. P. no puede actualmente ser sostenida. Steiner y Bian, en su estadística de 1924, referente a 83 enfermos de neurosífilis tratados con fiebre recurrente, pudieron observar que dos de ellos habían presentado neurorecidivas en el curso de su período secundario. Rothschild, en su ya mencionada estadística de 36 neurorecidivas, ha podido observar algunos, aunque raros casos, de P. G. P. indudable. Dado que en una gran proporción de estos enfermos era aún muy recientemente su período secundario, es de esperar que aún puedan producirse más casos de sífilis parenquimatosa del sistema nervioso. Fritmann ha comunicado un caso de neurorecidiva seguido de P. G. P. típica. Mattauschek ha criticado este caso, dudando que, en realidad, se tratase de una verdadera parálisis.

Parece, por lo tanto, deducirse de todas estas observaciones que las neurorecidivas carecen de una acción protectora contra la sífilis cuaternaria. Tampoco la inversa, es decir, que las neurorecidivas sean factor predisponente para afecciones neurosífilíticas ulteriores, es un hecho que, aunque afirmado por algunos, no ha podido ser demostrado.

TRATAMIENTO

La presentación poco tiempo después de un tratamiento antisifilítico de síntomas de excitaciones meningoneuríticas es un hecho que no debe sorprender ni asustar al clínico. La terapéutica debe continuarse sin miedo ninguno, siendo precisamente estos accidentes un dato demostrativo de que el tratamiento salvarsánico va a dar buen resultado. Para curar la meningoneuritis hay que ser consecuente con la quimioterapia, siendo lo mejor combinar el tratamiento salvarsánico con el bismuto.

Es preciso recordar a este propósito que las neurorecidivas tienen en algunas ocasiones una evidente tendencia a la curación espontánea.

PROFILAXIS

No se conoce actualmente la verdadera profilaxis de las neurorecidivas. No es cierto, como se ha afirmado con demasiada insistencia, que las neurorecidivas sean debidas únicamente a un tratamiento insuficiente. Hay casos, como ya hemos mencionado anteriormente, en que estos accidentes se han presentado en ausencia de todo tratamiento, y aun en casos perfectamente tratados. No hay que olvidar, en justificación de los que han sostenido esta teoría, dicen otros autores que en la práctica son infinitamente más frecuentes los casos de sífilis mal tratada que los que lo han sido correctamente, por lo cual nada tiene de extraño que se hayan observado habitualmente en estos últimos. Esta opinión, que pretende excluir casi en absoluto la acción del tratamiento, no puede ni debe ser admitida tampoco de un modo absoluto. No hay más remedio, ante la realidad de los hechos clínicos, que admitir, con Steiner, que la quimioterapia insuficiente es un elemento causal de gran importancia, aunque no el único, de las neurorecidivas. De este modo se explica que el tanto por ciento de estos accidentes sea en la actualidad, en que los tratamientos son más intensos y sostenidos, mucho menor que en el comienzo de la era salvarsánica, en el cual se efectuaban una o dos inyecciones de un medicamento enérgico, que, si bien eran capaces de hacer desaparecer las manifestaciones objetivas, eran incapaces, por su cantidad, de esterilizar la infección. Neisser afirma no haber observado apenas recidivas nerviosas en la actualidad, debido únicamente a haber sido realizados tratamientos correctos. Por la misma razón explicaron Azúa y Sáinz de Aja la ausencia de neurorecidivas en la clínica privada, debido a que estos enfermos realizan mejor el tratamiento.

Ya hemos citado en el lugar correspondiente que todas las medicaciones específicas son capaces de dar lugar a neurorecidivas, por lo cual no es posible fundarse en este criterio para efectuar la profilaxis.

Únicamente podemos decir en este sentido, sin que el criterio sea definitivo, que un tratamiento correctamente llevado es la mejor profilaxis de las neurorecidivas.

Información del Primer Congreso Internacional de Gastroenterología

Bruselas (8-11 agosto 1935)

Resúmenes tomados—menos el primero—del libro "Informaciones y ponencias", publicado por la Secretaría del Congreso en julio de 1935.

Por R. LUIS Y YAGÜE

(Conclusión.)

SEGUNDA CUESTION

LAS COLITIS GRAVES NO AMIBIANAS

I

ETIOLOGÍA, SINTOMATOLOGÍA, DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICA MÉDICA

Por el Prof. Gallart Mines (de Barcelona).

De las investigaciones publicadas sobre la etiología de las colitis ulcerosas se destacan las que refieren la enfermedad al origen tóxico-infeccioso, puesto que no se puede encontrar factores de orden constitucional o funcional adquiridos que obren como causa coadyuvante o aun determinante de la enfermedad.

No se puede distinguir lazos epidemiológicos que demuestren su contagio directo, los enfermos pareciéndose entre sí.

Entre las diferentes especies bacterianas que han sido consideradas como agentes etiológicos hay que señalar las que pertenecen al grupo de los estreptococos.

Cuando se practican exámenes bacteriológicos directos de los productos procedentes de lesiones intestinales, lo que llama la atención es la pequeña cantidad de gérmenes existentes.

Los cultivos de raspados de mucosa enferma en el medio de *Rosenow* y sus nuevas y sucesivas siembras en el mismo medio permiten siempre el aislamiento de un germen, dispuesto en diploestreptococos o en cadenas cortas, que a primera vista tiene las características que *Bargen* señala en su diploestreptococo de la colitis ulcerosa. Para valorar este dato, se debe tener en cuenta la condición selectiva del medio de *Rosenow*, que permite el aislamiento de este germen aun cuando se encontrase en pequeño número.

Las siembras sucesivas en placas de agar-agar permiten aislar este diploestreptococo, que a veces retona modificando intensamente la hemoglobina; de otra parte, los más hemolizan y enverdecen de modo ligero, y, algunas veces, sin manifestar modificación perceptible.

Las investigaciones bacteriológicas ulteriores, según el método de clasificación señalado por *Brown*, permiten separar con facilidad y clasificar correctamente las especies bacterianas siguientes de diplococos, estreptococos primitivamente sembrados del gran agrupamiento: *Efecalis*, *mitis* saprofítico, salivario, y seguramente otros a los cuales no hemos llegado en nuestras investigaciones.

Estos mismos gérmenes y otros semejantes, en proporciones relativamente semejantes a los obtenidos en los sujetos enfermos, pueden aislarse de individuos sanos o de pacientes de otra afección.

Por su acción sobre la hemoglobina, sus características de cultivo y sus propiedades bioquímicas, el diploestreptococo de la colitis ulcerosa de *Bargen* se debe identificar al estreptococo *mitis*, variedad secundaria de la clasificación de *Brown*.

Este germen y la mayoría de los diplococos encontrados en la colitis ulcerosa muestran con frecuencia acción patógena sobre el conejo, los cuales generalmente están desprovistos de los mismos gérmenes cuando se aíslan de individuos sanos.

Al reproducir esta acción patógena no produce la mayor parte del tiempo un cuadro que pueda identificarse con el de la colitis ulcerosa. En algunos casos pueden producirse lesiones gastrointestinales, que asientan principalmente en el corión submucoso, y que significan un proceso que evoluciona con mucha rapidez, con anatomía patológica no característica.

Muchos animales inoculados no presentan ningún trastorno después de un año de observación. En otros, las reinoculaciones han producido la muerte.

El aumento de capacidad patológica de los gérmenes aislados de la colitis ulcerosa ha podido ser demostrado por otros autores con otras especies distintas de estreptococos.

Si se practican raspados de mucosa de enfermos de colitis ulcerosa y se inoculan por vía intravenosa al conejo, con emulsión previa en solución salina, filtrada a través de una bujía L. 3, se puede producir una enfermedad

experimental y lesiones que semejan bastante a las que determinan los gérmenes solos.

Esta enfermedad puede producirse en serie, hecho que demuestra que es determinada por un virus filtrable.

Este virus se puede encontrar también en los sujetos sanos, y por este hecho disminuye a primera vista el valor de este hallazgo, como causa única de la enfermedad.

Si se inocula al cobaya de filtrados procedentes de sujetos afectos de colitis ulcerosa, pero sin lesiones o manifestaciones sospechosas de infección tuberculosa, no es posible determinar ninguna de las formas experimentales de tuberculosis conocidas en la actualidad.

Por excepción se puede también encontrar en las especies anaerobias un aumento de virulencia.

Desde el punto de vista diagnóstico de la colitis ulcerosa, presenta cuadro clínico e imágenes rectoscópicas muy características. La radiología es también gran elemento de diagnóstico.

Las complicaciones que hemos observado con la mayor frecuencia son: la poliposis rectosigmoidea, la poliposis difusa extendida a todo el colon, la estenosis rectal, la estenosis sigmoidea, la degeneración neoplásica y la perforación. Entre las complicaciones extracolónicas: las artritis, el absceso perirrectal y fistulas múltiples, nefritis, las ulceraciones de la piel y del velo del paladar, la púrpura y la flebitis.

La evolución puede revestir la forma aguda o crónica; la primera es de malignidad extraordinaria, la segunda puede curar, pero sus características son las recidivas y las complicaciones.

La terapéutica es poco específica, y hoy es necesario que nos contentemos con luchar contra síntomas. Hasta el presente no disponemos de terapéutica específica.

II

ASPECTO MÉDICO

Prof. Snapper (Amsterdam).

(Resumen del autor.)

I. La colitis ulcerosa grave o colitis supurativa se debe definir como la inflamación del colon acompañada de formaciones ulcerosas, sin que el agente causal de las ulceraciones sea, sin embargo, conocido. Esta colitis ulcerosa ofrece cuadro clínico típico.

II. El diagnóstico simple y diferencial descansa sobre: a), la anamnesis; b), el examen macroscópico y microscópico de las materias fecales, y, en estos casos, la presencia de diarrea con sangre, moco y pus, guía el pensamiento en la buena dirección; c), el hecho de poder excluir la disentería bacilar y amibiana, la tuberculosis, la diverticulitis, el síndrome génitorrectal, la ileítis regional, las ulceraciones urémicas, y, por último, el cáncer del recto y el sigmoideo, corto grupo de afecciones que presentan sangre y pus cuando la defecación; d), la anemia acompañada de imagen típica del colon y de velocidad de sedimentación acelerada; e), el aspecto típico del colon y del asa sigmoidea cuando la rectoscopia; f), la imagen radiológica típica del intestino después de la administración de enema baritado.

III. Desde el punto de vista crítico, conviene todavía considerar la causa de la colitis como desconocida.

IV. En resumen, la terapéutica interna de las colitis ulcerosas graves no puede ser demasiado optimista; se tiene la impresión de que el reposo en el lecho,

con régimen fortificante y de fácil digestión, con aplicación de calor sobre el vientre, son los factores principales del tratamiento.

La influencia curativa de los medicamentos, de todos los enemas, y aun de las vacunaciones, no debe ser desestimada. Casi todos los casos en los cuales la colitis ulcerosa se limita al recto o al colon descendente tienen pronóstico favorable. La curación en casos semejantes no puede, pues, jamás ser considerada como prueba de la eficacia de un cierto medicamento o método.

En la mayor parte de los casos graves en que el colon ascendente está también enfermo, los métodos citados aquí no tienen mucho efecto.

Esto hace comprender que en muchos casos graves de colitis ulcerosa, en especial en los que vienen a los hospitales, el internista está con frecuencia obligado a demandar la colaboración del cirujano para el tratamiento médico de esta enfermedad.

III

RADIOLOGÍA DE LAS COLITIS

Por el *Prof. Dall'Acqua (Milán).*

(Resumen del autor.)

Las principales conclusiones respecto al problema del diagnóstico radiológico de la colitis son:

1.^a Las alteraciones inflamatorias del colon, cuyo sustrato anatómico consiste en modificaciones estructurales de la mucosa, no pueden ser descubiertas y demostradas radiológicamente más que por el estudio de las superficies colíticas internas por capa delgada.

2.^a Como en el sujeto vivo concurren dos factores funcionales a modificar el sustrato anatómico (la contractilidad reaccional de las tónicas musculares y la autoplasicidad de la mucosa), la comparación no es casi posible entre los relieves que se han comprobado y los que se observan en el cadáver.

3.^a La variabilidad de los cuadros radiológicos en las colitis, aun en presencia de alteraciones anatomopatológicas idénticas, se explica por la influencia que ejercen factores funcionales; hay también la posibilidad de cuadros semejantes en un mismo colon en exámenes practicados en cortos intervalos de tiempo.

4.^a En los relieves radiológicos, las alteraciones de los componentes morfológicos de la mucosa son tanto más evidentes y groseros cuanto es más intensa la reacción inflamatoria de la mucosa.

5.^a Con frecuencia, en las inflamaciones ligeras los hallazgos que procura la investigación fina del relieve interno no ofrecen caracteres suficientemente diferenciales con el relieve propio del colon normal.

6.^a Por el contrario, las colitis ulcerosas graves entrañan tales modificaciones de estructura, que su comprobación radiológica es posible.

7.^a Sin excluir que algunas úlceras cólicas pueden manifestarse como alteraciones de los contornos, o bien aparecer sobre las radiografías en capa delgada, como opacidades de la cara, es necesario, sin embargo, que la interpretación de ciertas imágenes que son reputadas de ser debidas a pérdidas de substancias parietales, sea confirmada por comprobaciones anatómicas quirúrgicas practicadas según procederes técnicos oportunamente establecidos por Forsell en su tiempo para semejantes averiguaciones comparativas.

8.^a El problema del diagnóstico diferencial de las úl-

ceras amibianas y no amibianas merece ser objeto de estudio y averiguaciones ulteriores.

9.^a Las colitis específicas no dan lugar a alteraciones del relieve interno que sean indudablemente patonómicas. El criterio de la localización puede ayudar a la orientación diagnóstica.

10. El método de exploración del relieve interno permitiendo visualización directa de la lesión nos informa sobre el asiento de éste y sobre su extensión.

11. Las modificaciones cualitativas y cuantitativas de la secreción intestinal que se producen en las colitis tienen influencia desfavorable sobre la comprobación del relieve interno.

12. Las anomalías de la motilidad en la esfera del intestino grueso no son casi patonómicas de la alteración inflamatoria del colon.

COLITIS ULCERATIVA

I

ESTUDIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Por el Prof. Vintrup (Copenhague).

(Resumen del autor.)

Hace cincuenta años, *Wil Halle Wite* describía por primera vez la colitis ulcerosa. Durante este medio siglo, sin embargo, poco ha sido añadido a la descripción de éste de las grandes modificaciones anatómicas en el material de autopsia.

Aun cuando el empleo de los exámenes a rayos X y de la proctosigmoidoscopia se ha evidenciado como de gran valor diagnóstico, es generalmente admitido que la extensión y la intensidad de los procesos ulcerosos están todavía mejor estudiados en la autopsia.

La literatura comprueba que las modificaciones anatómicas están confinadas principalmente en el intestino grueso, envolviendo en muchos casos toda su longitud. Las capas interiores de la mucosa y de la submucosa están reemplazadas por el tejido granuloso colocado sobre la muscular denudada. Sólo algunos grandes residuos de la membrana mucosa y de la submucosa hinchados permanecen en su sitio como islotes o puentes.

La envoltura exterior del colon está afectada en grado menos avanzado, y la muscular, edematosa e hiperémica.

La pericolicitis se manifestará en casos muy raros; los abscesos pericolicos con perforación son referidos contadas veces.

Sin embargo, los hechos encontrados en el material de autopsia están, por lo general, muy agravados por la descomposición después de la muerte, que modifica bastante la envoltura interior del tractus intestinal. En este orden de ideas no es inútil insistir sobre el hecho de que, es necesario efectuar el examen preciso de los órganos inmediatamente después de la muerte, con el fin de evitar esta descomposición. Esto se puede hacer con mucha facilidad por el método de *Knud Faber* y *C. E. Blorch*. En las investigaciones hechas por el A. sobre órganos recién quitados, ha podido encontrar por regla general zonas alteradas de la membrana mucosa del colon ascendente, y muy bien conservadas e inalteradas la del transversal y del colon ascendente. Aun en casos de muy fuerte destrucción en el descendente y en colon iliaco, los islotes de mucosa continúan en su sitio en medio de zonas

ampliamente ulceradas, y no están en varios puntos más que ligeramente afectadas.

Desde el punto de vista histológico, la lesión de la colitis ulcerosa es primitivamente afección de la mucosa, comprendiendo de modo principal los vasos sanguíneos y el tejido conectivo, con irritación del epitelio. La formación de erosiones debida a la invasión y destrucciones de las bóvedas por leucocitosis constituye un fenómeno precoz en el desarrollo progresivo de esta enfermedad.

Existe primero únicamente ligera tendencia a la descamación en la mucosa, las erosiones se hacen más profundas, se extienden con frecuencia hasta la submucosa, en donde pueden formarse abscesos confluentes con "perforación" en la luz intestinal.

Contrariamente a la opinión que se halla de modo corriente en la literatura, encontramos en los bordes de las úlceras grandes cantidades de leucocitos, una zona con necrosis fibrosa, una zona de tejido congestionado que contiene numerosos poliblastos y, enseguida, una zona submucosa rica en fibroblastos y en fibrillas, pero sin proceso esclerótico aparente. La muscular permanece bien conservada durante mucho tiempo. En los casos agudos, sin embargo, la muscular denudada es igualmente atacada; el tejido intersticial está edematoso; los vasos sanguíneos, dilatados; se presentan acumulaciones perivasculares de linfocitos y de leucocitos polimorfonucleares y las células musculares sufren modificaciones degenerativas.

Por aquí y por allá, alrededor de los grandes vasos, se extienden las infiltraciones perivasculares al tejido subseroso.

La serosa está lesionada en diferentes grados, y generalmente hiperémica, con frecuencia acompañada de proliferación de nuevos vasos sanguíneos que brotan, presencia de múltiples fibroblastos, etc.

En los casos crónicos comprobamos la formación de tejido granuloso demarcado, rico en fibrillas, reemplazando la submucosa, formando escara sobre la muscular denudada. Los bordes de las úlceras se hacen limpios y se cubren de epitelio.

II

ASPECTO BIOLÓGICO DE LAS COLITIS GRAVES

Por *R. Goiffon* (París).

(Resumen del autor.)

El aspecto biológico de las colitis ulcerosas está dominado por las modificaciones sufridas por las heces fecales.

Las ulceraciones libran al intestino de productos anormales, que el análisis químico debe descubrir cuando no son visibles a simple vista y están íntimamente mezclados con las heces.

Es ante todo la sangre, de la cual numerosos métodos revelan la presencia. Aquellos que están basados sobre averiguaciones de las porfirinas, sea que estén formadas "in vitro", a expensas de la sangre de las heces, o "in vivo", por la putrefacción, ofrecen gran interés.

Las albúminas disueltas son con facilidad puestas en evidencia por procedimientos sencillos, debidos al autor, que permiten apreciar su grado de transformación.

Por último, el pus es reconocido por la investigación de la catalasa.

Otras modificaciones deben ser averiguadas en las heces, que traducen anomalías de la digestión, de la flora

microbiana y de sus productos, sea una colitis banal sobreadañada, que importa reconocer y cuidar, a causa de su resonancia nefasta sobre las ulceraciones mismas.

La modificación de los humores y de la orina no son más que accesorios, y resultan más de los síntomas sobreadañados que de las ulceraciones mismas.

III

TERAPÉUTICA QUIRÚRGICA

Ponencia del Prof. G. Lardenois.

(Sin publicar.)

Prof. Donati (Milán).

(Resumen del autor.)

1. Las colitis ulcerosas graves no amebianas constituyen un grupo de afecciones no individualizadas perfectamente hasta la presente, y son susceptibles de tratamiento médico en gran parte. Los casos que se han mostrado rebeldes a las curas médicas son susceptibles de tratamiento quirúrgico, a condición de que sea hecho a tiempo con precocidad relativa, comprendiendo tanto las colitis denominadas *crytogenéticas* como las colitis e infecciones específicas bien comprobadas (tuberculosis, sífilis, otras afecciones).

2. El tratamiento quirúrgico está indicado, además de en las colitis rebeldes en evolución, en diferentes complicaciones y consecuencias de dichas colitis (peritonitis por perforación, pericolicitis y paracolicitis supurativas, mesocolitis retráctiles y adhesivas; estenosis intestinales de posición o cicatriciales; neoplasias desarrolladas sobre el terreno inflamatorio crónico).

3. Es necesario considerar dos suertes de intervenciones *indirectas* para la cura de "focos" presumidos o demostrados como causa de la *colitis*, y *directas*, sobre el colon enfermo.

En lo que concierne en particular a las intervenciones indirectas, precisa tomar en consideración el problema de las relaciones entre la apendicitis y la colitis, a causa del gran número de casos que obligan a discriminar si la apendicectomía conviene o no como medio de curación de la colitis.

4. Las intervenciones quirúrgicas indirectas pueden interesar la boca y dientes, el estómago y duodeno, el apéndice, el colon mismo, el recto, el peritoneo, la vesícula biliar, la matriz y los anejos, los órganos urinarios.

