

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

Núm. 4.303.—Tomo 97

AÑO OCHENTA Y TRES

30 Mayo 1936

LABORATORIO FARMACEUTICO

PONS, MORENO Y C.[^]

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.[^], S. A.—Barcelona.

Tetradinamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

Mutasán

(INYECTABLE)

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

AL PEDIR MUESTRAS INDÍQUESE ESTA REVISTA Y ESTACIÓN DEL FERROCARRIL



BARACHOL



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

LABORATORIOS FAUS — VILAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)

ANTIASMA POLVO FUMIGATORIO MENTOLADO
BENGALAIS
 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

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.

CICA-SEPTICO LIRAS

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



CICATRIZANTE A LA CLORAMINA

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

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

¡DOCTOR!... ¿Quiere usted que el alcanfor que ha de inyectar a sus enfermos obre de manera rápida y segura? Pues use siempre el

CANFORETIL B. MARTIN

(Nombre registrado)

(Solución etéreo-oleosa de alcanfor puro del Japón)
 En ampollas de 0,10, 0,20, 0,40, 0,50 y un gramo de alcanfor puro

- D. Fernando Rincón, pagado fin diciembre 1936.
- D. Modesto García Luis, ídem id.
- D. Antonio Viñal Galán, ídem id.
- D. Ricardo Asuncion, ídem junio 1937.
- D. Joaquín Lamano, ídem diciembre 1936.
- D. Javier Paulino Pérez, ídem abril 1936.
- D. Julián Díez Fernández, ídem diciembre 1936.
- D. Zacarías Velázquez, ídem id.
- D. Joaquín Lorenzo López, ídem id.
- D. Gabriel Medina Fernández, ídem id.
- D. Angel Pardo de Luque, ídem id.
- D. Juan Lloret Linares, ídem id.
- D. José María Monsálvez, ídem id.
- Sanatorio Marítimo de San Juan de Dios, ídem id.
- D. Félix Pintado, ídem id.
- D. Fernando Rey Moure, ídem id.
- D. Santiago Osarte, ídem id.
- D. Fernando Rodríguez, ídem id.
- D. Prosdócimo R. Rodríguez, ídem id.
- D. Vicente de Val, ídem id.
- D. Domingo F. Ventosa, ídem id.
- D. Jesús Zaldo, ídem id.
- D. Emiliano Sáiz Rubio, ídem id.
- D. Manuel Inclán Alvarez, ídem id.
- D. Plácido Milián, ídem id.
- D. Joaquín Santoján, ídem id.

Tratado práctico de etiqueta y distinción social

4 PESETAS EJEMPLAR

PEDIDOS AL APARTADO NUM. 121.- MADRID

HIGIENE DE LOS OJOS



OFTALMOL

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

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

EL FRASCO LLEVA UNA BANERITA

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

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

BIFOSFOTIOCOL
TOSSES Y CATARROS

finés misiones de paz y de confortamiento. La sombra del Hospital Militar, el envío del facultativo castrense ante el aletazo de la epidemia, que volteaba a las gentes en el remolino previo del desconcierto y de la miseria científica, sirvió en las agoniosas situaciones en gran precario de lenitivo y ayuda desinteresada. La Marina de Guerra, como organización montada por el Estado, llevaba en sí un avance progresista que venía muy apropiado para las vicisitudes de tan vasto imperio colonial. Tenía para guardar y dar, y en especial sus elementos sanitarios constituían un factor constantemente solicitado, y ellos, a su vez, estaban prestos a asimilarse las insinuaciones que la época colonial sugerían.

Los médicos navales destinados en buques comisionados o en apostaderos brindaron una colaboración subsistente en las hojas de servicio que hoy el archivo guarda también en espera de una resurrección justiciera. Llevaban consigo una tradición de cultura, que dimanaba de aquel Real Colegio de Cirugía de Cádiz, matriz consustancial con el verdadero progreso quirúrgico de España y cuya aureola marcó huellas indelebles en todos los países americanos dentro de su hegemonía. Los médicos de la Armada en América se habían fraguado, como consecuencia, una doble personalidad militar y civil, y bajo los dos aspectos sumaban adeptos.

Así, los virreyes, en primer término, los hacían médicos de Cámara, afectos a sus casas, y a este a propósito podemos recordar a los Dres. García de Arboleya y Belomo, que alcanzaron esta distinción, llevándose el virrey Iturrigaray al primero desde Veracruz a Méjico, y distinguiendo al segundo el Marqués de Avilés durante su permanencia en Lima, como anteriormente lo había hecho Lángara en sus viajes por Filipinas.

Médicos de la Armada alcanzaban el título de catedráticos directores en el Hospital Real de las Indias en Méjico, como lo fueron el segundo cirujano *Don Antonio Serrano*, y los primeros, *Don Manuel Antonio Moreno* y *Don Andrés Montané* durante el último tercio del siglo XVIII, como nos lo atestigua el Archivo de In-

gestor y propagador de la vacunación en la Isla de Cuba, los reconoce, comprobando "que estaban vacunados por los facultativos *Don Bernardo Cózar* y *Don Francisco Martínez*", confirmando a la par *que el primero no pudo conservar el pus obtenido*, porque el niño, en sus inconscientes movimientos, derramó la linfa sobre su propio brazo, impidiendo ser recogida.

Don Bernardo Cózar aparece como el primer médico que la historia señala como fomentador de las vacunaciones. Cuando al año próximo (febrero de 1804), La Habana tendría la ocasión de contar con nueva linfa y dar comienzo a la verdadera práctica propagadora, *Cózar* había de aparecer al lado de *Romay* como uno de los decididos facultativos a los que la historia concede la pleitesía elogiosa de una práctica tan fecunda en beneficios. *Cózar*, como hemos de ver más adelante, era oriundo del *Cuerpo de Sanidad de la Armada*, y bajo este calificativo cabe designarlo al ocuparse de la índole privilegiada de su misión en la capital de Cuba, portillo por el que al Continente mejicano se adentraría, para congraciarse con el método vacunal de *Jenner* e implantarlo en sus diversos Estados.

En la América del Sur, el primer conato de vacunación se debe al Dr. *Unanue*, el futuro protomédico del Virreinato del Perú. El flúido empleado procedió del transportado en el buque mercante "Santo Domingo de la Calzada", a su paso por El Callao, que iba destinado a Manila y enviado desde Cádiz. Las prácticas ejercitadas en Lima carecieron de eficacia, no cuajándose ninguna pústula.

Con los mismos resultados se contó en los intentos a que hace referencia el Dr. *Flores* en su informe de febrero de 1802, ya señalado, pues los trabajos del doctor *Esparragosa* en Guatemala, pretendiendo utilizar una vacuna que se decía haber llegado de Méjico en el buque "Argonauta", no respondieron a los deseos acumulados, puesto que desde sus comienzos el flúido resultó inerte.

Otra tentativa frustrada que se llevó a efecto para

implantar la vacuna se realizó en Méjico apenas pisó este territorio el nuevo virrey nombrado D. José de Iturrigaray, en enero de 1803. Llevando a su lado hasta la misma capital del Virreinato al *Médico de la Armada Don Alejandro García Arboleya*, éste tuvo la precaución de tomar en Cádiz, punto de partida para el viaje a Ultramar, unos vidrios impregnados de la vacuna, que en este departamento naval se manejaba con excelente resultado y esperanza cumplida.

Apenas llegaron virrey y médico futuro de su Cámara, se hizo la demostración, como se ha de indicar posteriormente, naciendo muerta la intención por las malas calidades del pus transportado a tan larga distancia.

Todos estos ensayos, sin capacidad de lograrse, teniendo cuenta del factible estropeo de una linfa sujeta a la acción de los climas extremos, no constituyen sino alegatos de un valor nulo, pues la historia, si los acoge escuetamente, no puede darles asidero de consagración para marcar con ellos el despertar de las inmunizaciones en tierras americanas, tan sedientas de protección científica que apagase el torrente de mortalidad variolosa que amenazaba con la propia vitalidad de los países, constantemente amenazados.

Hoy, que son bien conocidas las influencias físicoquímicas que alteran las condiciones de vitalidad del virus vacunal y la necesidad de neutralizarlas abiertamente, si se quiere conseguir una buena conservación, se comprende sin esfuerzo aquellos intentos negativos de los facultativos de América utilizando vacuna estéril. Era preciso contar con circunstancias diversas que trajesen la vacuna fresca imprescindible, lo cual se consigue al poco tiempo.

Quedan, pues, bien precisados los orígenes de la primaria vacuna que arribó a nuestros antiguos dominios coloniales, así como quiénes fueron los facultativos que tuvieron el honor y las primicias de manejar el flúido en beneficio de sus dolientes compatriotas. De los tres mencionados, dos de ellos, los Dres. Cózar y García Ar-

formalizando muy lentamente su astillero (1630-40), hasta que ve llegar la constitución de su apostadero (1797), en tiempos del virrey marino Gil de Taboada.

La Marina de Guerra, desde estos núcleos principales, extendió su jurisdicción por las restantes ciudades del Continente americano, sirviéndose en un tercer lugar de los puertos de Montevideo y Buenos Aires, cuando nace el Virreinato del Río de la Plata (1776), y más tarde el apostadero, que el virrey, Marqués de Sobremonte, pone bajo el mandato de Liniers (1805), que era el jefe de la división de buques menores que defendía el comercio marítimo desde años antes (desde 1802).

La Marina de Guerra ejercía, pues, un control de tal magnitud, que el paso de sus buques en comisiones o en estancias prolongadas en los puntos estratégicos daba categoría a éstos, naciendo una convivencia del personal naval con el mundo civil, formativos de verdaderos arraigos de intereses mutuos. No es conocida, como se debiera, la aportación técnica y social que la Armada desarrolló en la América latina, tanto en el último tercio del siglo como durante la emancipación. Por entre los avances de las denominadas libertades de los pueblos americanos hay escondidos muchos prestigios de actuación que apenas cuentan, pues la bancarrota del punto de vista esencialmente español ha tenido la resultante de no saber establecerlos, considerando la pugna por el silencio como medida de decoro, ahogando actuaciones colectivas e individuales merecedoras de ser amparadas por la historia eterna. La caída de los dominios espera más conocimiento por parte de nuestros documentos, escasamente tamizados por la crítica niveladora.

Haciendo curso a propósitos concretos, puede afirmarse que las organizaciones navales marcaron una infiltración de sus recursos en las propias actividades sociales de los Virreinos. Sus buques de guerra eran hitos que alumbraban la soberanía de España, pero en sus entrañas, entre pañoles y velamen, cañones y cureñas, al dejo de una autoridad taxativa que protegía, pero ordenaba, el pabellón de guerra supo llevar a muchos con-

TERTULIA MEDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

AMENIDADES

30-V-1936

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.

Pensamiento de un escritor clásico sobre la Medicina y los médicos

POR EL

DR. SANTIAGO LARREGLA

En el «Coloquio» acerca de los médicos, de Pedro Mexía, discuten dos amigos sobre la utilidad de la Medicina y sobre si ésta debiera estar en manos de personas doctas en tal disciplina o a merced de la tradición y del empirismo vulgar. El partidario de lo primero le dice a su amigo que, a pesar de todo el escepticismo de éste, si alguna vez le apretase de veras una dolencia está seguro de que diera voces por hallar un médico. Entonces el aludido contesta:

—Ya podría ser que el mal fuese tal, que me sacase de juicio e hiciese esto.

Y a partir de aquí enfila los dardos de su diatriba hacia la utilidad de la Ciencia de curar, como tal Ciencia, hacia la falta de seriedad de los profesionales y hacia su codiciosa condición. Para él fueron el deseo de lucro y la ambición, en amalgama con otros vicios, los causantes de que, muerto Catón, se instalasen médicos en Roma, que estaba virgen de ellos; para él los sacerdotes de Esculapio han hecho en los cuerpos humanos

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

las más atrevidas pruebas, aconteciendo a veces matar al paciente y en pago llevarle la hacienda; para él, Galeno discrepa de Avicena, los antiguos de los clásicos, cada uno es singular según los modos, todo son opiniones discrepantes, pero no obstante, cuando tienen que reunirse a la cabecera de un enfermo tres médicos, se conciertan admirablemente a riesgo de la vida de él; para él las triacas y polifármacos juntan en un sólo medicamento docenas de ingredientes, que aun en el caso de que cada uno de ellos fuese beneficioso, la incompatible compañía hace un todo ponzoñoso y aborrecible.

Pero llega la réplica del amigo, y

Omnadina
activa las defensas orgánicas

éste hace el panegírico de la Ciencia de curar y el de sus sacerdotes. Cristo se llamó a sí mismo médico cuando curaba los males de la vista con lodo y saliva, y al mostrar al samaritano la medicación de aceite y vino; San Pablo aconsejaba a Timoteo para su mal de estómago el vino; San Lucas se nombró médico; el ángel Rafael recetaba a Tobías para que recobrase su vista; de modo que véase si el oficio de médico es de prosapia.

Si los romanos hasta después de Catón no usaron de curadores, fué por falta y simpleza suya, así como carecieron de otras letras y artes: que no fué con los vicios y desórdenes como entraron los médicos en Roma, porque aunque ello hubiera sido así, don y merced parece de Dios, que ya que entraba el daño entrase también el remedio de él.

En cuanto a que la Ciencia médica no es precisa y basta con el empirismo popular, convendrá pensar cuán dudosas son las experiencias desnudas de doctrina y de juicio, pues los fenómenos mudan con la edad y con la complexión, por lo cual es necesario que el que ha de curar conozca estas particularidades y la causa de las enfermedades, y ¿cómo curar éstas si no se sabe de dónde provienen?

Hay que conocer las propiedades y calidades de los metales, de las raíces, de los frutos y de las hierbas; que la experiencia no nace sin alguna razón o causa, ni los antiguos usaron las drogas a tienta y sin consideración, sino que mirando y especulando lo que más convenía, aquélla experimentaron que antes les pareció ser bueno, y no hay que dar la honra sólo a la experiencia, ya que fué prudencia y consejo la principal parte. Además, padecen los hombres tan diversas dolencias en tan dispares miembros, que es preciso haber estudiado el cadáver para conocer lo interior, como hicieron Herófilo y Erasistrato.

Respecto a la diversidad de pareceres y sentencias de unos a otros médicos, de unas a otras escuelas, nunca de acuerdo, hay que decir que una enfermedad se puede curar con muchas cosas y por diversas maneras, y así pueden variar los médicos en sus consejos y en los remedios, y por distintos caminos ir al fin, que es la cura y salud del enfermo.

No se da por vencido el amigo. Querer defender el oficio de médico porque Cristo se comparó a ellos es querer defender la crueldad de los leones porque también se llamó León. Y respecto a la necesidad de que haya profesionales, basta con meditar que el mismo Redentor no señaló entre sus discípulos a uno ni a dos que curasen ni sanasen, sino que a todos mandó y dió gracia para ello, y el propio ángel San Rafael y San Pablo no mandaron a los enfermos al médico, sino que ellos los sanaron sin serlo.

El estudio de los cadáveres, ¿para qué?; locura es creer que el concierto y la armonía que hay en el cuerpo del vivo se puede hallar en el muerto.

Y aquí tercia un testigo de la polémica, conciliador de las dos opuestas exposiciones. ¿Es menester para cu-

B A R A C H O L

Cura Eczemas, Erupciones y Enfermedades Rebeldes de la Piel.

rar arte y ciencia o bastan uso y experiencia?; tema es este arcaico, ya que de antiguo unos siguieron la sola experiencia y fueron llamados empíricos, y otros atendieron a las razones y causas y se les nombró racionales. Platón decía que para ser un médico necesitaba haber comunicado con enfermos y con sanos, y aun haber sido enfermo, y preguntaba San Ambrosio: «¿De dónde hubo origen la medicina sino de la enfermedad?». Pero aunque ello sea así, aunque la experiencia fué el origen y sin ella no se pudo echar a andar, también fueron provechosos y necesarios el arte y los preceptos, de manera que aunque no se hubiera de usar sino sólo los experimentos, todo fuera confu-

FIMONAL



**VIAS
RESPIRATORIAS**

sión y olvido sin el arte y las reglas sobre ellos. Bien sabemos que el arte es luengo, pero todo lo vence el continuo trabajo y buen ingenio, y si no se puede saber todo, sepase lo posible y más necesario.

Es el oficio de médico de los de más remota ascendencia, pues antes que Esculapio y que Hipócrates, José recomendó en Egipto a sus médicos que ungiesen el cuerpo de Jacob, y en el Exodo, entre las leyes que dió Moisés a su pueblo, fué una que el que hiere a otro le pague lo que perdiere de su trabajo más el salario del médico.

Si algunos no hacen honor a su profesión, de desear es el remedio de

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

ello; el médico ha de ser virtuoso a más de entendido; y así, como bueno, curará cristiana y claramente, y como sabio aplicará si conviene medicación simple o si cumple compuesta, aunque sea una de esas triacas de innumerables componentes; que si las medicinas simples son buenas y aprovechan, juntas unas con otras se ayudan, y como pocas veces se altera un solo humor en el enfermo, hace de proveer a todo, y a compuesta enfermedad, aplicar compuesta medicina.

Esto dicen, en síntesis, los personajes del «Coloquio» de Mexía. En vez de parafrasearlo y loarlo haciendo resaltar la formidable visión y profundo concepto que de lo que es la Ciencia y del ministerio médico tenía el autor, he vencido tal tentación literaria exponiendo simplemente la armazón ideológica de la obra, pues como diría Baltasar de Alcázar: «Ella se alaba, no es menester alaballa.»

Pedro Mexía fué un escritor sevillano que paseó sus meditaciones por el solar hispalense en la primera mitad del siglo XVI. Era hombre de tal condición cultural, astrónomo, teólogo, historiador, que el César Carlos V

STROPHANTIUM PALLARES

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

le nombró, con especial empeño, su cronista, aunque achaques de salud no le consintieron dar cima a tan insigne biografía. Recientemente, mi doctor y buen amigo José Bergua me ha remitido un ejemplar de bolsillo que acaba de publicar, en el que dentro de un bien editado tomo, entre obras de Erasmo y de Juan Luis Vives, presenta, traducidos del latín, anotados y servidos al gusto de hoy, estos coloquios de Mexía. Como esti-



EN CAMISERÍA "SAMARAL" ADQUIRIRÁ
LOS ARTÍCULOS DE MEJOR GUSTO Y CALIDAD

mo que este a que hago referencia es de interés para el médico curioso, he hecho esta reseña, seguro de que será siembra que ha de dar cosecha de lectores para tan deleitosa producción. Si tal consigo, me daré por muy satisfecho, ya que no otro deseo me ha guiado al atreverme a ensartar los magníficos conceptos de Mexía en el hilo burdo de mi torpe prosa.

Las temperaturas más bajas alcanzadas en la actualidad

Por el Prof. PETER DEBYE
Del «Kaiser-Wilhelm-Institut für Physik»,
en Berlín.

Un método de refrigeración, sencillo y bien conocido en la vida cotidiana, utiliza la evaporación de líquidos, y todos sabemos que el enfriamiento es tanto mayor cuanto más fácilmente se evapora el líquido en cuestión (agua, alcohol, éter). Por lo tanto, se comprende que el problema de la obtención de temperaturas estuviese ligado desde un principio y por mucho tiempo al problema de la licuefacción de gases, para obtener así líquidos de punto de ebullición lo más bajo posible.

Ya en el año 1792, van Marum observó que el gas amoníaco se liquida por compresión; pero el conocimiento de la posibilidad de liquidar un gas tan sólo por elevación de la presión no se generalizó hasta el año 1823, como consecuencia de los primeros ensayos de Faraday. Estos ensayos dejaron la impresión de que todo gas podría ser liquidado a la temperatura ordinaria siempre que la presión fuese lo suficientemente grande, aunque a Faraday no se le puede imputar en justicia semejante conclusión. En consecuencia, con algunos gases, por ejemplo, con el aire, ocurrió que las tentativas de liquidarlo fracasaron aun empleando presiones enormes como la de 2.800 atmósferas a que llegó Natterer en 1854. Lo peculiar de los requisitos necesarios para la licuefacción no se vió con claridad hasta los experimentos de Andrews, que en 1868 demostró que el ácido carbónico (anhídrido carbónico) sólo puede ser liquidado por

presión cuando el gas está a una temperatura inferior a 31° C. Si su temperatura es superior a ésta, con la elevación de la presión es cierto que se consiguen densidades mayores que la misma del ácido carbónico líquido, pero no se llega a la licuefacción del gas. Cuando en 1873 Van der Waals publicó su trabajo sobre la *Continuität des gasförmigen und flüssigen Zustandes*, se comenzó a comprender esto. El progreso consistió en reconocer por completo la realidad de las moléculas, cuyos incesantes choques sobre las paredes de la vasija o recipiente que las encierra condicionan la presión del gas, y se tuvo en cuenta tanto su volumen como su atracción

Jarabe Bebé.-Tetradinamo.-Septicemol.-Purgantil (Jarabe de Frutas)
(Véase anuncio, página 1)

mutua. Se pudo entonces deducir que para cada gas existe una temperatura crítica, que es tanto más baja cuando mayores son las moléculas y cuanto menor es su atracción mutua. La licuefacción por aumento de presión no se puede conseguir hasta que se llega a una temperatura inferior a la crítica, que para el oxígeno, por ejemplo, es de unos -118° C.

Ahora bien: ¿cómo se puede enfriar un gas? Lo que nosotros medimos como temperatura de un gas está íntimamente relacionado con la energía cinética media de las moléculas en movimiento. Cuanto mayor es esta energía, tanto más elevada es la temperatura. Por consiguiente, lo que hay que lograr es que el movimiento molecular se haga más lento y las moléculas pierdan así energía cinética. Esto se puede evidentemente alcanzar obligando al gas a hacer trabajo. En efecto, por primera vez se consiguió, por Pictet y Cailletet (1877), ver oxígeno líquido—en forma de una niebla—gracias a la súbita expansión del gas fuertemente comprimido. Más tarde Wroblewski y Olszewski lograron reunir y conservar líquidas durante algún tiempo pequeñas cantidades de oxígeno, anhídrido

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

carbónico y nitrógeno, mientras que el hidrógeno líquido no se podía obtener más que en forma de niebla.

Los ensayos llevados a cabo para liquidar gases en grandes cantidades fracasaron al principio porque no se había logrado vencer las dificultades técnicas que a tan bajas temperaturas se oponen a la lubricación de los émbolos destinados a efectuar el trabajo de expansión en las máquinas li-

(Continúa en la página XVIII.)

REUMATISMO

El reumatismo, articular o no, se trata con buenos resultados con las cataplasmas de Antiphlogistine, por el calor húmedo continuo que ofrecen y por sus propiedades analgésicas y anodinas.

La aplicación del calor a una región cualquiera y la inducción de la hiperemia tienden a mejorar el metabolismo general, estimular la absorción de la inflamación de las articulaciones y las fibras musculares y reducir el espesor de las membranas sinoviales, de modo que las articulaciones enfermas puedan recobrar su forma natural.

La Antiphlogistine es un valioso coadyuvante en el tratamiento de los estados reumáticos, donde la aplicación y el sostenimiento del calor son tan necesarios.

Muestra y literatura, a solicitud.

THE DENVER CHEMICAL MFG. COMPANY

163, Varick Street

Nueva York, E. U. A.

ANTIPHLOGISTINE

PARA EL DOLOR Y LA INFLAMACIÓN

AGENTES EXCLUSIVOS DE VENTA PARA TODA ESPAÑA:

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

LA ANTIPHLOGISTINE SE FABRICA EN ESPAÑA

INYECTABLES

para el tratamiento de las afecciones de las vías respiratorias

OPTOBALSAN

(OPTOQUINA Y BALSAMICOS)

Fórmula Adultos

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

Fórmula Niños

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

Representante para Madrid y provincia:

Don Antonio Sánchez Soubrier. - Glorieta San Bernardo, 8 (Farmacia)

Laboratorio Vda. de Salvador S. Ortiz. - BAZA (Granada)

Cardioetil y Cardioetil Estrícnico

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

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

Tratamiento curativo del estreñimiento Petrosina

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

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

No es irritante y no produce hábito en tratamiento prolongado.

Neurotónico

Elixir para vía gástrica. Injectable para vía subcutánea.

Medicación gliceroarsenial fosforada, con nucleína y estricnina.

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

Ciaticarina

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

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

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

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

HISTORIAL

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

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

1854 AÑO OCHENTA Y TRES 1936

CONSEJO DE REDACCIÓN CIENTÍFICA

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

Conde de Gimeno. Presidente de la Academia Nacional de Medicina

VOCALES

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

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

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

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

PRECIOS DE SUSCRIPCION

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

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

Ayuntamiento de Madrid

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: Problemas clínicos de los casos fáciles, IX, por el Prof. Gregorio Marañón.—La primera médica, por el Dr. Federico González Deleito.—Aerofagia y vómitos en lactantes menores de seis meses, por el Dr. Mariano Aceña Calvo.—Tres lecciones en la Facultad de Medicina de Madrid: Terapéutica endobronquial. Lavado pulmonar. Broncografía, conclusión, por el Dr. S. García Vicente.—BIBLIOGRAFÍAS.—PERIÓDICOS MÉDICOS.

Instituto de Patología Médica del Hospital General de Madrid. - Director: G. Marañón

PROBLEMAS CLÍNICOS DE LOS CASOS FÁCILES

IX

Fiebre tifoidea, lesión cardíaca y embarazo.

Por el Prof. GREGORIO MARAÑÓN

I

La enferma de fiebre tifoidea, que hoy, ya curada, asiste a nuestra lección, representa un tipo medio, de gravedad muy restringida en esta enfermedad, que, por fortuna, representa la forma más frecuente del proceso eberthiano en la actualidad. Cuando hace más de quince años estas mismas Salas se destinaban a enfermedades infecciosas, la fiebre tifoidea tenía una gravedad por lo común mucho mayor. El enfermo estaba embotado o delirante, las complicaciones eran frecuentísimas, la duración, mayor; la convalecencia, muy penosa, y la mortalidad, más alta. Y ya entonces nuestros maestros, como el Dr. Madinaveitia, que tan justa reputación adquirió en el conocimiento de esta enfermedad, nos decían que, veinte años más atrás, el cuadro clínico y su terminación eran aún más siniestros. Las vacunaciones repetidas, la mucha mejor higiene en las captaciones de agua y en los alimentos, el cuidado más racional del enfermo, han sido las causas de esta feliz transformación. Por entonces, un tifoideo que, como esta mujer, a los tres días de estado febril se levanta casi en el mismo estado de nutrición que cuando cayó enferma y se dispone a irse a su casa, se hubiera considerado como un milagro. Pero no es esta diferencia, que no es inoportuno recordar a los médicos muy jóvenes, lo que queremos comentar hoy, sino varias circunstancias de alto interés práctico, que coinciden en este caso, a saber:

- a) Esta enferma que tan satisfactoriamente ha pasado su fiebre tifoidea es una enferma cardíaca.
- b) Está, además, embarazada, casi a término.
- c) Ha presentado una complicación clínica no

grave, pero muy interesante desde el punto de vista clínico y epidemiológico: una colecistitis.

d) Finalmente, después de comentar estos tres puntos, haremos alguna consideración sobre el tratamiento que en ella se ha empleado.

