

11-3

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

núm. 4.287.—Tomo 97

AÑO OCHENTA Y TRES

8 Febrero 1936



*El
nuevo
tónico*

*a base
organo-
tecápica
por vía oral*

**Opotonico
MERCK**

En anemias secundarias, durante la con-
valecencia, agotamiento físico y nervioso,
neurastenia y demás estados de debilidad.

Frasco de 160 gr., Pts. 7'80 sello
incluido

VENTA EN ESPAÑA.
Productos Químico-Farmacéuticos, S. A.
Madrid, Ap. 4050 Barcelona, Apartado 724

E. MERCK · DARMSTADT

Antiasmático poderoso

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES

JARABE-MEDINA DE QUEBRACHO

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

PRECIO: 6,50 pesetas frasco

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

Nuevos libros del Dr. Valdés Lambea

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

Percusión y auscultación del aparato respiratorio

(Seis lecciones elementales)

8 PESETAS

Terapéutica fundamental de la Tuberculosis

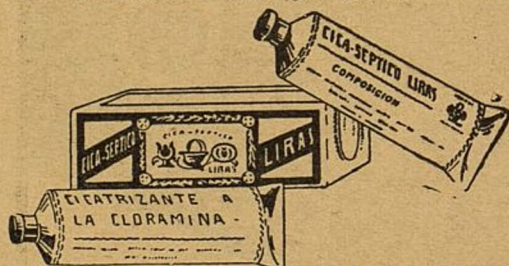
(Lecciones para médicos generales y estudiantes)

10 PESETAS

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

CICA-SEPTICO LIRAS

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

Correspondencia administrativa

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

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

- D. Eloy Enríquez, ídem diciembre 1936.
- D. Jesús Barriuso, ídem íd.
- D. Daniel Borgo, ídem íd.
- D. Manuel Castellón, ídem d.
- D. Aquilo Félix de Vargas, ídem íd.
- D. Luis Barinaga, ídem íd.
- D. Tomás Ausín, ídem íd.
- D. Tomás Ferrer, ídem íd.
- D. Ramón Buñuel, ídem íd.
- D. Antonio Gan, ídem íd.
- D. Benito Fariñas, ídem íd.
- D. Ricardo Tobio, ídem marzo 1937.
- D. Abilio Vinuesa, ídem diciembre 1936.
- D. Pascual Alonso, ídem íd.
- D. Antonio Luna, ídem íd.
- D. Elías Martín, ídem íd.
- D. César Borrachero, ídem íd.
- D. Luis Bueno, ídem íd.

Grandes Almacenes y Bazares Médicos

LA ESTRELLA ROJA

Hijos de DOMINGO QUERALTÓ

INSTRUMENTOS DE CIRUGÍA : MOBILIARIO

CLÍNICO : ALGODONES : GASAS : VENDAS

ESTERILIZADOS : BRAGUEROS : PAJAS

MATERIAL PARA LABORATORIOS Y FARMACIAS

: FACILIDADES EN EL PAGO

SEVILLA

Pi y Margall, 9

MADRID

Fuencarral, 39

ALMORRANAS



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

PARA LAS ENFERMEDADES NERVIOSAS

ELIXIR POLIBROMURADO AMARGÓS

BROMURANTINE (Nombre registrado)

Calma, regulariza y fortifica los nervios

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

POR LAS CLÍNICAS DE EUROPA

Ayuntamiento de Madrid

EL SIGLO MÉDICO

POR LAS CLÍNICAS DE EUROPA

(FORMULARIO CRÍTICO)

TOMO X

**Q, R, S, T, U, V, X,
Y y Z**



MADRID
Bolaños y Aguilar, S. L. • Talleres Gráficos
Altamirano, 50
1936

Ayuntamiento de Madrid

TERTULIA MEDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

AMENIDADES

8-II-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.

CUENTO DE NAVIDAD

La Navidad de un viejo matrimonio médico

POR EL

Dr. PAUL LE GENDRE

El Dr. Bonart era un médico rural sexagenario, que habiendo ejercido concienzudamente su profesión, y no siendo rico, vivía holgadamente, por haber tenido la precaución de haberse acogido a la Caja de Pensiones. Se había casado joven, con una jovencita sin ninguna dote, pero que le había hecho feliz, gobernando su hogar con economía y ayudándole del mejor modo en la tarea difícil de satisfacer a sus clientes, no dejándole olvidar las citas y facilitándole la redacción de sus planes y ficheros. Habían tenido un hijo, que murió por Francia, cuya viuda no le sobrevivió largo tiempo, dejando a sus suegros dos huérfanos, una niña de cuatro años, Colette, y un muchacho de cinco, Juan, a los cuales educaron con todo cariño. Era la víspera del día de Navidad, y por

da de la guerra, María Vinchon, la cual sabía éste era una albuminúrica, y la que, habiéndose agravado de súbito, a consecuencia de un enfriamiento, la habían administrado la extremaunción; vivía esta pobre mujer sola con su hijo Pedro en una casita de un pueblo algo alejado. El

Omnadina
activa las defensas orgánicas

médico no podrá estar de vuelta lo suficientemente temprano para la misa, y renuncia a participar de la alegría y la sorpresa de sus nietecitos, y parte en su viejo automóvil. La pobre mujer para la que ha sido llamado se muere de un edema agudo de pulmón. A su cabecera se hallan dos vecinas caritativas y un niño de cinco años desecho en llanto. El viejo médico prodiga sus cuidados a la moribunda y comprende que no puede partir antes de que termine la agonía, que dura hasta pasadas las doce.

La moribunda ha podido abrazar a su hijito antes de dar su último suspiro. El niño, a consecuencia de la emoción y de la fatiga, se ha dormido. Las vecinas velan a la pobre muerta. El médico en este tiempo piensa en el dolor del niño al despertarse ante el cadáver de su madre. Para evitárselo le envuelve en una manta y, aún dormido, lo coloca en su automóvil.

Cuando llega a su casa su mujer ha acostado a los dos niños, maravillados de la misa a que han asistido, y éstos duermen ya profundamente. La buena señora se sorprende de la presencia del niño, pero, acostumbrada a encontrar bien todo lo que hace su viejo compañero, se arregla para poner un colchón sobre un sofá, y en la madrugada todos duermen en la casa.

Al levantarse el Dr. Bonart envuelto en su batín y calzando las zapatillas de lana hechas por su mu-

jer, entra en el comedor, extrañándose mucho de no ver a ésta. En él estaban los tres niños con la muchacha, que hacía por que se conociesen. En los rostros de Juan y de Colette se leía por turno el asombro y la curiosidad; sobre el de Pedro Vinchon, el embarazo y la tristeza; dos grandes lagrimones corrían por sus mejillas. Pero los tres niños lanzaban sobre todo sus miradas a una sábana blanca tendida ante la alta chimenea, a cuya derecha e izquierda se hallaban dos puertas, una de las cuales comunicaba con el despacho del doctor y la otra con el recibimiento de la casa.

De repente se oyeron dos golpes en la primera de éstas, al mismo tiempo que se abría para dejar paso a una singular aparición: era una vieja mujer envuelta en una manta gris y con una capucha que la cubría casi por entero; avanzaba a pequeños pasos apoyándose en un bastón blanco, y con voz temblona dijo: «¿Es ésta la casa del Dr. Bonart? Yo soy el hada de los Juguetes, soy la que reemplazo al Padre Noël cuando éste está muy ocupado, y, sobre todo, estoy encargada de visitar a los niños buenos que no tienen padre ni madre. Vengo del Cielo para traerles

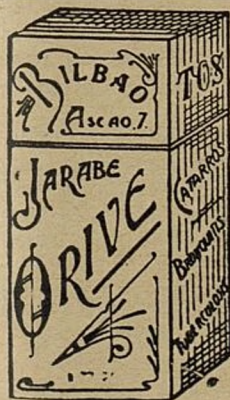
ALMORRANAS internas, externas
y afecciones del recto. Medicación hemorroidal completa.

Doctor RIBALTA -- Prospectos gratis.

Rambla Cataluña, 44.—BARCELONA

noticias de ellos y para recompensarles. Juan y Colette están bien mimados por sus abuelos. Mi pobrecito Pedro, tu mamá ya está también en el Cielo, donde se ha unido a tu papá, y los dos están muy contentos de saber que estás en casa del doctor Bonart, donde serás bien cuidado por su mujer y querido por sus nietecitos.»