Las diversas eventualidades son estudiadas en la ponencia.

5. Las intervenciones quirúrgicas que pueden ser ejecutadas en las colitis en evolución son las siguientes:

a) Las enterostomías efectuadas bajo la forma de fístulas intestinales, teniendo por fin lavados del colon, o bien bajo la forma de ano artificial, con el fin de obtener con la derivación de las heces fuera de él la exclusión total del intestino enfermo. Entre las enterostomías, la apendicectomía tiene lugar importante, a condición de ser ejecutada precozmente; la ileostomía, la fístula fecal, la colostomía ascendente, transversa o izquierda tienen igualmente sus indicaciones, según los casos.

b) Las *anastomosis* y las *exclusiones intestinales*: ileosigmoidostomía, ileotransversostomía, tiflosigmoidostomía, laterolaterales o término laterales.

c) Las *resecciones del colon* (colectomías parciales); la colectomía total debe ser rechazada.

6. Numerosas complicaciones y secuelas son de la competencia quirúrgica, y constituyen con bastante frecuencia indicaciones de necesidad; las peritonitis agudas por perforación o de propagación, las pericolicitis subagudas de tipo flegmonoso, las mesosigmoiditis, las pericolicitis crónicas adhesivas que ocasionan trastornos del tránsito, las estenosis cólicas cicatriciales, las neoplasias malignas secundarias.

7. La tendencia de las operaciones que se practican sobre el colon en las diversas circunstancias por colitis en evolución o por sus secuelas y complicaciones no comprende las reglas especiales. Los problemas más importantes son las indicaciones operatorias. En cuanto a la técnica, especialmente para lo que concierne a las colectomías parciales, es necesario discutir la oportunidad de operar en uno o en varios tiempos. La operación en varios tiempos—excepto para las colectomías derechas, en que se la preferirá, siempre que se pueda hacer el método en un tiempo—, es la más recomendable, aunque es bastante más larga, y da mayores garantías de buenos resultados operatorios.

Necesidad de implantar oficialmente en España el servicio de vacunación sistemática por el B. C. G.

POR EL

Dr. TOMAS DE BENITO LANDA

Fundador del Dispensario Antituberculoso «Amparo Landa»

PROYECTO DE ORGANIZACIÓN

En la lucha contra las enfermedades infectocontagiosas y sociales ha sido preocupación constante de médicos e investigadores de todo el mundo la obtención de una vacuna específica que fuera capaz de inmunizar el organismo contra la enfermedad. En la tuberculosis, enfermedad social por excelencia y que tantas víctimas ocasiona en el mundo, han sido legión los investigadores que se lo propusieron, y puede decirse que cada nación cuenta con un investigador, que ha creído hallar en la por él preparada la vacuna antituberculosa indiscutible. Así, son de todos conocidos los nombres de nuestro Ferrán, en España; de Friedman, en Alemania; Maragliano, en Italia; los trabajos de Shiga en el Japón; Bruschetini, en Génova; los ensayos de vacunación de H. Valle de Alfort, la vacuna de Arloing, etcétera, que si bien constituyeron un notorio esfuerzo, digno de elogio, para la obtención de una vacuna antituberculosa, es lo cierto que no ha podido demostrarse su eficacia para la vacunación en el ser humano.

Pero son Calmette y Guérin los dos benefactores sabios que, después de prolijas investigaciones de laboratorio, consiguen obtener una vacuna preventiva contra la tuberculosis, siguiendo las pautas que iniciara el genial Pasteur al demostrar la posibilidad de obtener vacunas con gérmenes vivos atenuados en su virulencia. Esta vacuna, que los autores llamaron B. C. G. (bacilo bilingüe de Calmette-Guérin), comenzó a ser ensayada el año 1924 en el ser humano después de reiterados ensayos en animales de investigación, para demostrar primeramente su inocuidad. Experimentada por fisiólogos e investigadores de todo el mundo, fué aceptada por la mayoría, con muy contadas excepciones, recibiendo su consagración científica y oficial en la Asamblea Internacional contra la tuberculosis, celebrada en Oslo el año 1930.

En España ha llegado ya a divulgarse tanto la eficacia de la vacuna B. C. G., que su empleo es cada día más frecuente, no ya sólo por dispensarios, maternidades y orfanatos, sino en el ejercicio particular por parte de tisiólogos, tocólogos, pediatras, médicos generales y comadronas, e incluso entre las Sociedades mutualistas. Esto expresa de una manera inequívoca la confianza que inspira la vacuna B. C. G. en el ambiente médico y social de España, y ello es motivo de gran satisfacción por nuestra parte, ya que nosotros hemos sido los primeros en instituir este servicio en Madrid hace cinco años, de una manera sistemática, en los distritos de la Universidad, Centro y Chamberí por encargo de la Dirección de Sanidad, que regentaba entonces el prestigioso sanitario Dr. Palanca, obteniendo un porcentaje de vacunaciones bastante elevado en relación al medio social en que se realiza el servicio, y unos resultados altamente satisfactorios, que hemos dado a la publicidad en repetidas ocasiones.

Pero hemos de decir con absoluta sinceridad que no todos los que aconsejan o practican la vacunación saben lo que hacen ni cómo lo hacen, pues frecuentísimo es el hecho, que diariamente observamos nosotros, de que se haga la primera vacunación y no se acuerden de practicar ni se practiquen más las sucesivas revacunaciones, tan necesarias como la vacunación misma para obtener y prolongar la inmunización deseada. Es absolutamente indispensable la revacunación al cumplir el niño el primero, tercero, séptimo y décimo año de la vida, si se quiere y se pretende que alcance el grado de inmunidad permanente y necesario para prevenir la enfermedad.

Es además conveniente e indispensable que, cuando se practica la vacunación en el recién nacido, se investigue si en el domicilio existe algún foco de tuberculosis abierta entre los familiares o personas que conviven con él, pues en este caso y a pesar de que se le vacune deberá ser retirado el niño de dicho foco inmediatamente de nacer, antes de que sufra una contaminación para la que susceptible es su organismo. ¡Cuántos casos de aparente fracaso de la vacuna se explicarían por la falta, por el incumplimiento de este requisito indispensable! El niño vacunado debe ser reconocido en el transcurso de su vida de tiempo en tiempo, tanto para conocer el grado de inmunidad contra la tuberculosis alcanzado por la vacunación y revacunación practicadas como para seguir en él las incidencias sociales de su hogar y tomar aquellas determinaciones de orden profiláctico que exija cada caso. Y todas estas convenientes y precisas medidas de seguridad en la práctica de la vacunación contra la tuberculosis no se podrán tomar si no se cuenta con una organización metódica, científica y perseverante, en una palabra, oficial.

Vacunar a un niño y dejarle abandonado de por vida, como se hace hoy en las tres cuartas partes de las vacunaciones que se realizan en Madrid y en España, es proceder de una manera acientífica, inhumana y engañosa, porque la vacunación realizada sólo en los primeros días del nacimiento no confiere al niño, repetimos, e insistimos en ello por su gran importancia social, el grado de inmunidad que precisa para defenderse de los ataques de la enfermedad. Y bien sea por omisión del que practica la vacunación o bien porque se deje al interés de los padres o familiares el recuerdo de verifi-

car en tiempo oportuno las necesarias revacunaciones, el hecho es que existen en Madrid y en aquellas poblaciones y pueblos que no se tiene debidamente organizado este servicio un número considerable de niños vacunados por primera y única vez, y a los que se cree y considera inmunizados de por vida contra la enfermedad. ¡Lamentable error, que hay que subsanar y rectificar urgentemente!

En el transcurso de los cinco años de práctica de la vacunación sistemática y domiciliaria que nosotros venimos realizando por intermedio de nuestro dispensario, constantemente, un día y otro, somos solicitados para practicar la revacunación a niños a quienes han vacunado una vez y no se han vuelto a acordar de ellos. Esto hay que evitarlo a todo trance. Y se podrá evitar unificando y reglamentando oficialmente el servicio de vacunación por el B. C. G. en Madrid y en toda España, con arreglo a las normas y orientaciones científicas y sociales que esbozamos en este proyecto de organización.

Descubierta con la B. C. G. la tan deseada vacuna contra la tuberculosis como medio preventivo contra la enfermedad, y avalada su eficacia por los mayores prestigios en el campo de la tisiología mundial, podemos tener con ella el procedimiento más barato, sencillo y útil de luchar contra la mortífera tuberculosis. Y España, que por múltiples razones va a la zaga del mundo civilizado en la defensa contra la endemia tuberculosa, que diezma lo mejor de nuestra juventud, debe intensificar su empleo sin pérdida de momento, difundiendo sus positivos beneficios por todo el ámbito de la nación, segura de que dentro de quince o veinte años el índice de morbilidad y mortalidad por tuberculosis habrá disminuido en más de la mitad de nuestras hoy afrentosas estadísticas. Y puesto que recientemente y de una manera oficial ha sido reconocida ya su utilidad y ordenado su empleo en los dispensarios, según disposiciones últimamente dictadas, estudie el Estado si convendría declarar obligatoria la vacunación por el B. C. G. en los niños recién nacidos.

Nosotros, en el deseo de ser útiles a la patria, y sobreponiéndonos a toda clase de dificultades, postergaciones y desamparo de que hemos sido objeto, adelantándonos cuatro años a la declaración oficial de la utilidad de este servicio, tenemos realizadas cerca de 4.500 vacunaciones y más de 2.000 revacunaciones, cuyo estudio estadístico ha sido comentado en diversos trabajos.

PROYECTO DE VACUNACIÓN SISTEMÁTICA POR EL B. C. G. A LOS NIÑOS RECIÉN NACIDOS EN MADRID Y EN ESPAÑA

Laboratorios preparadores de la vacuna B. C. G.—Para organizar debidamente este servicio en España, lo primero en que hay que pensar es en disponer de cantidad de vacuna suficiente a las necesidades de la obra. Tres son en España, que nosotros sepamos, los laboratorios autorizados por Calmette y Guérin para preparar la vacuna, partiendo del cultivo-madre que les fué proporcionado por el Instituto Roux; son éstos el Laboratorio Municipal de Barcelona, el Instituto Nacional de Higiene y el Instituto Llorente, de Madrid. Haría, pues, que poner en condiciones de producción estos tres laboratorios para que pudieran preparar y suministrar el número de dosis precisas a las necesidades de España.

Medalla de Oro, Exposición Universal, París 1900.

Granulos de CATILLON

0.001 Extracto Normal de

STROPHANTUS

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

ASISTOLIA — DISPNEA — OPRESION — EDEMA — Lesiones MITRALES

Granulos de CATILLON

0.0001

STROPHANTINE

CRISTAL

TÓNICO del CORAZON por EXCELENCIA

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

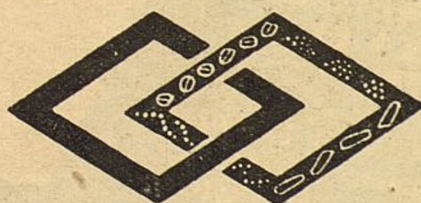
Bremio de la Academia de Medicina de París, por "Strophantus y Strophantine"

Laboratoire CATILLON, 3, Boulevard St-Martin, PARIS

Agentes para España, GIMÉNEZ-SALINAS y C^a, Avda. Eduardo Dato, 10, MADRID

LOS AMPHO-VACCINS DE RONCHESE

Lisado
bacteriano



bacterias tratadas
por el bromo

Responden a todas las exigencias de una vacunación completa tanto preventiva como curativa

LISTA DE LOS AMPHO-VACCINS:

INYECTABLES

Antiinfeccioso
Antiestafilocócico
Intestinal
Pulmonar
Urinario

A INGERIR

Antiinfeccioso
Antiestafilocócico
Antitífico T. A. B.
Intestinal
Pulmonar
Urinario
Ampho-Quintivaccin

TOPICOS

Antipiógeno
(en 2 formas: ampollas de 2 y
10 c. c.)
Rinofaríngeo
Ampho-Tabletas
(a base de Ampho-Vaccins Ri-
nofaríngeo)
Pyo-Amphogel

Para la pulverización del Ampho-Vaccins Rinofaríngeo el
AMPHO-PULVERIZADOR ROCHESE

REPRESENTANTES: **PAGÉS & SARRIAS**

ARGENSOLA, 7.-Teléf. 41934.-MADRID

PUERTA FERRISA, 16.-Teléf. 25844.-BARCELONA

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

MEDICAMENTO LAXANTE
IDEAL PARA NIÑOS,
ADULTOS Y ANCIANOS.

*1 a 3 Comprimidos
por día.*

LABORATORIOS ANDRÉ PÂRIS
PARIS-FRANCE

Muestras: Alejandro Riera, Agente General
Napoles 166 BARCELONA

SAUVILL

Siendo 60.000 aproximadamente los nacimientos que suele haber en España mensualmente, y suponiendo que al comenzar este servicio se vacunara el 5 por 100 de los niños recién nacidos, haría falta obtener una producción de 9.000 dosis de vacuna mensualmente. Al siguiente año habría que tener en cuenta las necesidades de la revacunación. En Madrid hay alrededor de 1.700 nacimientos al mes, y suponiendo que se vacunaran el 20 por 100 (nosotros hemos alcanzado el 34 por 100 en el distrito de la Universidad), harían falta 1.200 dosis de vacuna mensualmente.

Desconocemos la organización de estos laboratorios y sus disponibilidades; pero suponemos que no habría de ser difícil conseguir la ampliación del servicio en caso necesario para llegar a producir la vacuna necesaria en España; desde luego, para iniciar un ensayo en Madrid basta y sobra con la producción actual de los Institutos Nacional y Llorente.

PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR LA VACUNACIÓN SISTEMÁTICA POR EL B. C. G. DE LOS NIÑOS RECIÉN NACIDOS EN ESPAÑA

Partiendo del hecho de que la vacuna B. C. G. no se conserva más de diez días preparada, pasados los cuales no debe utilizarse, y de que igualmente la vacuna administrada por vía oral debe darse durante los diez primeros días del nacimiento del niño, la manera de distribuirla y hacerla llegar a todos los pueblos de España en condiciones de que surta sus beneficiosos efectos ha de ser distinta cuando se trate de localidades separadas del centro productor de vacuna de las en que exista el laboratorio; igualmente habrá que tener en cuenta la densidad de población de ciudades y pueblos. La distribución de la vacuna se simplificaría mucho enviándola directamente desde la Sección Central de Vacunación, de que luego hablaremos, a los médicos o instituciones sanitarias que la solicitaran.

En los pueblos pequeños y Concejos, los médicos titulares pueden conocer perfectamente de los nacimientos del pueblo, bien porque asistan personalmente a los partos o porque avisen a las comadronas que les comuniquen los que asistan ellas; en uno y otro caso aconsejarán y propondrán a los padres la vacunación de su hijo, y, para los que acepten, el médico solicitará la vacuna de la Sección Central de Vacunación el mismo día del nacimiento del niño; suponiendo un pueblo lejano y que tarde cuarenta y ocho horas en llegar una carta a su destino, y otras cuarenta y ocho horas en el envío de vacuna, siempre se llegará a tiempo de poder administrar al recién nacido las tres dosis de vacuna durante los diez primeros días, y en estado de pureza necesario. En caso de difíciles comunicaciones, podría solicitar el médico la vacuna al cumplir las nueve faltas la embarazada o, en último caso, por telégrafo. Con la vacuna se enviaría al médico una ficha que, una vez cumplimentada y devuelta a la Sección, pasaría al archivo general. En años sucesivos, y cuando fuera el momento de la revacunación, se enviaría nuevamente al médico la ficha y las dosis de vacuna necesarias para practicar la revacunación, haciendo constar en la ficha los antecedentes personales del niño durante el tiempo transcurrido, o aquellos de interés en caso de muerte. De esta forma organizado el servicio, automáticamente

recibirían todos los niños las revacunaciones precisas, y con esto se conseguiría obtener estadísticas importantes de los efectos de la vacuna.

Para llevar a cabo con facilidad este servicio se autorizaría el franqueo oficial a los médicos titulares y a la Sección Central de Vacunación.

En las capitales de provincia y en Madrid se podría seguir la misma norma que nosotros practicamos para conocer los nacimientos ocurridos en el día. La enfermera encargada de este servicio diariamente recoge por teléfono o personalmente el nombre y domicilio de los niños inscritos en el Registro civil de cada Juzgado municipal, que, según exige la ley, debe hacerse dentro del tercer día del nacimiento. Hechas las listas de los niños nacidos por distritos y barrios las distribuye entre las enfermeras, quienes provistas de vacuna y fichas visitan al siguiente día los domicilios de los niños y ofrecen la vacuna a sus familiares, dando ya ese día la primera dosis si la aceptan sus padres; asimismo, la enfermera da la segunda y tercera dosis a aquellos niños que han tomado la primera en días anteriores; anota los datos de carácter social que indica la ficha, que es de papel, para el exclusivo manejo de la enfermera, y una vez cumplimentada se copian los datos recogidos en otra de cartulina, que es la que se archiva para realizar los estudios estadísticos y para averiguar la fecha en que corresponde practicar la revacunación. El fichero correspondiente a las fichas de las enfermeras seguirá el orden numérico que corresponde a cada niño vacunado por distritos. El fichero general será clasificado por orden alfabético. De esta forma no podrá escapar a la acción inspectora ningún niño vacunado, ya que son muchos los que, por cambiar de domicilio y de distrito sus padres, no se les encuentra en la revacunación y hay que darlos como "desaparecidos". Cada enfermera entregará a la familia una nota con la dirección de los dispensarios antituberculosos y de puericultura más próximos a su domicilio para el reconocimiento periódico de los niños.

CREACIÓN DE LA SECCIÓN CENTRAL DE VACUNACIÓN CONTRA LA TUBERCULOSIS

Demostrada la necesidad y conveniencia de implantar y unificar la vacunación por el B. C. G. de una manera sistemática en España, como el medio preventivo contra la tuberculosis más útil y sencillo de realizar, es primordial crear el organismo, sección o institución que lo dirija. A este fin se creará la Sección Central de Vacunación contra la Tuberculosis, ya aneja a la Dirección de Sanidad o a un dispensario de Madrid.

A esta Sección le incumbiría: A) Estudiar la forma de ampliar la producción de la vacuna B. C. G. en los laboratorios que actualmente la preparan, y crear otros si las necesidades del servicio así lo exigieran. B) Preparar una campaña de divulgación de las indicaciones y resultados que reporta la vacunación contra esta enfermedad en toda la nación. (Artículos en revistas profesionales, folletos, conferencias públicas, por radio, etcétera.) C) Distribuir la vacuna atendiendo a las peticiones de capitales y pueblos. D) Llevar un doble fichero de la vacunación general, y dar a conocer las estadísticas que se dedujeran de su estudio.

PERSONAL

Tal como queda planteada la organización de este servicio, el personal necesario se reduciría al aumento de enfermeras-visitadoras en alguna capital. En los pueblos, con muy poco trabajo podría realizar la vacunación el médico titular. En Madrid, dadas las distancias que separan un mismo distrito, cinco kilómetros el de la Universidad, Chamberí, Buenavista, etc., se necesitarían dos enfermeras por distrito, o sea 20 enfermeras, dos enfermeras-inspectoras, una por cada cinco distritos, que vigilarían las visitas de las enfermeras y serían las encargadas del fichero, y una enfermera-jefe, que tendría a su cargo la instrucción de las enfermeras y la distribución del trabajo diario, y un médico fisiólogo, jefe del servicio. El personal subalterno de mecanógrafas, empaquetadoras de vacuna, conserje, etc., estaría supeditado al incremento que adquiriera la vacunación y a sus paulatinas necesidades.

PRESUPUESTO

Desconociendo la actual organización de los laboratorios preparadores de la vacuna, no podemos hacer un cálculo de lo que supondría la ampliación de sus servicios en relación con las exigencias de la vacunación y la subvención que exigiría la colaboración del Instituto Llorente; pero podría calcularse en 50.000 pesetas el coste total de la vacuna. En los pueblos, dado el poco trabajo que supondría para el médico titular la realización de este servicio, el gasto sería nulo, excepción de una cantidad que podría presupuestarse para premiar a aquellos médicos, comadronas y practicantes que mayor número de vacunaciones hubieran practicado durante el año. En las capitales de provincia, en las que en todas existe dispensario antituberculoso o de puericultura, serían las enfermeras de uno de estos centros las encargadas de prestar el servicio. En Madrid, el presupuesto sería:

Personal.	Pesetas
Un médico jefe de la Sección Central de Vacunación	8.000
Una enfermera jefe (instructora).....	5.000
Dos enfermeras inspectoras, a 3.500 pesetas cada una.....	7.000
Veinte enfermeras-visitadoras, a 2.500 pesetas cada una.....	50.000
Dos mecanógrafas auxiliares, a 1.500 pesetas cada una.....	3.000
Tres empaquetadoras de vacuna, a 1.200 pesetas cada una.....	3.600
Un conserje.....	2.000
Un portero.....	2.000
Material.	
Ficheros, fichas, folletos, etc.....	14.000
Laboratorios.	
Ampliación y subvención de los laboratorios	50.000
Gratificaciones.	
Creación de 100 premios de 50 pesetas a médicos, comadronas, etc.....	5.000
Total.....	149.600

Realizado el primer esfuerzo de creación y organización de este servicio, aunque en años posteriores aumentaran las vacunaciones, el presupuesto variaría muy poco.