II

Ocupa la enferma la cama 15 de la sala 44. Se llama Francisca S., y tiene treinta y tres años. Es una trabajadora humilde, y representa mucha más edad. Ha tenido tres hijos, que están sanos, en partos normales, y otro, que murió, a los pocos meses. Su regla ha sido siempre normal, y no tiene ningún otro antecedente. Ingresa en la Sala al final del primer septenario de un estado febril, que por la marcha de la temperatura, la aparición de roséolas típicas, la ligera esplenomegalia y el pulso lento, se diagnostica pronto de fiebre tifoidea, confirmando una aglutinación fuertemente positiva. El examen de la sangre denota un estado anémico—3.040.000 hematíes, 67 hemoglobina y 1,11 valor globular—con leucopenia—4.300 leucocitos—y fórmula normal, sin mononucleosis.

Al reconocer a la enferma, aparece un soplo sistólico, rudo, en la punta, con las propagaciones típicas de la insuficiencia mitral. Las exploraciones complementarias confirman este diagnóstico. La enferma no ha tenido reumatismo ni anginas, y ha hecho una vida dura, con cuatro embarazos, sin haber presentado nunca el menor síntoma que hiciera sospechar su lesión.

Está, además, embarazada de más de siete meses.

El curso de la fiebre es el normal, hasta el co-

DE EFEDRA ESPAÑOLA

EFEDRINA ESPAÑOLA



**LABORATORIOS JUSTE
MADRID**

Francisco Navacerrada, 3. hotel
e Apartado de Correos 9030

HISPANOFEDRINA

HISPANOFEDRINA
AMPOLLAS

Asma bronquial, estados
alérgicos, hipotonías, etc.

HISPANOFEDRINA
COMPRIMIDOS

Asma bronquial, coriza
espasmódica, astenia

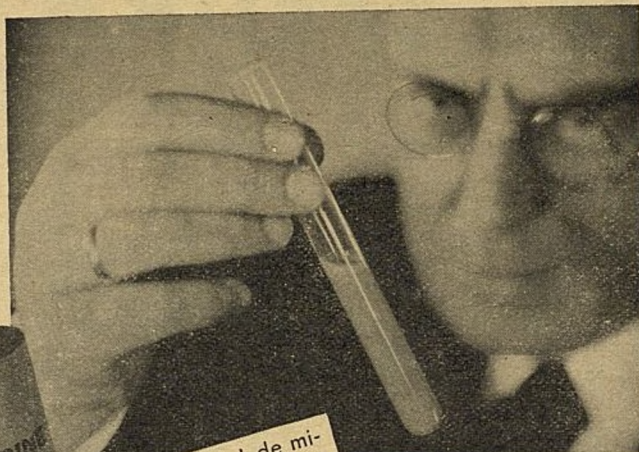
HISPANOFEDRINA
JARABE

INDICADO en bronquitis,
tosferina, asma bronquial

Ayuntamiento de Madrid

LA UNICA GARANTIA CIENTIFICA

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



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

ANTISEPTICO LISTERINE



Al prescribir un laxante...

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

'Sal de Fruta' ENO

MARCAS CORRIGE EL ESTREÑIMIENTO REGIST. P. S.

LABORATORIO FEDERICO BONET, Apdo. 501 - Madrid

mienzo del tercer septenario, en el que aparece un síndrome colecistítico indudable, con dolor espontáneo, y, a la presión en el punto vesicular con irradiaciones típicas, ligero aumento de la fiebre y demás signos característicos. Este brote colecistítico evoluciona en pocos días, sin alargar el ciclo de la infección general, que termina en el quinto septenario, sin ningún incidente.

La enferma ha sido bien alimentada durante toda la evolución febril. Se le ha tratado con piramidón y mielosin. Al quedar afebril, el estado general es excelente, y se dispone a volver a su casa.

III

El primer problema que suscita este caso es *el de la ausencia de síntomas circulatorios, a pesar de tratarse de una portadora de lesión mitral*. En las descripciones clásicas de la fiebre tifoidea se consideraban las complicaciones circulatorias como frecuentísimas y muy graves, aun en sujetos de corazón sano, y tanto más en los lesionados del corazón, en los que se suponía que el pronóstico era mucho peor. Sin embargo, ya hacíamos nosotros notar en nuestra época de epidemiólogos el hecho de que la mayor parte de los enfermos de tifoidea con lesiones del centro circulatorio habían soportado muy bien la enfermedad tifoidea, incluso alguno con lesiones graves y descompensadas. Y ya entonces poníamos en guardia sobre la probable exageración del peligro de las endocarditis y miocarditis tifoideas, que tanto se encomiaba en los libros. No puede negarse, claro es, la existencia de tales lesiones; pero el hecho es que, desde que comenzó la era del diagnóstico bacteriológico de la tifoidea, tales complicaciones cardíacas han disminuido considerablemente, lo cual hace suponer que muchas de las descripciones antiguas corresponden a casos mal diagnosticados. Esto es, sobre todo, evidente para las famosas *endocarditis vegetantes tifoideas*, que se ven raramente en la actualidad; puede asegurarse que algunos de los casos más significativos que luego reproducen, sin la suficiente crítica, los Tratados, no eran casos de tifoidea, sino septicemias estreptocócicas o de otro orden, con su endocarditis y de curso febril de tipo tífico.

Las *miocarditis* son, sin duda, más frecuentes en la tifoidea, como lo demuestran el incontrovertible argumento anatomopatológico. Pero, sin duda, menos frecuentes de lo que clásicamente se decía. Recuérdese que la estadística de Hoffmann, reproducida en la mayoría de los libros, daba un 37 por 100 de miocarditis en la fiebre tifoidea, cifra imposible de admitir en la actualidad. Ya hace muchos años que el Dr. Duque estudió en nuestro Servicio el

posible origen periférico de muchos de los accidentes circulatorios de los tifoideos que habitualmente se diagnosticaban de miocarditis. El papel que los factores humorales juegan en estas falsas miocarditis de los enfermos febriles, y muy singularmente de los tifoideos, es extraordinario; y la insuficiencia suprarrenal es uno de sus más constantes exponentes. El tratamiento de dichos accidentes con los modernos extractos suprarrenales debe tener para el clínico actual tanta o más importancia que los tónicos cardíacos en la enfermería infecciosa.

IV

No hemos de extrañarnos, pues, de la falta absoluta de accidentes circulatorios en nuestra enferma, aun siendo una antigua mitral. Pero ya es más sorprendente el que se haya mantenido el equilibrio circulatorio *estando además embarazada, dada la conocida influencia adversa que la gestación ejerce sobre las lesiones cardíacas*.

Pero también en este último punto se han modificado considerablemente las ideas clásicas. Hasta hace un cuarto de siglo era un aforismo la gravedad del embarazo en las mujeres cardíacas, fuese cual fuese el tipo y la intensidad de su lesión; y los médicos tenían que dictaminar muchas veces en sentido negativo las consultas de tal o cual mujer cardíaca que pretendía casarse o que, si estaba casada, le preguntaba sobre la posibilidad de tener hijos. También se nos preguntaba si era lícito hablar de una posible interrupción artificial del embarazo en las cardíacas que estaban encinta.

Principalmente Mackenzie, en 1921, reaccionó contra este criterio pesimista, proclamando el verdadero nudo del problema, a saber: que una lesión cardíaca, en general, podía ser perfectamente compatible con una gravidez, sin el menor accidente, siempre que el equilibrio funcional circulatorio se mantuviese bien. Después, otros muchos autores han estudiado la cuestión; pero los trabajos más importantes son los de Pardee, a partir de 1922 hasta nuestros días. Las copiosas estadísticas que este autor ha reunido y su propia autoridad dan un valor máximo a las conclusiones suyas. Pardee divide a las mujeres cardíacas en tres grandes grupos: en el primero incluye aquellas que, cualquiera que sea su lesión, no presentan trastorno funcional alguno, ejecutando los esfuerzos habituales de la vida o los de las pruebas funcionales del médico sin presentar disnea ni palpitaciones. El segundo grupo se refiere a las mujeres cardíacas que en una vida tranquila tampoco presentan estas reacciones anormales al esfuerzo, pero sí cuando son

sometidas a pruebas de ejercicio de una cierta violencia, como, por ejemplo, subir una escalera de prisa, etc. Subdivide este grupo en otros dos: uno, A, en el que el esfuerzo exagerado produce reacción positiva—palpitaciones, disnea, etc.—, pero moderada; y otro, B, cuando esta reacción al esfuerzo es exagerada. El tercer grupo estaría constituido por las mujeres que presentan los síntomas funcionales del desequilibrio circulatorio aun en los pequeños esfuerzos de la vida normal.

Ahora bien, *la mortalidad por el embarazo es completamente distinta, según el grupo a que pertenezca la mujer*. En el grupo primero, la mortalidad es de 0 por 100. En el grupo segundo, A, la mortalidad es de 0,56 por 100; en el segundo, B, es de 4,7 por 100; y el tercero se eleva hasta el 40 por 100. No puede, pues, hablarse de que el embarazo es grave en las lesiones cardíacas, sino de que es grave o no según cual sea el estado funcional de la circulación. Nuestra enferma pertenece, sin duda, al grupo primero; y de ahí lo bien que ha soportado, no sólo el embarazo, sino, a la vez, una infección, como la tifoidea, de reputación mala para los estados circulatorios.

Reconociendo, como ya he dicho, todo el valor de esta clasificación, es evidente que en la práctica, ante el problema vivo de la enferma, nos será muchas veces difícil resolver la cuestión de un modo tan simple como el clasificarla en uno de estos tres grupos y adjudicarla el correspondiente pronóstico. Todo médico que tenga que resolver la posibilidad del matrimonio y del embarazo en una mujer cardíaca y el pleito, más grave, de un posible aborto, ha de desmenuzar las circunstancias clínicas, que, poco más o menos, son las siguientes:

A) *Localización y tipo de la lesión*.—Las estadísticas de diversos autores sobre la distinta gravedad del embarazo según la localización y tipo de la lesión son contradictorias. Nuestra experiencia nos indica—y a ella nos atenemos—que, a igualdad de las demás circunstancias, la lesión que peor soporta el embarazo es la estrechez mitral. Sin contar, desde luego, con las lesiones congénitas y con las cardiopatías de la escoliosis, en las que la gravedad es enorme; pero a las mujeres portadoras de esta lesión, pocas veces les acaece el trance del matrimonio.

B) *Presencia o ausencia de endocarditis febril*.—Es evidente, como Küstner asegura, que este factor es uno de los más importante para juzgar el pronóstico de las cardíacas embarazadas. Si la enferma no ha tenido nunca brotes febriles—como la nuestra—el pronóstico es mejor. Las que los han

tenido, aun cuando haya sido hace mucho tiempo, es muy frecuente que vuelvan a padecerlo con motivo de la gravidez; y, de todos modos, influye muy desfavorablemente sobre el resultado final.

C) *Peso de la enferma*.—Nuestra experiencia nos enseña que quizá uno de los elementos más interesantes para este pronóstico es el peso de la enferma: a igualdad de las otras circunstancias, las mujeres delgadas soportan mucho mejor el trance gravídico y el parto que las gruesas.

D) *Estado del miocardio*.—No hay que insistir en su importancia. Una gran lesión orificial con buen miocardio es mucho mejor tolerada, en el embarazo como en todo otro momento excepcional de la vida, que una lesión orificial pequeña, pero con el miocardio afectado. Para establecer nuestro pronóstico es, por lo tanto, necesario el estudio minucioso del músculo cardíaco. Concretamente, el electrocardiograma no debe faltar jamás cuando haya que decidir uno de estos pleitos patológicos.

E) *Edad de la enferma*.—Jagic considera como de gran importancia la edad de la enferma; de treinta años en adelante, el pronóstico del embarazo en la cardíaca sería mucho peor que antes de llegar a esa edad. Nuestra experiencia no concuerda enteramente con este principio, y la enferma que estamos comentando, entre otras muchas, lo demostraría.

F) *Comportamiento de la enferma en los primeros embarazos*.—Parece esta circunstancia una perogrullada, pero muchas veces la actuación más eficaz del médico es la más parecida a la de perogrullo. Yo recuerdo siempre el caso de una mujer, joven, muy delgada, con una lesión de insuficiencia mitral moderadísima, perfectamente compensada, con miocardio sano, lesión que se había descubierto por pura casualidad, pues jamás dió el menor síntoma funcional. Estaba, pues, dentro de las condiciones típicas del primer grupo de Pardee, y no hubo la menor objeción que hacer a su propósito de casarse. Apenas quedó embarazada, se produjo una descompensación que costó mucho trabajo combatir, llegando en grave estado al final del embarazo y al parto, que fué durísimo, y del que salió dificultosísimamente.

V

Se decía también clásicamente *que la tifoidea complicaba de un modo grave el embarazo*. En los tiempos en que la enfermedad eberthiana alcanzaba triple o cuádruple mortalidad que en la actualidad, era esto verdad. Pero en cuanto dicha mortalidad empezó a decrecer, fueron frecuentes las observaciones de embarazadas que soportaban bien

su infección. El aborto es, sin embargo, no raro, aunque menos frecuente que antes. Lo común es que ocurra en el segundo septenario, pero, a veces, más tarde, incluso en la convalecencia.

Cuando el aborto acaece, es frecuente que la mujer lo soporte bien. Hay estadísticas demasiado optimistas—como las de Cazeau y Fauvel—casi sin mortalidad. Hay otras que dan hasta un 10 por 100 de mortalidad. La realidad corresponde a algo menos que el término medio de estos dos extremos. El feto, en cambio, es casi cierto que muera. Vidal descubrió el bacilo tífico en la sangre del mismo, demostrando así que todas las hipótesis que se habían imaginado para explicar su muerte eran inexactas, siendo la septicemia el motivo verdadero. No obstante, tampoco es inexorable la muerte del fruto, y en estas mismas Salas han sobrevivido algunos fetos, de abortos muy a término, en las grandes epidemias de tifoidea que tuvimos ocasión de asistir.

En nuestra enferma no nos sorprende, pues, el ningún tropiezo de su embarazo, como no sea por la consideración de la coexistencia de la lesión cardíaca que hace menos corriente su curso favorable.

VI

La típica complicación *colecistítica* que ha padecido nuestra enferma es bastante frecuente en esta infección. Probablemente, el estado gravídico aumenta su posibilidad. La monografía de Chiari describe muy bien las cuatro formas de la colecistitis tifoidea: catarral, purulenta, ulcerosa y perforante. En esta Clínica tuvimos ocasión de ver un caso de la última variedad, mortal, cuyo diagnóstico se realizó en la autopsia, haciéndonos suponer que, cuando el enfermo está muy grave, esta complicación puede pasar inadvertida, sobre todo, naturalmente, en sus formas leves, catarrales; únicamente si la enferma conserva su plena conciencia, puede darse cuenta de las manifestaciones subjetivas, discretas, de la colecistitis. Sin embargo, su trascendencia es grande, pues lo corriente es que, al fin y al cabo, recidive la inflamación vesicular y se convierta la paciente en una colecistítica crónica. Desde el punto de vista epidemiológico, también es importante la complicación, pues parece ser que los tifoideos con colecistitis son especialmente peligrosos como portadores de gérmenes.

VII

Unas palabras sobre el tratamiento.—Para nosotros, lo esencial es alimentar bien al tifoideo. Para poder conseguirlo, se requiere que el enfermo conserve su conciencia íntegra, y ésta es la utilidad

principal del empleo de los antitérmicos, como el piramidón, que hoy alcanza tanta boga en todas partes, y, quizá, entre nosotros más que en otra alguna. Los que tenemos una experiencia ya larga de la Medicina no podemos dejar de meditar sobre este hecho, pues fuimos educados en el criterio contrario. Cuando yo era estudiante, el médico que recetaba antitérmicos a un tifoideo era considerado como un malhechor. No dejaba de tener justificación este criterio, pues era la reacción al abuso que años antes se había hecho de estas drogas: había clínico que recetaba hasta ocho o doce gramos de antipirina a sus pacientes, y no eran de extrañar los desfallecimientos circulatorios, que hoy no se producen con el piramidón a dosis de diez o veinte centigramos, repetidas con intervalos diferentes, en las veinticuatro horas. Es evidente que la fiebre y el estado general subsiguiente se moderan, permitiendo la mejor alimentación y cuidado general del tifoideo; y esta ventaja compensa los inconvenientes que la medicación pueda tener, entre ellos, las alteraciones hematopoyéticas del tipo de la agranulocitosis, de que tanto se ha hablado en los últimos años y de las que aquí nos hemos ocupado en ocasiones repetidas.

El empleo de la *medicación leucopoyética* es, indudablemente, útil en toda infección; pero, singularmente en aquéllas que, como la tifoidea, evolucionan con leucopenia. Sería, además, como una previsión de los posibles accidentes agranulocíticos del piramidón. Con la reserva con que deben juzgarse los resultados de cualquier medicación en las enfermedades infecciosas, que espontáneamente evolucionan tantas veces de un modo favorable, el caso que hemos comentado hoy sería un buen ejemplo de la eficacia de esta asociación, ya que se trataba de una tifoidea no grave, pero complicada con dos condiciones muy desfavorables: como la lesión circulatoria y el embarazo. Y, sin embargo, el curso ha sido normal y sin complicación y la convalecencia promete ser muy rápida. Se lo promete así, también, la enferma, que está dispuesta a trabajar apenas llegue a su casa.

LA PRIMAVERA MÉDICA

POR EL
Dr. FEDERICO GONZALEZ DELEITO
Coronel médico

Decía el Dr. Olóriz en su discurso de ingreso en la Academia de Medicina que todo es ritmo en la naturaleza, y la vida un eterno movimiento de péndulo; por eso, después de alejarnos de un punto en tal forma que parece abandonado, volvemos a él. Nada más exacto; en la ciencia se retorna al cabo de tiempo a cosas que parecían abandonadas para siempre, y lo que en mi juven-

tud me presentaban como cosa absurda, que la ciencia experimental y moderna de aquella fecha ni siquiera tomaba en consideración, vuelve hoy a inquietarnos. Las enfermedades estacionarias están otra vez a la orden del día, y en ellas sigue llamando la atención más especialmente las primaverales. Y pensamos en el posible fondo de verdad que habrá en las antiquísimas reglas higiénico-religiosas, que imponían ayunos y privaciones en esta época, y en las costumbres y prescripciones médicas de purgas y sangrías, que no hacían más que acentuar los efectos de las abstinencias y de los ayunos religiosos.

Una estación influye en el hombre de muy diversos modos. Hay factores climáticos de temperaturas medias y extremas, constantes y variables; de humedad, de luz, de vientos, de falta o existencia de cuerpos extraños en el aire (polvo, polen de plantas, etc.), de constancia o variabilidad de presiones atmosféricas, de ionización y de cuerpos aéreos. Hay otros factores alimenticios: abundancia o falta de vegetales frescos, de frutas, riqueza de alimentos en determinadas substancias. Los factores alimenticios, unas veces actúan directamente sobre el hombre, otras lo hacen de un modo indirecto, modificando la calidad de carnes, leche, huevos de otros animales que nos sirven de sustento.

Influye, y no poco, en las enfermedades estacionales, el género de vida, la mayor o menor reclusión en casas, las aglomeraciones en locales cerrados, etc., distintas en los diversos períodos del año. Esto se refleja principalmente en determinadas infecciones.

Por último, hay factores desconocidos que influyen sobre nosotros de un modo directo o indirecto, que desconocemos en su origen y en su modo de actuar, pero que modifican sensiblemente nuestro organismo y que se reflejan en cambios en la cantidad de determinados elementos en la sangre (calcio, fósforo, yodo), presencia o exageración de algunos elementos formes de la misma (eosinofilia primaveral), actividad o amortiguamiento en la función de algunas glándulas de secreción interna (tiroides, sexuales), mayor o menor irritabilidad del sistema nervioso vegetativo, que se traduce en respuestas más o menos vivas a ciertos estímulos, etc.

A esto hay que añadir, para toda clase de infecciones que requieren la presencia de agentes intermediarios (paludismo, peste, tifus exantemático y otras) la mayor o menor vitalidad de estos seres (mosquitos, pulgas, piojos), en las diversas épocas del año, y sus facilidades o dificultades para reproducirse y para ponerse en contacto con el hombre.

Esta sucinta enumeración nos demuestra cuán complejo es el estudio de las repercusiones de los cambios de estación en la patología humana. Primavera o invierno no son cosas simples y sencillas que obren por igual sobre todos los individuos, ni siquiera en todas partes. En nuestros climas no hay esa falta tan exagerada de sol y luz de los meses de otoño e invierno en los países nórdicos, ni faltan en España en los meses de diciembre y enero frutas frescas ni verduras, como faltan en Suecia y en Dinamarca, ni en las grandes ciudades se vive ni se come igual que en el campo, ni los ricos sufren las privaciones de algunos alimentos raros o escasos como los pobres. Por eso lo que leemos como bueno y exacto para Alemania, por ejemplo, tal vez no lo sea en tal forma o con aquella intensidad para España, y ni siquiera dentro de nuestro país pueden compararse la luminosidad y soleamiento del invierno y de la primavera de Galicia

o de las Vascongadas con las de Andalucía o Extremadura. Pero aun en medio de tales diferencias, muy dignas de tenerse en cuenta, hay cosas constantes que se ven en todos lados y se aprecian con diferencias de intensidad tan sólo en todos los países y en todas las clases sociales.

Adjunto damos un gráfico, tomado de la obra de Rudder ("Tiempo y estaciones como factores de enfermedad"), en el que el autor se esfuerza en señalar en qué épocas del año son más frecuentes determinadas enfermedades o abundan más los síntomas aparatosos de las mismas (ataque en asmáticos, epilépticos, espasmofílicos).

Respecto a las infecciones, hay que distinguir entre las que presentan agudizaciones en ciertas estaciones por razones que apenas tienen que ver con ellas, como el tifus exantemático en invierno, por ser mayor la aglomeración y la suciedad de los pobres y vagabundos en asilos, casas de dormir para gentes pobres, etc., lo que facilita la vida, propagación y diseminación de los piojos; las que, en parte, se ven favorecidas por la mayor abundancia y vitalidad de insectos intermediarios, y en parte por la mayor predisposición del organismo a las localizaciones en algunos órganos o aparatos; ejemplo, la disentería en verano, época en que abundan extraordinariamente las moscas que la propagan y se está más propenso a las infecciones del aparato digestivo, y otras en las que realmente se ve clara la influencia de la estación, como ocurre con las agravaciones de la tuberculosis en primavera, corroboradas con la mayor sensibilidad de todos los individuos a las inyecciones de tuberculina en esta época (Moro).

El que el germen de la peste prospere y viva en temperaturas de 20 a 25°, y no aguante las de 35 a 40°, explica, según algunos, el que las epidemias que hemos padecido en algunos puertos meridionales de España tuvieron su auge en los meses primaverales hasta junio y se apagaran casi espontáneamente al llegar los grandes calores de julio y agosto, cosa que tal vez no ocurriría si apareciera una epidemia de peste en un puerto del Cantábrico, donde las temperaturas son distintas en las mismas fechas. Todas estas enfermedades podíamos llamarlas estacionarias "per accidens".

Pero en las enfermedades no infecciosas, en las que hay que descartar el factor germen, se observan asimismo apariciones o agudizaciones que suelen coincidir unas veces con el invierno, otras—las más—con la primavera, y que ponen de manifiesto la indudable influencia de la estación.

Las divide Bachmann en dos grupos: A, con oscilaciones estacionarias por influencia climática diversa sobre los procesos vitales, y en este grupo incluye el raquitismo, la espasmofilia, la corea, el Basedow, y yo añado los eczemas y otras dermatosis; B, por cambio en el modo de vivir, a causa de la estación (y van en este grupo los edemas del hambre, las osteopatías del hambre, la hemeralopía, la xeroftalmía y la queratomalacia).

Stern ha llamado la atención recientemente sobre las influencias estacionales en las dermatosis. "Es cierto—dice—que para las dermatosis en general, la mejor estación es el verano, y la peor, la primavera." Se ve esto principalmente en los eczemas infantiles. No sólo se observan en primavera las dermatosis de insolación o de luz viva, debidas a la abundancia de rayos ultravioletas ultracortos en los meses de abril a junio, sino que también aparecen o se agravan los brotes de eczemas, pso-

NATEINA

(Comprimidos de vitaminas ABCD y fosfato cálcico)

EVITA Y COHIBE LAS HEMORRAGIAS

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

TRATAMIENTO ESPECÍFICO DE LOS ESTADOS DE CARENCIA Y DE DESCALCIFICACIÓN

COADYUVANTE EFICAZ EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS (Klemperer)

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

DOSIS: DE 6 A 18 COMPRIMIDOS AL DIA



NATEL

Alimento vitaminado completo, de ingestión grata y tolerancia perfecta

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

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

LABORATORIO LLOPIS, S. A.

Directores: F. y M. Llopis, Farmacéuticos.

Nueva dirección:

VELAZQUEZ, 28. - MADRID

Ayuntamiento de Madrid

PROFILAXIA y TRATAMIENTO
"PER OS"
DE TODAS LAS

ESPIROQUETOSIS
DISENTERIA
AMIBICA
PALUDISMO

POR EL

stovarsol

TRATAMIENTO ARSENICAL
DE LOS ESTADOS DE
ANEMIA Y DE ASTENIA

PRESENTACION
FRASCOS de 28 COMPRIMIDOS a 0.25
FRASCOS de 70 COMPRIMIDOS a 0.05
FRASCOS de 200 COMPRIMIDOS a 0.01

EL EMPLEO DEL STOVARSOL
DEBE EFECTUARSE BAJO LA
VIGILANCIA DEL MEDICO

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
—Specia—

MARQUES **POULENC Frères & "USINES du RHONE"**
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3^e

PARA MUESTRAS, DIRIGIRSE A:

Barcelona: Don Javier Coll, Córcega, número 209.

Madrid: Don Julio García Coll, García de Paredes, número 64.

Sevilla: Don José Luis Reyes, Gravina, número 58.