Apenas la vieja mujer hubo terminado de hablar, con la punta de su bastón hizo caer la sábana que tapaba la chimenea, y fué tan atrayente la aparición, que los ojos saltones de los tres niños no le quitaban la vis-



FORMULA

POR 20

GRAMOS

Tihocol.... 23 cent.

Codeína... 1 —

Arrhenal. 2 —

Precio al público 4.95 ptas.

primera vez los abuelos habían decidido llevar a los pequeños a la Misa del Gallo, y se prometían para la mañana siguiente la alegría de colocar el árbol de Navidad ante la chimenea, con los juguetes que trajese el buen Papá Noël.

Pero he aquí que después de la cena vinieron a llamar con toda urgencia al doctor para una pobre viu-

FIMONAL



VIAS RESPIRATORIAS

ta. Se veía en medio de pequeñas velas rosas encendidas a la Virgen María, con un manto azul, y teniendo en sus rodillas a un bello niño Jesús. La madre y el niño se hallaban nimbados de oro. Cerca de ellos, en éxtasis, se halla San José. Y no faltaban en el nacimiento ni la mula ni el buey con los pies en la paja, tendidas sus cabezas hacia los barrotes del establo. E igual que el campo que a través de las ventanas de la casa se veía cubierto de nieve, ante él se extendía una capa de ácido bórico. Delante de éste se le-

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

vantaba un pequeño pino, del cual colgaban, atados por lazos rosas, los juguetes preferidos: la muñeca vestida de aldeana, el polichinela jorobado, los marciales soldados, un automóvil y un avión pequeñísimos.

Durante el tiempo que los ojos de los niños se extasiaban ante esta vista, la pequeña vieja había desaparecido como por arte de encantamiento; pero a los gritos de alegría de los niños había contestado la voz de la señora Bonart, quien entró por la puerta del vestíbulo vestida con sus mejores galas y, abrazando a los tres niños, sonreía después con ternura al doctor, quien mostraba un gesto de aprobación emocionada.

Una vez desprovisto el árbol de los juguetes, y cuando cada niño tuvo el suyo en las manos, Anita, la sirvienta, trajo cinco tazas de chocolate perfumado que dejó encima de la mesa, y entonces el viejo médico, con voz grave y temblorosa, dijo: «Abrazaos, hijos míos; amaos los tres y dar gracias a Dios, que os ha enviado un nuevo hermano, y a mi

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

querida mujer y a mí un tercer nieto.»

Y en todos los rostros se podían leer las más bellas emociones humanas.

(Traducido de *El Progrès Médical*, por J. H. S.)

De que murió el mariscal Pilsudski

Por el Dr. BOIGEY

Es gracias a la *Polska Gaceta Lekarska* como podemos hoy saber algunos datos acerca de la muerte del mariscal José Pilsudski.

CARABAÑA: el mejor purgante

Este había tenido durante una gran época de su vida bronquitis, un enfisema pulmonar y pleuresías. Hace tres años estuvo a punto de morir a consecuencia de una gravísima bronconeumonía que padeció. La convalecencia fué muy larga y el enfermo no podía dormir sino con varias almohadas.

A excepción de la función pulmonar, los demás órganos del mariscal parece que estaban en buen estado. Su constitución era vigorosa. Y pensando con la lógica, era del aparato respiratorio de donde habíase de temer complicaciones. El corazón marchaba bien, a pesar de existir una ligera hipertensión.

No fué sino a comienzos de enero de 1935 cuando aparecieron los primeros síntomas de la enfermedad de la cual había de morir. Por esta época, el general perdió una hermana a la cual le unía un profundo afecto. Sus familiares atribuyeron a la pena producida por esta pérdida su cambio de facciones y su adelgazamiento. Su régimen de alimentación era bastante mediano, su dentadura era muy mala. Bebía de seis a ocho vasos grandes de té al día, y en la

SARN A

Cúrase con SULFURETO CABALLERO

composición de sus minutas predominaba la carne.

A mediados del mismo mes de enero aparecieron vómitos, y las digestiones se hicieron muy pesadas. Se presentó un ligero edema de los tobillos—éste era fugaz y sólo duraba unas pocas horas—, no pareciendo hallarse en relación con una mala eliminación renal; ésta era por aquellos días perfecta.

Sin embargo, el hígado aumentó ligeramente de volumen, sin que se presentase dolor alguno. La idea de un examen detenido o de una consulta desagradaba mucho al mariscal. Al Dr. Woyczynski, su médico de cabecera, que veía con temor el aumento del hígado, y que decía que la enfermedad hepática debía ser cuidada con todo rigor desde un principio, le contestaba irónicamente el augusto enfermo: «Es natural que un médico afecto de una afección hepática como usted se halle inclinado a atribuir enfermedades hepáticas a sus clientes.»

Poco a poco, los sufrimientos fueron apareciendo, y rápidamente se hicieron tan intensos, que el mariscal, que al principio se había esforzado por disimularlos, y que en un principio marcaba las minutas que debían presentarse a su mesa, se

puso, o bien a disminuirlas o bien a suprimir una de sus dos principales comidas. En el mes de marzo se avino a hacer una cura de frutas durante quince días, si bien este cambio en sus costumbres no le produjo mejoría alguna.

El hígado seguía aumentando, los temores del Dr. Woyczynski eran cada vez mayores y, a pesar de la falta de toda prueba biológica que hubieran dado los análisis y los reconocimientos, a los cuales se negaba el mariscal, la idea de un cáncer de hígado, de marcha rápida, se preci-

BARACHOL

Cura Eczemas, Erupciones y Enfermedades Rebeldes de la Piel.

saba cada vez más en su espíritu.

Cada día que pasaba, el enfermo se alimentaba menos, hasta el punto que se produjo en el mismo un estado de caquexia y de adelgazamiento progresivo. Las extremidades se descarnaban, la cara tomaba aspecto terroso y el vientre aumentaba de volumen.

Fué en este momento cuando empezaron a producirse hemorragias intermitentes por el intestino. La absorción de líquidos nutritivos se hacía cada vez más difícil. Frecuentemente se producían vómitos, en los cuales el enfermo devolvía todos los alimentos ingeridos.

En los últimos días, el profesor K. F. Wenckebach, de Viena, prescribió la administración de suero antihemorrágico—hemoplastina—, con objeto de detener las hemorragias repetidas, que debilitaban progresivamente al paciente.

La víspera de la muerte se produjo un vómito de sangre pura muy intenso. Fué, puede decirse, el golpe de gracia. Las fuerzas del enfermo declinaron rápidamente, la ten-

STROPHANTHIUM PALLARES

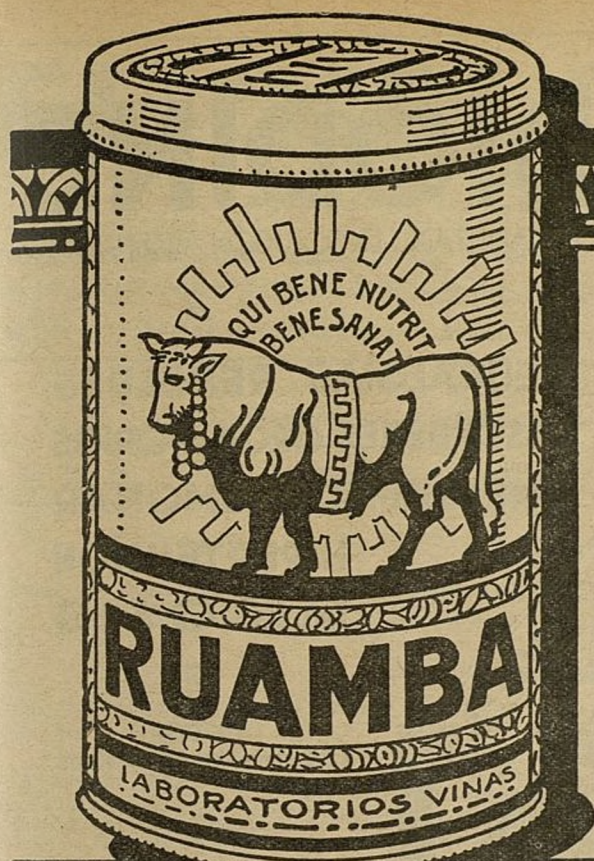
Valoración biológica:

Un cc. contiene 2 1/2 miligramos de Estrofantina

sión sanguínea descendió con toda rapidez. El médico general, doctor Ruppert, y los profesores doctores Mozolowski, Cianciaria y Tukonowicz preconizaron una inyección intravenosa de coramina, que sólo tuvo eficacia momentánea. Una hemorragia intestinal continua arrebató la vida al mariscal.