Por las cifras anteriores se comprenderá fácilmente lo exiguo del presupuesto que exigiría este servicio de vacunación sistemática por el B. C. G. en relación con los beneficios que podría reportar a la profilaxis y preservación antituberculosa en España y en Madrid. Ningún otro servicio actualmente organizado de lucha antituberculosa sería al Estado más económico y útil.

Todo esto es lo que nos proponíamos demostrar con este trabajo.

Clinica de enfermedades de la infancia de la Facultad de Medicina de Madrid

Profesor: Dr. Suñer

Introducción al estudio de la prueba de levulosuria provocada en Pediatría

POR LOS DRES.

CARMEN BRUGUERA y CIRIACO LAGUNA

En la actualidad dispone el clínico de una serie numerosa de pruebas, destinadas a comprobar la cuantía lesional del tejido hepático afecto en las distintas entidades nosológicas capaces de determinar su alteración.

Pruebas de la aparición en el contenido fecal de los elementos químicos de elaboración hepática, reacciones llevadas a cabo con el suero o con la orina para evidenciar en ellos los cuerpos propios de la bilis, que, por encontrar impermeables sus cauces naturales, derivarían hacia el torrente sanguíneo; pruebas con sustancias tintóreas, para comprobar la falta de aptitud de la célula hepática, para su aprehensión, con aparición consiguiente en la orina, curvas de hiperglucemia provocada con ingestión de glucosa, pruebas de la galactosuria provocada por administración oral (Thiebaut, F.: *Epreuxes biologiques dans les ictères*, 1932), estudios sobre la cuantía de las proteínas del suero (A. Cionini: *Minerva Médica*, 12-V-933, "Arch." per le Scienze Med. junio de 1933), determinación cuantitativa de la indicanemia, valoración de la amoniuria tras la inyección de ácidos o de alcalinos (M. Labbé y R. Roulin: *Soc. de Bio.*, 24-II-934), comprobación de la eliminación urobilina y urobilinógeno según el proceder de Schlsinger, comprobación de la transformación de los ácidos grasos saturados en no saturados (B. Brunelli: *La Riforma Médica*, 10-II-934) y, finalmente, esta prueba de la levulosuria provocada a que vamos a referirnos en el presente trabajo.

La administración de glucosa por ingestión determina, como es bien conocido, un alza del nivel glucémico, que tiene fisiológicamente un condicionamiento de límites en lo que se refiere a la concentración de este azúcar y al tiempo que duré su aumento. Así, vemos que normalmente durante este período hiperglucémico no llega a producirse glucosuria, por la sencilla razón de que en el individuo normal dicha concentración no suele rebasar la cifra del dintel renal (1,8 gr. por 1.000), por encima de la cual es insuficiente el riñón para contener el azúcar sanguíneo, sin que se vierta una parte con el residuo urinario. Cuando, en cambio, se admi-

nistra en cantidad suficiente otro hidrato de carbono, la levulosa, las cosas ocurren de otra manera, porque así como la glucosa es almacenada en el hígado, polimerizada en glucógeno y, en parte, se fija en otros tejidos, señaladamente en el muscular, para servir a las demandas fisiológicas, en cambio la levulosa, como tal cuerpo químico, no tiene una utilidad específica en el funcionamiento total del organismo, sino que previamente ha de ser transformada en glucógeno, para ulteriormente ser convertida en glucosa, útil a la calorificación, contracción muscular, etc.; y así, ocurre que la levulosa no tiene más que un destino: el hepático, y cuando éste falla por insuficiencia de la viscera, escapa a su acción fijadora, invade el torrente circulatorio, incrementa la cifra dosificable de glucosa (ya que a ambos azúcares son comunes los métodos de determinación corriente), y como ninguna función especial tiene que cumplir y a ningún tactismo ni apetencia celular tiene que acudir, se vierte a través de los filtros renales, apareciendo en cantidad en la orina, como indicio del indiferentismo de la célula hepática para la retención del citado monosacárido.

La prueba de la levulosuria provocada ha tenido recientemente defensores que la han considerado de valía diagnóstica (Shoktorn Kimbal: *Guy's Hospital Report*, IV-932) (Opitz: *Jahrbuch für Kinderheilk*, 1935).

Becher llega a la conclusión de que la coleditis sin obstrucción icterica (tanto vale decir que queda excluida de esta afirmación la oclusión del cístico), la ictericia hemolítica y la anemia perniciosa dan negativa la prueba de que tratamos.

En cambio, producen reacciones positivas las ictericias catarrales, las producidas por hepatitis y las litiasis oclusivas del colédoco. Afirma también Becher que es posible diferenciar una oclusión del colédoco de tipo litiasico de otra por compresión de tejidos vecinos (inflamaciones o tumoraciones de cabeza de páncreas, ganglios infartados, dilataciones vasculares, etc.), por la mayor intensidad de las reacciones en el primer caso. Finalmente, un trastorno doloroso, sospechoso de cólico hepático, pero no demostrado, puede ser eliminado de la posibilidad diagnóstica por el hallazgo de la prueba negativa.

Nosotros, a fin de encuadrar la prueba dentro de límites algo más extensos que estos ya marcados por las autoridades médicas aludidas (E. Becher: *Métodos clínicos-químicos sencillos para el análisis de la orina y la sangre*. M. Marín, Edit., Barcelona, 1935), y colocando el problema dentro del terreno pediátrico en el cual trabajamos, y obligados en cierto modo por la poca casuística que la clínica infantil proporciona de las citadas afecciones obstructivas, hemos puesto en práctica algunas investigaciones de levulosuria provocada en niños, utilizando el material clínico que amablemente pone a disposición del personal auxiliar de su clínica el profesor Suñer.

Las pruebas han sido llevadas a cabo en el Laboratorio de la Clínica de Pediatría de la Facultad de Medicina de Madrid, en cuyo jefe, Dr. Larregla, hemos encontrado las máximas facilidades.

La marcha de la prueba consiste simplemente en administrar al niño en ayunas 60 gr. de levulosa (30 gramos si se trata de un lactante) disuelta en agua.

Se hace al enfermo orinar a la hora, a las tres horas

y a las cinco horas después de la toma, y se investiga en estas tres muestras de orina la presencia de levulosa por la sencilla prueba de Seliwanoff (1).

Si se comprueba la presencia de este azúcar, hay que hacer su determinación cuantitativa, valiéndonos para ello del poder reductor que posee sobre el líquido de Fehling, que previamente habrá sido titulado frente a una solución conocida de levulosa.

Para unos autores, la eliminación de 0,1 gr. por 1.000 es considerada como patológica, mientras que para otros sólo es positiva la prueba cuando la levulosuria alcanza la cantidad de 0,7 gr. por 1.000.

Nuestra experiencia nos ha enseñado que la aparición de pequeñas cantidades de levulosa urinaria, tanto en los sujetos normales como en los patológicos, es mucho más frecuente que lo que señalan algunos autores, coincidiendo con lo descrito por Neubauer (citado por Tanhauser) (2), con lo hallado por Opitz (3) y Ruhbaum y Matheja (4), y así, en todos los casos estudiados hemos hallado una levulosuria evidente, por lo menos en la primera y segunda recogida. Sólo tenemos como excepción un caso de kala-azar, en el cual la aparición de la levulosa en la orina tuvo lugar en la segunda micción). La persistencia de levulosuria la hemos encontrado en tres casos (tromboflebitis de la esplénica, con probable repercusión en la dinámica vascular espleno-hepática, y dos endocárdicos); en el primero, además, se dió el caso curioso de que no sólo había esta persistencia, sino que fué precisamente en la última orina recogida en la que apareció un brusco y copioso aumento de la concentración de levulosa. Es de notar esta unanimidad en los tres enfermos con hígado estásico observados.

En los casos que hemos hecho la determinación después de pasadas veinticuatro horas, siempre hemos comprobado la negatividad más absoluta. ¿Será debida la discordancia de nuestro hallazgo de constantes levulosurias por ingestión con el resultado opuesto hallado por otros autores, como el citado Becher, a que las dosis empleadas por nosotros resultan excesivas si se relacionan con las que se administran en los adultos, a los que generalmente se les hace tomar 100 gr. de levulosa? Ello pudiera constituir una investigación que nos proponemos llevar a cabo.

Paralelamente, hemos determinado la cantidad de glucosa de sangre en ayunas, a la media hora, a la hora, a la hora y media y a las dos horas, con el fin de observar el aumento que pudiera determinar la entrada en la circulación de la levulosa escapada a la vigilancia hepática, o el aumento de la misma glucosa derivada de la levulosa ingerida (hay que advertir que, comoquiera que las reacciones de ambos azúcares son comunes, al estudiar la cifra glucémica va englobada también la correspondiente a la posible levulosa circulante).

(1) A dos o tres centímetros cúbicos de orina se agrega una cantidad igual de ácido clorhídrico al 25 por 100 y un poco de resorcina (lo que cabe en la punta de una navaja). Se hierve agitando. En caso de haber levulosa, se produce una coloración rojo oscura y un precipitado que es soluble en el alcohol.

(2) "Tratado de metabolismo y enfermedades de la nutrición." 1932.

(3) Loc. Cit.

(4) "Leber fun Ktionsproben bei latenter Leberschädigung".—*Klin. Woch*, 2 nov. 1935.

La elevación normal es prácticamente nula, coincidentemente con lo observado por Opitz y Beckman e Isaac (1); en cambio, en los casos patológicos mas variados: cirrosis hepática, banti, endocarditis, kala-azar, retículoendoteliosis, tromboflebitis de la esplénica y hepatomegalias indefinidas del lactante, hemos hallado diversos tipos de curvas glucémicas evidentes en su elevación polimorfa.

Así, en un caso de retículoendoteliosis, la elevación, que sólo empezó a iniciarse pasada una hora, llegó a las dos horas a constituir más del doble de la cantidad encontrada en ayunas; y en un banti también encontramos una elevación de hasta 2,93 gr. por 1.000 a la hora, que descendió gradualmente hasta llegar al nivel normal a las dos horas, coincidiendo con un despeño de levulosa urinaria de 7,14 gr. por 1.000 en la micción de la primera hora, que fué descendiendo a 2,27 gr. por 1.000 a las tres horas, y que se hizo nulo en la orina recogida a las cinco horas.

En un enfermo luético con cirrosis hepática, la elevación comenzó a la media hora, para llegar a su cima, que tuvo lugar a la hora, y descender gradualmente a la normalidad en la sangre extraída a las dos horas. También en este caso la eliminación levulosúrica fué correlativa con la cifra de la sangre, ya que a la hora tenía un valor de 8,13 gr. por 1.000; a las tres horas, 1,56 gr. por 1.000, y a las cinco horas la eliminación era nula.

En una niña enferma de kala-azar se mantuvo el nivel glucémico sensiblemente normal hasta la hora y media en que comenzó, elevándose a 1,2 gr. por 1.000, y llegó a las dos horas a 1,51 gr. por 1.000. Este es el caso ya citado, en el que no apareció levulosa en la orina hasta las tres horas, en que encontramos la cifra de 2,7 gr. por 1.000.

En un caso de tromboflebitis de la esplénica hallamos una elevación mínima (0,85 gr. por 1.000; en ayunas a 1,15 gr. por 1.000); a la media hora, con un ligerísimo descenso (1,08 gr. por 1.000), para llegar a 0,95 gramos por 1.000 a las dos horas. Lo interesante de este caso es que en la micción de la primera hora había más levulosa (2,12 gr. por 1.000) que en la de las tres horas (1,11 gr. por 1.000), y que en la de las cinco horas volvió a subir todavía por encima de la primera cifra, llegando a 2,77 gr. por 1.000.

Tenemos una enferma cardíaca en nuestras notas, en la cual hallamos datos verdaderamente paradójicos, pues la cifra de glucemia en ayunas es más elevada (1,36 gramos por 1.000) que las siguientes, que fueron consecutivamente: 1,05, 1,05, 0,92 y 0,88 gr. por 1.000; y aun cuando hay una ligerísima, pero clara, curva de elevación brusca y de declinación regular, el hecho de haber encontrado en ayunas una cifra más alta no sabemos explicárnoslo bien, si no recurrimos a la suposición (bastante fundada en este caso, según nuestras indagaciones) de que la niña hubiera ingerido algún alimento ignorándolo nosotros. También aquí la eliminación levulosúrica guardó un estricto paralelismo con lo observado en la sangre, ya que las cifras de la orina fue-

ron de 7,69 gr. por 1.000 a la hora, de 4 gr. por 1.000 a las tres horas, y de 2,38 gr. por 1.000 a las cinco horas.

Tenemos la observación de otro cardíaco en el que la curva glucémica es casi nula; pero en la orina encontramos una constante cantidad de levulosa (2,38, 2,30 y 2,30 gr. por 1.000) en todas las recogidas.

Después de seis meses hemos repetido el ensayo con la citada enferma hepatomegálica, que continúa en parecido estado en su enfermedad, y hemos encontrado una curva sensiblemente igual a la anterior, en que la cifra glucémica sube muy poco.

Será conveniente en todos los casos en que se investigue esta prueba comprobar la ausencia de levulosa en la orina recogida en ayunas, pues aun cuando los casos de diabetes levulosúrica son raros, debe comprobarse esta negatividad para poder interpretar los resultados con absoluta garantía y, sobre todo, en los enfermos sabidamente diabéticos, en los cuales no es infrecuente que haya levulosa en su orina unida con la glucosa o, por mejor decir, lo que ocurre con bastante frecuencia es que aquellos pacientes afectados de diabetes levulosúrica no suelen con facilidad ser diagnosticados, porque siendo la levulosa coincidente con la glucosa en su poder reductor, si no se hacen las reacciones cualitativas específicas de la levulosa se corre el riesgo de adjudicar a la glucosa una reducción en la cual, si no únicamente, por lo menos en parte, tiene su intervención la levulosa eliminada por la orina.

PERIODICOS MEDICOS

P. L. VIOLE.—*La fosfaturia aparente.—Casos.—Comunicaciones.*

Tratamiento.—Tendrá por fin, ante todo, modificar la causa de la fosfaturia.

Aparte los errores alimenticios y terapéuticos, las causas habituales de la fosfaturia aparente son esencialmente: algunos estados psicasténicos, hipopnea habitual, ciertos trastornos intestinales, hiperclorhidria, infección urinaria. No insistiremos sobre el tratamiento de estos diferentes síndromes. Llamaremos la atención a propósito de los estados psicasténicos, que la ducha, cuya utilidad en estos casos es conocida, produce precisamente sus efectos más evidentes cuando modifica el pH urinario, llevándole de la zona alcalina que estaba hacia la zona ácida.

Insistiremos algo sobre el tratamiento de la litiasis fosfática; siendo una litiasis fosfatocálcica, el tratamiento debe cumplir ante todo: hacer las orinas suficientemente ácidas para que la precipitación no se pueda producir; hacer que los aportes en calcio sean reducidos al minimum.

Dado que se está en presencia de un litiasis, hay que evitar los alimentos que aporten demasiado ácido úrico o ácido oxálico, pues el proceso litógeno que permite la formación de los cálculos fosfáticos puede, o ha podido, permitir igualmente, en el curso de ciertas variaciones del pH, la formación de cálculos úricos u oxálicos. Es un problema complejo.

¿Cuáles son los alimentos acidificantes? Son los alimentos nitrogenados. Desgraciadamente, las carnes, tipo de alimentos nitrogenados, aportan las purinas en fuer-

(1) Una elevación por encima de 1,25 gramos por 1.000 lo consideran como dato a favor de la existencia de un trastorno hepático.—Zbl. im Med. 1933, 2:737; Med. Klin. 1920, 1:207.

tes cantidades. No se permitirán sin vigilancia. Pero hay alimentos albuminoides que no aportan purinas: son la clara de huevo, la leche, los productos fermentados de la leche, como los quesos, y, por último, las harinas de los cereales. Ciertamente, algunos de estos alimentos son ricos en cal, como la leche de vaca, que contiene 1,50 gramos de calcio por litro, y hemos visto que los regímenes acidificantes aumentan las eliminaciones cálcicas por vía renal a expensas de la vía intestinal. No debe abusarse del régimen lácteo.

La clara de huevo, los guisantes, el arroz, el pan, las harinas de trigo y centeno en cualquier forma son recomendables.

La carne de vaca o cordero, la volatería y los pescados se tomarán una vez al día.

No olvidar, sobre todo cuando se consume en abundancia arroz o harinas de cereales, de tomar alguna cantidad de manteca, que aportará vitamina A indispensable.

En el niño se recomendará el aceite de hígado de bacalao, cuya importancia es grande desde el punto de vista de fijación del calcio.

Los feculentos no son para recomendar ni para defender, desde el punto de vista de las modificaciones que pueden aportar en la formación de la fosfatúria.

Se reducirán los frutos y las legumbres verdes, pero sin suprimirlas. Se evitarán las limonadas y naranjadas, sin hablar de alimentos clásicamente prohibidos a los litíasicos, úricos u oxálicos.

Este régimen será especialmente útil a los fosfatúricos hiperclorhídricos, que soportan bastante mal la absorción de dosis algo considerables de ácido fosfórico; pero debemos avanzar que es raro que el régimen pueda por sí solo bastar en estos casos para disminuir el pH hasta las zonas de no precipitación fosfática.

El ácido fosfórico es medicación de elección; la fórmula de Joulie es excelente:

Acido fosfórico.....	17 gramos.
Fosfato sódico.....	34 —
Agua c. s. para.....	200 —

Damos, en general, dos cucharadas de sopa a cada comida, diluida en un vaso de agua azucarada, que sirve de bebida. Pero si el enfermo conoce la hora de su crisis fosfatúrica y que no sea hiperclorhídrico, es preferible darle el ácido fosfórico media hora antes de su crisis; es, según propias observaciones, el tiempo medio que tarde el ácido fosfórico para disminuir el pH de las orinas.

Se aconsejará ejercicio muscular, debiendo llegar a la fatiga, lo que representa inconvenientes en algunas personas.

En el infectado urinario continuará con su medicación antiséptica. Recordemos que la cura de diuresis es el ideal del fosfatúrico. (*Le Scalpel*. Bruselas, 12 octubre 1935. Año 88, núm. 41, pág. 1.273.)—M. A. C.

BENECH y CHICLET.—*Reflexiones sobre la epidemiología y la patología general de la sífilis*.

Las estadísticas recogidas por los autores en su Servicio de Medicina e Higiene de Nancy han permitido comprobar un recrudecimiento de la infección sífilítica a partir de agosto de 1934. Han intentado con este motivo investigar las razones a que ello se deba. Una de

las primeras deducciones de las cifras estadísticas muestra que las clandestinas sífilíticas no presentan nunca a nuestra observación accidentes iniciales, viéndolas por lo general cuando ya se encuentran en período secundario. Por el contrario, las prostitutas oficiales sífilíticas fueron en las tres cuartas partes diagnosticadas en período de chancro. Han comprobado igualmente un gran número de positividades serológicas en mujeres que no habían presentado nunca accidentes. Con este motivo llegan los autores a revisar el interesante problema de los "dinteles" de contaminación clínica o de contaminación serológica. (*Ann. de Mal. Ven.* Año 29, número 12.)—T. B.

J. CHALIER.—*La nitrogenemia de las difterias malignas*.

Asunto desconocido hasta nuestros trabajos de 1925, con la observación de un adolescente de quince años, que ingresa en nuestro Servicio con intensa albuminuria, astenia y somnolencia acentuada, que la valoración de la urea en sangre encontró valores de 2,61 gramos por 1.000, y que, con oscilación en relación al cuadro clínico en relación a la cantidad de urea en sangre, terminó por muerte.

El estudio de esta cuestión nos ha llevado a formular la ley siguiente: la nitrogenemia tiene significación fatal en la difteria, cuando llega o pasa la cantidad de un gramo.

La traducción clínica de la nitrogenemia diftérica es difícil de manifestarla entre los síntomas que presenta el enfermo con difteria maligna. Es la razón por la que no se ha puesto de manifiesto hasta nuestros estudios.

Clínicamente, en el enfermo con difteria maligna merecen atención: la inapetencia, los vómitos, excepcionalmente la diarrea y la sialorrea, el adelgazamiento; especialmente la somnolencia, las fases de excitación y de agitación nocturna, contrastando con la somnolencia diurna; la posibilidad de fenómenos respiratorios, como las pausas, el Cheyne-Stokes, de origen tóxico; la palidez, la astenia, y especialmente el síndrome urinario (modificaciones de la diuresis, la albuminuria, hematuria microscópica, cilindruria gránuloepitelial, si bien no tienen por causa la elevación de la urea en sangre, sí contribuyen a establecer la lesión renal.