ÆTHONE

PODEROSO SEDATIVO, no TÓXICO

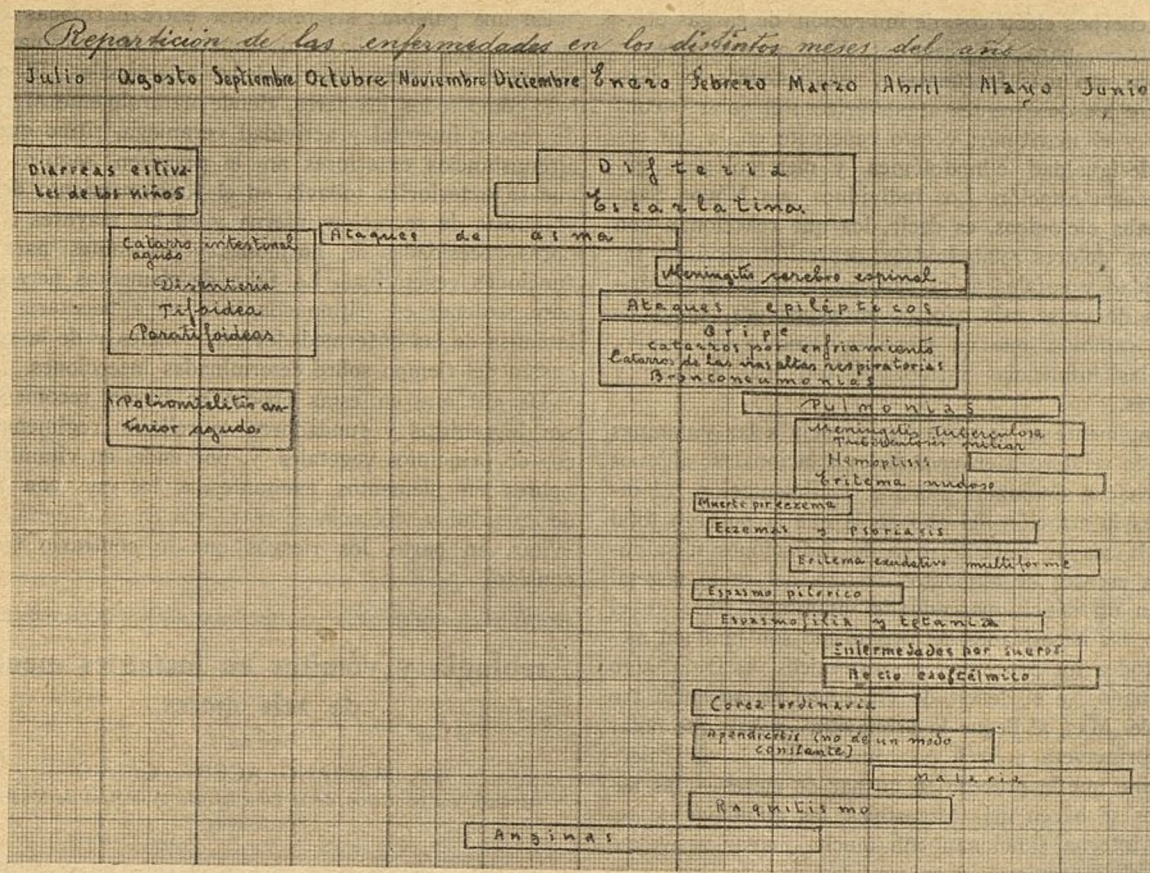
Tos espasmódica

Tos Ferina

Tos de los Tuberculosos

Laboratoire de L'ÆTHONE, 9, Rue Boissonnade, Paris.

Ayuntamiento de Madrid



riasis, "liquen ruber", herpes zóster, urticarias pruriginosas, eritema exudativo multiforme y lupus eritematoso.

Para Stern, junto con la luz, y tal vez la humedad y los vientos, influyen mucho la existencia o falta de cuerpos extraños en el aire, especialmente del polen de gran número de vegetales y la ionización del aire. Lo de los cuerpos extraños se comprende para aquellas dermatosis que parecen tener carácter alérgico, como los eczemas. La primavera sería rica en alérgenos aéreos, y del mismo modo que es la época—por esta causa—de las rinitis vasomotoras, podría serlo de no pocas dermatosis.

Además, en la primavera, los capilares presentarían un aspecto distinto que en el verano y en el invierno. Hacia diciembre o algo antes, los capilares se estrechan y la sangre circula por ellos con gran lentitud. En el verano están, por el contrario, casi uniformemente dilatados y reaccionan a los estímulos con bastante uniformidad e igualdad, pero en la primavera es muy frecuente encontrarse con personas en las que está dificultada la respuesta oportuna, rápida y adecuada de los capilares a los estímulos y a las influencias exteriores. En vez de esto, hay espasmos breves e inoportunos. La irritabilidad de la piel está aumentada, y las inyecciones de salvarsanes y de sales de oro provocan reacciones más, exageradas y frecuentes. Incluso las inyecciones salinas desencadenan reacciones hipertérmicas más acentuadas en primavera que en verano o en otoño.

Todo esto lo achacan a que cambia la nutrición de la piel—mayor crecimiento de pelos y uñas en esta fecha—, en parte por la acción de los rayos lumínicos de onda extracorta, en parte también por la mayor cantidad de vitaminas que faltan en el invierno, sobre todo en los países nortños, y al cambio de la composición

química de la sangre, con aumento del ion Ph y disminución del Ca, lo que traería consigo un aumento de la irritabilidad neuromuscular y de la capilar.

Después de las dermatosis, las enfermedades en las que se hace sentir con más eficacia la acción de la primavera es en la espasmofilia, en la tetania, en los accesos de asma, bastante en las jaquecas y en el Basedow, y algo en la epilepsia. Todas ellas tienen de común el aparecer por accesos, y el de tener componentes de espasmo vascular y de desequilibrio neurovegetativo. Entre todas ellas destaca la tetania y, en general, todo lo espasmódico. La disminución del ion Ca en la sangre, por una parte, lo que ya hemos expuesto respecto a las reacciones capilares cutáneas, por otra—estas anomalías en la reacción de los capilares no son peculiares de los de la piel—, y la vuelta a la alimentación más rica en vitaminas puede explicar esto. Las dos primeras cosas no necesitan aclaración; quizá lo necesite lo último. La espasmofilia es mucho más frecuente en los niños raquíticos, para algunos autores antiguos era patrimonio exclusivo de ellos. Ahora bien: hoy día se estima la tetania como la contrafigura del raquitismo, y se ve en ella algo así como un esfuerzo mal equilibrado de curación del raquitismo. Al llegar la primavera y almacenar el organismo más vitaminas, por tomarlas en mayor proporción de los alimentos y por activar mediante los rayos luminicos las previtaminas que pudieran existir en la piel, se acelerarían los procesos curativos de la raquitis y, rebasando tal vez sus límites, aparecerían los accidentes espasmofílicos, por caer en el defecto contrario.

Respecto al asma, a la jaqueca, a la epilepsia, quizá influyan más los abundantes alérgenos para la primera y los bruscos cambios atmosféricos—cambios de pre-

sión, de cuerpos eléctricos, de ionización, de cargas eléctricas, etc.—, para los restantes. Hoy se sabe que en esta época son más frecuentes y más intensos los choques entre los dos frentes atmosféricos: el polar o continental y el marítimo; y esto repercute en la tan conocida desigualdad climatológica y meteorológica general de esta estación. Los individuos que Nôvoa Santos llamaba ciclónicos, es decir, los que reaccionan con neuralgias, dolores reumatoideos, depresión nerviosa, intranquilidad y cefalea a los cambios bruscos atmosféricos, han de verse más afectados en primavera, época de grandes cambios, que en pleno invierno o en verano, cuando las influencias meteóricas son más iguales y constantes.

Recientemente se da gran importancia a las vitaminas en todo lo relativo a enfermedades estacionales; algunos quieren hacer sinónimos estación y alimentación. El invierno es la estación del año en la que la pobreza total de luz, la mayor falta relativa de radiaciones ultravioletadas, la escasez de alimentos frescos del reino vegetal provocan un déficit marcado de vitaminas. Pero en el invierno, las necesidades del organismo son también menores: todos los procesos intraorgánicos estarían algo amortiguados, y el déficit de vitaminas no se haría tan ostensible. Mas, al llegar la primavera—y hay que notar que la primavera médica no coincide con la del calendario, sino que la precede en un par de meses—, las necesidades se hacen más ostensibles, las glándulas de secreción interna funcionan con mucha mayor actividad, y todas ellas requieren gran cantidad de vitaminas para funcionar o para regular y moderar su función, y aunque ya se inician los alimentos ricos en ellas y las radiaciones son más abundantes y extensas, no lo son en el grado que las necesidades orgánicas demandan, y el déficit se hace patente. En algunas avitaminosis, como la hemeralopía, la xeroftalmía, etc., las relaciones son demasiado claras.

El ritmo de las necesidades del organismo no sincroniza con las aportaciones del mundo exterior; ya en enero es ostensible el aumento de algunos elementos en la sangre y la actividad de las glándulas endocrinas. La vitamina A escasea, las necesidades son mayores, y de ahí los trastornos y detenciones del crecimiento y la falta de protección contra determinadas infecciones. Esto sin contar con que esta vitamina A regula la actividad del tiroides y favorece sus efectos estimulantes sobre desarrollo y crecimiento, frenando, de paso, sus excesos. De ahí la frecuencia de las crisis de hipertiroidismo, con o sin Basedow, en estos meses. Antagonismo de la vitamina a) y tiroxina.

Además de la vitamina A, falta en primavera e invierno la D, de donde la mayor frecuencia del raquitismo en esta estación. Pero, además, la vitamina D, junta con la B₁, regulan el tono del simpático por intermedio de las paratiroides y de las suprarrenales. Su falta traería consigo un desequilibrio del mismo, que explicaría, por un lado, la aparición de los accidentes espasmofílicos, y por otro, las reacciones anormales frente a algunos venenos exógenos, entre ellos los tuberculosos, y de ahí la mayor gravedad de esta dolencia en los meses primaverales y la ya mencionada hipersensibilidad a las inyecciones de tuberculina.

Las avitaminosis B₁ y C explicarían la mayor gravedad de ciertas infecciones en primavera, especialmente de la difteria.

En una palabra: las relaciones entre hormonas y vitaminas, que cada día se nos aparecen más íntimas, explicarían no pocas enfermedades estacionales. El hombre, como todos los seres, tiende naturalmente al ritmo de reposo invernal y actividad veraniega, ritmo que las circunstancias exteriores no le permiten seguir, pero que se exterioriza todavía en el funcionamiento de sus glándulas de secreción interna y en las mayores o menores necesidades de hormonas y vitaminas para las funciones vegetativas. La falta de elementos necesarios para sostener ese ritmo con la eficacia necesaria sería la causa de las enfermedades estacionales y de la repercusión del tiempo sobre determinadas infecciones.

De ahí que en estas épocas se hayan recomendado por higienistas y fundadores de religión regímenes ricos en principios vegetales, y, por ende, en vitaminas y pobres en elementos excitantes, a los que con tanta desigualdad y violencia se reacciona en primavera, para evitar, en parte, los riesgos que lo contrario traería consigo.

Aerofagia y vómitos en lactantes menores de seis meses

POR EL

Dr. MARIANO ACEÑA CALVO

Médico, por oposición, de la Beneficencia Municipal de Madrid.
Puericultor.

La deglución de aire coetáneamente con el alimento, unido a la existencia de la cámara de aire gástrico, son dos hechos fisiológicos a tener muy en cuenta para trazar línea de conducta en los vómitos del lactante a pecho o biberón.

Si a esto unimos la evacuación del aire gástrico por píloro, tenemos los factores a intervenir en los vómitos por aerofagia en los lactantes menores de seis meses.

La aerofagia del lactante adquiere en ciertos casos, por su intensidad, grado francamente patológico, con la aparición de vómitos.

Antes de etiquetar los vómitos de los menores de seis meses como dependientes de aerofagia, debe llegarse a conocimiento exacto de las condiciones de alimentación, tanto en calidad como en cantidad, como tampoco proceder rápidamente a examen radiológico de estómago para fijar la existencia de voluminosa cámara de aire. Hemos de conocer número y sucesión de las tetadas o biberones, cantidad de leche ingerida o dilución agua-leche administrada. No son raros los vómitos pertinaces, rebeldes a uno y otro tratamiento, que basta administrar cierta cantidad de leche después de una tetada insuficiente, o bien elevar el volumen de la toma de biberón o mejorar la dilución de leche-agua-sacarosa para cesar vómitos rebeldes.

La extremada frecuencia de su aparición, la poca importancia que en general se le da en los tratados clásicos y el polimorfismo con que a veces suele presentarse, adquiriendo una sintomatología variada y posible de confundir con ciertas afecciones del lactante menor de seis meses, hacen la importancia de los trabajos de Marfan ("Traité de l'Allaitement"), de Magliano, en cuanto a su síndrome de aerogastroenterocolia del lactante, y de Lereboullet, Lelong y Aimé, con su aportación sobre los vómitos por aerofagia.

Nada nuevo es ocuparse de los vómitos en el lactante;

de los vómitos por aerofagia. Son los trabajos de Guinon, en 1904, demostrando que el aire, deglutido en exceso, provoca vómitos; los de Comby, sobre la importancia de la aerofagia en el lactante; los de Magliano, recientemente, en la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires, insistiendo sobre su importancia fisiológica y patológica.

Difícil es fijar el momento cuando el lactante pasa del fenómeno fisiológico de tragar aire a la aerofagia patológica; es imposible señalar una línea perfecta de separación. La aerofagia es patológica cuando llegue a producir alteraciones que actúen evidentemente sobre el estado de salud del niño, provocando la aparición de signos con características tales que encuadren en la sintomatología de esta afección (Marfan).

El análisis radiológico de estos enfermitos permite el conocimiento de las condiciones de ingestión de aire y de su evacuación por el estómago, que, unido a que la deglución de líquidos se acompaña de ingestión de aire en mayor cantidad que en la deglución de alimentos espesos o pastosos, ha llevado a la alimentación de mezclas de consistencia cada vez más espesa con leche condensada, alimentación pastosa, alimentación de niño con espátula y aun, en último extremo, cuando los vómitos por aerofagia en lactantes no ceden, a la alimentación mediante sonda esofágica.

La clínica permite el diagnóstico de la forma prandial de los vómitos por aerofagia en los lactantes: lactante de pocos meses, semanas o días; desde los primeros días del nacimiento vomita alguna tetada o por períodos de días, y más cuanto el apetito es mayor. Pronto los vómitos aparecen a cada tetada, con regularidad que llama la atención de la madre, no siendo raro que lleve a cambios intempestivos de régimen. El apetito es normal o aumentado; el niño toma la teta o el biberón con gran avidez y rapidez; ingiere a la vez mucha leche y mucho aire; a los pocos minutos el niño no toma más leche, al mismo tiempo que se agita y grita. Si en este momento eructa, el niño se calma y vuelve al seno o al biberón. (Lereboullet.)

El niño vomita en el curso de la tetada o a los pocos minutos, raramente pasada media hora. Vomita por eructo, regurgitación o por vómito verdadero, o bien la leche aparece silenciosamente en la boca si fué colocado en decúbito horizontal.

Magliano ha puesto de manifiesto el síndrome, que denomina de aerogastroenterocolia: paso del aire deglutido a través de los diferentes segmentos del "tractus" digestivo; estómago, intestinos delgado y grueso con producción de trastornos, y del que recientemente se ha ocupado Ugarte. (*La Prensa Médica Argentina*, número 13, página 800, 1936.)

Los tragadores de aire son en mayor o menor grado vomitadores; cuando la cámara de aire gástrica es muy grande y el niño se acuesta, al producirse la expulsión, lógicamente provocará también la expulsión del contenido estomacal. Los vómitos, en general, se producen inmediata o concomitantemente con la ingestión del alimento, y siempre la cantidad de líquido eliminada es muy variable.

Sucede que parte del aire gástrico es expulsado por el vómito, pero buena parte continúa su trayectoria digestiva, acompañándose de meteorismo abdominal, timpanismo exagerado y dolores cólicos de intensidad variable, coincidente con agitación, llanto, insomnio; cua-

dro que aumenta o aparece con cada ingestión de alimento, para calmar con eructos o expulsión de gases por recto. (Magliano, Lereboullet.)

El examen somático del niño no revela nada, fuera de abombamiento epigástrico, de sonido timpánico a la percusión del abdomen, pero sin peristaltismo visible cuando la cantidad de gases alojados en cavidad intestinal no llega a modificar su motilidad normal, pues cuando ello sucede es visible el peristaltismo intestinal y aparece diarrea verde con mayor o menor cantidad de moco, siempre acompañada de expulsión de gases.

Cuadro que nos puede hacer pensar en una dispepsia a glúcidos, y ya se ha colocado el médico en el "disparadero" de las modificaciones dietéticas, por el solo hecho de la diarrea.

La nutrición en general y el crecimiento del niño no están alterados al principio, mucho más si al diagnóstico cierto se instituye el tratamiento adecuado. En caso contrario, sobre todo si se procede a ensayar regímenes alimenticios, de ordinario intempestivos, aparece el verdadero cuadro dispéptico, y aún llegar al diagnóstico de estenosis de píloro.

Cuando en estos enfermitos no se realiza el aumento de peso progresivo y normal, o bien adelgaza, cabe una pregunta: "Estas alteraciones, ¿son producidas únicamente por la ingestión de gases, o hay otros factores sobreañadidos?" En términos generales, la causa inicial, primordial, puede decirse, es el aire, pero para modificar un estado nutritivo se necesita un fondo especial preparatorio; por eso, si bien el aire puede ser la causa de estos trastornos, buen número de casos poseen estado constitucional previo. (F. Ugarte.) Es por lo que Lereboullet admite un factor o elemento local o general individual para explicarse por qué vomitan los aerofágicos menores de seis meses. Es el "terreno neuropático".

En la etiología de los vómitos por aerofagia en los menores de seis meses o en el cuadro de aerogastroenterocolia del lactante se han querido ver causas productoras, bien actuando una sola en ciertos casos, bien combinándose varias en la mayoría de los vomitadores por aerofagia. He aquí la razón de la abundante bibliografía para tratar de fijar la importancia de las deformidades del pezón, de la hipoalimentación por hipogalactia o por ración insuficiente en lactancia artificial, de la misma sobrealimentación, de la tonicidad gástrica insuficiente, cuando no de la tonicidad gástrica excitada, de la intervención de las causas nerviosas, sin olvidar la importancia de los defectos de técnica en la lactancia, tanto a pecho como con biberón.

Consideramos que en estos casos no debemos llenarnos de dificultades el terreno clínico; no hay que ver en todo lactante que vomita días y días un caso clínico interesante; debemos mirarlo como caso corriente, actuando en un principio con este pensamiento, única manera de resolver situaciones a veces comprometidas.

Marchando por este camino, aconsejamos a las madres de todo vomitador que le administre el alimento lentamente, sin prisa; que, una vez terminada, le ponga al lactante en posición erecta durante unos cinco minutos, manera a conseguir que el exceso de aire deglutido salga por el cardias y al exterior en forma de eructo; que, después, le disponga en *decúbito lateral izquierdo*, que, inmediatamente después de la comida, favorece la evacuación pilórica del aire intragástrico y disminuye la distensión gaseosa del estómago. En esta posición,

la cámara de aire se coloca bajo el píloro, y es evacuada a intestino en un cuarto de hora aproximadamente (Lereboullet); así, será colocado durante un cuarto de hora en decúbito lateral izquierdo; después, sobre el lado derecho, hasta la tetada siguiente. El decúbito lateral derecho favorece la evacuación pilórica de la parte líquida del contenido gástrico.

Es por lo que ante uno de estos enfermitos debemos revisar el cómo se le alimenta. En este cómo debemos incluir todas esas "cosas" que por muchos autores se consideran como la etiología de estos cuadros clínicos. Está el médico en la obligación de examinar los pezones de la madre o nodriza; las condiciones de las tetinas, sin olvidar su dureza ni diámetro del orificio, y posición y "rapidez" con que se alimenta al niño; si la cantidad y calidad de leche de mujer o de vaca, así como la dilución de esta última, es la conveniente al lactante.

Con la consideración de estos hechos habremos modificado ciertos casos de niños que vomitan y quedado con número de ellos en los que pasaremos a considerar la tonicidad gástrica (¿hipertonía, atonía?), el terreno neuropático.

Así la situación, resulta la alimentación equilibrada en calidad y cantidad: sería el momento de llegar a la exploración radiológica de la deglución esofágica del alimento por nuestro enfermito, y, mejor, con el estudio comparado con la de alimentos espesos o pastosos. Veríamos aclaradas las condiciones de la aerofagia en los lactantes y nos ilustraría sobre el mecanismo de la distensión gástrica consecutiva.

Proceder no siempre posible de realizar; por ello pasamos a considerar el terreno neuropático: la tonicidad gástrica. Administramos la atropina. Medicamento aconsejado por muchos autores en los vómitos de los lactantes, y del que H. Kleinschmidt hace muy atinadas consideraciones en el "Tratado Enciclopédico de Enfermedades de la Infancia", de Pfaundler y Schlossmann.

Siempre empleamos la atropina en solución al milésimo:

Sulfato de atropina..... 10 milig.
 Agua destilada..... 10 gr.
 M. p. t. a gotas.

O bien recetamos 10 gramos de la solución al milésimo de sulfato de atropina y subrayando *solución al milésimo*, porque no debemos olvidar que, en general, en las farmacias hay preparada la solución al centésimo, y como no siempre es el farmacéutico el que despacha la receta, conviene tal llamada, para evitar posibles disgustos.

De la solución al milésimo de sulfato de atropina aconsejamos la administración de una gota inmediatamente antes de cada toma de alimento. Dosis diaria que vendrá a ser ocho, siete o seis gotas de la solución de atropina al milésimo, según edad del niño. En general, bien tolerada; a pesar de ello, debemos advertir a la madre o nodriza que dará una gota del medicamento antes de cada toma de alimento, si el niño no se pone encarnado entre toma y toma de alimento. En caso positivo, dará una gota una vez sí y otra no a la ingestión de alimento. Son raros los casos de intolerancia a las ocho, siete o seis gotas de esta solución de atropina en veinticuatro horas, pero tengamos presente que por descuido o ignorancia se puede administrar la toma de una

gota de la solución al centésimo, y con ello sí son frecuentes las intoxicaciones en los lactantes.

En visitas sucesivas la observación del enfermito, en especial de la pupila, nos permitirá graduar la administración de atropina, teniendo también muy presente el acostumbamiento a este fármaco.

La administración de atropina en los vómitos por aerofagia en lactantes modifica rápidamente el cuadro en bastante número de ellos. Se continuará la medicación varios días después de la desaparición de los vómitos, y, sobre todo, *no suspender bruscamente la atropina*: se hará paulatinamente. Es regla a tener muy en cuenta cuando se maneja atropina al interior, sobre todo cuando se actúa sobre terreno neuropático o sobre células en hipertonía.

A esta altura de nuestro análisis clínico, de una observación no tendenciosa de nuestro enfermito, nos queda un limitado número de casos de lactantes que vomitan por aerofagia, por aerogastroenterocolia o, en casos más complicados, ¿de estenosis de píloro?

Es el momento que utilizamos el agar en polvo. En nuestro trabajo "La leche agar de Scheer en la dietética de las diarreas ácidas del lactante", publicado en EL SIGLO MÉDICO (21 marzo, 1936, número 4.293, tomo 97, páginas 290-293), ya decíamos: "El agar, en el tratamiento de los vómitos en lactantes alimentados al pecho, le hemos manejado como aconseja Bravo Frías: disuelto el agar en polvo, en infusión de té azucarado y caliente, en proporción de 1 por 100, administrando una cucharada grande al principio, a la mitad y al fin de la tetada." Ahora decimos: después de empleado en buen número de casos y comprobada su acción, que es un método excelente; que no podemos ni debemos proceder a modificaciones en la forma de alimentar a los lactantes vomitadores menores de seis meses sin antes haber ensayado este método del agar en polvo al 1 por 100.

Volvemos a insistir que siempre en la receta se marque *agar en polvo, papeles de un gramo*, a disolver en caliente y administrado caliente, cuyos resultados no se hacen esperar.

Punto interesante es llegar a conocimiento del porqué actúa el agar en los vómitos por aerofagia de los lactantes. Pensando un poco, la primera consideración es que, administradas las tres cucharadas grandes de la mezcla agua-agar durante la tetada, hemos disminuído la cantidad de grasa de la leche; puede ser, pero enseguida digamos que el agar en polvo al 1 por 100 también lo hemos administrado para modificar los vómitos rebeldes de lactantes a biberón; también con buen resultado y de la manera siguiente: calentada la leche-sacarosa o agua-leche-sacarosa, se mezcla el gramo de agar en polvo en proporción de 1 por 100. ¿Es que este mucílago realiza en el contenido gástrico modificaciones ácidobásicas capaces por sí de regularizar la motilidad gástrica, especialmente de la cámara de aire del estómago? Son sugerencias, posibles de aumentarse, pero el hecho es que desaparecen los vómitos de otro buen número de vómitos por aerofagia en lactantes.

En los casos clínicos que nos resten utilizaremos las directrices terapéuticodietéticas aconsejadas por Lereboullet, Lelog y Aimé. (*La Presse Médicale*, octubre 1935, núm. 80, pág. 1.541.)

Aumento de consistencia del alimento; limitación de agua; espesar la leche de la madre por evaporación o

utilizarla en la preparación de papillas; administrar antes de la tetada media o una cucharadita de leche condensada; en el niño mayorcito, una cucharadita de sémola o puré de patata espeso. En el niño lactado artificialmente se utilizará el método de la leche de vaca evaporada o concentrada; la leche condensada; la leche desecada; el babeurre condensado y aun en los mayores de tres meses la adición de harinas en la proporción del 3 al 5 por 100. Permiten estos medios disminuyendo

el agua de dilución, obtener comidas de consistencia apropiada. Cuando la edad lo permite, se pueden administrar quesos blancos y blandos. (Galois.)

Estos regímenes, por disminución de agua y concentración en prótidos y lípidos, son desequilibrados; serán muy vigilados; se restituirá al lactante la cantidad de agua necesaria por boca en el intervalo de las tetadas o por inyecciones. Cuando la edad lo permita, se hará el espesamiento del alimento mediante harinas o legumbres.

Tres lecciones en la Facultad de Medicina de Madrid (Abril 1935)

Terapéutica endobronquial - Lavado pulmonar - Broncografía

POR EL

DR. S. GARCIA VICENTE

TERCERA HISTORIA CLÍNICA

PROCESO BRONQUIECTÁSICO SUPURADO DE BASE PULMONAR DERECHA

(Conclusión.)

Segunda fase del tratamiento.—(Desde octubre de 1932 a junio de 1933):

Al iniciarse esta segunda fase, los síntomas habían disminuído, en el sentido de menor expectoración, menor fetidez de ésta, más apetito, aumento de peso y sensación subjetiva eufórica, con elevación considerable de la tónica espiritual.

Se implanta un tratamiento parecido al de la primera fase, pero espaciando los lavados pulmonares, que se hacen dos veces por semana y en meses alternos; la actuación medicamentosa se intensifica en el empleo de *vacunas autógenas tópicas*, usadas esta vez en el 30 por 100 del total de inyecciones endobronquiales realizadas. *Yodoformo*, en el 50 por 100 del total. Aumento del empleo del *tanino*: 15 por 100 del total; *yodo asimilable* en el 5 por 100 de inyecciones, *acónito* asociado a los anteriores fármacos cuando había indicación sedante.