Practicada la necropsia, demostró la existencia de un cáncer, ya antiguo, de hígado, que el Prof. Kallincinski diagnosticó histológicamente de «carcinoma hepatis biliparum».

(Traducido del diario *L'Œuvre* por J. H. S.)

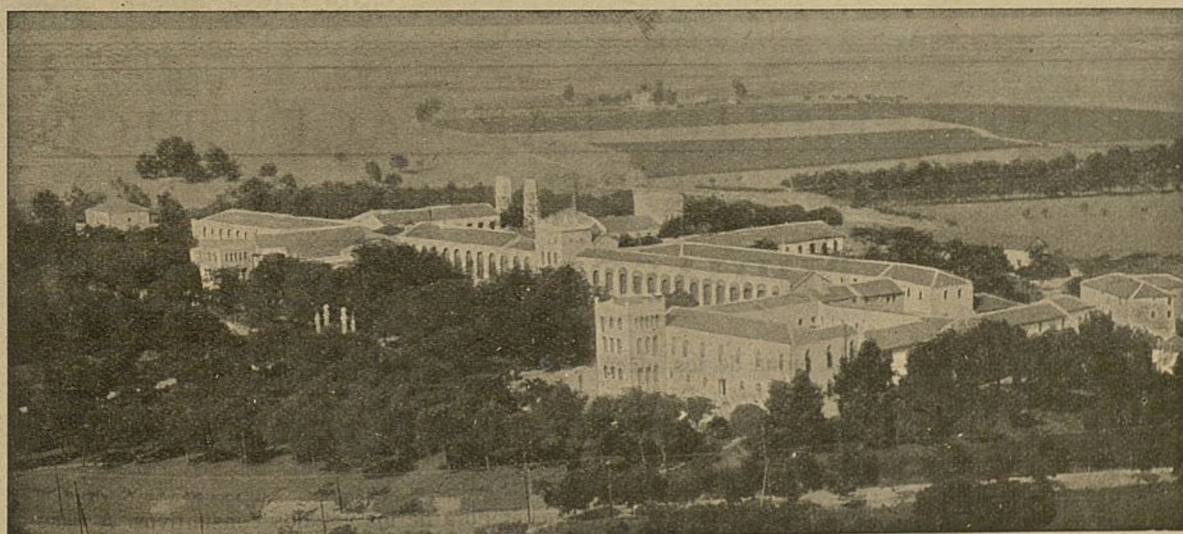


**Poderoso reconstituyente para
niños y adultos.**

Contiene los principios indispensables
a la función vital.

Una cucharada de **R u a m b a**,
mezclado en la leche, aumenta cuatro
veces su valor nutritivo y constituye un
delicioso desayuno o merienda para los
anémicos, inapetentes, raquíticos, albu-
minúricos, desnutridos, etc.

Laboratorios Viñas - Claris, 71 - BARCELONA



**SANATORIO PSIQUIATRICO
ESQUERDO**
FUNDADO EN 1877

PARA AMBOS SEXOS, CON SEPARACIÓN ABSOLUTA

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

TRATAMIENTOS MODERNOS ♦ CUATRO MÉDICOS INTERNOS

Director: JAIME ESQUERDO SAEZ

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

SANATORIO... } Carabanchel Alto
Teléfono 20

*Dolor
para mí no existes!*

(POSIDONIUS)



SODIODINE

YODURO SÓDICO ESTABILIZADO EN SOLUCIÓN AL CENTÉSIMO

NEURALGIAS REBELDES
DESÓRDENES CIRCULATORIOS
ENFISEMA PULMONAR
HIPERTENSION
MICOSIS

DOSIS

1 ó 2 ampollas por 24 horas

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

LABORATORIOS CORTIAL, 7 RUE DE L'ARMORIQUE, PARIS

LABORATORIO FARMACEUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

DIRECTOR D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA
(ESPAÑA)

Jarabe Bebé

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

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

Tetradinamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

Mutasán

(INYECTABLE)

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

AL PEDIR MUESTRAS INDÍQUESE ESTA REVISTA Y ESTACIÓN DEL FERROCARRIL

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. Prot. D. Amalio Gimeno y Cabañas

Conde de Gimeno. Presidente de la Academia Nacional de Medicina

Vicepresidente: Excmo. Sr. Dr. Víctor M.^a Cortezo

Inspector general de Instituciones Sanitarias. Académico de número de la Nacional de Medicina. Profesor del Instituto Nacional de Sanidad.

VOCALES

Dr. MARIANO ACENA De la Beneficencia Municipal de Madrid.	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 PASCUAL Médico forense de Madrid. 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. Neurosiquiátrata 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 1 peseta. — Toda suscripción se considera prorrogada, de no recibir aviso en contra. — Pago adelantado Número atrasado, 2 pesetas.

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

EL SIGLO MEDICO

Tomo 97

::

Sábado 8 de Febrero de 1936

::

Núm. 4287

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: El Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía (Continuación), por el Prof. D. José Blanc y Fortacin.—Queratitis intersticial heredo-luética, tratada complementariamente por los rayos X, por el doctor Marín Amat.—La aplicación de los rayos X en la invalidez relativa del anillo de Waldeyer, por los Dres. E. D. Dubovy y E. J. Olshanovsky.—BIBLIOGRAFÍAS.—PERIÓDICOS MÉDICOS.

El Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía

(El Cairo 31 de diciembre de 1935, a 4 de enero de 1936)

POR EL

Prof. D. JOSE BLANC Y FORTACIN

Miembro de la Sociedad Internacional de Cirugía.

(Continuación)

III.-Las sesiones del Congreso

PRIMERA CUESTION

Cirugía de las paratiroides (Discusión)

El Dr. Leriche.—Fundado en 35 casos personales describe su técnica operatoria. Tras incisión transversal y báscula del lóbulo tiroideo, descubre la tiroidea inferior, cuya sección constituye todo un método de extirpación fisiológica en aquellos casos en que no se está seguro de haber encontrado la glándula método personal; en todos los casos de extirpación, el examen histológico debe ser hecho para identificar lo extirpado, que a veces no es la glándula paratiroides. En seis casos de su práctica inicial no halló las paratiroides; a medida que su práctica avanza, no ha fracasado en el hallazgo.

Dos casos de parálisis recurrentiales, por haber cogido el nervio en la ligadura de una arteriola. La lesión del nervio pudo ser corregida por una nueva intervención liberadora del mismo.

Según el autor, las indicaciones de la paratiroidectomía son: 1.ª, la enfermedad de Recklinghausen, estudiada por los ponentes; 2.ª, la poliartritis, en la cual debe proseguirse en esta orientación, en razón a los resultados cada vez más alentadores. En la esclerodermia, cuya etiología paratiroidea comprueban los éxitos terapéuticos, pese a la oposición de los dermatólogos. Aconseja el autor la asociación de las paratiroidectomías con las simpatectomías, constituyendo esta terapéutica la cirugía de las perturbaciones humores; después del calcio podremos llegar a actuar quirúrgicamente sobre las grasas y el colesterol.

El Dr. Jirasek (Praga) ha empleado la paratiroidectomía en las osteítis fibrosas y en la esclerodermia. En el hipoparatiroidismo con tetania preconiza el ingeritiroideo.

El Dr. Abadie, de Orán, presenta siete casos. Hipercalcemia rebajada por la intervención; mas sólo ella no basta para una indicación operatoria.

M. O. Haberland (Colonia).—Protesta contra la electrocoagulación como método en las tiroidectomías, demostrando su desfavorable acción en las paratiroides.

Hussem (El Cairo).—Aporta su experiencia personal.