La nitrogenemia es el revelador de la insuficiencia renal; muestra la parte activa del riñón en el síndrome complejo de la malignidad diftérica, y, sobre todo, nos fija el grado de intensidad de la intoxicación.

El examen local conduce al diagnóstico de difteria maligna. La nitrogenemia de la realidad de las lesiones renales y permite precisar el pronóstico.

El estudio de nuestra estadística de difterias malignas con valoración de urea en sangre nos lleva a afirmar que, en una difteria maligna, la cantidad de urea en sangre llega o pasa de un gramo, sobre todo en dos exámenes sucesivos, el pronóstico es casi seguramente fatal.

Además, la cilindruria epitelial y granulosa añade nota de mayor gravedad cuando es importante y se agrega a la nitrogenemia elevada.

Anatomopatológicamente, podemos decir que la muerte en la malignidad diftérica es obra de una intoxicación casi siempre plurivisceral, que lesiona al riñón con especial predilección.

Terapéuticamente, debemos evitar un gran error: li-

mitarse a las pequeñas dosis de suero en el tratamiento de las anginas diftéricas malignas. Esta conducta encuentra aparente justificación en el hecho de que la introducción en el organismo de cantidades importantes de albúminas extrañas es susceptible de una repercusión desfavorable sobre el riñón.

No olvidemos que en el tétanos y meningococias se emplean grandes cantidades de suero específico, y esto sin perjuicio para el riñón. También las lesiones renales en la difteria son esencialmente obra de la toxina diftérica. (Roux y Martín.)

Hemos de recurrir sin miedo a las grandes dosis de suero.

El tratamiento especial de la uremia consiste, ante todo, en suprimir total o casi totalmente el aporte de nitrógeno; se darán sopas al agua, purés de patata, mermelada de frutas, manteca fresca; bebidas azucaradas abundantes, agua lactosada al 40 por 100, enemas glucosados gota a gota, suero glucosado en inyección subcutánea. Puede emplearse las emisiones sanguíneas lumbares, la inyección intravenosa de suero glucosado hipertónico. Vigilancia de suprarrenales y corazón.—(Paris Médical, 19 octubre 1935. Año 25, número 42, página 303.)—M. A. C.

G. MINOT.—*Anemias debidas a alimentación insuficiente.*

La anemia puede producirse por una falta o déficit de utilización de tres sustancias por lo menos: 1.ª, hierro; 2.ª, vitamina C; 3.ª, una sustancia de composición desconocida, contenida en abundancia en el hígado y en menor cantidad en otros órganos, cuya ausencia imposibilita la formación de sangre normal y da lugar a la producción de anemias de tipo pernicioso. Esta sustancia resulta en estado normal de la acción del jugo digestivo sobre otras sustancias, parecida, pero no idéntica, a las vitaminas del grupo B, que se encuentran contenidas en la alimentación, principalmente en la carne, huevos, levadura, etc. Cuando estas sustancias se ingieren en cantidad insuficiente o cuando la capacidad de transformarlas del jugo digestivo ha disminuído se producen anemias de tipo macrocítico, y tal ocurre en algunos casos de Addison, en la ablación total del estómago o en su destrucción por el cáncer, y en algunos embarazos. A la falta de ingestión del factor extrínseco pertenecen algunas anemias tropicales (incluyendo el sprue) y la anemia de los enfermos de pelagra. Otras veces la anemia es debida a una falta de absorción, como ocurre en la enfermedad celíaca, en estosis intestinales, diarreas crónicas y casos avanzados de sprue. La gran variabilidad de las dosis de hígado, necesarias para obtener la curación de los diversos casos de anemia perniciosa, hace suponer que en algunos de ellos existe un trastorno del metabolismo intermedio de estas sustancias.

El déficit de vitamina C da lugar a la producción de una anemia de tipo normo o ligeramente macrocítico, que responde únicamente a la administración de esta sustancia, y no a la de hierro o hígado.

Las anemias por falta de hierro son hipocrómicas, y frecuentemente microcíticas. La disminución de hemoglobina puede ser debida también a la escasez de otras sustancias distintas del hierro, necesarias a su formación, a pesar de lo cual curan con la administración de

hierro. Estas anemias se producen por una ingestión de hierro insuficiente, o por una falta de absorción o por una pérdida excesiva (pérdidas de sangre). En muchos casos de anemia por falta de hierro interviene además la falta de otros factores, del cobre principalmente.

Existen factores que inhiben la formación de la sangre y que contrarrestan la acción terapéutica del hierro e hígado; tales son las infecciones, el déficit funcional de algún órgano de importancia vital, la arteriosclerosis y el aumento o alteración del metabolismo.

Sigue un interesante estudio del diagnóstico diferencial de las distintas clases de anemias entre sí y con otras enfermedades. Considera la asociación de anemia perniciosa y diabetes, aunque rara, demasiado frecuente para ser casual. La ligera esplenomegalia, consecutiva a ciertas anemias idiopáticas, desaparece con la administración de hierro, y no debe conducir a la esplenotomía. La menorragia puede ser tanto la causa como la consecuencia de la anemia, lo que es de gran importancia para el tratamiento.

En el tratamiento insiste en la necesidad de emplear la dosis necesaria de hígado (muy variable según los casos) y de continuar su empleo después de ser normal el cuadro hemático. Grandes cantidades de hierro son necesarias en las anemias idiopáticas, en las que es necesario mantener la terapéutica para evitar recaídas. La administración parenteral del hierro sólo es necesaria en raros casos, y presenta el inconveniente de que cuando se administra por esta vía están muy próximas las dosis tóxica y terapéutica.

Termina recomendando los medios de prevenir estas anemias. (The Journal of the Am. Med. Assoc., 1.176-105-1935.)—M. B.

ED. BENHAMOU.—*El diagnóstico del kala-azar por los extendidos dérmicos.*

En casos de kala-azar, el único signo de certeza es el descubrimiento del agente causal, si bien la esplenomegalia febril con anemia, sin hematozoarios en sangre, sin obedecer a la quinina, la leucopenia extrema con inversión del equilibrio leucocitario en favor de los monocucleares, la formoleucogelreacción positiva tienen gran valor.

No es raro en la clínica que a pesar de todas las investigaciones no podamos llegar, por diversas causas, a la afirmación diagnóstica. Para estos casos aconsejamos el procedimiento de los extendidos dérmicos.

Técnica.—Se raspa la epidermis con un vacinóstilo en una extensión de una moneda de dos pesetas; se llega así a una superficie rosada, húmeda, no sangrante; enseguida, con un segundo vacinóstilo, se raspa suavemente el dermis en el centro de esta superficie, y con la punta de este vacinóstilo empapado del raspado se hacen extendidos sobreportas. Se les tiñe según técnica de Lestoquard.

En estas preparaciones se observan leishmanias aisladas, libres o en grupo de algunos elementos. Su forma es algo diferente a la que se observa en los extendidos esplénicos: éstas más agrupadas, más contraídas, con aspecto más fusiforme, más lanceolado, y en el gran polo, redondeado, que se encuentra como bloqueado, aparece el aparato nuclear. (La Presse Médicale. París, 9 octubre 1935, núm. 81, pág. 1.561.)—M. A. C.

SECCION PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

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

SUMARIO.—SECCIÓN PROFESIONAL: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—ACADEMIAS Y SOCIEDADES.—Final de una actitud, por López Holgado.—Defensa obliga: Vitaminas autonómicas, por Angel F. Domínguez.—Sanitarios, aprestaos a la defensa, por el Dr. R. Folch.—Suscripción para una máquina de coser.—Sentido pésame.—Colegio de Médicos.—Secretaría de la Asociación Oficial del Cuerpo de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria.—Médicos forenses, por G. J. Pintado.—Homenaje al Dr. Julián Díez en Burgos.—Copia de la instancia dirigida por el Colegio Oficial de Médicos de Vizcaya y Comité de Clases Sanitarias de la provincia al Excmo. Sr. Subsecretario de Sanidad y Previsión sobre Coordinación Sanitaria y Concierto Sanitario.—Primer Congreso Español Pro Médico: Conclusión definitiva y acuerdos del Congreso.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Sección oficial.—Crónicas.—Tertulia.

BOLETIN DE LA SEMANA

CRUCES Y RAYAS

CRUCES

Comencemos por las cruces, o como quieran llamar ahora a las condecoraciones los señores *laicistas*.

Y comencemos por las cruces, porque ésta es la parte agradable de nuestro comentario semanal.

Por medio de la precisa ley votada en Cortes, se concedió, como hace tiempo anunciamos, la Gran Cruz del Mérito Militar a ese hombre, por tantos motivos admirado y querido, que se llama D. Mariano Gómez Ulla.

Cuando dimos cuenta del proyecto de ley que iba a presentarse a la Cámara, ya felicitamos a nuestro querido compañero, pues no había duda de que el Congreso votaría unánimemente tan justo galardón a méritos tan probados. Así, pues, hoy dedicamos estas líneas solamente a hacer una llamada a cuantos compañeros puedan adherirse al homenaje que el Ejército español va a tributar al eminente cirujano, y hacer constar públicamente que si las condiciones en que el homenaje se celebra no nos permiten figurar en él, como quisiéramos, no es por eso menos firme y cordial nuestra felicitación.

Dos cruces más se han otorgado a ilustres compañeros: la Cruz de Beneficencia de primera clase, al Dr. Pérez-Mateos, por la fundación de Previsión Médica Nacional, y la Cruz de Beneficencia, al Dr. Martín Cirajas, por la fundación de la Caja de Auxilios Médicos.

A ambos compañeros vaya nuestra felicitación, ya que estimamos de toda justicia el honor que la República les hace.

RAYAS

Por fin, la Subsecretaría de Sanidad ha resuelto, en parte, el enojoso pleito de los médicos de lucha antituberculosa, con la disposición aparecida en la *Gaceta* del viernes 15, que reproducirá la Sección Oficial de EL SIGLO MEDICO.

No queremos regatear nuestro aplauso a la disposición de referencia, por el buen deseo en que está inspirada. Pero al resolver el viejo pleito de la Lucha Antituberculosa, se ha utilizado el método que denominaban los antiguos matemáticos de reducción al absurdo. Porque absurdo e inexplicable es el estrambote que lleva la Orden ministerial. Al reponer a los médicos cesantes se hace con una gratificación de 2.000 pesetas anuales.

Parecía lógico que estos médicos hubiesen sido repuestos en las mismas condiciones que estaban cuando fueron declarados cesantes, es decir, con carácter gratuito. De acordar darles sueldos, tenía que ser el que actualmente corresponde a sus cargos en los presupuestos de Sanidad. Pero crear una nueva casta, con un tipo de remuneración excepcional, es solucionar un conflicto creando otro nuevo.

Por otro lado, la Subsecretaría de Sanidad sólo repone a los médicos que acudieron al pleito contencioso-administrativo, olvidándose de otro grupo, formado por aquellos que fueron repuestos en la *Gaceta*, según la revisión ordenada en julio de 1934, siendo director general el Dr. Verdes Montenegro.

Si añadimos a este grupo procedente de la revisión otros a quienes sea aplicable la ley de reposición de funcionarios públicos, se comprenderá que aún queda mucho por hacer.

Esperamos que en breve plazo este caos burocrático sanitario sea puesto en orden.

Al leer la Prensa diaria del día 17 de los corrientes, encontramos en A B C una noticia, de

la que tomamos buena nota para el comentario de esta semana.

Se trata del rasgo de un gran español, de un médico de Sevilla, de D. Pedro Ruiz Prieto, que acaba de ceder en vida un millón de pesetas nominales en títulos de la Deuda, para que se destinen sus beneficios a la creación de plazas para huérfanos de uno y otro sexo, en igual número..., del benemérito Instituto de la Guardia civil. El doctor Ruiz Prieto nombra albaceas testamentarios al director de los Colegios de la Guardia civil y al jefe de la Comandancia de Sevilla, y lega, además, a la gloriosa Institución española una casa en la calle de la Feria, número 73, de Sevilla, para que sea ocupada por personal de la Guardia civil.

A nadie le será lícito pensar que la noticia que comentamos no despertará en nosotros emoción de aplauso. Bien merece aplauso el Dr. Ruiz Prieto, por su generosidad, tan bien encauzada, en beneficio de una Institución que puede asegurarse que no cuenta en España con otra que pueda ponerse a su lado, en lo de merecer el agradecimiento de los buenos españoles.

Pero no hemos de ocultar que la lectura llenó nuestro espíritu de melancolía. Buscamos en el mismo periódico y en otros muchos la noticia complementaria de un legado en favor del Colegio de Huérfanos de Médicos, y, hasta la fecha, ninguna noticia tenemos.

Conste que no conocemos ni poco ni mucho al Dr. Ruiz Prieto, y que, por lo tanto, ignoramos si el legado en favor de los huérfanos de médicos existe o no, y que, además, respetamos de todo corazón la iniciativa y las decisiones de todo el mundo, cuando en aspecto tan delicado ha de entrar nuestra crítica. Decimos esto para que el señor Ruiz Prieto no estime a mala parte nuestro comentario. Para él, vaya todo nuestro respeto y agradecimiento, como españoles y nuestro aplauso como ciudadanos.

Yo me figuro, señores del actual Patronato del Colegio de Huérfanos de Médicos, a un hombre de dinero y gran corazón buscando con la mirada la Institución del Colegio de Huérfanos de Médicos, y no encontrando más que un edificio abandonado, desde hace cuatro o cinco años, a la devastación de todos los elementos, y unos niños desperdigados y un Patronato que no se sabe quién es, ni dónde está, ni da razón de su existencia. Yo me figuro a este hombre rico y de gran corazón encontrando frente a tanta desolación y tanta ruina injustificable, el edificio del Colegio de Huérfanos de la Guardia civil, gobernado con

acierto y ensanchando su acción con las instituciones a él anejas, y entonces, el hombre rico y de buen corazón, se decide a hacer su obra benéfica y da a quien encuentra, pero no puede hacer legado a las sombras, a los fantasmas, porque unas y otros llegan a parecerle hijos de su sueño.

DECIO CARLÁN.

ACADEMIAS Y SOCIEDADES

ACADEMIA MEDICOQUIRURGICA ESPAÑOLA

Presidencia: Excmo. Sr. Prof. Simonena.

(Sesión inaugural.)

El pasado lunes, con asistencia de numerosos académicos y público, tuvo lugar la inauguración de esta veterana Academia. La sesión fué presidida por el profesor D. Antonio Simonena Zabalegui, a quien acompañaban en la mesa presidencial los Dres. Arredondo, Vital Aza y Díaz, García Triviño y Vallejo de Simón. Abierta la sesión, el secretario de la Academia, Dr. Vallejo de Simón, dice cómo se muestra honroso de leer la Memoria del curso pasado, y cuán grata le es esta tarea, "ya que pone de relieve vuestra actividad y vuestros trabajos, que no sólo no han decaído en el pasado curso, sino que se han acrecentado, manteniendo el alto tono de nuestras sesiones científicas, que ponen a nuestra Academia a la altura de las primeras de nuestra Patria y del Extranjero".

Pasa a exponer con todo detalle la sesión inaugural del pasado curso y el rasgo generoso del Dr. Baldomero Castresana, al ofrecer un premio, y da cuenta de todos los señores académicos que presentaron trabajos a las sesiones científicas. Hace un amplio y sentido elogio fúnebre de los Dres. José García del Diestro, Florestán Aguilar y Pedro Valcorba Ruiz, que tantos frutos rindieron a la Academia con su talento y su bondad.

Por último, con frases de sincera emoción, agradece al Prof. Simonena su presencia en la presidencia, lo que prueba cómo sus alumnos no le olvidan, y además, cómo a través de los años siguen viendo en él un ejemplo de lo que pueden la tenacidad y el estudio, para, desde los más humildes puestos, ocupar las más altas cimas de la medicina patria. "Doctor Simonena—dice—: esta Academia no os considera jubilado, y espera que seguiréis colaborando en sus tareas con vuestra tenacidad y vuestro valer. Recibid, pues, hoy el testimonio del agradecimiento de la misma y de todos nosotros. Y vosotros, compañeros y amigos queridos, recibid también mi gratitud sincera al abandonar este lugar, al que, sin mérito alguno por mi parte, me elevaron vuestros votos."

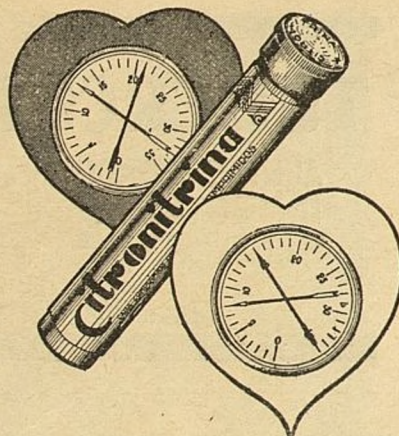
A continuación, y tras una gran salva de aplausos, se levanta el presidente de la Academia, Dr. Manuel Arredondo, quien da lectura a su discurso acerca de la "Patogenia de la ictericia". "Una vez más—comienza diciendo—inaugura un nuevo curso la Academia Médicoquirúrgica Española. Una vez más se dispone a seguir laborando con entusiasmo para el progreso de la Medicina española, lento, obscuro, callado si se quiere, pero

*Para sus hipertensos
y arterioescleróticos.*

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

Citronitrina

Vergés & Oliveres



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

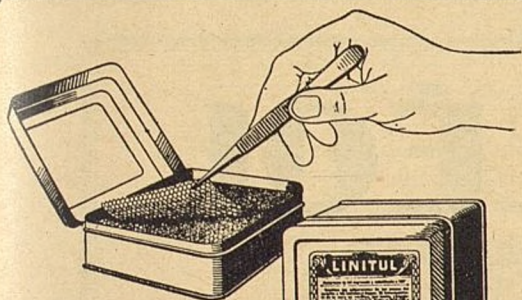
INDICACIONES: Hipertensión arterial, cualquiera que sea su forma y origen. Arterioesclerosis, Aortitis, Angioespasmos, Embolias, Flebitis, Angina de pecho, Estados pletóricos y congestivos, etc.

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

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

VERGÉS & OLIVERES
Laboratorio Quimioterápico del Ebro
TORTOSA

MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS



LINITUL

Compresas de tul engrasado y esterilizado a 120°

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

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

PÍDANOS MUESTRAS Y LITERATURA

LABORATORIO QUIMIOTERÁPICO DEL EBRO
VERGÉS & OLIVERES - Tortosa

Vitamina A, vitamina D, fósforo, iodo, hierro, lecitinas, poderosa acción irradiante en estado natural; tales son los elementos a que debe su valiosa acción terapéutica el

aceite de hígado de bacalao

¿Puede ofrecerse al médico un producto de fórmula más acertada? ¿Puede el laboratorio llegar a reproducir el dinamismo de que gozan aquellos medicamentos en el compuesto natural de que forman parte?

Al médico celoso de sus éxitos incumbe buscar la perfecta pureza de aquel aceite, exigiendo siempre la marca

GEVE



EL TRATAMIENTO
DE LAS
TUBERCULOSIS QUIRURGICAS

ACEITE IODADO
INYECTABLE
FINIKOFF

POR EL
METODO
DEL
D^R FINIKOFF

CALCIUM
FINIKOFF
(INTRAVENOSO)

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

SELLOS GRANULADOS

TRICALCINE
VITAMINA D SALES DE CALCIO **IRRADIADA** RECONSTITUYENTE GENERAL

LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA. 21, RUE CHAPTAL. PARIS. IX^e.

CALCOLÉOL

ACEITE de HIGADO de BACALAO
(COMPROBADO BIOLOGICAMENTE)
CONCENTRADO Y
SOLIDIFICADO
VITAMINAS A.B.D.
SALES de HIERRO y de CALCIO

GRAGEAS
INALTERABLES
SIN OLOR
Y EN
GRANULADOS



POSOLOGIA
Adultos: de 6 a 10 Grageas
ó 3 a 5 cucharadas de las de café
de granulados
Niños: Mitad de estas dosis
(en tres veces en las comidas)

RAQUITISMO
TRASTORNOS DEL CRECIMIENTO, DESMINERALIZACION
ESPASMOFILIA - GASTRO - ENTERITIS
AVITAMINOSIS

Laboratorios de los Produits SCIENTIA D^e E. Perraudin * F^o de 1^a Clase . 21, rue Chaptal . Paris (9^e)



Sesión inaugural en la Academia Médico-Quirúrgica, presidida por el Prof. Simonena y los Dres. Arredondo y Vital Aza.

no por ello de menores resultados ni, en suma, menos eficaz, como demuestra la colección de sus Anales, que en buena hora creara durante su presidencia nuestro sabio compañero el Prof. Antonio García Tapia. Y también otra vez más me veo en el caso de dirigiros la palabra en este solemne acto, lo que es para vosotros un sacrificio al escucharme, y para mí carga abrumadora, pues bien comprendo que mi valer no ha de lograr hacer el discurso a que sois acreedores, y el cual os debo por muchas cosas, si bien es la primera por haberme elevado a este sitio, al cual no debía haber llegado, pues mi puesto siempre debió estar en esos escaños que ahora ocupáis vosotros, y antes de volver a ellos, con íntima emoción quiero, en mi nombre y en el de la Academia, expresar todo nuestro agradecimiento al Prof. Antonio Simonena y Zabalegui, por honrarnos con su presidencia."