Durante los meses de verano se va al campo, como anteriormente, y al regresar se le hace otra:

Tercera fase de tratamiento.—(Desde octubre de 1933 a junio de 1934):

Este último período de actuación endobronquial se caracteriza por la disminución de los lavados pulmonares que se hacen cada quince días; las inyecciones endobronquiales se hacen alternas, persistiendo en la actuación endobronquial del *yodoformo* en el 50 por 100 del total de las inyecciones. Medicación *astrigente*; *tanino* en el 20 por 100 de las inyecciones; *alumbre* (I a III gotas por dosis), en el 5 por 100 del total y *vacunas tópicas autógenas* en el 25 por 100 del número de inyecciones.

Julio, agosto y septiembre: Descanso y permanencia en el campo.

Noviembre de 1934: El estado general de la enferma es el siguiente: aumento de peso, 12 kilogramos desde el comienzo del tratamiento; excelente aspecto; ausencia completa de fiebre; los dedos se han afilado en sus extremidades; únicamente persiste la expectoración, que oscila entre 80 a 100 centímetros cúbicos, la que expulsa sin apenas esfuerzo de tos y en momentos que la enferma elige. Los gérmenes de esta expectoración son escasos y banales.

Hacemos entonces una nueva investigación broncográfica con lipiodol, que nos indica que las ampollas bronquiectásicas persisten, aunque algo disminuídas de capacidad, pero ha desaparecido casi por completo la reacción inflamatoria del parénquima pulmonar peribronquiectásico (véase el esquema de la figura 13). El Dr. Perera realiza brillantemente el 21 de noviembre de 1934 la frenicectomía del lado derecho.

Con esta intervención (figura 14) se han aplastado las cavidades bronquiales, disminuyéndolas de capacidad, y se ha elevado la región, acercándola a la zona del reflejo tusígeno, que expulsa entonces los exudados rápida y fácilmente.

La expectoración va disminuyendo rápidamente desde entonces, y en la actualidad (enero de 1936) han cesado casi por completo todos los síntomas, considerándose la enferma socialmente curada.

Es lógico pensar que las cavidades bronquiectásicas, de paredes duras, constituídas por denso y duro tejido conjuntivo de más de diez años fecha, aunque aplastadas, achicadas y drenadas, tarden todavía bastante tiempo en sufrir la absoluta modificación regresiva que supone perder totalmente todas sus antiguas características y convertirse en un inofensivo e inerte bloque conjuntivo intrapulmonar; pero es indudable que todo hace suponer que pase así, pues para ello se han colocado a las lesiones en condiciones lógicas y razonables de desaparición; además que las espléndidas condiciones biológicas del juvenil organismo de

la enferma ayudaran eficazmente a la rapidez del ciclo involutivo.

LABOR DOCENTE DEL AUTOR SOBRE LOS ASUNTOS ANTERIORMENTE EXPUESTOS

Cursos teóricoprácticos mensuales y ciclo de cursos de medio año de duración en el Instituto Antituberculoso Municipal de Madrid todos los años.

Los años 1934 y 1935, cursillos breves en la Facultad de Medicina de Madrid.

ALGUNAS PUBLICACIONES DEL AUTOR SOBRE LOS ASUNTOS EXPUESTOS

1. "Sobre una técnica simplificada en la terapéutica intrapulmonar".—*Revista Los progresos de la Clínica*, julio 1928.
2. "Sur une technique simplifiée dans la thérapeutique intrapulmonaire".—*Archives internationales de Laryngologie*, etc., noviembre 1928. París.
3. "Ueber eine einfache technik für die intrapulmonare therapie".—*Deutsche Medicinische Wochenschrift*, etc., núm. 44, 1928. Berlín.
4. "Nota clínica sobre el tratamiento endobronquial del asma".—*Medicina Ibero*, 1928.
5. "La vía laríngea para la introducción endobronquial del aceite yodado".—*Revista Española y Americana de Laringología*, etc., 1929.
6. "Hipótesis posible en la producción del fenómeno de *paradoja laríngea*".—*Medicina Ibero*, 1929.
7. "La técnica del lavado pulmonar".—*EL SIGLO MEDICO*, febrero de 1929.
8. "Technique du lavage pulmonaire".—Conferencia en la Facultad de Medicina de París, 30 de mayo de 1929.
9. "Technique intrabronchique".—Conferencia en el Hospital Saint-Louis, París, 31 de mayo de 1929.
10. "Crisis asmáticas de comienzo anómalo".—Comunicación a la Asociación científica del Instituto Hispano Americano de Laringología, 1930.
11. "Le lavage des poumons".—*La Presse Médicale*, febrero 1929. París.
12. "Le lavage des poumons et la thérapeutique", etcétera. *Archives Internationales de Laryngologie*, etcétera, 1929, París.
13. "El lavado pulmonar y la terapéutica directa endobronquial".—Libro de 200 páginas, con grabados, radiografías y esquemas, editado por C. I. A. P. *Obra premiada* por la Academia Nacional de Medicina, 1929.
14. "Sobre técnica endobronquial".—*Vida Médica*, 1930.
15. "La administración de yodo por vía endobronquial en los procesos asmáticos".—Libro-homenaje a Goyanes, 1930.

16. "Tratamiento endobronquial de las supuraciones pulmonares".—Conferencia en el Instituto de Patología del Dr. Marañón, junio 1930.

17. "Técnica endobronquial".—*Revista de Tuberculosis*. Habana (Cuba), 1930.

ALGUNAS PUBLICACIONES DE AUTORES NACIONALES Y EXTRANJEROS REFERENTES O BASADAS EN LAS TÉCNICAS DEL DR. GARCÍA VICENTE

18. "Intrapulmonale Rontgen Diagnostik". Profesor Lorey (Hamburgo).—*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, etc., marzo 1929.
19. "Los trabajos del Dr. García Vicente sobre inyecciones intratraqueales y lavado pulmonar". Doctor A. Sánchez del Val.—*Noticias Médicas*. Murcia, 1929.
20. "Técnica del lavado pulmonar". Dr. Camacho.—*Revista Mexicana de Ciencias Médicas*. Méjico, 1929.
21. "El lavagio del pulmone". Dr. A. Venza.—*Revista Sanitaria Siciliana*. Palermo, 1929.
22. Une conférence a Paris du Dr. García Vicente sur le lavage pulmonaire". Dr. Dartigues.—*Vie Médicale*. París, 1929.
23. "El aceite yodado en el diagnóstico de los procesos pleuropulmonares". Dr. Emiliano Eizaguirre. San Sebastián, 1929.
24. "Thérapeutique intrapulmonaire et lavage du poumon". Dr. André Besson.—*Le Bulletin Médical*. París, 1929.
25. "Comentarios sobre el lavado pulmonar". Dr. Víctor Delfino.—*La Medicina Argentina*. Buenos Aires, 1929.
26. "Consideraciones sobre el lavado pulmonar". Doctores Partearroyo y Aciego de Mendoza.—*Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 1929.
27. "Nota previa sobre la técnica del Dr. García Vicente". Dres. Vaccarezza y F. Martínez.—*La Medicina Argentina*. Buenos Aires, 1930.
28. "Estadística del Servicio". Dr. V. Segura.—*Prensa Med. Argentina*, 1930 (Buenos Aires).
29. "Medicación endotráqueobronquial y su aplicación en la tuberculosis pulmonar". Dr. Alsina Fidel.—*Rev. As. Med. Argentina*, 1930.
30. "Modernos estudios sobre tuberculosis pulmonar". Dr. Partearroyo. Madrid, 1930.
31. "El lavado pulmonar. Método de García Vicente". Dres. Spangenberg y Munist.—*Rev. As. Med. Argentina*, 1930.
32. "Un caso de adenopatía tráqueobronquial tratado por el procedimiento del Dr. García Vicente". Dr. Castells.—*Medicina Ibero*, 1930.
33. "Nota clínica sobre el tratamiento de la com-

Remineralice con **JARABE de FELLOWS**

HIERRO
SODIO
POTASIO
FOSFORO
MANGANESO
CALCIO

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

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

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

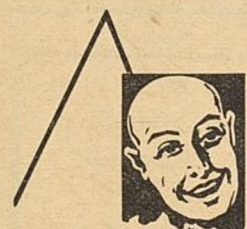
Dosis que se sugiere: Una cucharadita tres veces al día bien diluida en agua.

MUESTRAS A PETICION

Distribuidores en España:

SOCIEDAD ANONIMA DE DROGUERIA VIDAL-RIBAS,

Cortes, 639 — Barcelona



EL BAROMETRO GASTRICO DE SU ENFERMO

Al tratar con CAL-BIS-MA los trastornos digestivos de sus enfermos, comprobará la notable rapidez con que éstos se corrigen.

CAL-BIS-MA contiene carbonato de magnesio y bicarbonato de sodio, para neutralizar la hiperacidez gástrica; caolín para adsorber los gases, los bacilos y las toxinas; el subgalato y el subcarbonato de bismuto con el caolín coloidal, para calmar la irritación de la mucosa gástrica.

INDICACIONES: Acidez del estómago, úlceras gástricas y duodenales, vómitos del embarazo, vómitos periódicos de los niños, acidosis, náuseas, mareo.



CAL-BIS-MA

Medicación específica para el tratamiento alcalino de las úlceras del estómago.



Literatura y muestras gratuitas para los señores médicos:

Apartado, 410.-BARCELONA LABORATORIO Y COMERCIO SUBSTANCIA, S. A.

Ayuntamiento de Madrid

*Dolor
para mi no existes!*

(POSIDONIUS)



SODIODINE

YODURO SÓDICO ESTABILIZADO EN SOLUCIÓN AL CENTÉSIMO

2

**NEURALGIAS REBELDES
DESÓRDENES CIRCULATORIOS
ENFISEMA PULMONAR
HIPERTENSION
MICOSIS**

2

DOSIS
1 à 2 ampollas por 24 horas

2

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

LABORATORIOS CORTIAL, 7 RUE DE L'ARMORIQUE, PARIS

iodaseptine cortial

**TUBERCULOSIS
PULMONAR CRÓNICA**

*Dosis Ligeros de 2 a 5 al día
en series de 20 días*

**ADENOPATIAS
DE LA INFANCIA**

*1 a 4 gotas cada 24 h
en tres tomas según la edad*

**REUMATISMOS
CRÓNICOS**

Dosis Fuertes de 5 a 20 en 3 tomas

SUPRESIÓN DEL DOLOR
SIN YODISMO
SIEMPRE EFICAZ AUN
CON UN USO REPETIDO

MUESTRAS Y
LITERATURA
LABORATOIRES
CORTIAL
15, B° PASTEUR
PARIS (XV°)

iodaseptine salicilada

**REUMATISMOS
AGUDOS**

UNE
LA ACCIÓN DEL YODO AL EFECTO SALICILADO

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

Ayuntamiento de Madrid

plicación laringotraqueal del ozena". Dr. Girod Uruñuela.—*EL SIGLO MÉDICO*, 1930.

34. "Vacunoterapia local y específica de la tuberculosis pulmonar". Dr. A. Sánchez del Val y Prof. Mayoral.—*Revista de Higiene y de Tuberculosis*, 1930.

35. "Terapéutica intrapulmonar". Dres. Lutz y Ferrando.—Folleto de divulgación del método de García Vicente. Buenos Aires, 1930.

36. "Tratamiento del asma por inyecciones intrabronquiales de adrenalina y yodo". Dr. Noguera Toledo.—*Gaceta Médica Española*, 1930.

37. "Intrapulmonale Rontgen Diagnostik Spulungs Medicinal Therapie nach García Vicente".—Editado para la divulgación del método por la Casa Esculapio (Alemania), 1930.

38. "Un caso de bronquitis fibrinosa tratado endobronquialmente". Dres. Gálvez Armengaud y Moreno Cobos.—*Instituto Marañón*, 1931.

39. "El problema del tratamiento del asma". Dr. Fernández Arratia.—*Medicina*, 1931.

40. "Un caso grave de absceso de pulmón curado por el lavado de pulmón (método de García Vicente)". Dr. Imaz. *Hosp. Argentino*, 1931.

41. "Tratamiento de los abscesos del pulmón". Dr. Munist. *Acta Méd.*, 1931 (Buenos Aires).

42. "A simple technic for introducing lipiodol into the lungs. Dres. Franklin y Orley.—*Brit. Med. Journ.*, 1931.

43. "Nuestra conducta en los abscesos agudos y crónicos del pulmón". Dres. Gandolfo y Steinberg.—Congreso Nacional de Medicina de la República Argentina. Buenos Aires, 1931.

44. "Bronquiectasias incipientes en la gran infancia". Dres. Ortiz de Landazuri y José Miñana.—*Archivos Españoles de Pediatría*, 1931.

45. "Técnica del examen lipiodolado pulmonar con sonda semirrígida *bequille*".—Dr. García Capurro.—*Hosp. Argentina* (Buenos Aires), 1931.

46. "Medicación local pulmonar". Dr. V. de Pablo.—IV Congreso Nacional de Medicina de la República Argentina. Buenos Aires, 1931.

47. "Tratamiento endobronquial del asma". Doctor Fernández Arratia.—Tesis doctoral, 1931.

48. "Medicación directa pulmonar. Aportación al método de García Vicente". V. de Pablo.—*EL SIGLO MÉDICO*, 1932.

49. "Tratamiento quirúrgico de las bronquiectasias". Dr. Perera.—*Medicina Ibero*, 1932.

50. "Tratamiento de la gangrena pulmonar". Dres. Arrillaga Mordegla y Taquini.—*Sem. Méd. Argentina*, 1932.

51. "Las inyecciones intrabronquiales y el lavado del pulmón". Dr. Fernández Arratia.—Comunica-

ción a la Academia Médicoquirúrgica de Navarra, 1932.

52. "Tratamiento endobronquial de las bronquitis". Dr. De la Fuente Gómez.—Tesis doctoral, 1933.

53. "El lavado pulmonar. Método de García Vicente". Dres. J. S. Spangenberg y L. Munist.—*Revista de Especialidades*. Buenos Aires, 1933.

54. "Medicina práctica. Absceso del pulmón". Dr. V. de Pablo.—*Prensa Médica Argentina*, 1933.

55. "Tratamiento de los abscesos del pulmón". Dr. Antonio Gasné Sacué.—*Medicina Ibero*, 1933.

56. "La medicación local pulmonar por vía intratraqueal". Dr. V. de Pablo.—Tesis doctoral. Buenos Aires, 1934.

57. "Atlas de Radiología Clínica. Radiología del aparato respiratorio intratorácico". Prof. Dr. A. Pedro y Pons, y Dres. Amell-Sanz y J. M. Vilaseca Sabater. Barcelona, 1934.

58. "La evolución de la otorrinolaringología en los diez últimos años". Dr. Ramos Acosta. Málaga, 1934.

59. "Demostraciones teóricoprácticas de las técnicas endobronquiales". Dr. J. de Silva.—Conferencia en el Instituto Antituberculoso Municipal de Madrid, 1934.

60. "Un caso de pleuresía interlobar abierto en bronquio". Dr. Luis Eizaguirre.—*Medicina Ibero*, 1934.

61. "Tratamiento de las supuraciones broncopulmonares". Dr. Sanz Vázquez.—*Medicina*, 1935.

62. "Tratamiento intratraqueal en las bronquitis crónicas y asmáticas". Dr. V. de Pablo.—*Día Médico*. Buenos Aires, 1935.

63. "Tratamiento quirúrgico de los abscesos pulmonares". Dr. Perera.—Comunicación a la Academia Nacional de Medicina, marzo 1936.

64. "Anatomía bronchiale radiologica". Dr. V. de Pablo.—*Rinascenza Médica*. Buenos Aires, 1936.

BIBLIOGRAFIA

GICHT RHEUMA AUFBRAUCHSKRANKHEITEN.—*Gota, reuma, enfermedades de la involución*.—Comunicaciones presentadas al Primer Curso Internacional de Perfeccionamiento Médico celebrado en los baños radiactivos de Brambach del 5 al 7 de octubre de 1935. Reunidas y prologadas por F. Gudzent. Con 51 figuras. Editorial de T. Steinkopff. Residenzstrasse, 32, Dresden. 8,50 marcos; con el 25 por 100 de descuento para extranjeros.

Los baños radiactivos de Brambach no han querido ser menos que otros también afamados de la Europa Central, y han organizado un curso de conferencias para médicos, dirigidas por el eminente Dr. Gudzent. Conocido este autor en España por su monografía sobre la gota y el reumatismo, que editó M. Marín, de Barcelona, y tradujo yo, a él correspondía la dirección de las

conferencias sobre gota y reuma, enfermedades en las que tanto ha trabajado y con tanta fe preconizó el uso de las agus radiactivas. No han cambiado sus ideas desde que publicó su ya citada monografía, antes al contrario, para él sigue desempeñando la alergia un papel preponderante en las manifestaciones gotosas y reumáticas. En el curso de conferencias han partido Rossler, de Berlín; Breemen, de Amsterdam; Kahlmeter, de Estocolmo; Holsti y Rantasalo, de Helsingfors; Hochrein, de Leipzig, y Cramer, de Berlín.

Aparte de esto, hay una lección sobre alergia y tumores, de H. Auler, de Berlín, y dos de climaterio masculino y femenino, de V. von Noorden y Stuckrad.

La dirección de los baños no quiso eliminar elegantemente las lecciones de reclamo, que corrieron a cargo de otros significados médicos, terminando el libro con una lección de Gudzent acerca de puntos de vista modernos sobre gota y reumatismo.

El libro, muy bien editado, y su lectura es útil y agradable.—F. G. D.

NEUMOTÓRAX, NEUMOPERITONEO, OLEOTÓRAX, LAVADOS PLEURALES AL ALCANCE DE TODO MÉDICO.—*Dr. Angel y Gabino Gómez de Arleche*.—Imprenta del Arenal, Sevilla, 1936.

Folleto explicativo de un aparato, compuesto de dos frascos de 500 cc., una serie de tubos con llaves de paso adecuadas, manómetro y un juego de bolas de Richardson, con el cual se pueden realizar maniobras de aspiración e impulsión de gases y líquidos, según la disposición y colocación de los factores que componen el mecanismo.

Una segunda parte del trabajo está destinada a la exposición de casos clínicos de tuberculosis pulmonar, derrames pleurales, etc., tratados con colapsoterapia, evacuación, etc., maniobras todas realizadas a la perfección y sencillamente con el aparato que se describe.—S. G. V.

LIBRO DE ACTAS DEL PRIMER CONGRESO INTERNACIONAL DE LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE.—Un volumen de 190 páginas.—Precio, 15 libras.—Milán, 1936.—Edición de la Associazione Volantari Italiani del Sangue.—Vía Palermo, número 1.—Milán.

Bajo la dirección del Comité de este Congreso y de la Associazione Volantari Italiani del Sangue acábase de publicar el primer volumen de Actas de este interesante Congreso, celebrado por primera vez con carácter internacional en la ciudad de Roma el pasado septiembre.

En el mismo, tras de los discursos pronunciados en la sesión inaugural por los Profs. Alessandri, Lattes e Hirsfeld y del discurso de la celebración de Francesco Folli, que corrió a cargo del Prof. Pazzinni, se insertan los interesantes *rappports*, que fueron objeto del mismo, y en los cuales se trataron los siguientes puntos: "El serodiagnóstico al servicio de la transfusión", por el Prof. Ludwig Hirsfeld; "La transfusión de la sangre en el Ejército", por el Dr. Adolf Ritter; "Los fenómenos de autocatálisis en la transfusión de sangre", por el Prof. A. Bogomoletz; "La transfusión sanguínea en las enfermedades infecciosas", por el Dr. Arnault Tzanck; "Las indicaciones antiguas y recientes de la transfusión sanguínea", por el Prof. Dogliotti, y "La transfusión de la sangre como medio terapéutico por el equilibrio humoral", por el Prof. Rudolph Stahl.

En todas y cada una de ellas aparece el gran interés y cuidado de su realización, y ponen en evidencia el interés de estos problemas para la Medicina actual. Todos van seguidos de su correspondiente discusión.

Esperamos con interés el envío del tomo de Comunicaciones, para poder juzgar en conjunto la labor de este Primer Congreso Internacional de la Transfusión Sanguínea, que, por este volumen, nos parece magnífica.

La edición del volumen, muy cuidada, dentro de su sencillez. A cada *rapport* publicado en el idioma nativo de su autor, sigue un extenso resumen en inglés, francés, italiano y alemán.—J. H.

PERIODICOS MEDICOS

PENCHARZ, HOPPER (JR.) y E. RYNEARSON.—*El metabolismo del agua en las ratas a las que se ha extirpado el lóbulo anterior de la hipófisis*.

Hay muchas pruebas de que la diabetes insípida experimental no es exclusivamente una alteración endocrina o del cerebro, sino que es probablemente resultado de ambas cosas al mismo tiempo. En las ratas se puede producir la diabetes insípida extirpando el lóbulo posterior de la hipófisis o, por una lesión de la base del cerebro, seccionando el tallo hipofisario.

Fisher, Ingram y Ranson, utilizando el aparato de Horsley-Clark, investigaron el efecto de las lesiones bien limitadas del hipotálamo. En estos trabajos hicieron también estudios histológicos de la degeneración resultante, y así pudieron demostrar que la diabetes insípida permanente sólo se presenta cuando hay una interrupción completa del tracto hipotalámico-hipofisario.

En la literatura se encuentran numerosas referencias sobre el efecto de la hipofisectomía total, de las lesiones de la glándula y del *tuber cinereum* y de la probable relación entre estas alteraciones con la diabetes insípida. Pero, en cambio, no suelen encontrarse referencias de investigaciones sobre el efecto de la extirpación del lóbulo anterior de la hipófisis, sin lesiones concomitantes del lóbulo posterior ni del tallo. Estudiar esto es lo que se proponen los autores.

Estos han hecho sus investigaciones en 47 ratas hembras, de edad entre noventa y ciento veinte días al tiempo de operarlas. En un lote de ellas han practicado la extirpación del lóbulo anterior, y, como control, en otros lotes han hecho la ablación total de la glándula y la extirpación del lóbulo posterior.

Subsiguientemente a la hipofisectomía total hay una polidipsia inmediata y transitoria, hecho ya conocido desde hace algún tiempo. La extirpación del lóbulo posterior produce invariablemente un considerable aumento del consumo de agua, estado que parece ser permanente. Al contrario que en los casos anteriores, la ablación del lóbulo anterior determina una disminución del consumo de agua con respecto al normal o preoperatorio. Esta alteración se mantiene durante una semana, al fin de la cual desaparece, y el consumo viene a ser normal.

De sus propios experimentos y de los de Richter, parece deducirse, según los autores, que para la producción de una diabetes insípida permanente es condición necesaria que persista una porción del lóbulo anterior, en ausencia del lóbulo posterior, o que el tallo hipofisario esté completamente seccionado.

Creen los autores que si la polidipsia fuera determinada por un principio diurético formado en el lóbulo anterior, la implantación de tejido fresco de lóbulo anterior debería originar un trastorno análogo de polidipsia en los animales hipofisectomizados. Y esto han tratado de investigar los autores. A seis ratas, a las que se practicó la hipofisectomía total, se administró a cada una tres lóbulos anteriores de hipófisis de animales de la misma especie cada dos días y por espacio de veinte. Los resultados fueron completamente negativos. El balance hídrico no sufrió alteración alguna.

Richter sugiere que la pérdida de líquido cerebroespinal que ocurre incidentalmente al hacer la extirpación de la hipófisis puede ser un factor coadyuvante a la producción de la diabetes insípida. Pero los autores hacen observar que en sus casos no hubo tal contingencia. No obstante, para aclarar la cuestión, en unas ratas derivaron el líquido cerebroespinal, por una pequeña abertura practicada en la base del cráneo, por detrás de la hipófisis: no observaron ninguna alteración en el balance del agua.

En resumen, los autores deducen las conclusiones siguientes: 1.^a La hipofisectomía completa va seguida de una polidipsia transitoria y de una poliuria que desaparece entre las veinticuatro y las cuarenta y ocho horas siguientes a la operación. 2.^a La extirpación del lóbulo posterior—procurando herir lo menos que se pueda el lóbulo anterior—va seguida invariablemente de un marcado aumento del consumo y de la excreción del agua. Este estado parece ser permanente, pues puede observarse todavía seis meses y más después de la operación. 3.^a La ablación del lóbulo anterior, dejando únicamente intactas la parte nerviosa y la parte intermedia, incluso el tallo de unión con el cerebro, produce una ligera disminución del consumo de agua por espacio de una semana próximamente. Al cabo de este tiempo, el consumo de agua vuelve a hacerse normal. 4.^a Las ratas totalmente hipofisectomizadas a las que se administra lóbulo anterior de hipófisis de animales de la misma especie no muestran ninguna alteración en el metabolismo del agua. El consumo y la excreción de agua en los animales así tratados y observados durante veinte días y más no aumenta nunca por encima de las cifras observadas en los animales normales.—(*Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine*, febrero, 1936.)—A. MORANA.

FIDEL FERNÁNDEZ.—*Tratamiento de la úlcera gastroduodenal por la histidina.*

Fundándose en que a los perros con derivación duodenal se les evita el adelgazamiento poniéndoles inyecciones subcutáneas de clorhidrato de histidina, que evita al mismo tiempo la producción de úlceras en su estómago. Cree la formación de estas úlceras debidas a la falta de reflejo de Boldyreff y ausencia del moco protector, conforme a Leriche.

Empleamos la histidina por creer que las úlceras que se producen en los perros con derivación duodenal a colon son debidas a una insuficiente formación de ácidos aminados en la digestión intestinal, y creemos que el mejor de ellos es aquél.

La úlcera gastroduodenal humana se reduce a una enfermedad por carencia, siempre que se admitan como ciertos los trastornos observados experimentalmente, a

un trastorno local de una alteración general del metabolismo, en fin, de una falta de aminoácidos y, de una manera más precisa, la histidina.

Empleamos el clorhidrato de histidina en ampollas de cinco centímetros cúbicos, en inyección intramuscular o subcutánea, que no tiene riesgos; la inyección intravenosa es inofensiva también, pero se presentó un caso con una especie de "shock" proteínico.

La técnica es la siguiente: cada veinticuatro horas, una inyección de clorhidrato de histidina al 4 por 100.

No hemos empleado ningún tratamiento complementario, aunque solamente alguna vez tuvimos que dar un poco de bismuto y alcalinos, y sólo en dos casos se empleó la atropina.

El régimen de leche sólo se empleó en aquellos casos en que era obligado por la presencia de hemorragias. En los demás se amplió a un régimen blando.

Los resultados obtenidos en los veinticinco días que dura el tratamiento, en su primera fase, los dividimos en buenos, medianos y malos, dando un balance de:

Buenos resultados.....	16 casos.....	66,66 %
Resultados medianos.....	6 casos.....	25,00 %
Malos resultados.....	2 casos.....	8,33 %

¿Se puede hablar de la curación del úlcus?

Las modificaciones de la acidez gástrica no tienen un verdadero valor.

Se puede observar también que después de una curación clínica no la hay radiológica, o viceversa, hay nichos que algunas veces persisten aun cuando las úlceras han sido curadas, etc.