J. Arce (Buenos Aires).—Con Annibal Introzzi considera demasiado ampliadas las indicaciones de la paratiroidectomía. Osteítis fibrosa, esclerodermia y poliartrosis anquilosante son el campo de aplicación de la misma. La otoespongiosis con hipercalcemia no obtiene resultados. La calcemia se normaliza. Pero la anquilosis del estribo persiste. Estudios experimentales acerca de la irrigación sanguínea ósea en los hiper y de la influencia del timo sobre la osteítis fibrosa experimental en el animal en crecimiento son esbozadas por el comunicante.

El Dr. Sánchez Cózar (Zaragoza) estudia la acción de la paratiroidectomía en las espondilosis de Strumpell Marie y de Bectereu, y sobre las espondilitis, ni reumáticas ni específicas.

El Dr. Albert (Lieja), insiste acerca de la gravedad de la ablación total de ciertos adenomas paratiroides. Un caso personal fué seguido de tetania mortal. Considera como cirugía de gran porvenir los injertos glandulares.

El Dr. Appelmans de Milenarc (Lovaina) presenta la observación de un enfermo con hiperparatiroidismo verdadero, con hipercalcemia, hiperfosfatemia y un balance cálcico negativo asociado al hipertiroidismo, y que padecía una artritis anquilosante.

En ausencia de adenomas, se resecaron las nueve décimas partes del lóbulo izquierdo y las tres cuartas partes del lóbulo derecho tiroideos. Curación desde hace dos años.

M. Hortolomei, de Bucarest, aporta tres casos de paratiroidectomía por poliartritis anquilosante. El primero, totalmente anquilosado, curó después de la extirpación de un adenoma paratiroideo. A los cuatro meses, crisis de tetania, que cedieron a la inyección de cal. El segundo caso se trató con ligadura de la tiroidea inferior. Lo extirpado no era más que grasa. A pesar de ello, la calcemia descendió. El tercer caso, con extirpación de una paratiroide, no ha tenido más que un ligero alivio.

El Dr. González Aguilar, presenta como tipos opues-

tos el hiperparatiroidismo con hipercalcemia y decalcificación esqueléticas, cuyo síndrome típico es la enfermedad de Recklinghausen y la hipocalcemia del hipoparatiroidismo, con anquilosis progresivas exóstosis múltiples y osificaciones musculares.

Los Dres. Delrez y Bottin, de Lieja, comunican seis observaciones personales. Dos casos de espondilosis rizoméricas con metabolismo cálcico normal, sin modificación alguna por la intervención. Dos de artritis deformante difusa con poco resultado, y dos de enfermedad de Paget, con descenso de la calciuria y calcio fecal, pero sin modificación de la calcemia. Queda, pues, muy obscura la influencia de la paratiroidectomía sobre el metabolismo cálcico, y además llama la atención que en los casos de paratiroidectomía doble no haya aparecido tetania.

El Dr. Arturo Parera (Madrid), ha tratado con paratiroidectomía un caso de esclerodermia local y tres de enfermedad de Recklinghausen. Esta última es, a su juicio, la indicación principal. Astenias generales, con ptosis viscerales y aplasias aponeuróticas, son, a su juicio, también susceptibles de ser tratadas por paratiroidectomías.

SEGUNDA CUESTIÓN

Cirugía del colon (excepto cáncer)

DR. MANUEL CORACHAN (BARCELONA)

La ponencia sobre cirugía de las afecciones no cancerosas del intestino grueso la divide en 14 capítulos. En primer lugar, estudia los más recientes progresos hechos en el campo de la anatomía y fisiología del colon, en particular por lo que se refiere a su vascularización y a su motilidad e inervación, conocimientos de gran interés, no sólo para el diagnóstico, sino también para ciertos detalles de técnica operatoria, que tienden a mejorar los resultados de la terapéutica quirúrgica de las afecciones del intestino grueso.

En el segundo, bajo el título de anomalías congénitas, estudia una serie de afecciones cólicas, tales como el megacolon, el dolico colon, el ciego movable, la situación elevada de la flexura esplénica, etc., cuyo estudio en terapéutica quirúrgica constituye uno de los capítulos más interesantes de la cirugía del colon, actualmente en completa evolución.

En el apartado tercero estudia los vólvulos de la flexura sigmoidea, del ciego y del colon transversal; en su estudio insiste particularmente sobre la actualidad que vuelven a tener las ideas de Zoege von Manteuffel sobre la patogenia del vólvulo cecal y sobre las indicaciones operatorias y la técnica a seguir en el vólvulo de la flexura sigmoidea principalmente.

En el apartado cuarto estudia otra variedad de oclusión mecánica: la invaginación, de observación muy rara, si se tiene en cuenta que, limitándose a las afecciones del colon, sólo se estudia la invaginación colocolica.

El estado actual de las indicaciones del tratamiento médico u operatorio en los enfermos afectos de éxtasis intestinal crónico constituye el objeto del quinto apartado. La importancia de este estudio se comprende fácilmente si se tiene en cuenta el abuso que se había hecho del tratamiento operatorio del estreñimiento crónico hasta hace muy pocos años.

En el apartado sexto se ocupa de las características

que presentan las heridas del colon, que casi siempre van acompañadas de la lesión de otras vísceras intra-abdominales.

El apartado séptimo se reduce a discutir las indicaciones operatorias de las fístulas estercoráceas inveteradas, tan difíciles de tratar y de curar radicalmente. Se exponen en este capítulo las ventajas e inconvenientes de la sutura extra e intraperitoneal y de la exclusión intestinal.

El octavo apartado comprende el estudio clínico y las indicaciones operatorias de un conjunto de afecciones inflamatorias del colon, tales como la colitis ulcerosa, la úlcera del colon y la poliposis difusa.

En el siguiente apartado se expone el criterio clínico que debemos tener hoy día de la diverticulosis y de la diverticulitis, y de las diversas variedades anatómo-patológicas de esta última y su tratamiento.

El tratamiento quirúrgico de los pseudotumores inflamatorios del colon constituye la materia del noveno apartado. La importancia clínica de estos tumores inflamatorios está en que se pueden confundir fácilmente con una neoplasia maligna, y que su tratamiento curativo es exclusivamente quirúrgico.

El estudio clínico e indicaciones terapéuticas en las inflamaciones crónicas del intestino grueso, tuberculosis, sífilis y actinomicosis constituyen los apartados 11, 12 y 13.

Finalmente, en el 14 y último apartado, se estudian los tumores benignos del colon, afección rara, y cuya principal complicación es la oclusión mecánica del intestino.

Dada la extensión del trabajo, no es posible hacer referencia de todos los capítulos. Resumiremos los más interesantes.

Megacolon.

El megacolon es la afección de naturaleza congénita cuyo interés quirúrgico es mayor. Basta considerar que en la mayoría de los casos tiende a progresar en edades posteriores, incluso más allá de la juventud, a despecho de los esfuerzos del tratamiento médico.

Mucho se ha hablado del megacolon regresible después de un tratamiento médico encaminado a normalizar el tránsito digestivo. En un trabajo de Gallart se exponen una serie de casos de megacolon radiológicos, curados en las circunstancias acabadas de citar.

En la mayor parte de descripciones de megacolon transitorio regresible no es posible comprobar la alteración propiamente característica del megacolon, cual es la hipertrofia de la pared intestinal.

En la terapéutica quirúrgica del megacolon ha ocupado, hasta épocas recientes, el punto central de la misma la colectomía. Los adelantos de la técnica quirúrgica han permitido llegar a una intervención que no tiene los graves inconvenientes (que Finsterer ha hecho resaltar) de las operaciones que establecen un corto circuito intestinal: ileosigmoidostomía. Esto no obstante, nosotros hace unos doce años operamos un caso de megacolon en un joven de veintidós años, practicando una ileosigmoidostomía, con éxito completo, ya que hace pocos meses hemos tenido noticias del mismo en que nos relata una completa normalidad de su aparato digestivo.

La colectomía tiene fundamentalmente una base anatómica: extirpación de un segmento más o menos ex-

tenso, monstruosamente dilatado, con alteraciones histológicas "definidas" de la pared, expresándose microscópicamente por un engrosamiento considerable y un aspecto fibroso de la misma. La mejor, la única manera de resolver el problema era el verificar la "amputación" de la porción alterada. Ello comporta una serie de detalles que sólo muy ligeramente citaremos. Importancia primordial de una preparación preoperatoria que haga desaparecer la estercoremia, levantando las fuerzas del individuo para que éste pueda sufrir una operación de la importancia de la colectomía. Desde el punto de vista local es preciso poder trabajar en un intestino sin fenómenos de retención y en asa no dilatada. Ello puede plantear en determinadas circunstancias la indicación de una operación previa de drenaje: cecostomía, ileosigmoidostomía.