Estima a continuación cómo en el estudio de los procesos morbosos existe siempre un capítulo de interés primordial sobre los demás, y cómo a él le parece que es éste el de la patogenia, ya que es muy grande la atracción de lo oscuro y lo misterioso, esto es, que, sin duda, con los espeloneos de la inteligencia del hombre por hallar nuevas verdades y nuevos datos, no es raro, pues, que este bello capítulo de la patogenia esté siempre en un período constituyente, trátase del proceso que se trate. "Por lo tanto—dice—, sería vana pretensión el tratar del problema de la patogenia de la ictericia, por lo cual yo esta noche voy tan solo a hacer una síntesis de sus puntos oscuros e ignorados, no sin encomendarme de nuevo a vuestra generosa benevolencia." Dice cómo desde antiguo existían dos teorías para explicar la ictericia, y cómo predominaba una u otra, según las ideas médicas de cada tiempo, y acerca de cada una de ellas hace una acabada descripción, evidenciando su diversos puntos de vista.

Sobre la ictericia por obstrucción hace un completo estudio, en el cual pasa revista detenida a lo que de ella han dicho autores como Bergmann, Sabrol, Bellman y Terrier. Expone las concepciones que hoy en día se mantienen sobre la misma, las cuales han modificado ampliamente aquéllas, y trata de las alteraciones que tienen lugar en las células hepáticas, describiendo con mi-

nuciosidad los fenómenos ocurridos anatomopatológicamente en el seno de las mismas.

Habla de la influencia de los factores hemolíticos y la corroboración de los mismos por los experimentos llevados a cabo por los profesores Manny y Rollman, los cuales describe.

Se ocupa a continuación del proceso de la ictericia catarral, y hace del mismo un estudio concebido en análogas condiciones que el anterior, tratando de los numerosos fenómenos de la misma y poniendo de relieve los trabajos y experimentos llevados a cabo en su estudio, y de los cuales destacan entre los de la escuela española los llevados a cabo por los profesores Hernando, Jiménez Díaz y Gutiérrez Arrese.

"Y para terminar—dice—, lo haremos con aquella frase tan divulgada: "Sin hígado no hay ictericia."

Tras este discurso, que fué objeto de cálidos aplausos, el secretario, Dr. Vallejo de Simón, dió lectura a la concesión de los premios. El premio de la Academia, a un trabajo sobre el estado actual del tratamiento de la tuberculosis, fué concedido a los Dres. Manuel Cabello y José Domínguez; el del legado Rodríguez Abaytúa fué declarado desierto; el instituido por el Dr. Goyanes le ha sido concedido al Dr. Ricardo Chamorro y Rodríguez Salinas, y el del Dr. Castresana fué también declarado desierto. Anunció el secretario que el Dr. Baldomero Castresana, con su gran bondad, había renovado para el curso próximo el premio no otorgado este año.

Terminada la lectura de estos premios, se levantó el Prof. Simonena, quien comienza diciendo: "Sin más méritos para presidir esta sesión que mi antigüedad en el ejercicio profesional y vuestra benevolencia, vengo hoy a vosotros lleno de agradecimiento, máxime que ya hoy nada puedo daros, y vosotros me habéis dado el placer y la emoción que a esta edad representa el saber que los discípulos, de los cuales aquí veo muchos, no me han olvidado.

"Y, ahora, lo primero permitidme que felicite a vuestro presidente, el Dr. Manuel Arredondo, por su discurso magistral, lleno de claridad científica y de gran saber clínico. Después he de deciros que vuestros Anales ponen muy de manifiesto vuestros trabajos, todos

ellos llenos de gran saber e interés dentro de todas las ramas de la Medicina, tanto clínica como experimental, y esta labor es fruto toda ella de los hombres jóvenes y maduros que forman esta Academia, en la que figuran desde los jóvenes recién salidos de las aulas hasta los mayores prestigios de nuestra Medicina de hoy. Pero, a más de esto, con sus premios y becas de estudios, es su labor de un gran estímulo para la juventud estudiantina, que con sus conocimientos y su pujanza aporta un buen acervo a la cultura.

"Pero yo creo que en el seno de estas Academias falta algo, y antes de abandonar este sitio voy a permitirle el decírselo: es ello un conocimiento profundo de los problemas sociales y morales que la Medicina plantea, y que si no logramos conocer y practicar conforme a cierta ética, ponen a nuestra profesión en peligro. El señalamiento de estas cuestiones de trato con el compañero y con el paciente os harán ver la necesidad de subir muy arriba estos principios, que hace un instante tan solo os decía. A pesar de la opinión de muchos de no sacar estas cuestiones del ambiente, acaso enrarecido, de los Colegios Médicos, yo estimo que deben venir por entero a la libre discusión dentro de Academias como esta que hoy me honro en presidir."

A continuación, y tras una gran salva de aplausos, el Prof. Simónena declaró abierto el curso de 1935-1936.

* * *

El miércoles y jueves de esta semana ha celebrado la Academia sus elecciones de Junta, resultando elegidos *Presidente*, D. Víctor Manuel Noguera; *Vicepresidente*, D. Dámaso G. Arrese, y *Secretario*, D. Antonio Martín Calderín.—J. H. S.

SOCIEDAD OFTALMOLOGICA DE MADRID

(Sesión inaugural del curso 1935-36.)

La Sociedad Oftalmológica celebró la sesión inaugural el día 14 del actual.

Preside el Dr. Renedo, desarrollando el Prof. Márquez su comunicación sobre "Indicaciones en el tratamiento del estrabismo".

"INDICACIONES EN EL TRATAMIENTO DEL ESTRABISMO".

Comienza la brillante conferencia señalando los distintos fines que pueden pretenderse, el puramente estético y el ideal para restablecer la visión binocular y de relieve.

Clasifica los métodos curativos a emplear en pácíficos óptico, instilación de midriásticos, ejercicios con el diploscopio o entereoscopia), y agresivos o quirúrgicos, aun cuando los segundos no pueden prescindir, como complemento, de los de la primera categoría.

Es evidente que nuestra preferencia ha de ser para los no quirúrgicos, pero hemos de señalar que es lo corriente que los enfermos acuden al oculista demasiado tarde para que podamos aplicar con esperanzas de éxito los medios pácíficos. Un niño de cuatro o cinco años, con un estrabismo que comienza y que no es permanente, si la exploración nos demuestra que se trata de una hipermetropía y su estrabismo depende de un exceso de convergencia, será muy probable que podamos enderezar sus ojos con la instilación de atropina y la prescripción de los correspondientes cristales correctores.

En los casos antiguos esta solución es apenas posible.

Hemos de distinguir, porque distinto ha de ser el tratamiento, las múltiples variedades del estrabismo. En unos casos, los dos ojos tienen aproximadamente la misma visión, y casi siempre el estrabismo es alternante; en otros, es semialternante, siendo corriente que uno de los dos ojos fije casi siempre, aun cuando algunas veces la fijación alterna.

Tras la aplicación de atropina, se observan algunos casos paradójicos, es decir, que el estrabismo aumenta con el midriático. La causa de ello es que por no hacer la atropinización, el fondo resulta aumentado, el esfuerzo de la acomodación (sumándose el plus acomodativo dependiente del defecto de refracción con el que resulta de la aplicación insuficiente de atropina), siendo el resultado el de una convergencia mayor y, por tanto, aumento del grado de estrabismo.

Cuando la visión de ambos ojos es muy desigual, se impone la operación; tenotomía con efectos análogos a la parálisis de un músculo, o avanzamiento, que supone refuerzo de acción del mismo, o sea acción análoga al del espasmo.

En cuanto a la tenotomía, no hay discusión: se trata de seccionar el tendón, y sólo queda la amplitud variable que ha de darse al despegamiento y sección de alas ligamentosas musculares, para que el efecto de la tenotomía sea mayor o menor, según que el desbridamiento sea más o menos amplio. En relación con el avanzamiento, y sin pretender discurrir sobre las ventajas o inconvenientes de una u otra técnica, él es partidario del plegamiento muscular de Layleyze, por considerarlo más seguro.

En conjunto, todas las técnicas le parecen buenas, debiendo seguir cada cirujano aquella que más domine, puesto que esto es preferible a la manía de la variación.

Respecto a si ha de intervenir sobre uno o sobre los dos ojos, conviene recordar que el estrabismo es un defecto de ambos ojos, estando en lo esencial de acuerdo con el criterio de Landoet, que para recalcar más esta idea prescinde de hablar del estrabismo de un solo ojo, y se expresa con la frase "estrabismo por fijación de uno o del otro ojo".

Si se trata de intento de restablecer la visión binocular, hemos de preferir el avanzamiento. En casos de fuerte estrabismo, nos veremos obligados a doble tenotomía y doble avanzamiento, pero evitaremos practicar en un lado tenotomía y en el otro ojo avanzamiento, porque el plano de situación de ambos ojos variaría, perjudicando ello el posible restablecimiento de visión binocular y resultando un efecto estético poco grato.

El criterio sustentado por Bortelemy, de actuar únicamente sobre el ojo no desviado no lo comparte el conferenciante. Sólo cuando el efecto de la intervención sobre el ojo desviado sea insuficiente, estaría permitido el actuar sobre el no desviado.

Por lo demás, el paciente y su familia aceptarán muy difícilmente una intervención propuesta sobre el ojo no desviado.

Respecto a la edad en que debemos operar, cree que no debe ser muy pronto ni demasiado tarde. En el estrabismo convergente de los hipermetropes debe esperarse hasta los ocho o diez años, porque es frecuente tienda a disminuir con la edad, y si hubiéramos operado



Inauguración del curso en la Sociedad Española de Tisiología, presidida por el ministro Sr. Salmón y el subsecretario de Sanidad Dr. Bermejillo.

antes de tiempo, la tendencia natural hacia la desaparición del defecto se traduciría en una hipercorrección, desarrollándose lentamente un estrabismo de dirección opuesta al original operado demasiado pronto.

En estos enfermos debe preferirse el avanzamiento de ambos restos laterales externos (o el plegamiento muscular de los mismos, según la técnica de Layleyze, que prefiere el Dr. Márquez), y dejar los ojos en hipocorrección, ya que el defecto tiene tendencia natural a la disminución.

El estrabismo divergente, en cambio, como presupone una debilidad muscular, suele aumentar con la edad, por lo que aquí es aconsejable el avanzar los restos internos y quedar los ojos en hipercorrección, puesto que el resultado postoperatorio tiende a disminuir.

En las heteroforias no debemos tenatomizar; avanzaremos los rectos internos en las exoforias, y los externos en las endoforias.

En las heteroforias verticales el problema quirúrgico es de resultado menos seguro, aun cuando él, en algunos casos, puede contar con éxitos.

El estrabismo paralítico se resuelve con dificultad. Claro es que evitaremos la tenotomía del músculo antagonista, porque de hacerla resultarían dos parálisis en vez de una; pero es que tampoco podemos fiarnos del avanzamiento del músculo paralizado, porque, aun logrando colocar el ojo en buena posición, aparecerá la diplopia en cuanto este músculo tenga que actuar.

Quizás la solución menos mala será la de hacer una tenotomía del músculo asociado del otro ojo, para que resulte una nueva imagen diplópica que pueda fusionarse con la diplópica del ojo afecto de la parálisis.

Una dosificación exacta es ilusoria, y lo que pretendemos será disminuir o reducir a pocos grados el ángulo de estrabismo, para favorecer la actuación del reflejo de la función, sirviéndose de la corrección del defecto de refracción y los ejercicios dioploscopioestereoscópicos.

Dr. Renedo.—De no conseguir la visión binocular y de relieve, el resultado quirúrgico es aleatorio. Nunca

podremos tener seguridad de que él, o los ojos enderezados por la operación, han de persistir en la nueva posición; y nos veremos sorprendidos (con una u otra técnica) con que vuelven a desviarse los ojos, bien sea en la mismo o en opuesta dirección de la que tenían antes de intervenir.

La profusión de métodos, procedimientos y modificaciones de técnica señalados en las obras quirúrgicas suponen un prurito innovador bien innecesario, puesto que no se trata de técnica, sino de recuperación de la función de fusión de imágenes, y que se lograría con cualquiera (nosotros preferimos la más sencilla), si la siguiese el complemento de los ejercicios ortópticos en los casos en que esto es posible, o sea en aquellos en que ambos ojos conserven regular o buena visión.

Es ilusoria la pretensión de dosificar exactamente el resultado en los avanzamientos por los milímetros de músculo reseado. En dos casos que creemos análogos, y en los que resecamos igual extensión de músculo, obtendremos a veces resultados bien distintos. Tampoco la tenotomía es dosificable, aun cuando huelga decir que el efecto de corrección es mayor o menor, según libremos o no las aletas ligamentosas.

De hacer tenotomía y avanzamiento, debe empezarse por aquélla.

Dr. Leoz.—Considerar que se opera demasiado, es decir, que muchos casos se resolverían perfectamente sin intervenir, si nos tomásemos la paciencia de estudiarlos a fondo, y recuerda algunos casos curados sin necesidad de operación, lo que le ha llevado a tener un criterio más restrictivo y, sin duda, más ventajoso.

En los estrabismos por parálisis de algún músculo, su opinión es que no se debe operar, por ser el resultado malo casi con seguridad.

Cuando el músculo sobre el que pensamos actuar sea un oblicuo, recomienda una gran prudencia, que puede traducirse por absoluta abstención, porque el resultado será un fracaso.

Las causas del estrabismo son muy complejas, y, por lo tanto, no podemos resolverlo con un criterio sim-

plista, sino que estudiaremos todas las posibilidades, y en muchos casos podremos llegar al ideal de enderezamiento de los ojos y restablecimiento de visión binocular y de relieve sin apelar a los métodos quirúrgicos, de los que cree se abusa hoy.

Rectifica el Dr. Márquez y termina la sesión científica, continuando la sesión administrativa.

FINAL DE UNA ACTITUD

En el número 4.273 de esta revista postulábamos por la decisión adoptada por los sanitarios de Puebla de Sancho Pérez, con motivo de no abonársele las cantidades adeudadas por el Ayuntamiento, ante su persistente y prolongada negatividad a efectuar ingresos en Mancomunidad, y silenciada actuación de ésta. Conjuntamente dióse cuenta del hecho al señor delegado de Hacienda, Inspección provincial, Gobierno civil y presidente de la Asociación Nacional. Los sedicentes politiquillos locales, con seráfico e inocente pudor distributivo, continuaban generosamente, muellemente, plácidamente, dictando resoluciones, pagos, malabarismos de libramientos, embargos, etc., en la "tibia penumbra de la paradisiaca mansión secretarial" durante el decurso del plazo señalado para el "plante", como si con ellos no fuera nada, pese a los continuos avisos y apercibimientos de Mancomunidad, la que, ante el silencio sepulcral, estoicismo canalla y despreocupación suicida de los sempiternos mangoneadores, el mismo día 5, final del plazo, les encajó la inesperada presencia de un delegado, que, tras investigar la "estupenda" marcha económico-administrativa del Municipio, levantó acta de las numerosas irregularidades encontradas: documento firmado por los responsables con estupefacto automatismo, que sorprendió al investigador visitante, propinándoles, *ipso facto*, como "honorable colofón" a la intachable conducta de los munícipes, el sabio, prudente y sano determinismo de incautarse de los ingresos próximos, prohibiéndoles, bajo sanciones graves, dilapidar "rumbosamente, caritativamente", los futuros cobros, ¡intangibles!, hasta que los sanitarios perciban el producto de "su insolente e injusta reclamación".

Al señor delegado de Hacienda hacemos patente nuestro sincero reconocimiento por su acertada aplicación de recta justicia, que ensalzamos con todos los pronunciamientos favorables.

Al señor inspector provincial, D. José Sierra Inestal, dignísimo tutor e incansable trabajador pro causa sanitaria, un respetuoso abrazo, traductor de emocionado afecto a su noble personalidad.

A EL SIGLO MÉDICO, portavoz señero de hospitalidad fraterna, la expresión de nuestra gratitud.

Al señor presidente de la Asociación Nacional, don Antonio Ossorio, por su ejecutoria a nuestro S. O. S.; compañerismo exaltado a positividad insuperable; catalizador de valor, ánimos y esperanzas; dinamismo consagrado a nuestra ayuda; previsión certera y clarín de táctica constructiva, defensiva y triunfal. ¿Sabrán los epígonos estimar y enaltecer estas raras cualidades?

Por los Sanitarios de Puebla de Sancho Pérez,
LÓPEZ HOLGADO.

Nota.—En la carta publicada, número citado, donde dice (fuera de ley) debe decir (fuero de ley).

DEFENSA OBLIGA

VITAMINAS AUTONOMICAS

Nuestra susceptibilidad dermoprofesional se halla hiperestesiada para cuanto roce, afecte o atañe a la ley de Coordinación Sanitaria, a la que una vez más, y más decididos que nunca, hemos de llamar NUESTRA LEY. Y como ese reconocimiento (agravado con ropaje de protesta), existe en las declaraciones hechas por el señor De Pablo Blanco a los periodistas al referirse a "una conferencia que había sostenido con una *nutrida* Comisión de presidentes de Diputaciones", leídas que han sido, salimos a la palestra en defensa de lo que es tan NUESTRO y, como todos sabemos, se nos trata de arrebatar.

Por si algunos compañeros, lectores de estas mis modestas líneas, no conocen las declaraciones del Sr. De Pablo Blanco, las copiamos de un diario de Madrid. Dicen así:

"Yo, penetrado de la justicia de la demanda de dichos organismos, les he prometido ponerme al habla con el ministro de Trabajo, para estudiar la forma de dejar a salvo los intereses de las Diputaciones, que, como es sabido, se *nutren* de los Ayuntamientos que las forman."

No necesita el Sr. De Pablo Blanco poner en juego su influencia política "para dejar a salvo esos intereses", porque, de hecho, lo están, SIEMPRE QUE CUMPLAN SUS DEBERES SANITARIOS los Ayuntamientos que *nutren* esos organismos.

Cumplidos esos deberes, son dueñas absolutas esas Corporaciones de hacer y deshacer; mas, siempre que hayan cumplido los deberes primordiales de pagar el trabajo a quienes las sirven, a los trabajadores sanitarios que utilizan, porque nosotros, los sanitarios titulares, trabajamos POR NECESIDAD, no por sacrificarnos, cómoda y relumbrantemente, *por la Patria*, como ya aludimos en nuestro artículo titulado "Sueño intrascendental", publicado en EL SIGLO MÉDICO, número 4.263.

Y ejercemos y trabajamos por necesidad, por ser el fruto, jornal o salario de nuestro trabajo nuestro sustento, el de nuestras mujeres y el de nuestros hijos; y esto, tan respetable, tan sagrado, ha sido y es desatendido por esas Corporaciones; esto, tan respetable y tan sagrado, es lo que encarna el espíritu verdadero de la verdadera justicia, referida en el primer párrafo de las reseñadas declaraciones del Sr. De Pablo Blanco.

En ese comentado párrafo aparece, repetida, la palabra NUTRIRSE. ¿Será que es la etimología de este palabra lo único que interesa a las Corporaciones tramposas con sus obreros intelectuales?

Mas si esto no es suficiente para los hoy (HOY) dirigentes de los destinos de España, agotemos nuestra paciencia, nuestra colaboración y demás datos fehacientes, exactos, comprobados.

En mi artículo anterior señalaba el dato revelador siguiente: de unos 250 pueblos que integran una provincia, y, por consiguiente, que *nutren* una de esas Corporaciones, son 170 los deudores a los sanitarios. ¿No es concluyente, Sr. Jefe de la Ceda, Sr. Salmón, Dr. Bermejillo? Esos débitos que esos 170 Ayuntamientos tienen contraídos con los sanitarios titulares es el pan, las ropas, las mil necesidades de primer orden que te-

nemos los sanitarios titulares y nuestras familias; necesidades desatendidas más o menos parcialmente por no percibir el salario de un trabajo que realizamos todos, absolutamente todos los días. Como detalle ejemplar de las consecuencias que esto acarrea, ahí va, Sres. Gil Robles, Salmón y Bermejillo, el siguiente sucedido: un sanitario titular que había cobrado algún trigo de sus igualas, se ve precisado a liquidarle al precio que quieren pagarle, al propio tiempo que le adeuda el Ayuntamiento unas NUEVE MIL PESETAS (¡como que en cuatro años no le han pagado una peseta.) Y como esas 9.000 pesetas son el sueldo, jornal o salario de cuatro años, o sea de cuarenta y ocho meses, o de mil cuatrocientos sesenta días, que ese sanitario titular rural ha trabajado, y, en consecuencia, de ser por trabajo realizado, le pertenecen, son suyas, y demasiado bien ganadas, de tenerlas, como en *verdadera justicia* debe tener, no sería víctima de esa operación liquidadora de su poco trigo, al precio que quieren pagarle, con tal de hacer algún dinero que le permita *ir tirando* hasta que quieran pagarle ese jornal, ganado desde hace cuatro años, las Corporaciones que *nutren* esa otra que formaba la Comisión *nutrida* (y no lo dudamos).