En resumen, podemos decir que los defensores entusiastas de la histidina aconsejan repetir periódicamente el tratamiento.

La histidina es uno de los muchos tratamientos que se puede seguir en el úlcus gastroduodenal, porque los resultados sobre el dolor son verdaderamente sorprendentes, aunque inconscientes e inciertos.

Todo esto hace ser muy prudentes para la interpretación de los resultados de este tratamiento, como de tantos otros de los empleados en el tratamiento del úlcus gastroduodenal, porque siempre es difícil precisar si la mejoría se debe al medicamento o a la remisión espontánea de esta enfermedad.

Todas nuestras observaciones son mejorías del período agudo, no curaciones totales de la enfermedad.—(*La Presse Médicale*, núm. 17, 26 febrero 1936, págs. 324-325.)—J. H. S.

S. I. BETTINOTTI.—*Inyección intraperitoneal, gota a gota, de suero glucosado en el lactante deshidratado.*

Admitido que la vía intraperitoneal merece ser incorporada a la práctica médica corriente, y ser una vía excelente para hidratar a los lactantes, al mismo tiempo que evita los inconvenientes y dificultades de la vía venosa y de la subcutánea, proponemos la utilización de la inyección gota a gota por vía intraperitoneal, cuyo dispositivo sencillo permite ser realizado en cualquier ambiente. Además, la limpieza y esterilización del instrumental puede ser fácilmente perfecta.

Un frasco común de suero; un cuentagotas de H. Braun, que es todo de cristal; una aguja de platino de

cinco a seis centímetros de longitud y un milímetro de luz interna, de punta y bisel corto, con un mandrín de plata del mismo tamaño y forma (similar al que se usa para el neumotórax); además, los tubos de goma que completan el dispositivo.

La punción se efectúa en la fosa iliaca izquierda; la longitud de la aguja permite hacer la punción de la pared abdominal en dos tiempos y en dos planos: primero, piel y tejido celular; luego, deslizando oblicuamente, se perfora capa muscular y peritoneo, siguiendo la dirección de arriba hacia abajo, quedando el punto de entrada en la piel a uno y medio a tres centímetros del punto de entrada de la cavidad peritoneal. Se extrae después el mandrín y se conecta el intermediario que está en la extremidad libre de la goma que sale del cuentagotas; se fija la aguja sobre la pared abdominal, colocando por debajo un pequeño colchón de algodón y encima un trozo de tela adhesiva, que fija simultáneamente aguja e intermediario. En esta forma, la porción de aguja que está dentro de la cavidad peritoneal está fija y casi adosada a la parietal, no corriéndose riesgo de herir el intestino ni dislacerar la pared peritoneal; además, el intermediario no puede escaparse de la aguja.

El procedimiento no es doloroso; el niño no acusa tampoco molestias, pero tratándose de niños lactantes, sujetamos con riendas sus cuatro miembros a los barrotes de su cuna.

Así nos ha sido posible inyectar durante veinte horas continuadas 1.500 centímetros cúbicos de suero glucosado a un niño de cinco meses de edad, con peso de 5.700 gramos que, con el diagnóstico de toxicosis (coma trofopático) asistimos, consiguiendo cumplir con el propósito de mantener la hidratación de este niño. Durante dos días más inyectamos por el mismo procedimiento 500 centímetros cúbicos y 750 centímetros cúbicos de suero glucosado. Pudo agregarse después la terapéutica complementaria hasta salir el niño de su toxicosis.—(*La Semana Médica*. Buenos Aires, 5 marzo 1936, año XLII, número 10, pág. 789.)—M. A. C.

G. B. GRÜBER.—*La inyección previa de morfina escopolamina en las anestias con evipan.*

La inyección previa de morfina escopolamina en una oportuna combinación de dosis con el evipan, y aprovechando el punto de máxima eficacia de aquélla para aplicar el anestésico general, facilita anestias completas y de larga duración con dosis relativamente débiles de evipan. Este método es muy útil para los casos de intervenciones en la cavidad abdominal. La anestesia puede prolongarse bastante tiempo mediante el empleo de inyecciones ulteriores de evipan, bien y oportunamente dosificadas. Todas las ventajas conocidas de la inyección previa de morfina escopolamina para toda clase de anestias generales se hacen aquí más patentes; la escasez de amplitud de la zona de tolerancia de la anestesia por el evipan se aumenta de un modo considerable, y el despertar se hace de modo más suave para el paciente y con mayor celeridad que con el evipan solo. No se conservan síntomas molestos por parte de los centros respiratorios. Hay que cuidar de iniciar la administración del evipan cuando ya ha llegado a su máximo la acción de la morfina escopolamina; de este modo se puede estar tranquilo de que no se sumarán los efectos desagradables de tales drogas, y, en cambio, se suma-

rán sus efectos anestésicos.—(*Muenchener Med. Woch.*, número 7, 1936.)—F. G. D.

P. JACQUES.—*El mercurocromo en otología.*

Después de decir que el empleo de colorantes de anilinas no es nuevo en cirugía otorrinolaringológica, el autor expone cómo el mercurocromo es el que más adeptos tiene entre los dedicados a esta especialidad, por su valor antiptóico; a su juicio, el valor antiséptico se debe a la unión del mercurio con el derivado amílico. El empleo puede realizarse, bien directamente sobre los tejidos inflamados o en inyecciones contra las septicemias y supuraciones viscerales.

El autor dice tan sólo haberlo empleado en las supuraciones de otorreas operadas o no.

A su juicio, la solución normal—al 2 por 100—acuosa o glicerizada es totalmente inocua, y su aplicación incluso prolongada no provoca ni dolor ni inflamación. Ejerce, por el contrario, una acción manifiesta, por la rápida disminución de secreciones que produce.

Cree asimismo ejercer una bienhechora acción queratoplástica, y así lo demuestra en un corto párrafo de su trabajo.—(*Le Bulletin Médical*, número dedicado a la Otorrinolaringología, núm. 9, 22-11-1936.)—J. H.

R. DEMEL.—*Arteriografía.*

La técnica es muy sencilla: con anestesia local se aísla la arteria, en la que se practica la inyección con una aguja bastante gruesa que permita terminar rápidamente. Se toma la radiografía inmediatamente, y después se practica la sutura, cuyos puntos pueden quitarse al cabo de seis días. El enfermo únicamente siente un dolor en forma de calambre al terminar de inyectar.

La arteriografía permite localizar exactamente el sitio de un émbolo y el sitio y forma de un aneurisma que se ha de operar. También localiza exactamente el sitio de una obstrucción arterial por trombo, arteriosclerosis, endoarteritis obliterante, etc., con lo cual se conoce el nivel a que debe practicarse la amputación del miembro afecto, caso de ser necesaria.

Pero además de estos datos diagnósticos, ha obtenido el autor, en los 70 casos por él realizados, sorprendentes resultados terapéuticos. Se trataba de enfermos de Raynaud, Burger, de endoarteritis obliterante, arteriosclerosis o espasmos vasculares, que producían intensos dolores, palidez y frialdad del miembro afecto, etcétera. Habían sido tratados con numerosos medicamentos, onda corta, rayos X, y hasta en algunos, después de hacer la simpatectomía periarterial sin resultados, existía la necesidad de amputar el miembro. Cuando se practicó la arteriografía, a raíz de la cual desaparecieron los dolores, lividez, etc., el enfermo, que apenas podía dar unos pasos, fué capaz de volver algún tiempo después a su vida normal. En algunos casos con gangrena se delimitó ésta, y ya expulsada espontáneamente la parte afecta o después de extirpada, se produjo una buena cicatrización. Los resultados obtenidos persisten durante varios años que han sido observados los enfermos.

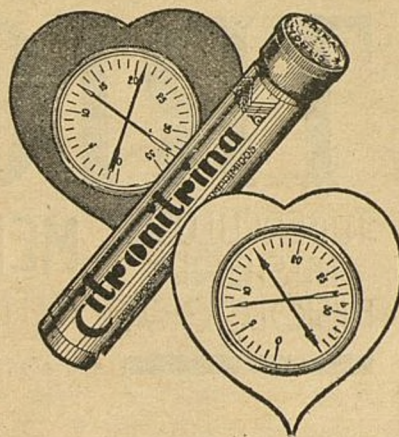
No en todos los enfermos ejerce estos favorables efectos la arteriografía, ni puede preverse en cuáles actuará; pero sí debe aplicarse siempre este medio terapéutico antes de proceder a una amputación.—(*Med. Klin.*, 278, 1936.)—M. B.

*Para sus hipertensos
y arterioesclerosos.*

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

Citronitrina

Vergés & Oliveres



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

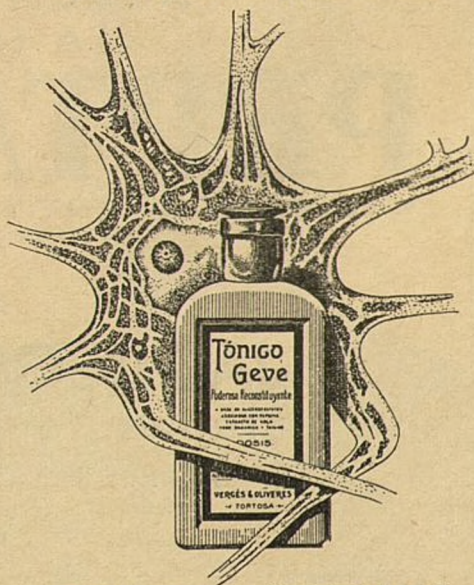
El apósito ideal, tanto en las curas de alta como de pequeña cirugía

PÍDANOS MUESTRAS Y LITERATURA

LABORATORIO QUIMIOTERÁPICO DEL EBRO
VERGÉS & OLIVERES - Tortosa

TÓNICO "GEVE"

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



TÓNICO "GEVE"

fija el calcio de su composición al elemento celular

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

Muestras gratis
a los señores médicos

VERGÉS & OLIVERES
Laboratorio Quimioterápico del Ebro
TORTOSA

Ayuntamiento de Madrid

TRICALCINE

INYECTABLE

TUBERCULOSIS
MISERIA
FISIOLOGICA

MEDICACION CALCICA
INTENSIVA Y ESTIMULANTE

CONVALECENCIAS
ANEMIA
ESCROFULOSIS

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

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^o Plaza Independencia . Madrid.

DESENSIBILIZACION A LOS CHOCS

PEPTALMINE

MEDICACION ANTIANAFILACTICA POLIVALENTE

PEPTONAS DE CARNE Y DE PESCADO, EXTRACTOS DE HUEVOS Y DE LECHE
HARINA DE TRIGO

INDICACIONES

JAQUECAS . URTICARIA
STROPHULO . ECZEMAS . PRURITOS
TRASTORNOS DIGESTIVOS POR ASIMILACION DEFECTUOSA

POSOLOGIA

DOS GRAGEAS O DOS CUCHARADAS DE
LAS DE CAFE DE GRANULADOS UNA HORA
ANTES DE CADA UNA DE LAS 3 COMIDAS

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



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.—Refranero médico, por F. Javier Cortezo.—El Dr. Ruiz Morote y el Seguro Social de Enfermedad, por J. H. S.—Congreso de la Sociedad Francesa de Oftalmología. SECCIÓN OFICIAL.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Tertulia.

BOLETIN DE LA SEMANA

INDICE DE ACONTECIMIENTOS

No otra cosa podemos hacer esta semana, durante la cual se han sucedido los acontecimientos médicos con una intensidad inusitada.

Debemos reseñar, en primer término, el ingreso de un médico ilustre en la Academia de la Historia, suceso de especial trascendencia, por cuanto registra la primera ocasión en que un médico ingresa en esta Sociedad, habitualmente la más difícil para quienes no dedicaron expresamente su vida a la investigación histórica.

El ingreso del Dr. Marañón en la Academia de la Historia es un triunfo de la tendencia moderna que influencia las investigaciones en esta disciplina, y es, al propio tiempo, el justo reconocimiento que se hace en la persona del Dr. Marañón a una clase que viene ocupando en la sociedad española un lugar de preeminencia en la cultura general y literaria.

Por no ser la materia del discurso de lugar en estas columnas, prometemos a nuestros lectores una extensa bibliografía del interesante libro del doctor Marañón sobre el Conde-Duque de Olivares, de la que se ha encargado nuestro compañero el coronel González Deleito, y que publicaremos en breve en la Sección "Tertulia Médica" que dedicamos a los asuntos de arte, historia y literatura.

Felicitemos al ilustre Dr. Marañón por su ingreso en esta nueva Academia, y nos complace augurar que será el primer médico español que acaso llegue a ostentar las medallas de todas las Academias nacionales.

* * *

Comenzaron el lunes en Madrid las conferencias de la Semana de Higiene de la Alimentación, notable serie en cuya organización ha trabajado con su reconocida competencia y fervorosa asiduidad el ilustre periodista médico Dr. Fernán-Pérez. El éxito logrado hasta la fecha es verdaderamente singular, habiendo actuado el Dr. Mariscal con un afortunado discurso inaugural; el Dr. Gutiérrez Arrese, con una notable conferencia sobre "Alimentación de los tuberculosos"; el Prof. Hernando, sobre los "Errores en la alimentación"; el Dr. José María Esteban, sobre las "Bebidas frías en la alimentación"; el doctor D. Emilio Peña, sobre "La alimentación en los calculos urinarios"; el Dr. Vital Aza, acerca de "La alimentación de la futura madre", y el Dr. Rodríguez Ollerós, sobre "La sal en dietética".

Nos proponemos dar extensa cuenta de estas no-

tables conferencias y las que vayan sucediéndose, por lo que limitamos el comentario de hoy a este ligero enunciado.

* * *

El día 25 se celebró en Alicante la Asamblea de Municipios contra la llamada ley de Coordinación Sanitaria, ataque no por esperado menos cruel y desconcertante para nuestra sufrienda clase de médicos rurales, que verán de modo indudable el fracaso de lo que unos cuantos paladines inconscientes supusieron la panacea de sus males. Dos cosas nos interesan subrayar de esta Asamblea a que aludimos: la segunda de sus conclusiones pide, al igual que nosotros, la urgente presentación al Parlamento de un proyecto de ley de Sanidad. Para esto nuestro más fervoroso apoyo; pero en la tercera conclusión se pide que se suspendan los preceptos de la ley de Coordinación, y ello lo estimamos injusto, y contra ello protestamos, por cuanto supone amparar la actitud de los Municipios y Diputaciones, que vienen faltando al sagrado deber de pagar sus haberes a los titulares.

Paralelamente a esta acción de los Municipios, el Comité de la Asociación de Médicos de la Asistencia Pública Domiciliaria se presentó al jefe del Es-



Excmo. Sr. D. José Tomás y Piera, nuevo Subsecretario de Sanidad y Beneficencia.



El Dr. Maraño ingresó el domingo último en la Academia de la Historia, recibiendo la medalla de manos de D. Julio Puyol y leyendo un primoroso discurso acerca de las mujeres en la vida del Conde-Duque de Olivares. Contestó al recibiendo el ilustre historiador D. Benigno de la Vega Inclán. Al acto concurrió lo más selecto de la sociedad madrileña, que tributó al Dr. Maraño un homenaje de admiración y afecto.

tado para entregarle un escrito razonado exponiendo la situación en que se encuentra la clase médica rural por el incumplimiento de la legislación vigente.

Nosotros aplaudimos la decisión del Comité de dar este paso, pues todos cuantos intenten nos parecerán pocos en beneficio de los compañeros; únicamente no podemos menos de sonreír al ver entre quienes se presentaron a señalar al jefe del Estado el fracaso de la absurda ley de Pérez-Mateos personas que tuvieron tan especialísima significación en que esa ley se lograra, cuando pudo lograrse cosa mucho mejor, y ellos no se dan por entendidos de su fracaso y están dispuestos a continuar en sus cargos por los siglos de los siglos.

¿Con qué se afeitará cierta gente?

* * *

Vamos a cerrar este *Boletín* dando una buena noticia a todos los médicos españoles: el desdichado problema del Colegio de Huérfanos de Médicos ha entrado, por fin, en vías de formal ordenación, y auguramos que de solución definitiva, gracias al noble empeño y enérgica actitud de un médico, gran caballero y hombre de corazón que es el Dr. D. José Velasco Pajares. Debido a él se ha conseguido el cese de la gestión de esos personajes, que han sido causa del desastre de la Institución, e imponiéndose una labor heroica, el Dr. Velasco Pajares se dispone a comenzar el resurgimiento de lo que todos dábamos por perdido. Al saludar desde aquí con toda re-

verencia al ilustre compañero, nos ofrecemos por entero a cuanto se nos pida en ayuda de la labor del Dr. Velasco Pajares, y hacemos un llamamiento a la Prensa médica española y a todos los médicos de la nación para que ayuden a este hombre generoso en la ingrata y difícil labor que se ha impuesto.

DECIO CARLÁN.

CRONICÓN BIBLIOGRÁFICO

REFRANERO MÉDICO

Como un honor tengo recibido, y su lectura me regaló delicioso entretenimiento, el libro nuevo publicado por D. Antonio Castillo de Lucas, la cual obra se dedica a *Refranes de Medicina o relacionados con ella, seleccionados y con breves notas*, por el distinguido médico y literario compañero.

Es indiscutible el mérito principal del trabajo realizado por el Dr. Castillo de Lucas, y es éste la condensación, en un breve y manual volumen, de gran parte de la paremiología médica castellana.

Sirvióse el autor para la colección de refranes que ha seleccionado, de las publicadas por Rodríguez Marín y el maestro Correas, añadiéndolas como apéndice un breve expurgo en la notabilísima y específica obra del gran paremiólogo médico español D. Juan de Rieros Sorapán.

Según me dicen, es ésta la primera obra publicada por el Dr. Castillo de Lucas, y merece especial aplauso

de cuantos venimos consagrados de antiguo al ejercicio de escribir para el público, por dedicar su esfuerzo en pro de una divulgación de materias en que para nada o en muy poco entra una pretendida originalidad del autor.

El gran riesgo que acecha a cuantos padecen la atracción de escribir para el público, es este de pretender lanzar lo original antes que el estudio de lo ajeno. Pecadores hemos sido, son y serán muchos en este aspecto, y por ello, los que comenzamos en pedantes para terminar con la pretensión de preceptivos tenemos el deber sagrado de aplaudir a cuantos nos dan ejemplo de una virtud que nosotros no supimos cultivar a tiempo en nuestro espíritu.

Al lado del gozo y solaz recordatorio con que me regaló la obra del Dr. Castillo de Lucas, espigaron durante su lectura una serie de intenciones de las que alguna quisiera realizar en esta nota crítica.

Tengo dada prueba manifiesta de mi especial predilección por la paremiología médica, y he procurado con afán desde las columnas de EL SIGLO MEDICO, y más especialmente al colaborar en los trabajos del notabilísimo Congreso de Historia de la Medicina que presidió en Madrid el pasado otoño la exquisita personalidad científica, literaria, filosófica e histórica del profesor Gregorio Marañón; he procurado, digo, atraer algo la atención de los médicos sobre esta modalidad de estudios que entiendo de tanta importancia en la filosofía y la historia de la Medicina española.

Cuando, hace unos años, ayudaba yo al ilustre sacerdote y doctor en Filosofía D. Luis Muñozerro en la traducción y anotaciones del famoso libro de Luis de Toro sobre la fiebre petequeal, confirmóse aún más en mi íntimo lo necesario y conveniente de un estudio detenido y una meditación puntualísima de la paremiología médica si pretendíamos los actuales cultivadores de la Medicina entender mejor el pasado de nuestra ciencia y extraer de ese pretérito dormido la gran cantidad de lección y provecho que guarda como tesoro virgen de continente inexplorado.

De todas las manifestaciones folklóricas nacionales, ninguna es en España tan rica, atrayente e influyente en el espíritu patrio como esta del refrán, proverbio o apotegma. Diríase que esta forma de expresión del pensamiento, la experiencia, la filosofía y la gracia, tomó en España tal raigambre en el temperamento psicológico de la raza, que su árbol frondosísimo cubre con amparo de gloria lo más exquisito de nuestra literatura.

El refrán español, esa fabla, parlilla o dicho breve, es como el punto germinativo de multitud de obras literarias y científicas españolas, y en este aspecto merece las máximas exaltaciones la rama de la paremiología española que a las artes médicas se refiere.

Si bien en todos los países y lenguas fué siempre de difícil separación definitiva o definidora el término refrán, del de proverbio o apotegma, hemos de convenir que en España no debe hacerse de esto un problema, y, a mi entender, tanto valen como refranes las apotegmas del Jurado de Córdoba como los refranes y parlillas de D. Íñigo López de Mendoza, del Comendador Hernán Núñez Pinciano, Lorenzo Palmireno, Alonso Barros o del Dr. Juan de Rieros Sorapán.

Frente a tales convencimientos míos no es de extrañar que me preocupe cuando sorprende un apartamiento, un desdén o una ligereza en los estudios a estas materias dedicados. Y digo esto con algo de *sonson* de amargura, por el asombro que me produjo un cierto artículo leído hace algunos días, en el cual, con justo encarecimiento y el más generoso aplauso, se comentaba en un diario muy popular de Madrid la obra de nuestro compañero el Dr. Antonio Castillo de Lucas.

Es verdad que determinados periodistas caen muchas veces en el error y en el dislate, debido a no ser tan intenso el conocimiento de las materias que tratan como es la extensión de aquellas a que dedican su comentario forzoso, pero no es menos cierto que no sobraría el llamar en estas líneas la atención del crítico de referencia acerca de la inutilidad de algunas afirmaciones, cuando ellas, lejos de cubrir una necesidad de su trabajo, descubren la ignorancia en que fundamenta lo que escribe.



El día 25 comenzó en Madrid la Semana de Higiene de la Alimentación, siendo presidido el acto inaugural por el Dr. Nicasio Mariscal, y ocupando la cátedra en la primera conferencia el Dr. Gutiérrez Arrese, que disertó sobre la alimentación de los tuberculosos.

Y en este periodista a que me vengo refiriendo, no es el caso de mi comentario el único que sorprendí al ocuparse en materias de mi predilección, y no parece ocasión anterior di en privado el consejo, y no parece haberse enmendado, dóilo ahora en público al decirle desde estas líneas que pudo ahorrarse hablar del doctor D. Juan de Rieros Sorapán si ignoraba tantas cosas o había leído tan pocas que no le certificaron siquiera del lugar de su nacimiento, cuando tengo por mí bien puntualizado y por otros escritores anteriores bien demostrado que el Dr. Sorapán era extremeño, que no sevillano, y yo llegué a esclarecer bien agudamente su situación de nacimiento y cuantos datos biográficos con gran trabajo y con valiosas ayudas pude reunir sobre un personaje que dió en esta materia de la paremiología médica española obra tan fundamental y de merecimientos tan incommensurables como es la intitulada *Medicina Española contenida en proverbios vulgares de nuestra lengua*.

No me tome a mal mi buen amigo el Dr. Castillo de Lucas que anteponga esta pequeña *puntada* a lo que ahora añadiré, y es ello que no me explico el porqué dedicando su libro de refranes de Medicina a esta materia especialmente haya dejado para la obra de Sorapán tan escaso lugar y tan limitado comentario.

Y esto es preciso decirlo por cuanto, considerando debidamente la obra del ilustre médico extremeño, los proverbios que comienzan por su enunciado en la parilla breve que merece el ajustado nombre de refrán, acaban por ser en el texto de su obra, con ocasión de sus cultos e inteligentes comentarios y declaraciones, apotegmas y morales que no desmerecen al lado de los de Juan Rufo, y aun muchos de ellos, junto a las de Plutarco.

Y dígoles de paso al crítico a quien me venía refiriendo que, si él hubiera leído, como parece querer demostrarnos con su referencia a labor tan principal, la obra de Sorapán, nunca afirmara su condición de sevillano, pues bien se entiende ser extremeño en cuanto lo aplica a esta su región más amada en España.

Entiendo que con lo predicho hemos señalado de manera suficiente la importancia de la paremiología médica, el descuido de algún crítico y el bueno y loable empeño del Dr. Castillo de Lucas para vulgarizar entre los médicos y no médicos una considerable colección de refranes castellanos relacionados con la Medicina.

Quede, pues, bien sentado que nuestra estimación por la obra del Sr. Castillo de Lucas es justa, si bien señalamos en ella el defecto de la escasa atención que ha dedicado a la labor cumbre de la paremiología médica castellana. Hecho más de notar por cuanto es costumbre deplorable recurrir a tratados como el de Chinchilla o Hernández Morejón para el estudio de éste y otros aspectos atañentes a la historia de la Medicina, con lo cual van pasando de mano en mano olvidos y errores muy lamentables, sustentados en deficiencias de estos autores, sobre todo, de D. Anastasio Chinchilla, calamitoso maestro de historia de la Medicina española para mucha gente, y del que no nos cansamos de repetir que deberá huírse para evitar los muchos estragos que en el concepto y en la crítica de autores españoles se ha venido padeciendo de continuo.

Nosotros recomendamos al Dr. Castillo de Lucas la lectura directa del maestro Juan de Rieros Sorapán, cosa que puede hacer asistiendo a la Biblioteca del Palacio Nacional, en que se conserva el único manuscrito completo del tratado paremiológico del ilustre extremeño. (El de la Academia Española no aparece.)

Contiene este manuscrito, a más de los refranes publicados en la edición que hiciera Martín Fernández Zambrano, una lista, por orden alfabético, de 549 refranes en romance, con algunos en catalán y en francés, si bien muy contados, y arreo de esto 153 entre versos latinos y refranes bárbaros de Medicina. Los cuales no aparecen en la reproducción de Sbarbi.

De tal lista dice el maestro Sorapán ser los que pudo recopilar muy útiles y provechosos para conservar la salud y alargar la vida.

Las colecciones paremiológicas de Rodríguez Marín y el maestro Correas contienen muchos de estos refranes, pero insisto en mi consejo de que, al pretender ocuparse de paremiología médica española, el primer lugar de consulta y comentario se debe conceder a Sorapán más que al por tantos conceptos ilustre Rodríguez Marín y al curioso maestro Correas. Fuérase, al ejemplo, como si para hablar del *Quijote* se leyera antes a Figueroa que la obra inmortal de Cervantes.

Ha ocurrido que algún escritor desdichado metióse, sin competencia específica, a hacer crítica del libro del Doctor de Logrosán, como el Sr. Roso de Luna o ese buen señor de Sánchez Rivera, que afeita los temas dejándose todos los pelos, cosa muy natural por su falta de pulso en cultura literaria y científica. El Dr. Castillo de Lucas no debe dejarse influir por tratadistas de relumbrón, y ya que demuestra tan buen gusto en los temas que elige y su empeño de divulgador, váyase por el *canto llano*, como decía el maestro Huertas Barrero, y no tome impresiones de ligeros e improvisados comentaristas.

Deseamos un feliz éxito al libro de nuestro querido compañero.