El punto de vista actual del origen neurógeno de la afección ha abierto un fecundo campo a la terapéutica quirúrgica. La hipótesis del origen nervioso del megacolon ha sido expuesta a base de observaciones que, con mayor o menor evidencia, muestran la naturaleza postencefalítica de la afección.

Wade y Royle: vía de acceso lumbar sobre la cadena lumbar, seccionando las ramas que, partiendo de los ganglios (ramisección lumbar), se dirigen a la línea media, constituyendo el origen del hipogástrico. Sección asimismo de la cadena lumbar por debajo del ganglio cuarto. Esta operación ha demostrado su efectividad en un gran grupo de casos.

Judd y Adson: vía transperitoneal. Extirpación de ganglios segundo, tercero y cuarto y tronco simpático *in totu*. Interrumpe más vías simpáticas; pero tiene el inconveniente secundario de hacer desaparecer el control vasomotor de las piernas. Robertson hace lo mismo por vía lumbar. Constituyendo una operación con un *shock* mínimo. No considera como un inconveniente los efectos vasomotores sobre las extremidades inferiores, sino al contrario, en estos enfermos con pies húmedos y fríos la intervención logra corregir este defecto.

Vólvulo.

Se trata de una afección rara, y por cuyo motivo su estudio ha sido un poco descuidado por los autores que de ella se han ocupado. En efecto, hasta hace poco tiempo las publicaciones aparecidas referentes a esta afección no hacían más que repetir conceptos vertidos ya por otros autores; no obstante, actualmente se encuentran en la literatura excelentes trabajos que han contribuido mucho al mejor conocimiento de esta variedad de vólvulo.

Si examinamos el trabajo inicial de Zoege von Manteuffel, presentado al Congreso de Cirugía de Berlín, en 1898, vemos que este autor describía tres grados de vólvulo del ciego. En un primer grado, el ciego bascula alrededor de un eje transversal, dirigiendo su fondo hacia el hígado y haciéndose su cara anterior posterior. En un segundo grado, el eje del movimiento es oblicuo de arriba abajo y de derecha a izquierda, de modo que el fondo cecal viene a ocupar la región umbilical y hasta el hipocondrio izquierdo. En un tercer grado, el eje de rotación continúa inclinándose, y se produce una rotación y torsión del órgano alrededor del eje longitudinal del ciego.

Posteriormente, parece que se olvidaron las ideas de Zoege von Manteuffel, pues encontramos autores, como Cavaillon y Delvoye, Wilms, Lenormant, etc., que creen que se debe reservar el nombre de vólvulo del ciego a los casos en que existe una torsión limitada del ciego, colon ascendente y porción inicial del íleon, y casos que deben distinguirse de las acodaduras del ciego alrededor de un eje transversal, que no constituyen verdaderas torsiones. Este concepto distingue y opone el vólvulo del ciego (o torsión del intestino sobre sí mismo) del ciego *erectum* de los autores alemanes o ciego en báscula o invertido de los autores franceses (Belot y Lepennetier, D'Allaines y Thomas, etc.). Desde este momento se confunden y describen separadamente los vólvulos por rotación alrededor del eje longitudinal, los vólvulos por rotación alrededor de un eje transversal y los vólvulos por combinación de estos dos movimientos; posteriormente, la descripción del ciego movable como una nueva entidad clínica no hizo otra cosa sino aumentar aún más la confusión, a pesar de que el ciego movable no se parece en nada a las descripciones de von Manteuffel.

Pero si tenemos en cuenta que el vólvulo en general no es más que una torsión de una asa intestinal alrededor de un pedículo mesentérico, el vólvulo cecal es comparable al vólvulo de la flexura sigmoidea, pues si esta última constituye una verdadera asa, en el lado derecho también existe una formada por el colon ascendente, ciego y terminación del íleon.

Y si consideramos que las causas del vólvulo de la flexura sigmoidea son principalmente la existencia de una asa anormalmente larga con un meso muy largo, también y la mesosigmoiditis retráctil, que aproximando los dos cabos del asa constituye una especie de pedículo alrededor del cual puede verificarse la torsión, en el lado derecho podemos encontrar igualmente las mismas condiciones favorables, es decir, una movilidad del íleocecocolon ascendente que permite la rotación del asa y frecuentes inflamaciones (apendicitis, colitis, tiflitis), que, provocando la formación de bridas y adherencias, fijan el ciego en una posición más o menos acodada, realizándose así una verdadera mesenteritis retráctil. De esta manera, ciertas posiciones del ciego en báscula por rotación alrededor de su eje transversal son debidas a adherencias o bridas y constituyen el primer grado del vólvulo cecal, según las ideas de von Manteuffel, apareciendo más tarde la rotación alrededor del eje longitudinal.

La invaginación cólica.

Como es sabido, la invaginación puede aparecer a cualquier nivel del tubo intestinal, y de ahí que se distingan diferentes tipos de esta variedad de oclusión intestinal, según que el obstáculo interese el intestino delgado, el colon o ambos a la vez. Según el segmento a segmentos intestinales invaginados, se distinguen en la práctica las cuatro variedades siguientes: la invaginación *entérica*, o sea del intestino delgado; la invaginación *ileocólica*, en la que el intestino delgado pasa a través de la válvula ileocecal; la variedad *íleocecal*, en la que la válvula de Bauhin constituye la cabeza de la invaginación, y la variedad *cólica* o del intestino grueso solamente.

La invaginación colocolica puede observarse en cual-

DE EFEDRA ESPAÑOLA



**LABORATORIOS JUSTE
MADRID**

Francisco Navacerrada, 3, hotel
• 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



VEGANIN

Analgésico de prescripción esencialmente médica
El más potente - El menos tóxico - El mejor tolerado

Asociación medicamentosa sinérgica de ácido acetilsalicílico, de fenacetina y de fosfato de codeína, de la cual se deriva su **máxima acción terapéutica** en la: Gripe, Resfriados, Neuralgias, Reumatismo y estados reumáticos, Dismenorrea, en Otorrinolaringología, en la práctica Odontológica y Postoperatoria,

Para literatura y muestras gratuitas a los señores médicos dirigirse a:
LABORATORIO Y COMERCIO SUBSTANCIA, S. A.
Apartado 410 - Barcelona

quier segmento del intestino grueso, aunque, en general, la mitad izquierda del colon es más afectada que la derecha.

El tratamiento consistirá en la laparotomía y restablecimiento del curso de las materias fecales, interrumpido a causa del obstáculo que representa el intestino invaginado. La operación deberá ser precoz en los casos agudos y lo más rápida posible en los de marcha crónica, a fin de evitar el desarrollo de lesiones gangrenosas por dificultad circulatoria.

Astricción.

La astricción es un síntoma de diversas alteraciones orgánicas del colon y del recto, pero con mucha más frecuencia se presenta en individuos que no tienen ninguna lesión demostrable. De ahí la absoluta necesidad de discriminar desde un punto de vista terapéutico la astricción orgánica de la funcional; pero es útil tener en cuenta, como dice Payr, que en todos los casos hay un componente anatómico y otro fisiológico, por más que el uno o el otro pueden predominar considerablemente. Por lo tanto, ante todo caso de constipación crónica, antes de plantear un tratamiento médico o de proceder a una intervención, es necesario practicar una meticulosa exploración para discriminar la relativa importancia de cada uno de los elementos dichos.

Tratamiento.—A pesar de las ideas de Lane, tan profusamente expuestas y que tantos prosélitos hicieron en Inglaterra y en Francia, el tratamiento del éxtasis intestinal crónico con escasas o nulas alteraciones anatómicas no sabríamos considerarlo como perteneciente al cirujano. En la inmensa mayoría de los casos, una dieta bien reglamentada, una higiene física y mental cuidadosa, una medicación apropiada, darán cuenta de los síntomas molestos, y la mayor parte de estos enfermos son curados o apreciablemente mejorados. Sólo una pequeña parte (el 5 por 100, según Rankin), siguen con síntomas lo bastante graves para indicar una operación quirúrgica.