Los Ayuntamientos *nutren* a esas Corporaciones; la Comisión era *nutrida*; mas los sanitarios titulares, acreedores de nuestros sueldos (nada fantásticos, créanlo, y si no lo creen, comparen, comparen con los habituales de percibir y cobrar en nómina de Ministerios), no podemos *nutrirnos*, y si ir viviendo con nuestros sueldos, y faltándonos éstos, nuestra *nutrición* se metamorfosea en autodigestión.

Otro dato: en el periódico de Madrid del cual recogimos la nota anteriormente comentada, viene esta otra, que no comentaremos; se comenta por sí sola, y también se la ofrecemos a los Sres. Salmón y Bermejillo para cuando el Sr. De Pablo Blanco vaya a cumplir la promesa dada a la *nutrida* Comisión: dicha nota es ésta, que copiamos *ad pedem litere*: "Valladolid, 6.—El presidente interino de la Diputación, Sr. Valencia, consiguió en diciembre de 1934 del director general de Sanidad una subvención de 20.000 pesetas para un pabellón de tuberculosos. Al ir ahora el Sr. Valencia a emplear esta cantidad, resulta que no está en caja..."

Hasta aquí copiamos. Basta para lo que nos importa. Son 20.000 pesetas esfumadas de la caja de esa Corporación, de la Comisión *nutrida*. ¿Nutrida y faltan 20.000 pesetas, más el millón que había desfalcado?... ¡Catastrófico!... ¿Eran para enfermos tuberculosos, bacilíferos?... ¡Bah! ¡Eso qué importa! Que deambulen por calles, plazas, locales, espectáculos, y así puede hallar campo el señor Bacilo de Koch para vivir prolífico y *nutrirse*, que también tiene derecho, aun cuando ese derecho bacilar suponga nuevas víctimas de sus toxinas. Pero, ¿qué importancia pueden tener toxinas, bacilos de Koch, tuberculosos bacilíferos, cavernas abiertas, al lado de los supremos intereses de Corporaciones autonómicas, supraconscientes e hipermodernistas? ¡Ninguna, hombre, ninguna! Todo eso de toxinas, bacilos, cavernas, son *camelos* médicos; en cambio, autonomía, conciencia ciudadana, civismo, modernismo..., ¡oh, eso sí que es algo! Ahora que nosotros, retrógrados, atrasados, ignorantes, solamente hemos podido hallar una explicación satisfactoria a tal modernismo, y es ésta: pagar a los funcionarios lo hacían los Ayuntamientos de

hace cincuenta años; si éstos pagan, dirán *los de antes*: "Hacen lo mismo que nosotros... ¿Y para eso tanto ruido?" Pero no pagan a nadie, y hacen migas a *los de antes*. ¿Por qué hicieron ellos algo parecido? ¿Y esto no es innovación, novedad, modernismo?... Pues a guardar silencio, si no sepulcral, sí al menos mortajal (de mortaja).

Basta de humor, aunque malo, y terminamos estas cuartillas con la seriedad que merecen.

Tengamos en cuenta cuántos ataques se han hecho y hacen a la ley de Coordinación. En breve habrá elecciones. Supeditemos nuestra actuación a la viabilidad y cumplimiento de NUESTRA LEY.

En un todo comprendido, ¿verdad, compañero? En ese caso, punto final.

ANGEL F. DOMÍNGUEZ.

REMITIDO

¡Sanitarios, aprestaos a la defensa!

Habiendo leído en un periódico local el suelto que adjunto, con su referencia, y no encontrándolo en la Prensa de Madrid, me apresuro a remitirlo a EL SIGLO MÉDICO, para su general conocimiento.

"MAS SOBRE LA LEY DE COORDINACION SANITARIA"

La Unión de Municipios Españoles nos participa que su presidente, el diputado a cortes D. Rafael Salazar Alonso, ha presentado al Congreso la siguiente

PROPOSICIÓN DE LEY

En 11 de julio de 1934 fué aprobada por estas Cortes la llamada ley de Coordinación Sanitaria.

Desde entonces, los Ayuntamientos y Diputaciones, con rara unanimidad, han pedido constantemente la nulidad de aquélla, alegando, entre otras razones de gran fuerza legal, moral y de convivencia social en los pueblos, la de imposibilidad de llevarla a la práctica, mientras no se promulgara la nueva ley de Haciendas Locales.

Por ley de 27 de diciembre de 1934, fué suspendida la aplicación de aquélla, en tanto que una Comisión formulara, con la intervención de sanitarios y representantes de Ayuntamientos, no sólo los reglamentos precisos, sino también las modificaciones pertinentes para que fuera aquélla eficaz. Y después de una depurada labor, llevada a cabo entonces bajo la dirección del Ministerio del ramo, ahora se ha prescindido en absoluto de aquellos trabajos y coincidencias de los elementos interesados, poniéndose en vigor, por Decreto de 14 de julio de 1935, unos reglamentos que adolecen de una constante imposición arbitraria sobre los derechos y Haciendas municipales, en contraposición con reiterados e inexplicables privilegios para las clases sanitarias.

En Ordenes sucesivas, aclaratorias, se insiste por el Ministerio en igual criterio, y se llega, por la de 18 de julio de 1935, a obligar a los Ayuntamientos al pago de "igualas médicas de la Guardia civil y Carabineros, con sus familias", con la prohibición de incluirlas en las listas de "Beneficencia municipal", resultando todo ello una carga insoportable para el Erario local; citando, por ejemplo, el caso del Ayuntamiento de Irún, al que tal carga supone un aumento en su presupuesto ordinario de gastos de 18.000 pesetas anuales, y en igual

proporción a los demás pueblos fronterizos, pobres y olvidados en su generalidad.

El embargo de ingresos municipales por las Juntas provinciales de Mancomunidad Sanitaria, ya anunciados, va a causar en breve la paralización de la vida local en casi toda la nación, y, además del recurso de inconstitucionalidad iniciado y apoyado por Ayuntamientos y Diputaciones, éstas se aprestan a defender ante los Tribunales el sostenimiento de sus imprescindibles servicios.

No basta con prohibir a los Ayuntamientos y Diputaciones su indiscutible derecho a reunirse para tratar de este grave problema, como se está llevando a efecto en virtud de Orden circular del Ministerio respectivo, mientras a las clases sanitarias se les facilita toda ocasión de reunirse y manifestarse; es necesario poner remedio a tan grave asunto.

Por todo ello, los diputados que suscriben formulan la siguiente

PROPOSICIÓN DE LEY

Artículo 1.º En tanto no se aprueben y promulguen las nuevas leyes de "Haciendas locales y de Sanidad, queda en suspenso la ley de 11 de julio de 1934, por imposibilidad de ser aplicada".

Art. 2.º Los Ayuntamientos no están obligados al pago de iguales médicas a las fuerzas de Carabineros y sus familias, debiendo en lo sucesivo aplicarse a las mismas lo dispuesto en la Real orden de 5 de diciembre de 1922, respecto a los individuos del Ejército que hubieran de ser asistidos en donde no hubiera hospitales ni médicos militares.

Art. 3.º Los Ayuntamientos, al igual que lo han venido haciendo en virtud de Real orden de 13 de noviembre de 1903, declarada subsistente por circular de 12 de diciembre de 1935, "seguirán en la obligación de incluir en las listas de Beneficencia municipal a los individuos de la Guardia civil y sus familias que radiquen en los respectivos términos municipales".

Art. 4.º Quedan derogadas cuantas disposiciones se opongan a lo anteriormente preceptuado."

Digo para su general conocimiento y, por lo tanto, para que, ante la presencia de un ataque certero, pueda organizarse la natural defensa. Pues ante una tan amenazadora proposición de ley contra uno de los legítimos derechos que ha logrado conseguir esta tan desgraciada clase de los sanitarios rurales, creo que todos debemos unirnos y solicitar de los representantes sanitarios de la Cámara que miren una vez más por los pobres sanitarios, y olvidándose un momento de sus ideales políticos y recordando que, al fin, son médicos, farmacéuticos y veterinarios, que rechacen con todas sus fuerzas la proposición de ley y defiendan a todo evento la ley de Coordinación Sanitaria.

Unirnos al propio tiempo todos para una acción común de protesta ante la proposición, y en caso de ser ésta aprobada, llegar hasta donde sea necesario, incluso, en último término, hasta la huelga general de sanitarios.

¿Qué pasaría, en caso de ser aprobada esa proposición, en infinidad de pueblos que, como la mayoría de los de esta provincia de Almería y de los de España entera, cuyos Ayuntamientos llevaban años y años sin pagar, y que debido a los medios ejecutivos de que dis-

ponen las Mancomunidades provinciales han sido obligados a pagar un trimestre, viniéndose la ley de Coordinación abajo? Pasaría que, después de haberse aplicado estos medios ejecutivos, en ruin venganza, en primer lugar, en no volver a pagar y, después, una serie de vejaciones y represalias que harían la vida imposible a muchos compañeros, que, al fin, no tendrían más remedio que pedir la excedencia y marchar a otros lugares. Véase el recorte de un artículo que puede demostrarlo:

"Nosotros nos encargaremos de que el Parlamento se pronuncie en votación nominal, y que sepan los diputados sordos o tumbones, los desafectos y los que prefieren al interés general de sus electores el de una determinada clase profesional, que si, como insulto, se nos tilda de caciques a los munícipes, cuando llegue el día de actuar obraremos todos en justa reciprocidad, condenando al retiro del hogar a quienes no quieran o no sepan defender los intereses de los pueblos.—Fernando Fernández, abogado y secretario del Ayuntamiento de Aleadávida de la Rivera."

Copiado del artículo titulado "La coordinación sanitaria y los Municipios rurales", de *La Voz*, de Almería, jueves 14 noviembre 1935.

Ruego a EL SIGLO MÉDICO en estas líneas nos dé una lista de los diputados médicos, farmacéuticos, veterinarios y practicantes que hay en la Cámara y, ante ella, todos nosotros unidos: médicos, farmacéuticos, veterinarios y matronas, dirijamos un día determinado, antes de que se discuta la proposición de ley, por ejemplo, el día 1.º de diciembre, telegramas pidiéndoles defendan estos mínimos avances que hemos obtenido.

¡Sanitarios, aprestaos a la defensa!

DR. R. FOLCH.

Canjáyar (Almería), 14-11-35.

Suscripción para la máquina de coser

La Administración de EL SIGLO MÉDICO hace presente que, cumpliendo las indicaciones de nuestro querido compañero el Dr. Lozano Borroy, ha remitido el importe de lo recaudado para esta suscripción a doña Olimpia del Mazo, esposa de D. Manuel Martínez, a Santo Domingo de la Calzada, y que dicha señora acusa recibo a esta Administración con fecha 13 de los corrientes por pesetas 142,50, conforme a la lista que a continuación reproducimos:

Lista completa de lo recaudado para la máquina de coser de doña Olimpia del Mazo, esposa de D. Manuel Martínez.

	Pesetas
D. Javier Cortezo.....	50
D. Vicente Fidalgo.....	20
D. Juan Ciria.....	5
D. S. G. Castillo.....	30
D. Cándido Gorostidi.....	10
D. Joaquín Parra.....	10
D. Ricardo González.....	5
D. Teodoro Galán.....	5
D. Juan M. Parra.....	5
D. Cecilio Crespo.....	2,50
<i>Total pesetas.....</i>	<i>142,50</i>

SENTIDO PESAME

Nuestro muy querido compañero el Dr. D. Federico González Deleito pasa en estos momentos por el trance de una dolorosa pérdida familiar. Su hijo, el farmacéutico titular de Rentería, Dr. Manuel González Azcune, ha visto morir a su virtuosa y bella esposa, doña Dolores Díaz Burgos, cuando todo anunciaba la más completa felicidad en un hogar recién formado y digno de todo género de dichas.

Al hacer presente al ilustre Dr. González Deleito y a su hijo la profunda pena que nos causa la desgracia que les aflige, renovamos en estas líneas el testimonio de la cordial amistad que con ellos nos une.

COLEGIO DE MÉDICOS

Homenaje al Dr. Cirajas

Con motivo de haberse concedido por el Gobierno de la República a nuestro querido compañero D. Nicolás Martín Cirajas la Cruz de Beneficencia, un numeroso grupo de amigos y admiradores ha iniciado una suscripción para hacerle el regalo de las insignias en sencillo homenaje, que tendrá lugar en fecha próxima.

Dada la popularidad de nuestro colega y la labor que viene realizando en favor de la clase médica y la justicia que representa el galardón que le ha sido otorgado, y siendo numerosísimas las personas que desean contribuir a su homenaje, se ha fijado la cuota única de cinco pesetas, que se puede entregar en el Colegio de Médicos (Esparteros, 9) y en la Inspección provincial de Sanidad (Quintana, núm. 4).—*Enrique Bardají.*—*José Velasco Pajares.*—*Rafael Terol.*—*Alfredo Pumarino.*—*Juan Castells de Santiago.*—*Guillermo de la Rosa King.*—*Antonio Osorio.*—*Joaquín Ruiz Heras.*—*José Aguilar Collantes.*—*Araceli Carrasco.*—*Antonio Alonso Muñozerro.*—*Carlos Sáinz de los Terreros.*—*Luis Munuera.*—*Antonio Núñez Grimaldos.*—*Manuel Fernández Cuesta.*—*Alfredo Piquer.*

Secretaría de la Asociación Oficial del Cuerpo de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria

Con motivo de la publicación de las Ordenes ministeriales de provisión de vacantes del Escalafón, se reciben diariamente en esta Secretaría numerosísimas cartas, por lo que se advierte a todos los compañeros que se dirigen a estas oficinas formulando consultas que deben incluir sello para la contestación, pues de lo contrario, y sintiéndolo mucho, no serán contestadas, ya que este aumento de correspondencia grava excesivamente nuestro presupuesto.

También se ruega escriban brevemente y con toda claridad, para evitar pérdidas de tiempo.

MÉDICOS FORENSES

Ha transcurrido el año 1934 y está al terminar el 1935 sin que se vea aclarada la excepcional situación de los médicos forenses de Juzgados de instrucción.

Era obligación de los Ayuntamientos consignar en sus presupuestos las cantidades correspondientes a los sueldos de los médicos forenses de sus partidos judiciales. Y no podían ser aprobados estos presupuestos sin

dicho requisito. ¿Hay alguna disposición en contrario? El aumento, muy justificado, de sueldo no puede ser causa para crearlo así, pues las consignaciones ordenadas no se referían a cantidades determinadas.

Surge ahora el dilema sobre a quién han de entregar los Municipios las cantidades para el pago de los forenses, si a los Ayuntamientos cabezas de partido o a las Delegaciones de Hacienda de la provincia. Creyendo esto último, dos pueblos de este partido remitieron a la Delegación de Hacienda de la provincia las cantidades correspondientes para el pago de tres primeras mensualidades en el pasado año 1934. Y previa nómina, extendida por el contador de fondos del Ayuntamiento de Alcázar, con el recibí firmado con antelación por el forense, pudo éste cobrar aquel primero y último trimestre.

Y aquí lo anómalo, lo inexplicable, lo injusto, porque si se pudo pagar un trimestre, ¿por qué no han de poderse pagar en la misma forma los veinte meses que hasta la fecha se nos adeuda? Y si, como está sucediendo, por amistades con alcaldes o influencias políticas, algunos forenses han cobrado mayor parte de sus asignaciones, ¿por qué esta desigualdad? ¿A qué autoridad corresponde normalizar esta situación? Por nuestra parte, ya hemos recurrido a las que creímos pertinentes. Ahora recurrimos a la Prensa profesional, con preferencia, a mi contemporáneo SIGLO MÉDICO, pidiendo ayuda en nuestra causa.

G. J. PINTADO.

Homenaje al Dr. Julián Díez en Burgos

Con motivo de haber cumplido los cincuenta años de ejercicio profesional D. Julián Díez Fernández, médico titular de Arcos de la Llana (Burgos), quisieron sus compañeros, los titulares del distrito, honrarle, y a este fin le dedicaron un artístico pergamino, confeccionado por un artista de fama. Su entrega se celebró en el local del Colegio Médico de Burgos, el jueves, 7 del corriente, con un acto solemne, presidido por el gobernador civil, presidente de la Diputación, alcaldes de Burgos y de Arcos, y el inspector provincial de Sanidad. Enviaron representaciones todos los Colegios sanitarios y numerosos compañeros de la provincia; se recibieron numerosas adhesiones, y el Sr. Arzobispo de Burgos se adhirió también al acto y envió su paternal bendición.

El pergamino fué ofrecido en nombre de sus compañeros por el Sr. Rodríguez Perdigüero, presidente de la Asociación de Titulares del distrito de Burgos. El señor Rojo Yagüe pronunció un discurso, ensalzando los méritos y la labor incesante del Sr. Díez en todos los órdenes, y el Sr. Gobernador civil se sumó al acto con entusiasmo. El homenajeado, visiblemente conmovido, dió las gracias a todos por el honor que se le dispensaba. Los oradores fueron justamente ovacionados.

Por la tarde, y en el magnífico edificio del Círculo de La Unión, se celebró un banquete, presidido por el gobernador civil y asistiendo numerosos comensales, para testimoniar el afecto y simpatía que profesan al señor Díez Fernández.

Unimos nuestra entusiasta felicitación al homenajeado, y hacemos fervientes votos al cielo para que le conserve su preciosa vida y continúe su intensa y fecunda labor profesional y literaria.

Copia de la instancia dirigida por el Colegio Oficial de Médicos de Vizcaya y Comité de Clases Sanitarias de la provincia al Excmo. Sr. Subsecretario de Sanidad y Previsión, sobre Coordinación Sanitaria y Concierto Sanitario

"Excmo. Sr. Subsecretario de Sanidad y Beneficencia.

Excmo. Sr.:

Las clases sanitarias de Vizcaya (médicos, farmacéuticos, odontólogos, veterinarios, practicantes y matronas) tienen el honor de dirigirse respetuosamente a V. E., exponiendo:

Con fecha 11 de julio de 1934 (*Gaceta* del 15) se promulgó, previa espléndida votación de lucido *quorum* en las Cortes, la ley brevemente llamada de Coordinación Sanitaria, que encierra, entre otros, innumerables beneficios para las clases sanitarias, especialmente para las que ejercen en el medio rural, al servicio de la Sanidad pública y Beneficencia municipal.

Con fecha 11 de diciembre de 1934 (*Gaceta* del 13), y debido a las dificultades que ofrecía la aplicación de dicha ley en Vizcaya, después de haber exteriorizado los organismos oficiales, tanto políticos como técnicos y profesionales, un deseo de cooperar al logro de los fines esenciales de dicha ley, dictada por las Cortes de la República, se publicó un decreto del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, dictando normas para la más perfecta adaptación de la ley de Coordinación Sanitaria en la región concertada, no sólo en nuestra provincia, sino también en las demás Vascongadas: Alava y Guipúzcoa, y asimismo en la de Navarra. Dicho decreto garantizaba a los sanitarios y al país todos los derechos y beneficios que las Cortes concedieron al resto de las provincias de régimen común y especial, excepción hecha por la misma ley de la región autónoma catalana.

Con fecha 13 de febrero de 1935 (*Gaceta* del 15 de febrero), y debido a insistente campaña de los Municipios y, al frente de los mismos, la Diputación, se dictó, con gran sorpresa para las clases sanitarias afectadas, y por el mismo Ministerio del Trabajo, Sanidad y Previsión, un decreto que anula, a nuestro modesto entender, anticonstitucionalmente, los derechos y beneficios que como a los demás ciudadanos nos otorga la ley, de la que se nos exceptúa completamente, en consideración a que los servicios sanitarios de nuestra provincia están perfectamente atendidos, y por creer distinto problema adaptar que reglamentar en su totalidad con disposiciones de excepción los servicios sanitarios de una provincia de régimen económico especialmente concertado.

Fuera de la ley, sin que la propia ley nos excluya, por virtud de ese decreto ministerial nos encontramos con la circunstancia agravante de que no rigen o, por lo menos, las Corporaciones oficiales desean que no tengan aplicación todos los reglamentos y demás disposiciones que posteriormente se han dictado para la aplicación de la ley de Coordinación Sanitaria, quedando, por consiguiente, la clase médica sin reglamentación que garantice sus deberes y derechos; la farmacéutica, al arbitrio de una reglamentación especial que se llevará a cabo por el Ministerio, ignorando cuándo y en qué condiciones; la odontológica, veterinaria y demás clases de

practicantes y matronas, sin la constitución oficial de sus Cuerpos y Escalafones respectivos, sin sus reglamentos adaptados y, en fin, la provincia entera sin esa coordinación de todos los servicios sanitarios, que desperdigadamente funcionan hoy en el país admirablemente regidos y celosamente administrados, pero sin la unidad de mando oficial ni la coordinación necesaria que los haga rendir a unos y a otros el máximo de beneficios a que por aquella ley tienen derecho las clases humildes y modestas, que en dichos centros e instituciones encuentran la asistencia facultativa que salvaguarda su salud.