F. JAVIER CORTEZO.

El Dr. Ruiz Morote y el Seguro Social de Enfermedad

El pasado sábado se celebró en el Colegio de Médicos, con asistencia innumerable de éstos, la tercera de las conferencias del cursillo sobre "El Seguro Social de Enfermedad", estando a cargo del Dr. Francisco Ruiz Morote, con quien tomó asiento en el estrado presidencial la Junta Directiva del Colegio, por cuyo presidente, Dr. Velasco Pajares, fué presentado el conferenciante en muy breves frases. El tema de la misma fué: "El campo abandonado de la Medicina y el Seguro Social de Enfermedad". "Al pensar un tema siempre nos vemos llenos de ilusiones y con un esquema de lo que del mismo queremos decir, pero luego, ante el momento de exponerlo, muchas de aquéllas se desvanecen, y aquel esquema grabado se pierde casi por completo. También quiero deciros antes de esta breve charla cómo quiero descargar la culpa de mi fracaso en vuestro presidente, que me ha traído aquí, sin darse cuenta de mi escaso valer y de mis modestos conocimientos de este problema."



BODAS DE PLATA PROFESIONALES

Los licenciados en Medicina el año 1911, en Madrid, han celebrado estos días sus bodas de plata con la profesión. En este grupo aparecen el terminar su visita a la Ciudad Universitaria.

La Medicina tradicional tuvo de siempre tres puntos de importancia suma para su estudio, que son los siguientes: uno de ellos, el profundo carácter de enciclopedia; otro, el de que el médico, por acudir casi siempre en la mayoría de los casos al domicilio de su cliente, podía con toda libertad y gusto estudiar el medio ambiente en que éste se desenvolvía, y, por último, la prestación del servicio imponía un pago, que, debido a causas múltiples, variaba, y que dió lugar a un pago monetario llamado "honorarios", y acerca de esta palabra hace algunas consideraciones de orden etimológico. A esta Medicina hoy se la recuerda con gracia, y en parte es esto por el carácter infantil de que gozaba. Ahora bien, justo es decirlo: llenaba todos sus fines y necesidades. Tras esta Medicina aparece el gabinete médico, en el cual ya el médico no estudia al enfermo en su ambiente, y tras esto, o a la par, el especialista, que sólo ve una parte del enfermo, y así vemos cómo el analista tan sólo ve sus productos y el radiólogo su sombra, y como consecuencia de esto, el paciente no puede abonar tanta prestación y nace la mutualidad con la clara noción de servicios prestados, y para pago de los mismos, las diversas clases de cuotas que, por ser de todos conocidas, no analiza más que sucintamente. Como en los tiempos que el mundo corre no es ya necesario decir a nadie que todo el mundo tiene derecho a una asistencia facultativa completa, y, como a su juicio, la nacionalización de la Medicina, que arreglaría esto, no se puede efectuar, debe irse al logro del Seguro Social de Enfermedad.

Pasa a marcar con gran número de cifras logradas de estadísticas extranjeras y de unos recientes estudios llevados a cabo en la barriada del Puente de Vallecas, de Madrid, en colaboración con el Instituto Nacional de Previsión y las autoridades de dicho pueblo las estadísticas de paro y de enfermedad, así también como las de prestación y seguro, y pone de relieve con respecto a las cifras alemanas lo que en dicho país se gasta por cada uno de dichos conceptos. Con respecto a todas es-

tas cifras y a aquellas que en el resto de su disertación haga uso, dice debe tenerse una extrema cautela, ya que todos saben lo que son las estadísticas, más cuando las fuentes de donde provienen son varias y de no fácil verificación en todos los casos.

Gran parte de la llegada a nuestra patria del Seguro Social de Enfermedad se debe al abandono que la clase médica española tiene sumida a la Medicina, y para realizar su movilización juzga de toda precisión una actitud de mayor actividad por parte de ésta, es decir, buscando las necesidades que la Medicina tenga y llenándolas ampliamente acto seguido.

El primer campo en total abandono y esterilidad es el perteneciente a la Medicina fisiológica. En el mismo, y haciendo un cálculo muy aproximado de una visita por persona, daría colocación a cerca de tres mil médicos. Este mismo abandono he podido ver por numerosas estadísticas cuán grande es en algunas especialidades; así, por ejemplo, en la Oftalmología y la Otorrinolaringología. Mucho deberá hacerse, asimismo, en la higiene mental y en la importante rama que de la Medicina es la Odontología. Pide como de extrema necesidad al médico conocimientos suficientes para que pueda ejercer la Medicina preventiva, para él de un interés primordial en la Medicina de hoy. A continuación dice cómo se impone el luchar contra las dos frases, que, a su juicio, son de un terrible espanto, y que denotan un espíritu contra el médico y de éste de poco amor a su profesión; tales son: "No tuve más remedio que llamar al médico"; "Son una gente que por nada molestan". Ambos puntos no tienen, a su juicio, más que muy mediano arreglo. Dice cómo en las Facultades de Medicina, más que cerrar el paso a los que a ellas acuden, se debe dar conocimientos extensos de Medicina preventiva.

Expone la labor por él llevada a cabo en Cáceres al frente de un Dispensario de Higiene, y dice cómo el Colegio de esta misma provincia llevó a una Asamblea general de Colegios Médicos un extenso plan de este ti-

po, que aun hoy no se halla en vigor en casi ningún país de Europa, y que sólo se logró en nuestro país una parte escasísima. Al venir el Seguro Social de Enfermedad, si éste es consciente, como es de esperar que lo sea, debe utilizar todo aquello que de este tipo haya ya creado.

Con Seguro o sin él, estima el Dr. Ruiz Morote que se debe hacer todo lo posible por hacer la asistencia médica totalmente nuestra.

Se ha dicho muchas veces que llevaría el Seguro a un rompimiento del médico de familia y a imponer un narcótico al progreso científico. Yo no creo que ninguna de estas dos razones lo sean verdaderamente. Respecto al primer punto dice cómo influye mucho la libre elección y cómo hasta hoy día, cosa antes al contrario, se va ganando en el campo y perdiendo en la ciudad. Con respecto al segundo punto, lo analiza brevemente desde un punto de burocratismo médico, diciendo que sería insultar a los médicos, casi todos burócratas o aspirantes a ello, diciéndoles que su burocracia pondría esta mascarilla clorofórmica.

Dentro del burocratismo estima como de máxima importancia al asegurado y al político, y de modo alguno al médico. Con respecto a aquellas exigencias burocráticas del Seguro, así como estadísticas de enfermedades, de días de ésta, de mortalidad, de valoración de medios terapéuticos, etc., serán de una gran utilidad para el buen desarrollo de la Medicina de hoy.

Con respecto a la certificación dentro del Seguro, dice cómo existe el peligro de la venalidad de ésta y también el de proporcionar al enfermo el alta cuando a ésta sigue el paro, y a este respecto cita cifras del Seguro en Alemania después de la guerra, en las cuales es posible apreciar un ligero aumento por tolerancia. Cree necesario disminuir los riesgos de los últimos peligros, y para ello es de toda necesidad la intensificación de la lucha al comienzo y al fin de la enfermedad: al principio, por el período de carencia, ya establecido en todas las legislaciones de países que gozan de Seguro, y al final, por el establecimiento e inspectores que vigilen el paso del período de enfermedad al de convalecencia. Asimismo es factor que en esto influirá grandemente, pero con muchos años, por delante de la educación.

Dice cómo no se puede decir de un modo taxativo si el Seguro Social de Enfermedad favorece o no a los médicos sin antes saber cómo va a tener lugar la implantación del mismo.

El, en la hipótesis que del mismo tiene, cree que será éste muy favorecedor de la Medicina preventiva, y cómo al lado del obligatorio se hallará el voluntario, al cual podrán acogerse aquellas personas que, dentro de un mediano acomodo, no puedan en algunos casos soportar los grandes vaivenes que para su economía suponen ciertas enfermedades e intervenciones de tipo quirúrgico.

El Seguro será de familia, y el pago del mismo tendrá idéntica tendencia familiar, y es casi seguro que éste tenderá a utilizar las entidades de hoy día cuyo núcleo no sea en modo alguno una finalidad. A este respecto dice cómo en la provincia de Cáceres asistían a las consultas de los médicos particulares bastantes palúdicos que les hacían ganar bastantes pesetas. Con el

establecimiento de la Lucha Antipalúdica ganaron más los de las comarcas rurales y perdieron éstos a la vez que la enfermedad disminuía, con favorecimiento para la salud y ganancias para la economía, y todo ello no hizo proferir una queja a los perjudicados, y esto es casi seguro que ocurriera también con los que hoy pueden perder con el Seguro Social de Enfermedad.

Estima, por último, que el médico no perderá con el Seguro, ya que querrá dar un buen servicio, y, por lo tanto, es necesario pagarlo bien. Para ello, en cambio, se pedirá una gran competencia, tanto en la Medicina preventiva como en la curativa. (*Aplausos.*)—J. H. S.

Congreso de la Sociedad Francesa de Oftalmología

En París, y en los días 11 al 14 de mayo actual, ha tenido lugar el XLIX Congreso anual de la Sociedad Francesa de Oftalmología, y, coincidiendo con él, la reunión de la Association Internationale de Prophylaxis de la Cécité y de la Association Internationale de la lutte contre le Trachome, así como un homenaje póstumo al Dr. Morax.

He aquí, expuesta por orden cronológico, la labor realizada.

Día 10 de mayo de 1936, a las diez de la mañana.

Casa del Prof. De Lapersonne. Se reunieron los doctores Mac-Callan, Wibaut, Van del Hoeve, Van Duyse, Patton, Nordenson, Terrien y Márquez, y se trataron los siguiente asuntos:

1.º Fusión de las Asociaciones de la Ceguera, Tracoma y Consejo Internacional. Se acuerda cooperar conjuntamente, si bien conservando cada una su autonomía respectiva, y que se nombre en el Consejo Internacional un representante de cada una de dichas Asociaciones.

2.º Reuniones periódicas. Se acuerda celebrar una anual, y la primera, el año próximo venidero, preparatoria del Congreso de El Cairo, y que se reúna en Bruselas el último domingo de abril, coincidiendo con la Asamblea de la Sociedad Belga de Oftalmología.

3.º Cómo deben publicarse las actas. No se toma acuerdo definitivo, predominando la idea de publicarlas anualmente, y cada cuatro años hacer un extracto para el respectivo Congreso de Oftalmología.

El Prof. De Lapersonne declina la presidencia de la Association Internationale de Pr. de la Cécité, y propone al Dr. Baillart, que es, a su vez, presidente de la Asociación Francesa de Lucha Contra el Tracoma. Así se acuerda.

Día 11 de mayo de 1936, a las ocho y media de la mañana.

Primera sesión científica. Se exponen todas las comunicaciones:

Dubar (París): "Remarques sur les courbes de réfraction et la réfraction normale".

Cuenod et Nataf (Tunis): "Trachome. Recherches expérimentales".

Zachert (Varsovia): "Traitement du trachome chez les enfants".

Pagani (Milán): "Comment remplacer le tarse malade" (projet-ciné).

Toulant et Morard (Alger): "Diagnostic histologique



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

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

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

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

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



166

Otros preparados SAIZ DE CARLOS:

NEURANÉMICO SAIZ DE CARLOS

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

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

PURGATINA SAIZ DE CARLOS

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

INDICACIONES: Estreñimiento, estados biliosos.

REUMATOL SAIZ DE CARLOS

COMPOSICIÓN: Piperazina, Urotropina, Yoduro potásico, Carbonato de litina y Bicarbonato de sosa en comprimidos.

INDICACIONES: Reumatismo agudo y crónico, muscular y articular; Gota, Arteriosclerosis, Retención de orina.

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

Jugo de carne Valentine's

El mejor alimento para convalecientes el
JUGO VALENTINE'S



El mejor jugo de carne el
VALENTINE'S

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

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

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

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

RICHMOND, VIRGINIA, U. S. A.

Los señores médicos pueden pedir folletos conteniendo testimonios clínicos

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

NORDDEUTSCHER LLOYD BREMEN



CRUCEROS MARÍTIMOS
DURANTE 1936

3 CRUCEROS AL CABO NORTE
con el hermoso trasatlántico «STUTTGART»
1.º, del 26 de junio al 12 de julio;
2.º, del 13 al 19 de julio, y
3.º, del 1 al 17 de agosto.

Salidas de Bremen.
Para los viajes de ida y vuelta, magníficas ocasiones para utilizar desde y hasta Cherbourg los hermosos supertrasatlánticos
«BREMEN» y «EUROPA»

CRUCERO POR EL MAR BALTICO Y
GRAN CRUCERO POLAR HASTA SPITZBERGEN
con el vapor especial de turismo «GENERAL
VON STEUBEN»

1.º, del 27 de junio al 13 de julio, y
2.º, del 18 de julio al 12 de agosto.
Puerto de salida y regreso: Bremen.

2 CRUCEROS A ESCOCIA Y NORUEGA
con el supertrasatlántico «COLUMBOS»
1.º, del 20 al 27 de julio, y
2.º, del 28 de julio al 4 de agosto.
Puerto de salida y regreso: Bremen.

CRUCERO ALREDEDOR DE INGLATERRA
con el hermoso trasatlántico «STUTTGART»
del 19 al 30 de agosto.

CORTO CRUCERO VERANIEGO
con el supertrasatlántico «COLUMBOS»
de Gibraltar a Ceuta-Madeira y Lisboa,
del 12 al 16 de julio.

6 CRUCEROS DE VERANO Y OTOÑO
por todo el Mediterráneo, Islas Canarias y Madeira.
El programa detallado será publicado más adelante.

CADA SEMANA VIAJES COLECTIVOS
con los supertrasatlánticos
«BREMEN» y «EUROPA»
de 50.000 toneladas
a los Estados Unidos de América del Norte
con programa completo para la estancia y las excursiones por los EE. UU. de América del Norte.
PRECIOS ECONOMICOS

Pídanse precios e informes al

LLOYD NORTE ALEMAN
AGENCIA GENERAL

Carrera de San Jerónimo, 33, MADRID - Teléfono 13515

Indicaciones del FORCEPS y técnica operatoria del mismo

Primeros párrafos del Prólogo de D. P. RAMON Y CAJAL

"Incompetente para hacer del libro meritísimo del doctor Pons, titulado "Indicaciones del forceps y técnica operatoria del mismo", una crítica circunstanciada y digna, me contraeré a manifestar que, sin hipérbole alguna, reputo dicha obra como la más sencilla, completa y práctica que se ha publicado hasta ahora sobre tan interesante argumento. Aunque el autor anuncia en el corto proemio que precede a su disertación que su propósito se reduce a realizar una labor meramente recopiladora, el lector se convencerá pronto de que el Dr. Pons ha logrado realizar más altos objetivos, puesto que, en bastantes ocasiones, su obra aparece realzada por conceptos originales y exornada también con atinados juicios y felices comentarios."

4 pesetas ejemplar. Pedidos al Apartado 121. MADRID



LA PROMOCION MEDICA DE ESTE AÑO EN MADRID

Los alumnos de Medicina que terminan sus estudios en el presente curso reunidos, según costumbre, en cordial banquete de despedida a sus profesores.

et traitement des épithéliomes glandulaires de la paupières" (projectio).

Tille (Paris), Chapuis (Niort) el Bory (Paris): "Pemphigus oculaire" (projectio).

Genet (Lyon): "Epritheliome du sac lacrymal" (projectio).

Villard (Montpellier): "Du danger des injections causiques dan le traitement des affections lacrymales".

Marbaix (Tournai) et Appelmans (Louvain): "Kératite tachetée d'origine filariene" (projectio).

Marín Amat (Madrid): "Pustule vaccinale sur la cornée" (projectio).

León Coppez (Bruxelles): "Résistance de la cornée à la chaleur". (Note préliminaire.) (Projectio).

Redslob (Strasbourg): "Dissociation de l'épithelium cornée" (projectio).

Franceschetti et Kiewe (Genève): "Grefe cornéenne dan un cas de dégénérescence familiale de la cornée" (projectio).

Terrien et P. Veil (Paris): "Etude anatomoclinique d'un cas de naevo-cancer du limbe" (projectio).

Son interesantes, por la cantidad de los que tomaron parte en las discusiones, las comunicaciones de los doctores Toulant (de Alger), de Villard (de Montpellier) y de Marín Amat (de Madrid).

Once mañana.—Sesión de l'Organisation Internationale de la lutte contre le Trachome. Presiden: Mac-Callan, presidente, y Wibaut, secretario.

Asisten: Dr. Carlo Ragozzi y Prof. Carlo Barlini, de Italia; Dr. M. Zachert, de Polonia; Dr. Joseph Jitta, de La Haya; Prof. Aubaret, de Marsella; Dr. Roger Natat, de Túnez; Dr. Braders, de Praga; Dr. Rolant Wilson, de El Cairo; Dr. Monttuino, de Lisboa; doctora S. Churchile, de Paris, y Dr. Marín Amat, de Madrid.

El presidente y el secretario dan cuenta de los trabajos realizados desde el año pasado, haciendo uso de la palabra todos los asistentes para exponer el estado actual de la lucha antitracomatosa en sus respectivos países.

Tres de la tarde.—Reunión de las dos Asociaciones: de la Ceguera y del Tracoma, conjuntamente, con el siguiente programa:

- 1.º Discurso del Prof. De Lapersonne.
- 2.º Discurso del Dr. Park Davis, leído por el profesor De Lapersonne.
- 3.º Rapport del Prof. Terrien: "Clasificación de las conjuntivitis".
- 4.º "Rapport" del Dr. Wilson, de El Cairo: "Sur les conjuntivites de l'enfance en Egypte".
- 5.º "Rapport" del Dr. Mac-Callan, de Londres: "Sur le relations de ces conjuntivites avec le trachome".

Después, discusión de los "rapports", haciendo uso de la palabra los Dres. Toulant, de Arger; Marín Amat, de Madrid, y Lacat, de París, que con anterioridad la tenían pedida. El Dr. Márquez propone se nombre al Prof. De Lapersonne presidente honorario perpetuo de la Asociación Internacional de Profilaxis de la Ceguera. Así se acuerda.

Día 12 de mayo de 1936, a las ocho y media de la mañana.

Exposición del magnífico rapport del Dr. Edw. Hartmann "La radiografía en oftalmología", y discusión del mismo.

Once de la mañana.—Sesión administrativa de la Sociedad Francesa de Oftalmología.

Dos de la tarde.—Excursión en autocar al magnífico Castillo de Courance y a la grandiosa estación de telegrafía sin hilos de Francia, en Sainte Assise, a 32 kilómetros de París.

Ocho noche.—Banquete oficial en el restaurante de París "Montrouge", con asistencia de unos 200 comensales.

Día 13 de mayo de 1936, a las ocho y media de la mañana.

Tercera sesión científica, con las siguientes comunicaciones:

Polliot (Besançon): "Corps Flottants dans les chambres antérieures" (projectio).

Werdenberg (Davos): "Tuberculose oculaire et source intrathoracique" (projection).

Toulante (Arges): "La fixation du droit superieur dans l'operation de la cataracte" (projection).

Marin Amat (Madrid): "Le mercurochrome comme désinfectant de la conjonctive septique avant et après l'opération de la cataracte".

Roche (Marseille): "Evolution cliniques des diverses opacités cristalliniennes".

De Saint Martin (Toulouse): "La cyclodialyse, sa technique, son pronostic, ses indications" (projection).

Jean Gallois (Paris): "Justification des traitements médicaux du glaucome chronique".

Dor (Lyon): "De l'extraction des corps étrangers du vitré par la voie sclérale".

Sachs et Dietz (Vienne): "Images du fond d'œil" (projection).

Amsler (Lausanne): "L'ophtalmoscope de la clinique de Lausanne" (projection).

Díaz-Caneja (Santander): "Quelques résultats de l'exploration du fond de l'œil avec la lumière infra-rouge" (projection).

Mawas (Paris): "Etude anatomo-clinique d'un œil myope" (projections).

Baillant (Paris): "L'étiologie des hémorragies récidivantes des adolescentes" (projections).

Jean Sédan, Gaëtan Jatlé (Marseille): "Angiospasmes rétinienes et crises hypertensives paroxystiques".

Siendo interesantes, por el número de intervenciones, las de Werdenberg, Saint-Martin y Marin Amat, y por la novedad la de Díaz-Caneja.

A las dos de la tarde.—Sesión operatoria en los Hospitales: Hôtel-Dieu, por el Prof. Terrien; Necker, por el Dr. Mombrum (Operaciones de diatermocoagulación); Quinze-Vingt, por el Dr. Kalt (operaciones de cataratas) y por Mme. Schiff-Wertheimer (tres operaciones de diatermocoagulación en desprendimientos de retina); en la Fondation Rotchschild, por Dupuy-Dutemps, y en Saint-Joseph, por el Dr. Mériqot de Treigny.

Día 14 de mayo de 1936, a las ocho y media de la mañana

Exposición de todas las comunicaciones.

Francois (Charleroi): "Rétinite exsudative maculaire sénile" (projection).

Genet (Lyon): "Déchirures rétinienes sans décollement" (projection).

Jeandelize, Baudot et Cault (Nancy): "Résultats du traitement du décollement rétinien par la diathermo-coagulation. Statistique opératoire" (projections).

H. Wevee et Van Manen (Utrecht): "Technique et résultats du traitement diathermique du décollement de la rétine en 1935" (projection).

Arruga (Barcelona): "Décollement rétinien. L'urgence opératoire, l'injection d'air, les grandes désinsertions" (projection).

Dejean (Montpellier), Cazalis (Nice): "Deux cas de tumeur polymorphe de la rétine adulte" (projection).

Lacroix (Rouen): "Sarcome ignoré du nerf optique. Généralisation après énucléation pour buphtalmie" (projection).

De Martel, François et Guillaume (Paris): "Hémianopsie horizontale par anéurysme de l'artère ophtalmique" (projections).

De Martel et Guillaume (Paris): "Œdème de la papille et dilatation ventriculaire" (projections).

Pierre Dupuy-Dutemps (Paris): "Atrophie optique à la suite de perte de sang" (projections).

Calmettes et Garipuy (Toulouse): "Sur deux cas d'exophtalmie traumatique".

Aubaret et Javle (Marseille): "Des paralysies de fonction monoculaire" (projections).

R. Onfray et Margerin (Paris): "Curieuse anomalie aculo-motrice chez une strabique" (projections).

Schiff-Wertheimer et Justin-Besançon (Paris): "Diplopie au cours de l'exophtalmie basedowienne".

Siendo muy interesantes las dos de los Dres. Arruga, Weve y Jeandelize.

A las doce de la tarde.—Operaciones en el Hospital Lariboisière, por el Dr. Magitot, quien practicó hábilmente una simpatectomía pericarotídea del lado derecho—en el izquierdo la había realizado cinco días antes—en un enfermo de atrofia óptica luética; y en la Clínica particular del Dr. De Martel, quien opera enfermos de sistema nervioso y dedica una sesión anual a las referentes a la región quiasmática.

Día 15 de mayo de 1936.

A las once de la mañana tuvo lugar el descubrimiento de un retrato, en bajorrelieve, de bronce, al Dr. Morax, en el Hospital Lariboisière, en el Servicio de Oftalmología, que él había dirigido y propulsado durante muchos años.

El bajorrelieve es obsequio de sus amigos y discípulos, y se ha colocado en el "hall" del Servicio.

Al acto asistió una numerosa y distinguida concurrencia de señoras y de oftalmólogos franceses y extranjeros, entre ellos, los Dres. españoles Márquez, Arroyo de Márquez, Díaz-Caneja, Castiella y Marin Amat. La presidencia la ocupaban Mme. Morax, Prof. Hartmann, Dr. Martin (del Instituto Pasteur), el director-administrador del mismo Hospital y el Dr. Magitot, actual titular del Servicio.

Los discursos estuvieron a cargo: 1.º, del director del Hospital; 2.º, del Dr. Magitot; 3.º, del Dr. Coutela (de París); 4.º, del Prof. Coppez (de Bruselas); 5.º, del Dr. Martin (de París), y 6.º, del Prof. Hartmann (de París). Todos enaltecieron muy justamente la excelsa figura del Dr. Morax, precisamente al cumplirse el primer aniversario de su muerte.

Con este acto se dió por terminado el Congreso de 1936 de la Sociedad Francesa de Oftalmología, con un tiempo espléndido, digno colofón del entusiasmo e interés científico despertado en el mismo, y que ha sido una honrosa continuación de los celebrados en años anteriores.—DR. MARIN AMAT.

SECCION OFICIAL

MINISTERIO DE TRABAJO, SANIDAD Y PREVISION

SUBSECRETARÍA DE SANIDAD Y BENEFICENCIA

Ilmo. Sr.: Por Orden de esta Subsecretaría, de fecha 26 de octubre de 1935, fué convocado concurso para proveer en propiedad las plazas de médico de Asistencia Pública Domiciliaria que figuran en relación inserta en la *Gaceta de Madrid* de 4 de noviembre del mismo año, cuya provisión ha de tener lugar por prelación en el Escalafón del Cuerpo, con excepción de las

plazas de Aracena (Huelva), Campillo de Arenas (Jaén), Molinaseca (León) y Cervera de la Cañada (Zaragoza), anuncio que fué anulado por Orden de esta Subsecretaría de 26 del mismo mes de noviembre (*Gaceta* de 3 de diciembre siguiente), excepción que se hace extensiva a la plaza de la agrupación formada por los Ayuntamientos de Alcaine y Josa (Teruel), a la de Puebla de Vallbona (Valencia), así como a la de Masanasa, de la misma provincia.