Constipación derecha.—La investigación radiológica en los casos de constipación permite descubrir que la papilla opaca permanece el máximo de tiempo en el ciego y colon ascendente, al paso que el transversal y descendente aparecen vacíos. La causa primaria de la constipación, en estos casos, es a menudo la debilidad muscular y dilatación secundaria del ciego; en otros, una falta de fijación de este segmento intestinal, y, en otros, por fin, la adherencia del colon ascendente al transversal en forma de cañón de escopeta.

En la tífatonía pude dar buen resultado la cecoplicatura suturando entre ellas las cintillas longitudinales, operación muy simple que se puede practicar como complemento de la apendicectomía, y que, en manos de Finsterer, ha dado buenos resultados. Gerulanos propone otra técnica con la cual se obtiene el fruncimiento del ciego mediante tres suturas de seda que atraviesan paralelamente la serosa desde la base del apéndice hasta lo más arriba posible, y separadas una de otra por unos nueve centímetros de distancia. En 106 casos, Gerulanos ha obtenido buen resultado.

Heridas del colon.

Las heridas del colon, lo mismo que las del intestino delgado, son producidas por agentes traumáticos

que lesionan al mismo tiempo las paredes abdominales, tales como las heridas por punción, incisivas o por armas de fuego (bien estudiadas estas últimas por Bajenow), o por traumatismos obtusos que, sin producir una herida en la pared abdominal, pueden dar lugar a rupturas del intestino, sobre todo si éste se encuentra lleno. De ahí la división clásica de los traumatismos del colon en penetrantes y no penetrantes.

También puede ser lesionado el intestino de dentro hacia fuera por cuerpos extraños que han penetrado en él y que se enclavan en la mucosa y luego perforan la pared intestinal de un modo repentino o lentamente. En el primer caso, se desarrollará el cuadro de una peritonitis difusa; en el segundo caso, acostumbran a formarse procesos inflamatorios de la pared intestinal alrededor del cuerpo extraño, con formación de adherencias con asas intestinales vecinas, con epiploon, con la pared abdominal anterior, etc., produciéndose, por último, un absceso o desarrollándose una peritonitis.

En los casos de empalamiento también puede ser lesionado el intestino de dentro afuera, cuando el agente que produce el empalamiento penetra por el peritoneo o por el recto hasta la cavidad abdominal. En este grupo incluye V. Haberer las heridas del intestino producidas por cuerpos extraños introducidos en el recto, o por instrumentos como, por ejemplo, el rectoscopio. Finsterer ha observado una lesión grave de la S ílica hecha por un ginecólogo al practicar un raspado por aborto.

La frecuencia de las heridas del colon es mucho menor que las del intestino delgado.

Las particularidades anatómicas y fisiológicas del colon hacen que la patología traumática de este segmento intestinal difiera un poco de la del intestino delgado. En efecto, el intestino delgado, con excepción del duodeno, goza de una extraordinaria movilidad, por lo que, cuando se perfora, esparce rápidamente su contenido a la cavidad peritoneal; además, todas sus asas son completamente endoperitoneales. En cambio, en el colon sólo el transversal y sigmoide son endoperitoneales por completo; el resto (ciego, colon ascendente, los dos ángulos, hepático y esplénico y colon descendente), como el duodeno, tiene un meso íntimamente aplicado a la pared abdominal posterior, sin relación alguna con la cavidad peritoneal y que explica la existencia de heridas extraperitoneales del colon ascendente y descendente. Estas lesiones, que no son rarísimas, provocan extravasaciones sanguíneas y abscesos extraperitoneales.

Otro factor que caracteriza las heridas del colon es su mayor riqueza en gérmenes, lo que hace mayor el peligro de contaminación e infección peritoneal; no obstante, hemos de tener en cuenta que este inconveniente está en parte compensado por el hecho de que el contenido del colon, especialmente en el lado izquierdo, es mucho más espeso y sólido que en el intestino delgado, y su vaciamiento en el peritoneo es, por tanto, menos abundante e inmediato, lo que da tiempo para la formación de adherencias protectoras. Pero la experiencia nos enseña que el mayor número de peritonitis por heridas por arma de fuego son debidas a lesiones del colon, especialmente del descendente.

Fístulas estercoráceas.

Nosotros somos partidarios de la exclusión intestinal en el tratamiento de las fístulas estercoráceas, trata-

miento que consideramos como el más seguro e inofensivo. La exclusión intestinal puede hacerse de varias maneras. Se puede recurrir a la simple enteroanastomosis. Esta operación, grave de por sí, hace ya largo tiempo que se ha demostrado que no tiene ningún valor. La exclusión unilateral tampoco acostumbra a dar resultados definitivos. En cambio, la exclusión intestinal total, con abocamiento al exterior, cuando menos, de un cabo intestinal, o, mejor, de ambos, constituye el procedimiento de elección en el tratamiento de las fístulas estercoráceas, porque es el menos peligroso y el más seguro, permitiendo, además, la extirpación secundaria del segmento intestinal excluido, lo que conduce siempre a la curación definitiva del enfermo.

Afecciones inflamatorias: Colitis ulcerosa.

Los estudios llevados a cabo en el vivo mediante la sigmoidoscopia y las observaciones necróscas han llevado a obtener conocimientos muy precisos sobre la evolución de las lesiones en la colitis ulcerosa. Estas pasan primero por un estadio de inflamación difusa, granular, fácilmente hemorrágica, con la consiguiente reducción del calibre cólico; pronto aparecen abscesos miliares, que se convierten en úlceras del mismo tamaño, las cuales, por confluencia, dan lugar a úlceras extensas. En la autopsia se encuentran siempre estas grandes úlceras penetrantes hasta la serosa, que, en algunas, llega a perforarse. Las porciones del colon más afectadas son las distales; el ciego, en general, no presenta más que una inflamación difusa, y en algún caso pequeñas úlceras. La reducción del calibre cólico marcha paralela a la intensidad del proceso ulceroso, de modo que en el ciego suele ser escasa o nula. El engrosamiento de la pared depende, en los estadios precoces, del edema y de la infiltración muscular de sangre y de exudación purulenta. En las fases finales el engrosamiento es producido por la fibrosis y el tejido de cicatrización que incluye todas las capas intestinales.

Tratamiento.—El tratamiento de la colitis ulcerosa debe ser siempre inicialmente médico, salvo en los casos complicados. Respecto a este tratamiento médico, sólo vamos a señalar las directrices principales, sin entrar en detalles.

La intervención a elegir varía según la extensión de las lesiones. El principio que debe regir es siempre el mismo: el reposo completo del intestino mediante la exclusión total del segmento enfermo. Cuando el proceso morbooso se limita con seguridad a la flexura sigmoidea, puede intentarse, en interés del paciente, establecer un ano preternatural en el colon descendente o, todavía mejor, en el colon transversal. Si está enfermo el colon proximal, mientras que el distal está sano, Fonnis aconseja una ileotransversostomía o ileosigmoidostomía, con sección del intestino por encima de la anastomosis, cierre de la porción distal mientras que la proximal se aboca a la pared. Cuando todo el colon está afecto, la operación de elección es, sin lugar a dudas, la ileostomía.

El Dr. Soupault (París).—El autor se ha limitado al estudio de cuatro capítulos de la extensa Cirugía cólica en general, capítulos que son los menos conocidos en esta materia.

Los divertículos del colon, frecuentes sobre todo en las sigmoides, se presentan con aspectos diversos; se los puede catalogar en formas agudas, subagudas y crónicas.

Las formas agudas son la peritonitis generalizada por perforación, que requiere con urgencia sutura de la perforación y drenaje, y la peritonitis circunscrita o absceso pericólico, que es preciso desaguar primero, y resecar o no, más tarde, según los casos. Son éstos aquellos en que, pasada la crisis y curado el absceso, persiste un tumor inflamatorio que no es más que un estado crónico.

Las formas subagudas, ataques de diverticulitis o divertículo, sigmoiditis más o menos extensas, ceden generalmente al tratamiento médico; operadas, serán generalmente tratadas, o por la resección del divertículo inflamado, o por una prudente exteriorización resección del asa afecta de diverticulitis.

Las formas crónicas son el *tumor inflamatorio*, que hay interés en resecar, siempre que sea posible, después de derivación previa.