El decreto de excepción anteriormente aludido ofrece idéntica situación, si la solicitan, a las provincias hermanas de Alava y Guipúzcoa; pero ya vemos que estas provincias hermanas prefieren la ley de Coordinación, sin que para nada sufra en las Corporaciones oficiales el régimen privativo del concierto económico que, igual que en Vizcaya, tienen de antiguo establecido, y es tan sólo Guipúzcoa la que pide la exclusión de la capitalidad, como la misma ley la concedía a nuestra población de Bilbao, pero nunca dejando abandonada la acción rural, donde con mayor eficacia debe implantarse y regirse por dicha ley.

En Vizcaya, por virtud del decreto de excepción, se da el caso peregrino y único de que existe un buen número de Ayuntamientos, y entre ellos el de la capital, Bilbao, a la cabeza, que en sus propios acuerdos hacen constar que *rige la ley de Coordinación Sanitaria, y no hay disposición legalmente dictada que la anule o la derogue*, y esto lo dicen en cuanto a la supresión de los honorarios que tienen que satisfacer por reconocimiento de quintos, pues, en cambio, esos mismos Municipios declaran que *no rige la ley* ni está en vigor en Vizcaya en cuanto hace referencia a conseguir las dotaciones mínimas que la ley determina para los médicos titulares y de asistencia pública domiciliaria, siendo remisos, por no decir contrarios y opuestos, a la adaptación y aplicación de los reglamentos a que anteriormente hemos hecho referencia, fundándose para ello en el régimen de excepción decretado y sancionado por el decreto de excepción de fecha 13 de febrero de 1935.

Vivo ejemplo de lo expuesto son, además, los fallos que con fecha 12 de septiembre de 1935 expuso con toda claridad el Colegio y Asociación de Farmacéuticos, de Vizcaya, por los cuales dos Municipios de la provincia, fundados en dicho decreto de excepción, no sólo rebajaron las consignaciones para la dotación de inspector farmacéutico municipal, sino que alguno llegó a anularla totalmente, con la nota más importante y destacada de la cuestión que da el Tribunal Económico Administrativo provincial, que al dictar sentencia a los recursos interpuestos por los sanitarios afectados lo hizo en contra de éstos, legalizando así la arbitrariedad de los Municipios.

Idénticas consideraciones podríamos aportar en lo que hace referencia a los veterinarios titulares, a los cuales no se les reconoce ni clasificación ni categorías de sus plazas, ni dotaciones vigentes que a las mismas legítimamente les corresponde.

Esta dualidad de criterios y esta interpretación errónea de las disposiciones lesiona de manera gravosa los intereses de las clases sanitarias que representamos, y hasta los del propio país, por lo que, a nuestro entender, y así lo interesamos respetuosamente, debe proce-

*Schering
presenta:*

"SAGROTAN"
MARCA REGISTRADA

*Nuevo
desinfectante y
desodorizante*

*Acción antiséptica segura.
Ausente de toxicidad*



Envases originales:
Frascos de 50 g 100 grs.
Latas de 1000 grs.

Productos Químicos Schering S. A., Madrid, Apartado 479 — Barcelona, Apartado 1030

MEDICACION CITRATADA
LA MAS ACTIVA Y
LA MAS AGRADABLE

BI-CITROL MARINIER

GRANULADO SOLUBLE DE CITRATOS
MONOSÓDICO Y TRISÓDICO

EUPEPTICO · COLAGOGO
ANTIVISCOSO · DESCONGESTIONANTE

Muestras y Literatura
DELEGACION: 6, Calle Larra, MADRID

Ayuntamiento de Madrid

BISMUTHOÏDOL

(Bismuto coloidal)

Nuevo agente contra la **SÍFILIS**

EN AMPOLLAS: Solución acuosa

Sin dolor

LABORATORIOS M^{ce} ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

ION-CALCINA PALLARES

Hemostático-reconstituyente

a base de *cloruro de calcio*

FRASCO.-Para uso interno

AMPOLLAS.-Inyección intravenosa

Laboratorio M. PALLARES

Plaza Mosén Sorell, 6

VALENCIA



STROPHANTIUM PALLARES

Tintura de estrofantus, especial-
mente preparada y exactamente
dosificada



derse,
tricta
dificult
cia y
admini
recono
nes co
pero s
ficioso
ses sa
fra de

Reci
bre la
ciones
ble su
Diputa
las cla
acuerd
nidad,
de la
régime
cluso,
racion
pecie
lo que
sino c
ridad,
losa, A

Prim

TEMA
tra
Ponen

1.
obrero
practi
2.
cial q
vo, y
Enfer
zación
que m
consic
Enfer
del S
ello n
cia en
progr
obrero
digno
3.
del S
cientí
4.
reglar
gislat
las m
guro
incon

derse, si V. E. lo estima oportuno, a la aplicación estricta de lo que la ley dispone, y caso de que surjan dificultades para esa aplicación, por ser nuestra provincia y las demás Vascongadas de régimen económico-administrativo concertado, que somos los primeros en reconocer, acatar y defender, se dicten las disposiciones convenientes para la mejor adaptación de la ley; pero sin que el fin, esencialmente práctico, útil y beneficioso de ella, tanto en lo que pueda afectar a las clases sanitarias como a las Corporaciones populares, sufra detrimento ni merma de ninguna clase.

Recientemente expuesto el criterio del Gobierno sobre la aplicación en toda España de la ley y disposiciones de Coordinación Sanitaria, nos parece admirable su acuerdo de formar una Comisión, compuesta de Diputaciones y organismos, Asociaciones y Colegios de las clases sanitarias, para llegar a cristalizar en un acuerdo en que encajase la futura ley Orgánica de Sanidad, y en ese sentido desearían las clases sanitarias de la provincia se legislase para Vizcaya y demás de régimen común concertado, pues pudiérase llegar incluso, de acuerdo las clases sanitarias con las Corporaciones provinciales y municipales del país, a una especie de *concierto sanitario con el Estado*, para evitar lo que hasta la fecha viene ocurriendo, no sólo con esa, sino con otras disposiciones dictadas por la Superioridad, tales como reorganización de Lucha Antituberculosa, Antivenérea, etc.

Por lo expuesto, respetuosamente suplicamos de la reconocida bondad y dotes de justicia de esa Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia se digne proponer al Excmo. Sr. Ministro de Trabajo, Justicia y Previsión y a todo el Gobierno pleno de la nación, si así lo estima conveniente, la modificación del decreto de 13 de febrero de 1935, dejando subsistente el del día 11 de diciembre de 1934, o dictando una nueva disposición ministerial, en la que, al igual de lo dispuesto para el resto de la nación, se disponga para Vizcaya la formación de esa Comisión mixta de Corporaciones provinciales y municipales, y Asociaciones y Colegios oficiales del país, para que, recogiendo los deseos de todos, se llegue a la compenetración de todo cuanto puede redundar en beneficio, no sólo de las clases sanitarias, anhelantes de mejora, sino de la propia mejora que reclama la Sanidad del país. Justicia que esperamos merecer de la bondad de V. E., cuya vida sea para muchos años.

Bilbao, noviembre 1935.—El presidente del Colegio Médico y Comité de clases sanitarias, *Pedro María de Aldamiz-Echevarría*.—El presidente del Colegio Farmacéutico.—El presidente del Colegio de Odontólogos.—El presidente del Colegio de Veterinarios.—El presidente del Colegio de Practicantes.—El presidente del Colegio de Matronas.

Primer Congreso Español Pro-Médico

Zaragoza, 6-11 octubre 1935

Conclusiones definitivas y acuerdos del Congreso

TEMA I: "SEGURO SOCIAL DE ENFERMEDAD". (*Pro y contra del Seguro para el enfermo y para el médico.*)

Ponentes: Dres. *Enrique Bardají* (Madrid) y *Alejo Diz Jurado* (Túy).

1.º La actual situación de la asistencia médica a los obreros ni satisface a éstos ni a los médicos que la practican.

2.º La clase médica debe aceptar todo progreso social que beneficie al obrero de un modo real y efectivo, y en tal sentido debe admitirse el Seguro Social de Enfermedad, siempre que se ajuste al tipo de organización y sistema administrativo, orientado en el plan que más adelante se dice. No obstante, el Congreso no considera aceptable por la clase médica el Seguro de Enfermedad si éste ha de responder al mismo sistema del Seguro de Maternidad vigente en España, porque ello no supondría mejora para los servicios de asistencia en relación con su coste, ni sería base estimable de progreso sanitario, ni constituiría beneficio real para el obrero, perturbando, en cambio, el ejercicio normal y digno de la Medicina.

3.º Los organismos encargados de la administración del Seguro han de reunir la mayor solvencia moral y científica.

4.º Solicitar de los Poderes públicos, por las vías reglamentarias, que se proceda a redactar medidas legislativas que permitan alcanzar de un modo práctico las mismas finalidades que en teoría se atribuyen al Seguro unitario y capitalista, sin ninguno de sus graves inconvenientes; perfeccionando la asistencia médicofar-

macéutica mediante una sabia reglamentación de la iguala, tradicional en nuestro país y españolísima en su origen, para acomodarla al progreso científico y a las necesidades sociales presentes, y atendiendo también al subsidio metálico con la creación de Mutualidades obligatorias, cuidadosamente organizadas y estrechamente federadas para asegurar su solvencia, que cuidarán además del sostenimiento de las instituciones que se creen para el mejor servicio de los beneficiarios. Solicitar de los Poderes públicos que se autorice a la clase médica la presentación de un proyecto de Seguro Social de Enfermedad.

5.º Solicitar del Estado que complemente la acción de estas mutualidades de obreros y patronos, realizando los gastos de establecimiento de estas instituciones complementarias, que las Mutualidades mantendrán a sus expensas, limitándose luego al sostenimiento de los Institutos de Higiene y de los centros rurales de Sanidad y Medicina preventiva.

6.º Solicitar del Estado la conservación de todas las Mutualidades, preferentemente las Mutualidades obreras, siempre que llenen las mismas finalidades de las Mutualidades obligatorias.

7.º La inspección y administración del Seguro no debe absorber más del 10 por 100 de los ingresos de éste.

8.º La inspección de las prestaciones sanitarias debe de ejercerse por profesionales.

9.º En el medio rural serán preferidos el titular o titulares para médicos del Seguro, el cual se organizará a base de dichos médicos.

10. El Seguro nunca deberá establecerse a costa de sacrificios económicos de la clase médica. En consecuencia, para cuando se implante el Seguro de Enfermedad los médicos piden el respeto de los actuales Cuerpos de Beneficencia municipal, provincial, general y de titula-

res. Igualmente piden no perder en las condiciones mínimas de prestación profesional logradas con el contrato de trabajo elaborado por el Jurado mixto de Madrid, y que los cargos que se creen en la burocracia del Seguro sean desempeñados sólo por médicos, prefiriéndose entre ellos a los invalidados en el ejercicio profesional que no puedan desempeñar funciones facultativas y sí burocráticas.

II. La legislación que atienda esta obra de progreso social deberá sentar bases fundamentales, con elasticidad suficiente para que el sistema pueda adaptarse a las características especiales, tanto de orden político como temperamental y económico, de las diversas regiones de España.

TEMA II: "ENSEÑANZA MÉDICA". (*Planes de estudios. Especializaciones. Métodos de selección del profesorado y de los alumnos.*)

Ponentes: *Profesores Antonio Trías Pujol* (Barcelona), *Antonio Lorente Sanz* (Zaragoza) y *Emilio Mira* (Barcelona), y *Dres. Heliodoro Téllez Plasencia* (Santander), *Antonio Martín Calderín* (Madrid), *Francisco Haro* (Madrid), y *Wenceslao López Albo* (Bilbao).

1.º Son fines de una Facultad de Medicina los siguientes:

- a) Ser una escuela técnica, cuyos alumnos salgan dotados de una indudable aptitud profesional.
- b) Formar culturalmente a sus alumnos.
- c) Formar especialistas.
- d) Mantener a sus antiguos alumnos en contacto con los avances de la ciencia médica.

e) Formar investigadores y albergar centros de investigación.

2.º Todo plan de estudios del período de licenciatura debe tender exclusivamente a la formación del "médico general". Nadie puede considerarse especialista, ni siquiera iniciado ligeramente en una especialidad, al recibir el título de médico. La posesión de este título servirá para el ejercicio íntegro de la profesión, pero no dará derecho a titularse especialista.

3.º Al emprender cualquiera reforma de los estudios médicos en nuestro país hay que preocuparse más de los métodos de enseñanza que del cuadro de las materias.

4.º Toda Facultad de Medicina moderna debe mantener los siguientes servicios de enseñanza:

- a) Estudios del período de licenciatura.
- b) Estudios de perfeccionamiento para los médicos alejados de la Universidad.
- c) Estudios para el grado de doctor.
- d) Estudios de las especialidades.

5.º En los estudios del período de licenciatura precisa considerar los "estudios fisiológicos" como eje de la formación del futuro médico. A la comprensión de la Fisiología hay que supeditar el carácter y extensión de la mayoría de las materias fundamentales de la Medicina. Y de la Fisiología hay que partir para el estudio de todas las ramas clínicas.

6.º La duración de los estudios del período de licenciatura no debe ser inferior a los siete años actuales, incluyendo el período preparatorio. Debería añadirse a ellos un año de práctica clínica.

7.º Es necesario fijar una escolaridad mínima que suponga la asistencia asidua del alumno a los trabajos universitarios. Urge la supresión del "alumno libre".

Convendría la creación, dentro del personal docente, de la categoría de "profesor libre" (profesor no oficial), de suficiente prestigio científico para dar la enseñanza a los futuros médicos en concurrencia con el profesor titular de la Facultad. El alumno puede escoger libremente entre los dos.

(Concluirá.)

SECCION OFICIAL

"GACETA" DEL 17 DE NOVIEMBRE:

Ministerio de Trabajo, Justicia y Sanidad.—Dirección de Justicia.—Vacante la plaza de médico forense de Los Llanos, que se ha de proveer por traslación. Instancias, hasta el día 17 de diciembre, en esta Dirección.

GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 707,2; ídem mínima, 704,1; temperatura máxima, 16,8º; ídem mínima, 5,4º; vientos dominantes, SE.

Han sido frecuentes durante la semana última los procesos estreptocócicos y estafilocócicos, pero se ha iniciado el alivio, coincidiendo con la persistencia del régimen de lluvias.

En los niños han mejorado los procesos anginosos y catarrales.

CRONICAS

Una revista nueva.—Hemos recibido y leído con sumo agrado el boletín que el Ateneo de Internos de Valladolid ha comenzado a publicar. Toda ella está realizada con gran acierto, siendo destacable entre los originales que forman su primer número un muy ponderado editorial.

Nuestra enhorabuena a los que forman su cuerpo de redacción y nuestro deseo de que alcance una próspera y extensa vida.

Productos Químicos Farmacéuticos Promonta adjunta, con el presente número, prospecto que recomendamos su lectura y pedido de literatura y muestras.

Vacante de médico.—En Miralrío (Guadalajara) se halla vacante una plaza de médico para vecinos pudientes, con el haber anual de 5.000 pesetas, pagaderas por trimestres vencidos y saliendo responsable de la cobranza de la cantidad mencionada una comisión de vecinos.

Las solicitudes, dirigidas al alcalde, deben presentarse hasta el 10 de diciembre próximo.

El partido consta de tres anejos, y el más distante de Miralrío está a cinco kilómetros.

Se advierte a los compañeros que piensen solicitar la vacante de San Antonio (Baleares), que hace más de dos años existe un interino que cumple a satisfacción y que tiene contratadas las igualas por tiempo indefinido. (31080).

3 preparados "Sandoz" de temporada y cada día.—Este es el principio del prospecto adjunto que la Casa Sandoz remite a los suscriptores del periódico.

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

NIÑOS *Quinintantina*
DELGADO RONCO

En papeles, de acción eficaz y agradable de tomar.

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

Asociación
Digitalina - Uabaina

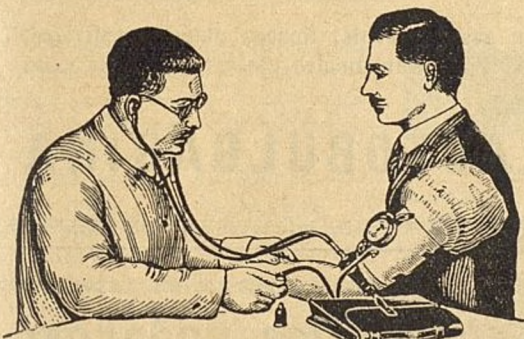
DIGIBAÏNE

Reemplaza con ventaja la
Digital y Digitalina

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

LABORATORIOS DEGLAUDE
15, Boulevard Pasteur.—PARIS

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



VISITE NUESTRO ALMACEN
ANTES DE HACER SUS COMPRAS

“OSCILOFON”

Novísimo y elegante aparato de máxima garantía e irreprochable funcionamiento para medir la presión de la sangre por el método

OSCILATORIO, AUSCULTATORIO Y PALPATORIO

LA CASA EXCLUSIVAMENTE DE LOS MEDICOS
INSTRUMENTAL Y MOBILIARIO CLINICO

LA COOPERACION MEDICA ESPAÑOLA

Apartado 406 - MADRID - Mayor, 21, moderno



SANATORIO NEUROPATICO

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

Director: Dr. GONZALO R. LAFORA

Plaza de la Independencia, 8 • MADRID • Teléfono 11380

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

PIDANSE REGLAMENTOS A LA ADMINISTRACION



BARACHOL



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

LABORATORIOS FAUS — VILAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)

IODASA BELLOT

Solución titulada de IODO
PEPTONA - BELLOT

SIN IODISMO

Cada V gotas contienen un centigramo de iodo combinado con la peptona. XX gotas obran como un gramo de ioduro alcalino.

Dosis media: Niños, de V a XX gotas. Adultos, de X a L gotas.

Escrófula, raquitismo, artritis, reumatismo, arterioesclerosis, enfermedades del corazón y de los vasos, asma, enfisema, linfatismo, bocio, infartos glandulares, obesidad, sífilis.

LA IODASA se prepara en España desde el año 1907.

F. BELLOT - Antonio López, 163
MADRID

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

Lipiodol Radiológico

Aceite 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
André GUERBET & C^o
22, rue du Landy
Saint-Ouen — Paris

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

**LIPIODOL
LAFAY**

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

Antiasmático poderoso

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS CRONICALES

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.

ALMORRANAS



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

oyen perfectamente en estado normal dejan de percibirse en absoluto en el síncope.

Y esta primera razón, todo verdad, la rechazan los otros, diciendo que el corazón late, que lo que ocurre es que late muy débilmente, tal vez por falta de estímulo. Pero sabemos, desde los estudios fisiológicos experimentales de Bodwitech, que el corazón reacciona siempre con una contracción máxima,

CATARROS, TOS ARABE MADARIAGA BENZOCINAMICO

sea la excitación de la intensidad que sea; es decir, que o el estímulo no es capaz de producirle una contracción, y en ese caso no se pueden oír los tonos cardíacos porque no existen, o si el estímulo es capaz de provocar en él una contracción, ésta se ejecuta con el máximo de intensidad y deben de oírse, y

2.º Ya que el estado sincopal sólo dura breves segundos, ¿por qué hemos de dudar que el centro de la circulación deje de funcionar durante ese mínimo de tiempo?

Así, pues, el valor del síntoma "sujeto sin pulso" no es sinónimo de muerte, aunque reconozcamos que prácticamente anda muy cerca de ella.

No es que el corazón esté latiendo levemente y que al tonificarle recupere su vigor: es que el corazón se para del todo, y los excitantes vienen a ponerlo en marcha nuevamente. No es una lumbre que está con una tenue llama y que se encandela a la llegada de más leña "excitante": es una lumbre completamente apagada y sobre la cual

CARABAÑA: el mejor purgante

queda sólo un rescoldo capaz de engendrar nueva lumbre, como el papel es capaz de levantar llama sólo por el calor.

Y es que el corazón, después de parado (entendiendo por parado el no poder demostrarse la más leve contracción), puede ser puesto en movimiento perfectamente, debido a que la excitabilidad del corazón perdura mucho tiempo.

Y así, Hedon y Gillis introdujeron a los tres cuartos de hora de morir un individuo degollado, sangre desfibrinada de buey en sus arterias coronarias y provocaron contracciones del corazón, que duraron media hora. Es decir, que este individuo, absolutamente muerto, con su corazón en el reposo más absoluto, se le pudo poner en marcha artificialmente media hora.

Vulpian, experimentalmente, pudo hacer que se contrajese el corazón de un perro después de noventa horas de muerto el animal.

El caso curioso del Dr. Sickor, el cual fué requerido para examinar un reo ahorcado hacía ya varios minutos, comprobando que era cadáver, volviéndole a reconocer a los cinco minutos y confirmando su diagnóstico, y, sin embargo, fué llevado a la sala de autopsias, donde fué sometido a la acción de corrientes eléctricas, reapareciendo los latidos cardíacos y sobreviviendo más de veinte horas, aunque sin recobrar el conocimiento.