Examinadas las instancias de los aspirantes que han solicitado tomar parte en el referido concurso, resulta que, dentro del plazo concedido por Orden de 26 de octubre de 1935, renovado por la de 18 de diciembre siguiente, han solicitado tomar parte en el concurso los aspirantes que figuran en la relación publicada en la *Gaceta de Madrid* de 14 de abril último, de los cuales han sido admitidos los comprendidos en el grupo octavo de la misma, así como los que figuran en la siguiente relación, por haber subsanado los defectos de su documentación dentro del plazo señalado a tal efecto por Orden de 8 de abril último:

D. Pío del Agua González, número 8.713 del Escalafón.

- D. Arsenio Albalat García, 12.875 bis.
- D. Antonio P. Albi Coll, 19.062.
- D. Manuel Aldami-Echevarría, 13.859 bis.
- D. José María Álvarez Pérez, 12.630.
- D. Ignacio Arredondo Hortal, 11.855.
- D. Isidro Bellido Pomar, 12.858.
- D. Gregorio Bote Urrea, 18.151.
- D. José Bouza Vázquez, 4.251.
- D. Angel de Castro Muñoz, 16.925.
- D. Vicente Carmona Sanz, 9.724.
- D. Miguel Clavería Roc, 18.449.
- D. Enrique Díaz Pizarro, 18.335.
- D. Vicente Domingo Aparicio, 14.801 bis.
- D. Joaquín Esteban Obando, 13.488.
- D. José Fernández Campo, 13.952.
- D. José Ferreiro Caneiro, 10.388.
- D. Andrés Gallego Jódar, 19.063.
- D. José María García Martínez, 4.150.
- D. Antonio García Monje, 6.434.
- D. Julio Gómez de la Tía Fajardo, 9.153.
- D. Ramón González de la Herrera, 2.812.
- D. Rigoberto Gutiérrez Capillas, 13.287.
- D. Jesús Juan Martí, 7.061.
- D. Antonio Luna Ruiz, 16.954.
- D. Juan Manzano Ferrazón, 5.610.
- D. Cecilio Miguelena Barandalla, 16.764.
- D. Carlos Moreira Casal, 7.803.
- D. Federico Orozco Benítez, 15.052.
- D. Manuel Paz González, 14.985 bis.
- D. Antonio Peláez García, 15.663 bis.
- D. José Pérez Val, 16.071.
- D. Camilo Pla Cortiñas, 18.071.
- D. Antonio Puente Núñez, 11.330.
- D. Adolfo Ramírez Layne, 12.862.
- D. Antonio Requena Hernández, 4.570.
- D. Vicente Revilla Llavera, 5.818.
- D. Tomás Ribón Mendivil, 5.975.
- D. Emiliano Rodríguez Sáez, 18.016.
- D. Antonio Sáez Alcalde, 1.186.
- D. Víctor Sánchez Hoyos, 755.
- D. Rodrigo Serrano Navarro, 12.783.
- D. Enrique Tarrío Godino, 4.748.
- D. Ildefonso Temprano Pérez, 7.781.
- D. Mariano Torres Fernández, 18.187.
- D. Eugenio Vargas Machuca, 18.038.
- D. Félix Vegas Fernández, 12.920 bis.

Habiendo sido eliminados todos los demás aspirantes: Vistos los artículos octavo, noveno y 23 del Reglamento orgánico del Cuerpo de Médicos de Asistencia

Pública Domiciliaria de 29 de septiembre de 1934, para ejecución de la ley de Coordinación Sanitaria de 11 de julio del mismo año, así como la Orden de convocatoria del concurso:

Teniendo en cuenta la petición formulada en su instancia por cada uno de los concursantes admitidos, y asimismo el número con que figuran en el Escalafón del Cuerpo, y habiéndose cumplido los preceptos reglamentarios,

Esta Subsecretaría ha tenido a bien resolver el concurso de referencia, adjudicando las plazas a que el mismo se contrae en la siguiente forma:

Número del Escalafón, 228.—D. Ramón Guerra Díaz Varela: Tarazona, Distrito tercero (Zaragoza).

229.—D. Mariano Ruiz Lleónart: Orihuela (Alicante).

246.—D. Agapito Soberado Soberón: Almendralejo, Distrito cuarto (Badajoz).

537.—D. Rafael Lorente Lario: Haro, Distrito tercero (Logroño).

555.—D. Pedro González López: Fonsagrada, Distrito cuarto (Lugo).

580.—D. Francisco del Río Sánchez: Cortes de la Frontera, Distrito segundo (Málaga).

655 bis.—D. Jesús María Golpe de Ben: Valderredible, Distrito Bárcena de Ebro (Santander).

703.—D. Julio Perdiguero Díez: Huerta de Valdecarábano (Toledo).

705.—D. Basilio Gómez López: Alberique y Benimusalem, Distrito tercero (Valencia).

750.—D. Antonio Andújar Marín: Vélez Málaga, Distrito sexto (Málaga).

771.—D. José Repeto Belismelis: Loja, Distrito séptimo (Granada).

980 bis.—D. Conrado Mulas Lozano: Tábara y Aldea de Escobar (Ayuntamiento de Ferreruela), Distrito segundo (Zamora).

1.074 bis.—D. José María Elistar de Chiva: Peñíscola (Castellón).

1.101.—D. Emilio Martínez Navarro: Puente Viesgo (Santander).

1.127.—D. Jorge Mateo Serrano: Anna y Estubeny (Valencia).

1.144.—D. Antonio Romero López: Castillo de las Guardas (Sevilla).

1.186.—D. Antonio Sáez Alcalde: San Miguel del Pino (Valladolid).

1.212.—D. Julio Pérez Allona: Villoslada de Camero (Logroño).

1.239.—D. Jacinto Madroñero Pascual: Dalías, Distrito cuarto (Almería).

1.279.—D. José García Jover: Ibi, Distrito segundo (Alicante).

1.289.—D. Joaquín Blanco Segaseta: Navajún y Valmadera (Logroño).

1.311.—D. Enrique Pelluch Escrivá: Albal y Beniparrrell, Distrito segundo (Valencia).

1.376.—D. Ramón Figueroa Santolaria: Carballedo, Distrito primero (Lugo).

1.593.—D. Francisco Castela Aguilar: Cuevas Bajas (Málaga).

1.605.—D. Manuel Santamaría Marín: Lucillos (Toledo).

1.627.—D. Florentino Díaz Hernando: Almodóvar del Campo, Distrito tercero, rural (Ciudad Real).

1.645.—D. Domingo Río Pérez: Carrión de los Condes, Distrito segundo (Palencia).

1.653.—D. Dionisio José Ara Sancho: Villacarrillo (Jaén).

1.656.—D. Agustín Barrasa Méndez: Berzosilla (Palencia).

1.767.—D. Cecilio Fraile Llorente: Arboleas (Almería).

- 1.789.—D. Pedro Celestino Rabal Ruiz: Biar (Alicante).
- 1.793.—D. Carlos García de la Mata Estarás: Almonacid (Toledo).
- 1.805.—D. Manuel Sánchez Pérez: Vall de Gallinera (Alicante).
- 1.983.—D. Emilio Chozas Sánchez: Cútar y Borge (Málaga).
- 2.061.—D. José Santisteban Pérez: Villafranca y los Palacios, Distrito segundo (Sevilla).
- 2.115.—D. Luis Vilches Romero: Puebla de Sancho Pérez, Distrito segundo (Badajoz).
- 2.160.—D. Jesús Sánchez Jiménez: Cabra de Santocristo (Jaén).
- 2.211.—D. Pedro Amando Hernando Pérez: Vilhel (Teruel).
- 2.233.—D. Ramón Planas Rosales: Castuera, Distrito segundo (Badajoz).
- 2.257.—D. Mariano Ruiz Velasco: Lucillo (León).
- 2.311.—D. José Torrecilla Garagarza: San Antonio (Balears).
- 2.323.—D. Pelayo Arranz González: Burujón (Toledo).
- 2.337.—D. Fausto Escapa Bravo: Astudillo (Palencia).
- 2.471.—D. Bernardino Calzada Díez: Zucaina (Castellón).
- 2.483.—D. Aurelio Astudillo Martínez: Guadalcanal, Distrito tercero (Sevilla).
- 2.526.—D. Teodoro Bragado Mateos: Morales del Vino (Zamora).
- 2.545 bis.—D. Rogelio de Pedro Carranza: Almodóvar del Campo, Distrito cuarto, rural (Ciudad Real).
- 2.725.—D. Eduardo Pérez Pérez: Rociana, Distrito segundo (Huelva).
- 2.751.—D. Clemente Queipo Sevillano: Sanzoles, Distrito primero (Zamora).
- 2.789.—D. Rafael Luis Pérez Olea: Barruelo de Santullán y Valle de Santullán, Distrito segundo (Palencia).
- 2.795.—D. Tomás Ceballos Viniegra: Guareña, Distrito segundo (Badajoz).
- 2.812.—D. Ramón González de la Herrera: Iznatoraf (Jaén).
- 2.822.—D. Francisco Población Bellosó: Bójar, Castell de Cabres, Corachar y Fredes (Castellón).
- 2.889.—D. Gilberto José Palarés Eced: Montemolín, Distrito tercero (Badajoz).
- 2.896.—D. Rafael Lozano Figueras: Villarroja, Miravete y Jorcas (Teruel).
- 2.925.—D. Vicente Camarena Ortilá: Pol (Lugo).
- 2.953.—D. Eduardo Ferreiros Casanova: Ribas del Sil (Lugo).
- 2.963.—D. Santiago Torres Alonso: Cañada, Caracuel y Villar del Pozo (Ciudad Real).
- 2.994.—D. Antonio Fernández del Río: Dehesa de Montejo y Liguérzana (Palencia).
- 3.020.—D. Francisco Mascareñas Romero: Ríos, Distrito segundo (Orense).
- 3.029.—D. Juan Antonio Gaya Tovar: Fuentetoba, Carbonera y Golmayo (Soria).
- 3.069.—D. Pedro Marazuela Gómez: Casas del Castañar (Cáceres).
- 3.108.—D. Julián Selgas Guillén: Sayalonga (Málaga).
- 3.226.—D. Jenaro Millán Gil: Castellón de Rugal y Rugat (Valencia).
- 3.467.—D. Antonio Velázquez Jiménez: Alcantud, El Pozuelo y Vindel (Cuenca).
- 3.484 bis.—D. Pedro García Bustamante: Fuentelespino de Moya y Campillos Paravientos (Cuenca).
- 3.485.—D. José Amador Asín: Montellano, Distrito tercero (Sevilla).
- 3.504 bis.—D. Santiago Fernández Álvarez: Hermisende (Zamora).
- 3.618 bis.—D. Tomás Pedraz Andrés: Carrión de los Céspedes, Distrito primero (Sevilla).
- 3.628.—D. Juan Manuel Lara Gómez: Manzanilla, Distrito segundo (Huelva).
- 3.627.—D. Crispín Bardají Gómez: Los Rábanos y Navalcaballo (Soria).
- 3.658.—D. Juan Luis Montero Vázquez: Aljaraque (Huelva).
- 3.711.—D. Emilio Ruiz de la Sierra Gerez: Lugros, Polícar y Beas de Guadix (Granada).
- 3.813.—D. Pedro Moragues Balaguer: Fornalutx (Balears).
- 3.834.—D. José Burrieza Plá: Cabañas Raras y Cubillos del Sil (León).
- 3.846.—D. Adolfo Gutiérrez Román: Povedilla (Albacete).
- 3.913.—D. Jacinto Lafuente Vallejo: Fuentecantos, Buitrago, Fuente el Saz, Chavaler y Portalrubia (Soria).
- 3.950.—D. Manuel Mosquera Asúnsulo: Amocíro, Distrito primero (Orense).
- 3.962.—D. Miguel Iñiguez Moral: Igualeja y Parauta (Málaga).
- 4.157.—D. Miguel Marcelino Junquera Bueno: El Ronquillo (Sevilla).
- 4.166.—D. Justo Aguirre Garín: Malón y Vierlas (Zaragoza).
- 4.202.—D. Hipólito Castellanos Román: Carbajales de Alba, Videmala y Losacino (Zamora).
- 4.250 bis.—D. Carlos Rodríguez Lafora: Puntallana (La Palma, Santa Cruz de Tenerife).
- 4.265.—D. Fernando Blázquez Alonso: Benquerencia de la Serena, Distrito primero (Badajoz).
- 4.513.—D. Rodolfo Álvarez Díez: Membrillar y Villafruel (Palencia).
- 4.514.—D. Gabino Sánchez Sánchez: Villar de Santos (Orense).
- 4.570.—D. Antonio Requena H. de los Ríos: Villagordo del Júcar (Albacete).
- 4.600.—D. Teodoro Acedo Villar: Esparragosa de la Serena (Badajoz).
- 4.658.—D. Ramón Molina García: Navas de Estena (Ciudad Real).
- 4.678.—D. Alberto Santoyo González: Blancas (Orense).
- 4.685.—D. Eduardo Prieto Tejerina: Barracas (Castellón).
- 4.721.—D. Tomás Sesé Ferreira: Morales del Rey, Vecilla, Santa María de la Vega y Fresno de la Polvorosa (Zamora).
- 4.672.—D. Guillermo Solís Solís: Palos de la Frontera (Huelva).
- 4.764.—D. César Álvarez García: Figueruela de Arriba y Figueruela de Abajo (Zamora).
- 4.769.—D. Guillermo Cañogral Mínguez: La Aldehuela (Ávila).
- 4.777.—D. Arsenio Rubio Galindo: Marines (Valencia).
- 4.884.—D. Víctor Hernández Cid: Santiago de Teide (Santa Cruz de Tenerife).
- 4.904.—D. José María Fernández Escobar: Chucena, Distrito segundo (Huelva).
- 4.958.—D. Justo Rabinal Ibáñez: Mezalocha (Zaragoza).
- 5.117.—D. Emilio Comendador García: Cañete y Campillos Sierra (Cuenca).
- 5.132.—D. Rogelio García González: Candelaria (Santa Cruz de Tenerife).
- 5.161.—D. Jesús Senín Ruiz: Higuera de la Sierra, Distrito segundo (Huelva).
- 5.207.—D. Víctor Polo Cabezas: Cabañas de Sayago (Zamora).

Asociación
Digitalina - Uabaina

DIGIBAINÉ

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

LACTOLAXINE FYDAU

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

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

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

LABORATORIOS BIOLÓGICOS de ANDRÉ PARIS

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

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

Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

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

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

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

FORMAS FARMACÉUTICAS :

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

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

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

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

Concesionarios Generales
para la Exportación :
André GUERBET & C^{ie}
22, Rue du Landy
Saint-Ouen - París

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.

PARA AS ENFERMEDADES NERVIOSAS
ELIXIR POLIBROMURADO AMARGÓS
BROMURANTINE (Nombre registrado)

Calma, regulariza y fortifica los nervios

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

Ayuntamiento de Madrid

EN LA TUBERCULOSIS

LABORATORIOS
ABELLO



Vinaroz 5
MADRID

Croscanil
Tiosulfato doble de
Oro y Sodio

SANDOCAL

Tiosulfato de cal © 3 formas: Granulado, intramuscular e intravenoso © Indicaciones: Tuberculosis, déficit de calcio, anemia, convalecencia, etc.

UVESTEROL

VITAMINA D CRISTALIZADA PURA

COLESTERINA IRRADIADA

REEMPLAZA AL ACEITE DE HIGADO DE BACALAO

GOTAS

UVÉ

SALES METALICAS
NI ARSENICO-NI ESTRICNINA
TODAS LAS ANOREXIAS

TUBERCULOSIS -
PRIMEROS
PRODUCTOS
FRANCESES
IRRADIADOS
POR RAYOS
ULTRA-VIOLETA

LINFATISMO - RAQUITISMO - DESMINERALIZACION

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

Ayuntamiento de Madrid

5.267.—D. José Alcorisa Lagarda: Gusendo de los Oteros (León).

5.375.—D. Enrique Avellaneda Sánchez: Viñuela (Málaga).

5.494.—D. Joaquín Gutiérrez Martínez: Villaprovedo, San Cristóbal de Boedo y Santa Cruz de Boedo (Palencia).

5.506.—D. Gerardo Federico Medrano Albalade: Milares (Valencia).

5.533.—D. Francisco Yáñez Urdiales: Villafranca del Campo, Singra, Buena, Aguatón y Terracense (Teruel).

5.557.—D. Fernando Balanza Muñoz: Sotillo de las Palomas y Marrupe (Toledo).

5.684.—D. Julio Bosch López: Geldo (Castellón).

5.789.—D. Angel Guzmán Jerez: Chandreja de Queija (Orense).

5.872 bis.—D. José María S. Clemente S. Clemente: Malanquilla (Zaragoza).

5.992.—D. Manuel Martínez Hernández: Torrequebradillo (Jaén).

5.993.—D. Máximo Gómez Hernández: Genera de Zalima y Néstar (Palencia).

6.010.—D. Manuel Sáinz de Pedro: Lobera de Onseña, Longas e Isurre (Zaragoza).

6.029.—D. Eubilio Garro Camarero: Cespedosa de Tormes (Salamanca).

6.181.—D. Arturo Hernández Ricarte: Cervera de los Montes (Toledo).

6.255.—D. Nicomedes Díaz Jiménez: Cheles (Badajoz).

6.373.—D. Agapito González de la Fuente: Garcibuey (Salamanca).

6.403.—D. Aurelio Alonso Pascual: Torres de Albánchez (Jaén).

6.425.—D. Bartolomé Rafael Carrillo Rodríguez: Castell de Castell, Distrito segundo (Alicante).

6.439.—D. Generoso González Díaz: Navatejares (Avila).

6.468.—D. Antonio Díaz Gil: Zarra (Valencia).

6.232.—D. Vicente Miguel Guillén: Caltójar y Bordecórez (Soria).

6.582.—D. Fernando Fernández Rodríguez: San Llorente y Corrales de Duero (Valladolid).

7.050.—D. José María Alegret Martínez: Ludiente (Castellón).

7.051.—D. Francisco Ases Lahoz: El Toro (Castellón).

7.100.—D. Rafael Rubio Becerra: Reina (Badajoz).

7.195.—D. Francisco Fonseca de la Montaña: Zamayón (Salamanca).

7.254.—D. Constantino Arranz Quevedo: Melque de Cercos y Ochando (Segovia).

7.462.—D. Enrique Catalá Trilles: Alcañices y Aldeas de Arcillera y Mallanes, Ayuntamiento de Ceadea (Zamora).

7.521.—D. Emiliano García Berceuelo: Adsubia (Alicante).

7.529.—D. José Izquierdo Tapia: Valdeprado (Soria).

7.530.—D. Fernando García García: Santa Croya de Tera y Villanueva de las Peras (Zamora).

7.541.—D. Juan Ayora Sánchez: Balones, Benillup y Benimasot (Alicante).

7.548.—D. Emilio Miguel Peregrina: Pepino (Toledo).

7.781.—D. Ildefonso Temprano Pérez: San Esteban de Nogales (León).

7.967.—D. Rafael Santamaría Villén: Facheca (Alicante).

7.971.—D. Vicente Mingarro González: Santa Cruz de los Caños (Ciudad Real).

7.972.—D. Manuel Gutiérrez Díaz de Plazas: Aga-

llas y Aldea de Villarejo, Ayuntamiento de Zamorra (Salamanca).

8.044.—D. Enrique García Pellicer: Las Labores (Ciudad Real).

8.245.—D. Francisco Pascual Pascual: Villanueva, Pradillo y Gallinero Cameros (Logroño).

8.296.—D. José María Aparicio Frías: Sauzal (Santa Cruz de Tenerife).

8.378 bis.—D. Aurelio Gómez Ferrán: Encinas y Fresno de la Fuente (Segovia).

8.387.—D. Antonio Bergalí Roche: Lechago (Teruel).

8.417.—D. Valeriano Casas Marrodán: Santurde (Logroño).

8.499.—D. José María Pueyo Ayneto: Allepuz (Teruel).

8.638.—D. José María Blanco Repiso: Grijalba, Pozuelo de Vidriales, Granucillo, Cunquilla de Vidriales y la Aldea de Moratones, Ayuntamiento de Bercianos de Vidriales (Zamora).

8.848.—D. Santiago Gómez Constant: Golosalvo (Albacete).

8.852.—D. José González de Ubieta y G. del Campillo: Gallocanta (Zaragoza).

8.921.—D. Vicente Murillo Mogollón: Atalaya (Badajoz).

9.015.—D. Angel Arroyo Martín: Bercimuelle (Salamanca).

9.153.—D. Julio Gómez de la Tía: Arens de Lledó (Teruel).

9.169.—D. Esteban Berberena Benito: Losacio (Zamora).

9.202.—D. Salvador Garza Arrojo: Anento (Zaragoza).

9.347.—D. Antonio González Lacalle: Ojacastró (Logroño).

9.431.—D. Angel Cotta Criado: Cigudosa (Soria).

9.461.—D. Miguel Leal Sancho: Torre de Cameros (Logroño).

9.463.—D. Joaquín García Gómez Cordobés: El Frago (Zaragoza).

9.522.—D. Buenaventura Alvarez Duque: El Pego (Zamora).

9.694.—D. Amado Cruz Cerdán: Manquillos (Palencia).

9.800.—D. Anastasio Bravo Ortega: Clarés de Ribota (Zaragoza).

10.132 bis.—D. Carlos Moreira Casal: Vallbona (Teruel).

10.172.—D. Eloy Durruti Romay: Carchel (Jaén).

10.222 bis.—D. Julio Vargas Sánchez: Puebla de Yeltes (Salamanca).

10.266.—D. Vicente Ricós Vilaplana: Campillo de Deleitosa (Cáceres).

10.288.—D. Antonio Aparici Peguero: Navezuelas (Cáceres).

10.373.—D. Juan Martínez Ferrer: Carbajo (Cáceres).

10.484.—D. Eduardo Ruiz García: Montejo de la Vega de la Serrezuela (Segovia).

10.485.—D. Cipriano Galván Galván: Pradales (Segovia).

10.972.—D. Antonio Gascón Román: Fuentepiñel (Segovia).

Los nombrados habrán de ajustarse a las siguientes normas:

1.ª Tomarán posesión, haciéndose cargo del servicio de su plaza respectiva, con sujeción a los preceptos de las Ordenes ministeriales de 30 de agosto de 1935 y 8 del mes actual.

2.ª Fijarán su residencia conforme a lo dispuesto en el artículo 18 del Reglamento orgánico del Cuerpo de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria de 29 de septiembre de 1934, confirmado por Decreto de 14 de junio

de 1935 y apartado segundo de la expresada Orden ministerial de fecha 8 del corriente mes, en los casos en que haya lugar.

3.ª Tendrán derecho a percibir la dotación correspondiente a la categoría de la plaza, como minimum, en armonía con la clasificación vigente y disposiciones de la base 18 de la ley de Coordinación Sanitaria de 11 de julio de 1934.

Lo que comunico a V. I. para su conocimiento y efectos oportunos. Madrid, 18 de mayo de 1936.—El Subsecretario, P. D., *Jesús Jiménez*.

Señor Director general de Sanidad.

"GACETA" DEL 12 DE MAYO:

Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.—Decreto derogando el de 29 de agosto de 1935, referente a la organización de la Lucha Antituberculosa, para que no entorpezca la labor del Comité Central de Lucha Antituberculosa.

Decreto referente a la Lucha contra el Tracoma y otras causas de ceguera.

Artículo 1.º Se crea un Comité Central de Lucha contra el Tracoma y otras causas de ceguera, para asesorar a la Superioridad en cuanto afecte a las orientaciones que convenga dar a la Lucha contra las afecciones productoras de ceguera, y más especialmente, contra el tracoma.

Artículo 2.º Este organismo someterá a la Superioridad, en el más breve plazo posible, una propuesta de organización definitiva de la Lucha citada, señalando las normas que deban regularla y los Centros y Dispensarios que hayan de encargarse de su ejecución e inspección.

"GACETA" DEL 28 DE MAYO:

Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.—Ordenes.—En lo sucesivo, en todas las convocatorias de oposiciones dependientes de la Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia se admitirá la presentación del certificado de estudios, en lugar del título académico. Solamente para tomar posesión de la plaza correspondiente será inexcusable la presentación del título.

Las convocatorias afectadas por esta Orden y actualmente abiertas quedan prorrogadas en diez días, a contar desde el 29 de mayo, para que puedan acogerse a los beneficios de esta Orden quienes lo deseen.

Este Ministerio ha tenido a bien disponer:

1.º Si el médico director jubilado falleciese en el plazo que media entre la aprobación del concurso en que fué adjudicada su sustitución y el término de la temporada, el director sustituto desempeñará su cargo durante la misma con los derechos que en el concurso adquirió, y la viuda, hijas e hijos menores de edad del fallecido percibirán el 50 por 100 correspondiente a la asignación pasiva durante la misma temporada.

En la convocatoria del primer concurso anual que se celebre será incluida la plaza para su provisión, pudiendo ser solicitada, como las demás, según orden de Escalafón, por médicos jubilados y en activo. Si la adquiriese un médico jubilado, se proveerá en el mismo concurso la sustitución de éste. Si la adquiriese un médico en activo, se considerará hecha la adjudicación de la plaza, libre de gravamen.

2.º Si el médico director sustituto falleciese durante el plazo que media entre la aprobación del concurso y el comienzo de la temporada balnearia, se convocará, con carácter urgente y plazos reducidos, un concurso para proveer la sustitución del jubilado, el que, al empezar la temporada, deberá percibir sin interrupción sus derechos.

Si el fallecimiento del sustituto ocurriese después de comenzada la temporada, sin perjuicio de convocar rápidamente el aludido concurso, se designará con toda urgencia por la Dirección general de Sanidad un médico interino para que se haga cargo de la dirección del balneario. Este nombramiento recaerá preferentemente en favor de un médico del Cuerpo de Baños, y, en defecto de éste, se designará uno que tenga las asignaturas de Hidrología médica y Análisis químico aprobadas. A tal efecto, cuando ocurra este caso, el propietario o administrador del balneario deberán ponerlo, por el conducto más rápido, en conocimiento del inspector provincial correspondiente y de la Dirección general de Sanidad, procediendo, en tanto que ésta resuelva, según dispone el artículo 50 del Estatuto balneario vigente de 25 de abril de 1928.

En el primer concurso anual que se celebre se proveerá la sustitución del jubilado en la Dirección de que se trate.

Este Ministerio ha acordado autorizar a D. Manuel Blázquez, por sí y en la representación que ostenta, para fijar la temporada oficial en el balneario de aguas mineromedicinales de Fuente Amarga, de Chiclana (Cádiz), desde el 1.º de julio al 15 de octubre, ambos inclusive, de cada año.

Este Ministerio, de acuerdo con lo informado por la Comisión permanente del Consejo Nacional de Sanidad, ha resuelto declarar de utilidad pública el balneario de aguas mineromedicinales denominado "El Salobral", sito en Enguídanos, provincia de Cuenca, del cual es propietario el solicitante, D. Aniceto Luján y Luján; pero sin que ello signifique autorización para la apertura al servicio público mientras no se cumplan los requisitos exigidos en los artículos 30 y 31 del vigente Estatuto de aguas mineromedicinales de 25 de abril de 1928.

GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

Altura barométrica máxima, 703; ídem mínima, 694,4; temperatura máxima, 17º; ídem mínima, 6,9º; vientos dominantes, SO. y NO.

En la semana presente han subsistido los estados gripales, de molestias ligeras y rápidamente transitorias. Los enfermos renales han acusado agravación de sus molestias, porque muchos de ellos tuvieron reducción de la cantidad total de orina en las veinticuatro horas y los consiguientes fenómenos debidos a la retención.

En los niños se han presentado aún bastantes parotiditis y algunas amigdalitis con complicaciones del oído.

CRONICAS

Por trasladarme, cedo en 2.000 pesetas igualatorio médico que produce como mínimo 6.000 pesetas anuales. Informes Dr. Ramón García Garrido. Arquillos (Jaén).

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

Permuta.—Plaza de 3.ª categoría, a 25 kilómetros de Salamanca. Informes: J. Téllez. San Pablo, 12. Salamanca.