Los *tumores fistulizados* en la vejiga curan, o por cura radical del trayecto, o por la simple colostomía suprapleural. Hay *formas estenosantes*, para las cuales el método de elección es la resección en dos tiempos del sigmoide cólico interesado.

La *poliposis rectocólica* difusa esencial, como los pólipos aislados de los colon deben ser operados. Las operaciones pueden ser de derivación o de exéresis. Las derivaciones pueden ser externas o internas, por anastomosis. Las externas no tienen indicación alguna, a menos que sean, o bien aplicadas a las poliposis inflamatorias, o constituyan un tiempo previo a la extirpación de las esenciales. Ni las derivaciones por apendicostomía ni las de ano con espolón, ni aun las ileostomías, tan en boga en la escuela americana, pueden tener ni por asomo un efecto curativo. En cambio, pueden ser paliativas en accidentes amenazadores, o como tiempo previo a una exéresis. Así, en casos de fuertes hemorragias, en que las pérdidas sanguíneas hacen imposible una tentativa de extirpación, Clairmont, Endelner, Kirschmer y Latheheissen aconsejan hacer una fístula cecal.

Como tratamiento curativo, tres métodos pueden aplicarse: primero, la destrucción endoscópica de los pólipos; segundo, la resección parcial o total de los colon, y tercero, la extirpación de los pólipos por talla cólica.

La primera es aplicable a los casos en que los pólipos ocupen el recto o la porción baja de la sigmoide; se practicará la destrucción diatérmica a través del tubo endoscópico. Mas si la poliposis se extiende más alta, o si radica en pleno colon, la intervención laparotómica se impone sin discusión. Los cuidados preoperatorios: la transfusión sobre todo es de gran utilidad.

La intervención deberá ser una colectomía, que podrá hacerse en uno o más tiempos, según el caso. En principio, el autor es poco partidario de operación en un tiempo. En todo caso, podría procederse del modo siguiente: derivación externa (ileostomía), o interna ileosigmoidostomía, como operaciones previas a una colectomía, tres semanas más tarde, o bien practicar la colectomía, pero terminándola por un abocamiento del segmento delgado a la piel y un cierre en fondo de saco del recto conservado. Más tarde se haría la anastomosis ileorectal.

una sola fórmula...

EN TODOS LOS TRASTORNOS
DE LA CIRCULACIÓN, DE LA MENOPAUSIA,
Y DE LA PUBERTAD

PROVEINASE MIDY

HIPÓFISIS, TIRÓIDES, SUPRARRENALES

Polvos **titulados** de órganos **frescos**, extraídos en los mataderos.

obtenidos en nuestros Laboratorios por procedimiento especial Midy.

Inmediatamente de Fabricados se hace comprimidos con estos polvos.

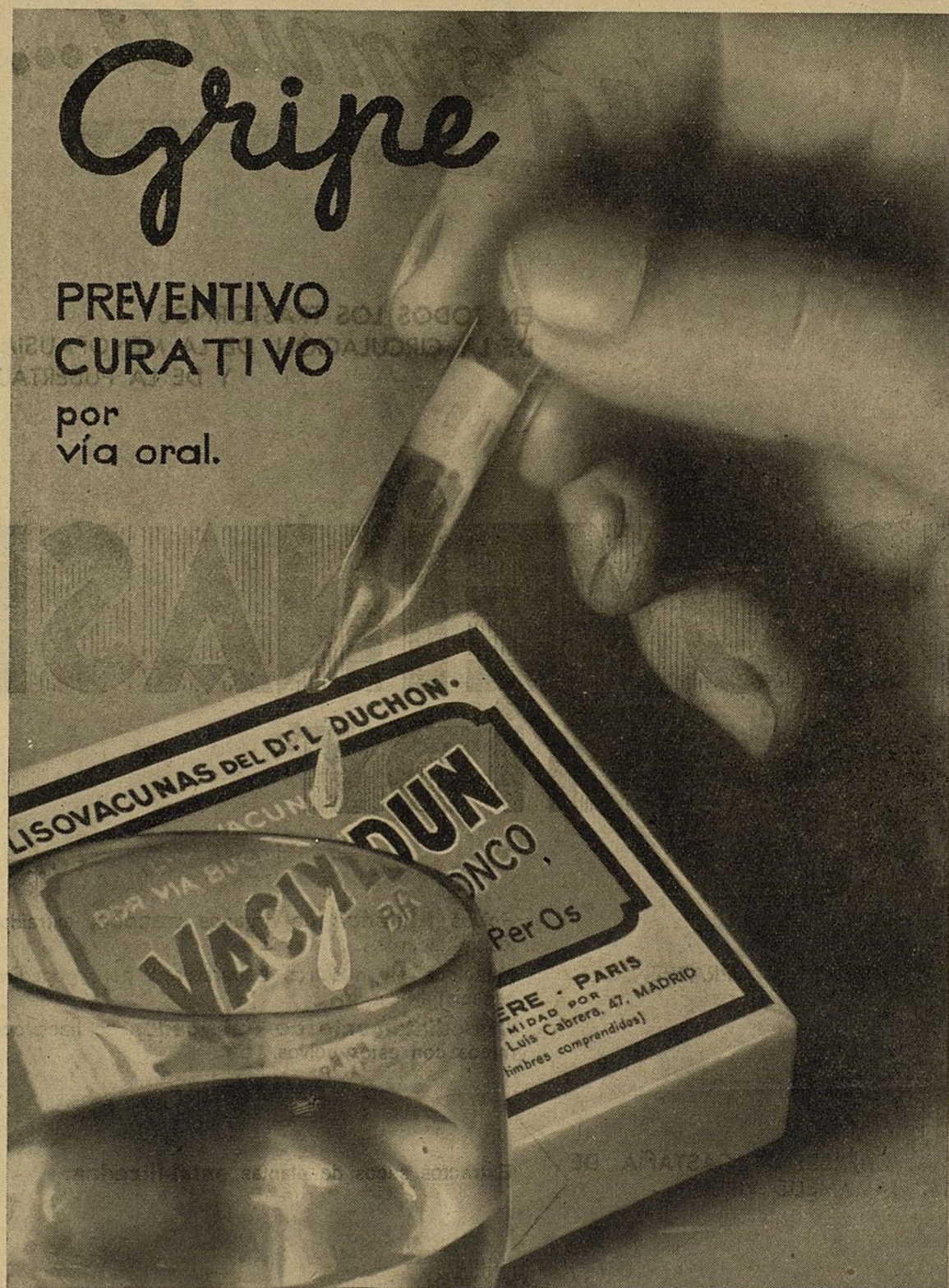
RETAMA, CUPRESSUS, CASTAÑA DE
INDIAS, HAMAMELIS VIRG.

Extractos secos de plantas **estabilizadas**.

LABORATORIOS MIDY
Apartado 534
MADRID



2 a 4 comprimidos diarios



MUESTRAS Y
LITERATURA:

E. BOIZOT.

Luis Cabrera, 47. - MADRID.
Salmerón, 247, pral. - BARCELONA.
Av. del 14 de Abril, 16. - VALENCIA.

Respecto a la conservación del recto, hay múltiples razones técnicas en favor de su conservación, aunque la poliposis se extienda hasta él. En ese caso, frecuentemente, una vez practicada la ileosigmoidostomía de derivación o previamente a ella, o también en los casos en que se ha practicado una colectomía y se ha cerrado el recto por arriba en fondo de saco, el tratamiento diatérmico por endoscopia deberá ser sustituido para completar la curación.

El *ulcus simple del colon*, lesión rara, ha sido desconocida hasta ahora cuando se presentaba en estado latente. La complicación más frecuente es la perforación que, súbita en peritoneo, debe ser operada de urgencia con sutura y desagüe peritoneal. Cuando la perforación ocurre en zona bloqueada, se forma un absceso, que será tratado por desagüe y cura secundaria de la fístula posterior. Cuando la úlcera ha originado una infiltración inflamatoria, una resección segmentaria del colon puede ser precisa.

Las *colitis ulcerosas* son aún motivo de investigación acerca de su etiología y sobre la mejor terapéutica aplicable. El tratamiento médico debe ser inteligente y perseverante, con toda la intensidad que el caso requiere. Seis meses es tiempo prudencial de ensayos. Si éstos fracasan, el tratamiento quirúrgico se impone. Una apendicostomía y una cecostomía para realizar lavados del colon en las formas leves logran la curación.