Kuliabko extrajo, a las veinte horas de muerto un niño, su corazón y lo irrigó con líquido de Locke, según el método de Langendorff, observando que a los veinte minutos había contracciones de las aurículas, y al poco tiempo todo el corazón empezaba a latir de una manera rítmica durante una hora, según citan Bruns y Thiels.

Más tarde D'Alluis comprueba el experimento de Kuliabko. Hoffer relata el hecho de un ahorcado que en la mesa de autopsias, y después de ha-

ber transcurrido veinte minutos de su muerte, se incorporó mirando con sorpresa a los que le rodeaban.

Lo que ocurre en realidad es que el individuo, antes de morir (dando a esta palabra el valor absoluto que merece), pasa por un estado corto, en el cual recibimos la impresión de estar ante un cadáver, pero que, en realidad, no lo es, ya que en algunas ocasiones sujetos en estas condiciones han vuelto a la vida: es este el estado llamado de "muerte aparente", aunque mejor sería llamarle "muerte eclipsada".

Son muchos los que creen que antes de morir de una manera real o definitiva se pasa por un estado de muerte aparente. Y así Bruns y Thiel dicen: "Toda muerte es al principio aparente, y sería, por tanto, evitable si se pudiera eliminar las substancias tóxicas (químicas o bacterianas) introducidas en el organismo o los productos morbosos del metabolismo engendrados en su interior (uremia, coma diabético), mientras los órganos im-

FIMONAL

Vías respiratorias.

portantes para la vida (encéfalo, corazón) fueran todavía excitables."

Esto tiene, en la posibilidad de que sea verdad, una enseñanza, y es no considerar nunca a un sujeto en muerte real sin haber practicado antes el tratamiento de la muerte aparente.

Pero, desgraciadamente, media tan poco tiempo entre la muerte aparente

y la muerte real, que, prácticamente, cuando estamos ante un sujeto de estos, casi siempre podemos comprobar una muerte definitiva.

Un individuo sin conocimiento, sin pulso y sin respiración, casi siempre es cadáver; sin embargo, existe ese "casi" que hace detenernos, que nos hace pensar que tal vez no lo sea; es decir, la posibilidad de que tal individuo pueda seguir viviendo. Ahora bien,

JARABE ALMERA

A BASE DE FOSFATO DE CAL
GELATINOSO, EL MAS ASIMILABLE

si estos signos son constantes, el diagnóstico de muerte real es como seguro.

La literatura médica cita casos extraordinarios de sujetos que permanecieron en estado de muerte aparente largo tiempo. Los casos de Jellinek y el de la enfermera aquella que tomó cinco gramos de veronal y gramo y medio de morfina, permaneciendo veinticuatro horas sin conocimiento, sin pulso y sin respiración, es decir, en estado de muerte aparente, pueden considerarse como los casos más extraordinarios.

Los casos de Jellinek se citan como extraordinarios, porque éste pudo ver individuos en que al cabo de veinte horas sin movimientos cardíacos ni respiratorios recobraban después el conocimiento.

Y el caso de dicha enfermera merece también se cite como extraordinario, ya que fué dada por muerta por los médicos, siendo colocada en su ataúd, y todo por prescripción de éstos.

CALCINHEMOL ALCUBERRO

Poderoso antianémico

ALCALA, 88. — MADRID

Sin que queramos discutir la veracidad de estos hechos, hemos de confesar que la literatura médica cita verdaderas extravagancias, que si estamos en el deber de respetarlas, no tenemos inexcusable obligación de acoger como verídicas.

Gaubert y Hartmann han dicho que en Francia, solamente se enterraban al año más de 8.000 en muerte aparente, según sus cálculos.

Y ahora, una vez dicho esto y haber hecho mención de la muerte aparente, no nos resultará difícil el demostrar, una vez más que, aunque los tonos cardíacos no se perciban, debemos conservar la esperanza y el optimismo de salvarle.

Los hay incrédulos a esta manera de pensar, y a éstos se les podría preguntar por qué cuando vemos un enfermo con "shock" cardíaco, que más parece un cadáver que un enfermo, tratamos

aún de volverle a la vida, poniendo en práctica la adrenalina intracardíaca, el masaje, la faradización, etc. ¿Para qué hacemos todo esto? ¿Para llenar la indicación por el momento solamente? No. Nada de esto es superfluo, y lo hacemos creyendo que quizás podamos salvarle.

EN MEDICINA TODO SE HACE POR ALGO

Valor del síntoma pérdida del conocimiento.

Así como hemos visto que enfermos sin pulso y sin respiración volvían a la normalidad, de igual modo se puede estar algún tiempo sin comunicación con el mundo exterior y, sin embargo, no morir.

Precisamente la conciencia es la primera que deja de funcionar de los tres

TRATADO PRACTICO DE ETIQUETA Y DISTINCION SOCIAL

Distribución esmerada por asuntos
4 PESETAS EJEMPLAR

Pedidos al Apartado núm. 121.-Madrid

componentes del trípodé vital de Bichat.

Pérdida de conocimiento tampoco es, pues, sinónimo de muerte.

El Dr. Bing, en su libro "Tratado de las enfermedades nerviosas", cita el caso de una señora que tomó ocho gramos y medio de veronal con propósito de suicidarse, y estuvo veinticuatro horas sin conocimiento.

El Prof. Olivares conoció el caso de un sujeto que se cayó de un caballo y estuvo sin conocimiento ocho días.

También Schumker y Pirogoff citan casos de individuos que estuvieron mes y medio sin conocimiento.

¿A qué es debida la pérdida del conocimiento?

Esta pregunta no podemos contestarla de una manera rápida y afirmativa en tanto sigamos desconociendo en qué parte del encéfalo reside esta facultad; desde muy antiguo ha sido al cerebro al que se le ha asignado la noble e importante misión de mantener al individuo en relación con la vida exterior.

La parte cortical del cerebro sería la esencia de esta función, y por lo tanto, todo trastorno con pérdida de conocimiento nos hacía pensar inmediatamente que algún disturbio ocurría en aquella región cerebral.

Y en la creencia de que en la corteza cerebral residía tan importante función, predominó mucho tiempo y con más fuerzas aún, cuando aparecieron los trabajos sobre la disminución de la alcalinidad de la corteza cerebral, llevados a cabo principalmente por Langendorff y Müller, entre otros.

Estos autores demostraron experimentalmente que la corteza cerebral, en ciertas condiciones, disminuía su alcalinidad, utilizando para tales experimentos el suspender la circulación cerebral, que, tan pronto se restablecía, volvía a la normalidad.

Después, Enderlen y Knauer comprobaron, que el papel azul de tornasol, que no se alteraba en estado normal al tocar la corteza cerebral, se coloreaba, sin embargo, después de pequeños traumatismos experimentales, y estos autores vinieron a demostrar con esto que no es que disminuyera la alcalinidad de la corteza cerebral, según pensaban Langendorff y Müller, sino que lo que verdaderamente ocurría era que los traumatismos producían una acidosis de la corteza cerebral que se limitaba exclusivamente, y que no era otra la causa de la pérdida del sensorio.

Esta teoría, para quien tuvo realmente un gran valor fué para Pflüger, el cual, basado en estos experimentos, fundamentó su teoría sobre el sueño, el cual lo explicaba diciendo que era debido a un aumento del metabolismo del oxígeno celular de la corteza cerebral, disminuyendo su alcalinidad.

Y, así las cosas, nadie se hubiera atrevido a desmentir que era en la corteza cerebral donde estaba el factor regulador de la conciencia.

Pero el caso de Litte de aquel famoso prisionero que se suicidó golpeándose la cabeza contra la pared, y al cual en la autopsia no se le pudo apreciar ninguna alteración de la corteza cerebral, hizo a éste pensar que no todo debía estar en dicha corteza.

Y a partir de este hecho son varios los autores que demuestran sujetos con pérdida de conocimiento con una corteza íntegra, como otros comprueban que sujetos a los cuales se les ha lesionado su corteza no pierden el conocimiento.

Y así Tillaux cita el caso de un individuo al que curó de primera intención de un balazo en la cabeza, y el cual a los pocos días, cuando parecía ya curado, y estando hablando con una hermana, murió en pocos minu-

tos. La autopsia demostró que una gran parte de la masa cerebral la tenía hecha papilla.

Estos nuevos hechos vinieron a desmentir lo que hasta entonces se creía. Litte dió entonces su teoría de la vibración o estremecimiento del encéfalo. Para él la suspensión brusca del funcionalismo de los centros nerviosos no dependía de ninguna lesión material, sino de una vibración de la masa encefálica, imprimida por las paredes al recibir ésta un choque.

Y Gama apoya esta teoría con su experimento de que, colocando en un matraz de vidrio lleno de cola un retículo de hilos coloreados, al imprimir un golpe al matraz, los hilos son desviados.

Otro de los hechos que vinieron a chocar contra la teoría de la corteza cerebral fué el descubrir la posibilidad

LACEDONIA Atocha, 117

Libros de Medicina ♦ Plazos y contado
6 Tomos MEDICINA INTERNA, por Ceconi
10 pesetas mensuales

de producir la pérdida del conocimiento mediante inyecciones sobre ganglio de Gasser.

Kraun y Bier, tratando enfermos de fuertes neuralgias del trigémino mediante inyecciones de alcohol en el ganglio de Gasser, vieron con sorpresa cómo en algunos sujetos llegaba a producirse el coma. Y el asombro de momento se transformó más tarde en defender que no sólo era la corteza cerebral la que regulaba el conocimiento, sino que debía de haber algo por ahí también a cuyo cargo corriera, si no de una manera absoluta, al menos relativa, tan importante función.

Y esto fué punto de partida de nuevos estudios, desechándose desde este mismo momento el que fuera la corteza el "todo" que regulara el conocimiento.

Fischer dió la hipótesis de la isquemia brusca de los centros nerviosos. Para Fischer la causa no era sino una parálisis refleja de los centros cerebrales por anemia súbita, comparable a la parálisis vasomotora que producía Goltz al golpear secamente el abdomen de una rana.

También Duret lanzó su teoría llamada "del choque cefalorraquídeo". Duret fundamentó su teoría con unos preciosos estudios anatomopatológicos y su larga y precisa experimentación.

(Continuará.)

PAN INTEGRAL INSOJA

ESTREÑIMIENTO ♦ COLITIS ♦ ECZEMAS

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

Panificadora de Usera

Francisco Mora, núm. 40
Teléfono 74548 - MADRID

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

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

lar el caso del estreptococo hemolítico, en el cual las subdivisiones se estiman en el día desesperada tarea.

Las conclusiones generales a que han llegado los investigadores respecto de los grupos serológicos del estreptococo hemolítico son: *que el poder de protección del suero es el mismo en todos los casos, efecto de una antitoxina única*; la acción tóxica de los estreptococos hemolíticos es debida a una misma substancia tóxica; las diferenciaciones clínicas dependen de la cantidad de toxina que cada raza es capaz de producir y, naturalmente, de las condiciones del terreno humano. Considerado desde este punto de vista, el estreptococo de la escarlatina sería una variedad toxígena especialmente activa y, por tanto, los sueros preparados con ella contendrán antitoxinas específicas en alta concentración. Una consecuencia lógica de este modo de ver el problema es la vuelta al empleo de sueros antiestreptocócicos monovalentes, en terapéutica, obtenidos de cualquier estreptococo que diese una toxina activa, sin preocuparse de su origen. Tal suero sería eficaz, tanto para la escarlatina como para otra infección septicémica o tóxica producida por el estreptococo. También ha sido sugerido, aunque no aceptado de modo general, que la relativa impotencia de muchos de los antiguos sueros antiestreptocócicos, que motivó su abandono en terapéutica, era debida a que se preparaban con cuerpos bacterianos, por lo cual estaban desprovistos prácticamente de las esenciales propiedades antitóxicas.

Los gérmenes no hemolíticos del género estreptococo se clasifican todavía sobre bases biológicas. Por su acción sobre la sangre, el gran grupo del *Viridans*

nes subcutáneas. Todavía están un poco atrasados los trabajos para preparar vacunas-tipos que sirvan de unidad de comparación. Deben rechazarse algunas vacunas comerciales preparadas con gérmenes vivos. Se desconoce el tiempo que dura la protección, pero desde luego es el suficiente para que se preserve al individuo durante todo el que dura una epidemia pestosa corriente.

Vacunoprofilaxia contra la disentería bacilar.—Es también activa y se hace a base de la inoculación subcutánea de bacilos muertos. Es muy discutida todavía. Durante la guerra (1914-18) no logró acreditarse; provoca reacciones demasiado intensas, y su eficacia es limitada. Hay varias vacunas, casi todas polivalentes, que requieren dos o tres inoculaciones como minimum, hecha con intervalos de cinco o más días.

Inmunización contra la tuberculosis.—Dada la extensión de esta plaga y el número de víctimas que ocasiona, se comprende que se hayan hecho y se hagan numerosas tentativas para inmunizar al individuo contra esta enfermedad. La que de todas ellas ha obtenido un asenso más general en todos los países, por reconocerse que, por lo menos, es perfectamente inocua, es la vacunación por el método de Calmette, mediante su vacuna "BCG", preparada a base de gérmenes desarrollados en un medio especial y destruídos después por el calor. Como los riesgos de contagio de la tuberculosis comienzan desde el momento de nacer, es lógico que la vacunación deba llevarse a cabo lo antes posible, si puede ser en los primeros días de la vida extrauterina. Hecha después del año, su eficacia disminuye de un modo considerable. El vacunar tan

pronto tiene además la ventaja de que puede administrarse la vacuna por vía oral, quedando reservadas las inyecciones para las inoculaciones que se hacen más tarde y para las reinoculaciones. La vacuna se administra en tres dosis, con intervalos de dos días entre una y otra, dando cada vez un centigramo al niño. Según su autor, los efectos inmunizantes duran unos cuatro años, o sea el tiempo en el que son más fáciles las infecciones y menores las resistencias del individuo.

El Dr. Ferrán sostuvo la teoría de que el bacilo de Koch, ácido resistente, no era más que la fase final del desarrollo de otro germen, que primero pensó fuera el colibacilo, y más tarde lo designó con el nombre de alfa. Este bacilo alfa sería el verdaderamente infectante, y provocaría reacciones inflamatorias de un modo exclusivo.

Fundándose en esto preparó una vacuna llamada antialfa, con la que pretendía inmunizar a los niños recién nacidos, vacuna a la que más tarde asignó un papel terapéutico y curativo en la tuberculosis pulmonar.

Desgraciadamente, no han podido confirmarse las teorías de nuestro compatriota; el bacilo alfa es muy discutido y tal vez no exista, y su vacuna, aunque se ha reconocido como inofensiva, es muy fácil que carezca en absoluto de toda eficacia.

CAPITULO IV

ESTREPTOCOCIAS Y ESTAFILOCOCIAS

La diferenciación del estreptococo sobre bases biológicas puede decirse que comienza con el trabajo de Schott-Muller, que demostró cómo los estreptococos varían en sus efectos sobre los hematíes de la sangre, produciendo unos de ellos hemolisis, mientras otros les colorean de verde, habiendo sido atribuida esta última acción durante mucho tiempo a la formación de meta-hemoglobina. Por estas reacciones se establecieron las variedades de estreptococo hemolítico y estreptococo viridans. Mervin Gordon, Andrewes y Horver establecieron ya desde 1906 la clasificación de estos gérmenes, incluidos el neumococo *salivarius*, *piogenes*, *mitis*, *foecales*, *eprinus* y *anginorus*; clasificación que, más que tipos definidos, establecía el concepto de grupos.

La llamada fase biológica en la investigación del estreptococo se caracterizó por repetidos intentos para su clasificación. Aparte la citada, tuvo gran boga la de Holmann, con sus cuatro tipos de estreptococos hemolíticos. Finalmente, se ha llegado a la conclusión de que, si bien los métodos biológicos de separación pueden establecer grandes grupos de estreptococos, las medidas de más fina clasificación intentadas por esos métodos resultaban inútiles. Tal era en particu-

¿Viene usted a Madrid?

Hospédese

Hotel Los Leones de Oro

(entre Puerta del Sol y Gran Vía)

Calefacción :: Baños

Precios económicos : Muchas atenciones para los médicos

Hotel Los Leones de Oro.-Carmen, 30.-Madrid

ANTIASMA POLVO FUMIGATORIO MENTOLADO
BENGALAI
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

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 en uso para todas las molestias del
ESTÓMAGO .
INTESTINOS
Venta en Farmacias.-Pérez del Real a Laboratorio Sáiz de Carlos, Serrano, 20-MADRID

ANALISIS

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

Laboratorio del Dr. E. ORTEGA

Sucesor del DR. CALDERON

Carretas. 14.-Madrid

FUNDADO EN 1866

DE LA GOTA

Tratamiento moderno por la terapéutica del estímulo.

5 ptas. ejemplar

Pedidos al

Apartado 121, Madrid

TRATAMIENTO EFICAZ

REUMATISMO

YODOVISAL

Salicilato sosa
YODURO potasa

Muestras y literatura:

D. FENOLLOSA

PAZ, 26

VALENCIA

ESQUIZOFRENIA

MANGAN - ARSENILO

Cacodilato de manganeso-Cacodilato de sosa

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. Julián Vidal, pagado hasta fin de diciembre de 1935.
- D. Julio Larramendi, ídem íd.
- D. Jesús Posada, ídem íd.
- D. José López, ídem noviembre 1935.
- D. Luis Gómez Cerro, ídem diciembre de 1935.
- D. José Lorenzo, ídem mayo 1936.
- D. Bernardino García, ídem junio 1935.
- D. José Repeto, ídem íd.
- D. José García Miranda, ídem agosto 1935.
- D. Francisco Rocandio, ídem diciembre 1935.
- D. Gumersindo Ares, ídem íd.
- D. Emilio Plaza, ídem íd.
- D. José Cruz San Martín, ídem íd.
- D. Lorenzo de la Cruz, ídem mayo 1936.
- Colegio de Practicantes de las Palmas, ídem diciembre 1935.
- D. Manuel Palmeiro, ídem junio 1935.
- D. Emerito Rodríguez Aguilera, ídem mayo 1936.
- D. Anastasio Pérez, ídem diciembre 1935.
- D. Bautista Duque, ídem íd.
- D. Manuel Fariñas, ídem íd.
- D. José León Álvarez, ídem abril 1936.
- D. Miguel García, ídem mayo 1936.
- D. Enrique Cerdá, ídem diciembre 1935.
- D. Florentino Toledano, ídem íd.
- D. Antonio Guemer, ídem noviembre 1935.
- D. José García de León, ídem diciembre 1936.
- D. José Sanahuja, ídem octubre 1935.
- D. Cipriano Torrecilla, ídem agosto 1935.

- D. Miguel Domínguez Rodríguez, pagado fin junio 1936.
- D. Tobías Sánchez, ídem marzo 1936.
- D. L. Bravo, ídem diciembre 1935.
- Dr. Escudero, ídem íd.
- D. A. Garrido, ídem íd.
- D. Telesforo Fontela, ídem marzo 1936.
- D. E. Badillo, ídem diciembre 1936.
- Centro Secundario de Ubeda, ídem junio 1936.
- D. Ramón Seijas, ídem diciembre 1935.
- D. Mariano Carreter, ídem septiembre 1935.
- D. Vicente L. Lafuerza, ídem diciembre 1935.
- D. Higinio Baz, ídem junio 1936.
- Dr. Lapetra, ídem febrero 1936.
- D. Agustín Casas, ídem diciembre 1936.
- D. Alberto Luengo, ídem diciembre 1935.
- D. José Caballo, ídem junio 1936.
- D. Gonzalo Roqueta, ídem diciembre 1935.
- D. Victorio Gallego, ídem íd.
- D. Agustín Serrano, ídem íd.
- D. Angel García, ídem íd.
- D. Benito González, ídem junio 1936.
- D. Estanislao Bronte, ídem diciembre 1936.
- D. Luis Valero, ídem marzo 1936.
- D. Domingo Losada, ídem abril 1936.
- D. Emiliano Combarros, ídem mayo 1936.
- D. Félix González, ídem septiembre 1935.
- D. Félix Herrero, ídem diciembre 1935.
- D. Daciano M. Ríos, ídem íd.

LABORATORIO FARMACEUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

DIRECTOR D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA

(ESPAÑA)

Jarabe Bebé

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

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

Tetradinamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

Mutasán

(INYECTABLE)

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

AL PEDIR MUESTRAS INDÍQUESE ESTA REVISTA Y ESTACIÓN DEL FERROCARRIL

DIGI-VAL

Laboratorio

Aurelio Gámir

Valencia

CONTESTACIONES

al Programa oficial vigente para OPOSITAR a las vacantes de Médicos titulares Inspectores Municipales de Sanidad.

4 TOMOS, 1.600 páginas, 35 pesetas

20 % de descuento a nuestros suscriptores

◆ Pedidos al Apartado núm. 121.-Madrid