Sil - Al *Silicato de aluminio. fisiológicamente puro*
Laboratorio Gámir, VALENCIA :- J. Gayoso, MADRID

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



**UROMIL
SALZ**

ANTIGOTOSO

ACIDO URICO

INDICADO EN LAS MANIFESTACIONES DE LA DIATESIS URICA

EFICAZ EN LAS ENFERMEDADES DEL METABOLISMO

LABORATORIOS VIÑAS CLARIS. 71 - BARCELONA

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

INDICADO EN LOS CASOS DE
METABOLISMO ANORMAL

Moviliza - disuelve y elimina

EL ÁCIDO ÚRICO

SUPRIME LAS CAUSAS DE LA DIATESIS

HAPTINOGENOS

“M E N D E Z”

NEUMO

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

GONO

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

ECZEMA

Curativo del Eczema agudo y crónico.

ESTAFILO

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

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

Laboratorios biológicos Doctor Julio Méndez.-Buenos Aires.



SANATORIO 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

AGUAS MINERALES NATURALES DE

CARABANÑA

« LA FAVORITA »

PURGANTES ~ DEPURATIVAS ~ ANTIBILIOSAS ~ ANTIHERPETICAS

PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI

== MADRID ==

LABORATORIOS

CAMPOS FILLOL

VALENCIA

LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal

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

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día

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

LACTOBULGARINA

MONOGRAFÍAS

PRECIOS

No sus- Suscrip-
criptores tores

Ptas. Ptas.

Se encuentran a la venta las siguientes:

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

cuefactoras. Entonces Linde, en 1895, recurrió a un experimento antiguo de Joule y de William Thompson (Lord Kelvin). De este experimento se dedujo (lo que luego se hizo comprensible por la teoría de Van der Waals) que el enfriamiento no sólo puede ser realizado por la producción de trabajo externo, sino también por la producción de trabajo interno en la superación de las fuerzas de atracción molecular condicionada por la expansión. Este efecto permite evitar que las partes móviles de la máquina sufran las bajas temperaturas, y al mismo tiempo permite conseguir el enfriamiento sólo con la ayuda de una válvula de peso. Pronto se dispuso de aire líquido en grandes cantidades. Tan sólo el hidrógeno y el más ligero de los gases nobles descubiertos por Ramsay, el helio, se resistieron todavía, pues también el procedimiento de Linde sólo se verifica en el sentido deseado, cuando se baja de una cierta temperatura límite característica para cada gas. Utilizando la temperatura baja suministrada por evaporación del aire líquido se logró liquidar el hidrógeno, y Dewar pudo ya, en el año 1898, disponer de grandes cantidades de este líquido. Finalmente, Kamerlingh-Onnes, en el año 1908, obtuvo por vez primera el helio en estado líquido.

Para medir el estado térmico de los cuerpos se utiliza en Física la llamada temperatura absoluta en lugar de los usuales grados centígrados. La temperatura absoluta es una magnitud proporcional a la energía cinéti-

JARABE ALMERA

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

ca de las moléculas de un gas muy enrarecido, y tan sólo se diferencia de la temperatura en grados centígrados en que el punto cero es 273° más bajo. Por lo tanto, en la escala absoluta los puntos de solidificación y ebullición del agua no están a 0° ó 100°, sino a 273° y a 373°, respectivamente. Expresado en temperaturas absolutas, el oxígeno hierve a 90°, el nitrógeno a 77°, el hidrógeno a 20° y el helio a 4°. El helio líquido, hirviendo a la presión de una atmósfera, nos suministra por tanto un baño cuya temperatura sólo es de 4° sobre el cero absoluto, el cual cero absoluto corresponde a la carencia absoluta de energía cinética en las moléculas gaseosas libres. Si por medio de bombas de vacío se reduce la presión bajo la cual hierve el helio, se puede bajar todavía más la temperatura. El extremo en esto fué alcanzado en 1932 por Keeson, que realizó un vacío tan considerable que pudo conseguir una presión permanente de 5 millonésimas de atmósfera. De este modo obtuvo como temperatura mínima 0,7° (absoluta).

CARABANA: el mejor purgante

Ahora cabe preguntarse si no es posible llegar todavía más cerca del cero absoluto. Por el medio usual de los gases y su licuefacción ya no lo es, porque no existe otro gas más difícil de liquidar que el helio. Pero no importa la clase de materia que ha de servir para el enfriamiento: lo que importa es encontrar cualquier sustancia que a estas temperaturas tan bajas se la pueda obligar, en cantidad suficiente, a efectuar algún género de trabajo a costa de su contenido térmico. Partiendo de este punto de vista propuse en 1926 conseguir un mayor enfriamiento en sales paramagnéticas, refrigeradas ya a la temperatura del helio, magnetizándolas a esta temperatura, y así que hubiesen esta-

Indicaciones del FORCEPS y técnica operatoria del mismo

Por el Dr. A. PONS

4 pesetas ejemplar ♦ Pedidos al Apartado 121.-Madrid

blecido el equilibrio de temperatura con el ambiente (helio líquido a ebullición) obligarlas a un trabajo magnético por súbita desmagnetización adiabática. La misma idea fué dada a conocer casi al mismo tiempo e independientemente por Giauque en Berkeley (Norteamérica).

Naturalmente, para comprender este proceso hay que seguirle en todas sus particularidades, pero no es factible sin discutir al detalle los fenómenos moleculares. No obstante, se pueden evitar estos prolijos razonamientos y llegar más cómoda y sencillamente al fin propuesto basándose en la relación entre la entropía y la probabilidad, descubierta por Boltzmann. Un aumento de calor significa siempre, según Boltzmann, un aumento del desorden molecular y, por tanto, si se realiza un proceso adiabático, es decir, un proceso en el cual ni se añade ni se quita calor, el desorden molecular debe permanecer inalterado. En un cuerpo paramagnético magnetizado existe una cierta ordenación, pues su magnetización significa que los magnetones en él contenidos han orientado su posición adaptándose, por lo menos en parte, al campo magnetizante. Ahora bien, supongamos que el campo magnético desaparece de repente: los magnetones vuelven a ocupar posiciones desorientadas, aumentando, por tanto, el desorden. Pero si el proceso fué adiabático, el desorden, según Boltzmann, en conjunto no puede aumentar, y por lo tanto, ha de crear de otro modo, por sí mismo, más ordenación para compensar la disminución de la

misma respecto a la orientación de los magnetones. Esto se verifica por la disminución de la intensidad del movimiento térmico de los átomos en el cuerpo sólido, y en consecuencia queda reducido el campo de velocidades y amplitudes de oscilación, lo que corresponde a un aumento de ordenación.

Actualmente se están realizando experimentos magnéticos para la obtención de temperaturas bajísimas por Giauque en Berkeley, por Simon en Oxford y por Haas en Leiden. El último es el que ha ido más lejos. En abril del 1933 llegó con 0,05 gramos de fluoruro de cerio a 0,27° utilizando un campo de 27.600 Gauss; en febrero de 1935 alcanzó la temperatura más baja de todas las hasta ahora conseguidas, o sea 0,0047°, con unos 70 gramos de alumbre de cromo utilizando un campo de 24.000 Gauss. Para el profano se presenta enseguida esta cuestión: ¿Cómo se pueden medir estas temperaturas? La respuesta es que, mientras se trabaja con gases, la temperatura se mide con un termómetro de gases por medio de la presión del gas. En las sustancias paramagnéticas la temperatura se puede deducir, con igual precisión, por la capacidad magnética de la sustancia en cuestión, pues dicha capacidad es tanto más elevada cuanto más baja es la temperatura. El que un termómetro de gases sea por completo inservible a tales temperaturas, se comprende perfectamente por el hecho de que ya a temperaturas en-

CALCINHEMOL ALCUBERRO

Poderoso antianémico

ALCALA, 88. — MADRID

tre 0,2° y 0,1° la tensión de vapor, aun la del helio, se hace tan pequeña que corresponde a menos de una molécula por metro cúbico. Por lo tanto, se pueden obtener hoy vacíos artificiales en los cuales no sólo hace más frío, sino que en ellos la materia está mucho más enrarecida que en el espacio cósmico.

Para final, otra pregunta: ¿Cómo se ha de apreciar la magnitud del nuevo campo de temperaturas acabado de descubrir? Ya Lord Kelvin hace muchos años propuso emplear como medida de la temperatura, no la misma temperatura absoluta, sino su logaritmo. Esto se apoya en la afirmación de que no es la diferencia de dos temperaturas, sino su cociente, lo que da la medida de su distinción. Por ejemplo, según esta concepción, hay que decir que el campo comprendido entre la temperatura del ambiente, de unos 300° absolutos, y la (300 veces menor) de 1° absoluto que se obtiene con helio que hierve a baja presión, se ha de considerar como equivalente del campo comprendido entre 1° absoluto y 0,0033° absoluto,

S A R N A

Cúrase con SULFURETO CABA LLERO

hasta ahora característico para el método magnético. Valorando las temperaturas de este modo, el punto del cero absoluto se aleja hacia el infinito y esto está de acuerdo con el tercer principio termodinámico de Nernst, que postula la inalcanzabilidad del cero absoluto.

Para el físico experimental la cuestión más importante es la de si a las bajas temperaturas ocurre todavía algo interesante, y cabe la pregunta de si diferencias de energía tan pequeñas como las que son características para los pequeños valores de la temperatura absoluta, pueden tener todavía importancia para el comportamiento de la materia. Esto es lo que en realidad sucede. Algunos metales se hacen superconductores, es decir, pierden, como ya fué descubierto por Kamerlingh-Onnes, por completo su resistencia eléctrica. Lo que en este caso ocurre está todavía sin aclarar y cabe preguntarse si es que se puede hacer que todos los metales sean superconductores si se les somete a una temperatura suficientemente baja. En el campo de temperaturas alcanzado por el método magnético ya se han hallado tres nuevos superconductores.

Las propiedades magnéticas del núcleo atómico dan lugar al nacimiento de modificaciones atómicas que hasta ahora sólo se revelan en la estructura hiperfina de las rayas espectrales. En el campo de las bajas temperaturas estos acoplamientos magnéticos se hacen más importantes; de lo que resulta en consecuencia una vía para explorar el magnetismo del núcleo y hasta incluso se puede pensar en utilizar el magnetismo del núcleo para poder alcanzar temperaturas todavía más bajas. Sería magnífico el poder frenar neutrones hasta las pequeñísimas velocidades correspondientes a las bajas temperaturas. ¿No podría obtenerse de tal modo un producto de condensación que, a causa de ser las esferas activas de los neutrones 10.000 veces menores que las de los átomos corrientes, constituiría una materia con propiedades sumamente extremas?

Todas estas son cuestiones a las cuales, con gran posibilidad, se sumarán otras muchas en el curso de los trabajos en la inmediata proximidad del cero absoluto. Pero tan sólo por el hecho de que hoy puedan ser planteadas demuestran que la investigación del nuevo campo de temperaturas constituye un productivo trabajo.

DULCIMIDA

PASTILLAS DE 0'03 gr.

DULZOR DE RÉGIMEN

LABORATORIOS MORATÓ

Causas internas y externas de la tuberculosis

POR EL

Prof. BRUNO LANGE

Del «Instituto Robert Koch», Berlín.

Ya desde los primeros tiempos ha habido autores que hicieron objeciones a la idea de que la infección por el bacilo tuberculoso fuese la única causa de las enfermedades tuberculosas, e invocaron los resultados, igualmente importantes, de las investigaciones en el cadáver y de las pruebas tuberculínicas en grandes grupos de población. De estos resultados se podía deducir una extensión aterradora de la tuberculosis en los pueblos civilizados. Los hallazgos mencionados y otras experiencias deducidas de la clínica indicaban, con la mayor verosimilitud, que en los países civilizados apenas es respetado por la infección tuberculosa un solo hombre en el transcurso de una larga vida y que la mayoría de los individuos la adquirirían ya en la infancia. Ahora bien:



EXCESO DE TI
ANEMIA CEREBRAL

NEVROSTHENINE

si después de la infección sólo enferma una parte relativamente pequeña de los individuos, y, como han demostrado siempre los resultados de la clínica, muchas veces no ocurre esto inmediatamente después de la inoculación, sino después de muchos años, la infección sola no puede tener apenas importancia decisiva para el origen de la enfermedad. Evidentemente, a la infección, como causa específica externa de la tuberculosis, para que de ella se origine una enfermedad debían añadirse otras causas internas, residentes en el mismo individuo (por ejemplo, propiedades congénitas) y como causas externas, los influjos inespecíficos del medio que debilitan la resistencia general del hombre contra la infección.

A pesar de esto, el concepto de la decisiva importancia de las fuerzas defensivas naturales del hombre contra el curso de su tuberculosis no encontró hasta hace poco una aceptación general. En el juicio del hecho de la enfermedad, los médicos se dejaron llevar muchas veces por los experimentos sobre animales de laboratorio, los cuales se realizaban bajo condiciones experimentales en las que era eliminado artificialmente el importante papel de las fuerzas defensivas naturales individuales y las influencias del ambiente. Precisamente en este respecto actuaron de modo funesto los numerosos experimentos

de inmunización en diversas especies de animales. El descubrimiento de Koch, repetidas veces confirmado en el transcurso del tiempo, de que un animal tuberculoso está protegido contra una nueva infección venida del exterior (es decir, que ha adquirido, en cierto modo, una inmunización mediante su infección) fué, junto con otras observaciones, aplicado al hombre, en el sentido de que existen infecciones tuberculosas leves que son vencidas y que confieren una protección contra infecciones graves posteriores que en otro caso conducirían a la enfermedad. La alta capacidad de resistencia del adulto contra la infección tuberculosa, en comparación con la del niño pequeño, se creyó que debía reducirse a esas leves infecciones infantiles inmunizantes.

Los resultados de las más modernas investigaciones experimentales epidemiológicas, especialmente las de estos últimos diez años efectuadas, en el Instituto Robert Koch, han derribado, en mi opinión, el excesivo valor atribuido a la inmunidad adquirida en la patogenia de la tuberculosis. Estas investigaciones han hecho al mismo tiempo verosímil que en las condiciones naturales de la vida, y en oposición a los antiguos experimentos del laboratorio, la cantidad de bacilos infectantes y su virulencia en relación con la patogenia están tan lejos de tener una importancia decisiva, como la inmunidad adquirida por inoculación. El porvenir del infectado depende más bien, en lo esencial, de su natural capacidad general de resistencia. Muchas experiencias sacadas de la clínica indican que esta resistencia natural e individual sufre fuertes oscilaciones, según las influencias del medio que actúan en cada momento sobre el individuo. Los pesares y las inquietudes, los excesos de esfuerzos corporales y la alimentación insuficiente favorecen, según la práctica, la explosión de las enfermedades tuberculosas.

Ciertamente, la resistencia del hombre contra la infección, de que dispone por naturaleza, tiene un fundamento hereditario. Pero, felizmente, sólo una pequeñísima parte de los hombres posee una debilidad hereditaria ante la tuberculosis tan grande, que incluso en condiciones de ambiente favorable, y a pesar del tratamiento médico adecuado, puedan ser precisamente víctimas fatales de su tuberculosis.

(De Investigación y Progreso.)

TROMBYL

COAGULANTE NACIONAL

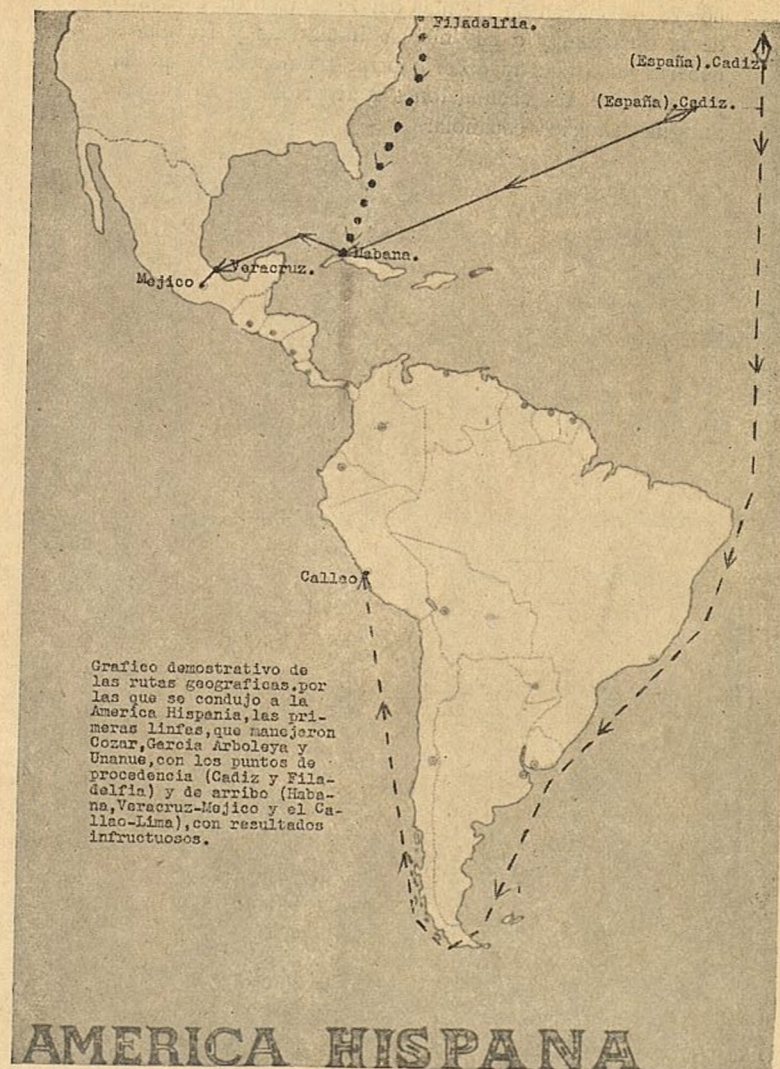
LABORATORIOS MORATÓ

ción entraba la dependiente del fuero marítimo, alzándose en las aguas del Continente e islas los elementos constitutivos de una marina de guerra a la medida de intereses y necesidades. En las principales ciudades marítimas de la América Centro y Sur existían diversos núcleos navales (apostaderos, escuadras fijas o volantes, unidades navales independientes, etc.), que acumulaban los factores imprescindibles a su existencia y cooperación de designios. Los puertos de La Habana y de El Callao eran puntos primordiales en la vida naval al uso. Veracruz, Cartagena de Indias, Montevideo y Buenos Aires, entre otros más secundarios, expresaban lugares en que la concurrencia marítima anidaba con ciertos visos de permanencia lograda.

La Habana, desde que formó aquel modesto carenero de 1620 y llegó a la construcción de grandes buques (1724), facultóse de un verdadero arsenal a partir de 1747, atrayendo a sus aguas las fuerzas navales de la América Central, que hasta entonces se habían localizado en la bahía de los Sacrificios (en las vecindades de Veracruz).

Veracruz, que tuvo importancia como recalada desde 1567, fué un puerto del que puede decirse que ha pasado por él toda la historia del Virreinato de Méjico a la sombra de su famoso fuerte de San Juan de Ulúa. Cuando la capital, Méjico, sufre la gran transformación a tiempo del mandato del Marqués de Cruillas (hacia 1760), y posteriormente con el virrey Bucareli (1771-79), Veracruz, convertido ya en un buen puerto de refugio, es vencido por el acúmulo de adelantos que recibe La Habana (1789), convirtiéndose en la puerta de entrada de su capital. La Habana, a principios del siglo XIX, reconcentra la mayor actividad marítima en todos sus considerandos.

Por la parte del Sur, la fuerzas sutiles de las Armadas, que tuvieron su arrebujo primario en el astillero de Guayaquil, pasaron a fondear, cuando los virreyes de Perú fomentaron el nuevo puerto de El Callao, que, ensombrecido desde su primitiva creación (en 1583), va



bolea, formaron en las filas del Escalafón de Cirujanos de la Armada, y a sus nuevas iniciativas y fortuna se debería poco más tarde el enorme triunfo de consolidar por siempre las vacunaciones antivariólicas en nuestra antigua América española.

V

De la marina de guerra y de sus posibilidades extrínsecas, a su radio castrense. Franca liberalidad y préstamo de auxilios sanitarios por parte de sus médicos, vinculándose a servicios civiles en beneficio de intereses vitales del período colonial. La propagación de la vacuna realizada por ellos en las zonas marítimas, página demostrativa de esta cooperación.

Ha dejado dicho Ortega y Gasset en su *España Invertebrada* que “los grupos que integran un Estado viven juntos para algo: son una comunidad de propósitos, de anhelos, de grandes utilidades. No conviven para estar juntos, sino para hacer juntos algo”. Es el problema que debatimos un argumento más en pro de este decir. La propagación de la vacuna tuvo el privilegio, como otros muchos problemas, de asentarse por partida doble, poniéndose a contribución la aportación de España utilizando recursos nacidos en la metrópoli y *no des-cuidando aquellos otros enclavados en los propios dominios*. El empeño, concebido a lo grande, tomó para su desarrollo las máximas posibilidades, y así como nuestra nación en todo su mandato hizo la mezcla de sangres con magnífica liberalidad, al querer inyectar la linfa redentora que apagase la hirviente servidumbre al ocaso epidémico, mezcló esfuerzos peninsulares y coloniales, siguiendo el impulso intuitivo de buscar el concierto de energías nacidas desde lugares apartados, aun cuando vivificados por la permanente intención de ayuda desinteresada.

Tenía España en América una organización que, bajo la tutela de los Virreyes y demás autoridades constituidas, presidía la vida y avance de los progresos en sus territorios geográficos delimitados. En esta organiza-

Grandes Almacenes y Bazares Médicos LA ESTRELLA ROJA Hijos de DOMINGO QUERALTÓ

INSTRUMENTOS DE CIRUGÍA : MOBILIARIO
CLÍNICO : ALGODONES : GASAS : VENDAS
ESTERILIZADOS : BRAGUEROS : FAJAS
MATERIAL PARA LABORATORIOS Y FARMACIAS : FACILIDADES EN EL PAGO.

SEVILLA
Pi y Margall, 9

MADRID
Fuencarral, 39

Nuevos libros del Dr. Valdés Lambea

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

Percusión y auscultación del aparato respiratorio

(Seis lecciones elementales)

8 PESETAS

Terapéutica fundamental de la Tuberculosis

(Lecciones para médicos generales y estudiantes)

10 PESETAS

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

Antiasmático poderoso

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES

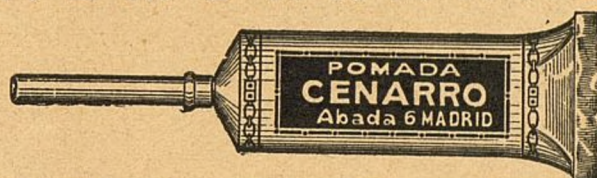
JARABE-MEDINA DE QUEBRACHO

Médicos distinguidos y los principales periódicos profesionales de Madrid: "El Siglo Médico", la "Revista de Medicina y Cirugía Práctica", "El Genio Médico", "El Diario Médico Farmacéutico", "El Jurado Médico Farmacéutico", la "Revista de Ciencias Médicas de Barcelona" y la "Revista Médico-Farmacéutica de Aragón", recomiendan en largos y encomiásticos artículos el JARABE-MEDINA DE QUEBRACHO como el último remedio de la Medicina moderna para combatir el ASMA, DISNEA y los CATARROS CRONICOS, haciendo cesar la FATIGA y produciendo UNA SUAVE EXPECTORACION.

PRECIO: 6,50 pesetas frasco

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

ALMORRANAS



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

EL MEJOR LIBRO DEL ILUSTRE DOCTOR

Don MANUEL MARTIN SALAZAR

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

ES SU OBRA SOBRE HIGIENE

INMUNIDAD

(Con un folleto del Dr. Maraño)

20 pesetas ejemplar, libre de gastos

Pedidos al Apartado 121 - Madrid

DE LA GOTA

TRATAMIENTO MODERNO

POR LA TERAPÉUTICA DEL ESTÍMULO

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

Un tomo cuidadosamente editado, práctico y necesario.

5 PESETAS EJEMPLAR.

Haga su pedido al

APARTADO 121 © MADRID

Adquiera usted la colección de Monografías editadas

por

EL SIGLO
MÉDICO

ANALISIS

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

Laboratorio del Dr. E. ORTEGA

Sucesor del Dr. CALDERON

Carretas. 14.-Madrid

FUNDADO EN 1866

○ PAN INTEGRAL INSOJA ○

EL PAN DE MAS ALTO VALOR NUTRITIVO Y SABOR AGRADABLE

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

Panificadora de Usera

Francisco Mora, núm. 40
Teléfono 74548 - MADRID

IDIABÉTICOS! INATURISTAS! Pedido en Panaderías y establecimientos de régimen.

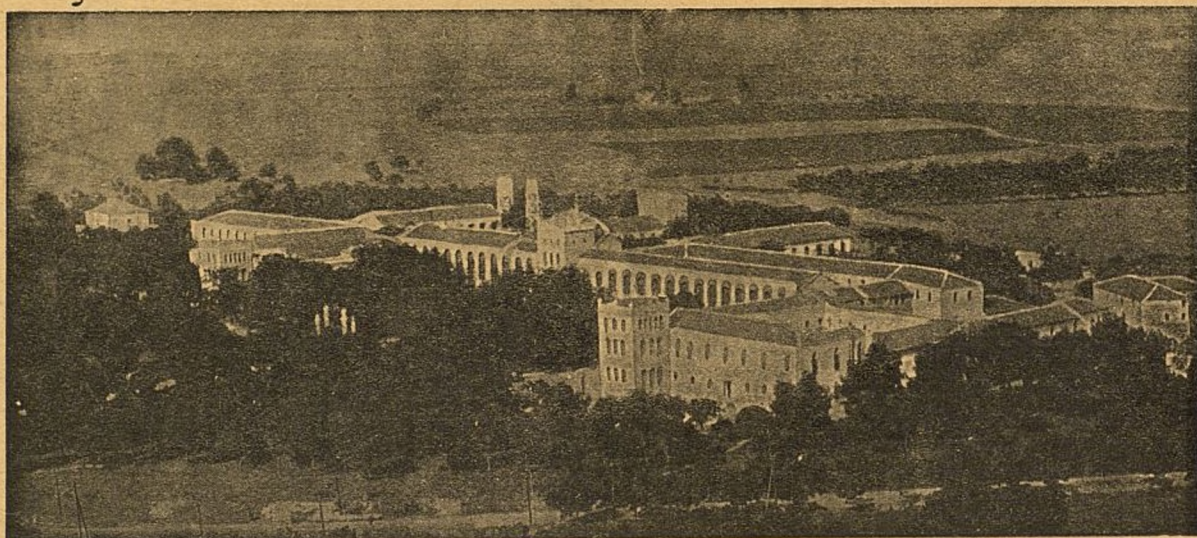
DEPÓSITOS CENTRALES: Mantequerías Rodríguez. La Suiza, Cruz, 26; Tintoreros, 4.

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



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 || SANATORIO... { Carabanchel Alto
Teléfono 16962 || Teléfono 20

III Congreso Internacional de Paludismo

Madrid, 12-18 de octubre de 1936

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

Apellidos y nombre

Título o cargo

Dirección

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

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

Envío por { cheque s. Madrid } pesetas
giro postal

(Se ruega escribir con la mayor claridad.)

(Firma.)

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

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

Ayuntamiento de Madrid