Si con ello no basta, se podrá acudir a una derivación amplia por colostomía o ileostomía externas. Este método tiene la ventaja de su inocuidad y eficacia, pero el inconveniente es que, por regla general, estas desviaciones han de ser definitivas.

Tras ellas, y si el caso es favorable, la colectomía puede ser intervención a aconsejar: sólo ella logra restar al organismo un foco de infección persistente y poner al abrigo de complicaciones (hemorragias, cáncer), y evitar las atresias cólicas que, como término de curación, presentan en su evolución muchas colitis.

La porción rectal abordable por vía endoscópica debe ser tratada previamente o consecutivamente por medios tópicos que la pongan en condiciones apropiadas para recibir el abocamiento del segmento intestinal superior a la zona reseca. Si ese segmento rectal no ofrece garantías, entonces se practicará el anoilíaco definitivo.

En las formas segmentarias muy especiales (rectosigmoiditis), la exteriorización, resección en varios tiempos, parece preferible a la simple colestomía. En todo caso, la colitis ulcerosa es temible, por su gravedad y por su tenacidad; ésta no deberá olvidarse cuando, por medios médicos o quirúrgicos, se crea haber obtenido una curación.

El Dr. Schoemaker (de La Haya), divide su ponencia en los siguientes apartados: *Traumatismos, Deformidades congénitas, Megacolon, Dolicolon, Pericolitis membranosas, Diverticulitis, Falsos tumores, Dilatación aguda del colon, Poliposis, Extasis cólica y Colitis ulcerosas*.

Expone algunos casos de *perforación* de colon por estallido a consecuencia de una contusión abdominal. El mecanismo de estallido se comprobó por la rasgadura de la serosa. Cuando se pincha o comprime un intestino se desgarran primeramente la mucosa. En cambio,

cundo se insufla a gran presión, la primera que se desgarran es la mucosa.

Las anomalías congénitas por falta de torsión del colon no tienen gran importancia desde el punto de vista clínico, pero el ciego descendido a la pequeña pelvis puede dar trastornos que requieran una intervención.

El *dolicocolon* no es una enfermedad, es una malformación; pero, prácticamente, debe ser considerada como entidad morbosa (estreñimiento aerocolia, crisis dolorosas de tipo suboclusivo). Además, hay un riesgo: la predisposición al vólvulo.

Megacolon.—Desde las publicaciones de Hirschprung, en 1886, el número de casos publicados es numeroso; pero ni la terapéutica ni la patogenia se han precisado. Respecto a esta última, tres conceptos han sido defendidos: anomalía congénita, génesis mecánica y función anormal del sistema nervioso.

La primera, expuesta por Hirschprung, comparaba al megacolon a una elefantiasis; otros autores conceptúan que son lesiones endointestinales, pliegues rectales, lesiones, etc., los que, actuando como válvulas, crearían un obstáculo origen de la dilatación cólica. Mas casos hay en que no se ve una proporción justa entre las expresadas lesiones y la dilatación del intestino. Además, suprimido el obstáculo, el colon no se restablece a la normalidad, y, por fin, a la deformidad cólica se unen alteraciones del meso, de los apéndices epiploicos de la vejiga y del bazo, de tipo hipoplástico. El autor describe un caso de megacolon con aplasia del tiroides y mixema.

Si la causa no reside en intestino, puede, en cambio, encontrarse en el sistema nervioso vegetativo. *Plexo de Auerbach* (Brentano, Tinel, Burkhardt). Partiendo del hecho de que el simpático tiene funciones inhibitoras, y el parasimpático excitadoras, un trastorno de este último podrá crear un estreñimiento espasmódico con producción de las lesiones propias del megacolon. Hoy por hoy, hay que inclinarse al concepto congénito, en el cual, alteraciones del sistema nervioso podrán tener cierta participación.

La terapéutica puede ser médica o quirúrgica. La operación de elección es la colectomía parcial, con exteriorización, es decir, con derivación; el ano artificial debe ser mantenido dos a cuatro meses.

Más modernamente se han empleado las simpaticotomías, en razón a que, siendo el simpático inhibitor, suprimido éste, el peristaltismo se aviva. Pueden practicarse gangliectomías o neurectomías del plexo mesentérico inferior. De no lograrse efecto, siempre ha lugar a practicar una colectomía.

Las *pericolitis membranosas* son, en realidad, procesos secundarios. Poca es la mejoría que se obtiene con la resección de las bridas; el autor propone, o colectomías o intervenciones sobre fibras simpáticas cólicas; no está aún clara la terapéutica sobre resección de espláncnicos.

Las *diverticulitis* son conocidas desde hace veinte años. Patel, en 1913, decía que ninguna diverticulitis puede ser diagnosticada antes de la intervención. La radiografía ha permitido ese diagnóstico. Ciertamente que los divertículos pueden existir sin dar síntomas (diverticulosis). Mas no es menos cierto que pueden dar origen a procesos secundarios (inflamación con o sin perforación, tumoraciones, estenosis, fístulas).

Las inflamaciones dan el síndrome de apendicitis izquierdas. Se desenvuelven en el meso o en las franjas epiplóicas. Ello no quiere decir que todos los síndromes de apendicitis izquierdas sean debidos a diverticulitis, pues ya es sabido que un apéndice de dirección centro o de longitud tal que alcance el lado izquierdo, puede dar signos a la izquierda. Por lo demás, el tratamiento de las diverticulitis agudas es operatorio. Podrá researse el divertículo en su base con sutura cólica subsiguiente, o drenar el peritoneo, o desaguar un absceso.

Las diverticulitis pueden dar lugar a tumoraciones inflamatorias que llegan a resolverse espontáneamente, algunas veces sin requerir intervención. Pero, en cambio, suelen originar síndromes oclusivos terminados por un absceso estercoral o lesiones estenosantes, confundidos con el carcinoma. La terapéutica en estos casos es análoga a la de los cánceres, pero más difícil, por extenderse el proceso inflamatorio a límites muy altos; de ahí que haya en muchos casos que contentarse con una derivación al exterior, ya temporal, ya definitiva.

Hay una *dilatación aguda del colon* sin obstáculo, sin tumor, sin oclusión mecánica: es exactamente igual a la dilatación aguda del estómago. Importa ante todo conocer este síndrome, para no confundirlo con una dilatación subsiguiente a una oclusión mecánica, lo que originaría, como en el caso del comunicante, una exploración larga en busca del pretendido obstáculo, con riesgos para el paciente. En la dilatación aguda hasta una cecostomía. Si es cierto el diagnóstico, no sólo disminuirá la tensión abdominal, sino que no tardarán en expulsarse gases por el ano natural.

Hay casos en que a este síndrome acompaña una melanosis intestinal, debida a un pigmento exógeno. En un caso del ponente, ese pigmento era debido probablemente a la cáscara sagrada que tomaba el paciente como laxante.

Las operaciones para la *astricción crónica* requieren un estudio previo del mecanismo de la astricción. Fleiner ha tratado de dividir esos macenismos en atónicos y espasmódicos. Boas cree que hay siempre una asociación de ambos.

Topográficamente pueden establecerse los siguientes tipos: primero, tifo ascendente; segundo, transverso-estático; tercero, descendente sigmoideo, y cuarto, astricción proctógena.

Lógico es que se hayan propuesto anastomosis para los grupos primero y segundo, ya que la colectomía es operación demasiado grave para una afección relativamente benigna, como la astricción. Mas los resultados de esas anastomosis son tan poco satisfactorios, que la colectomía ha ganado adeptos. Pero resulta que, aun las colectomías totales, también suelen fracasar.

Por esta razón, hoy día se tiende a buscar con modos indirectos, como las simpatectomías del plexo mesentérico izquierdo. Y, en vista de todo ello, no cabe proponer una terapéutica única; cada caso bien estudiado sugerirá el tratamiento más oportuno.

Las *colitis ulcerosas graves* pueden ser tratadas por medios médicos, vacunas y sueros específicos. Hasta ahora los resultados no son optimistas. Las intervenciones quirúrgicas directas son las siguientes:

1.ª Enterostomías para realizar lavados descendentes o para lograr la exclusión del intestino enfermo.

2.ª Las enteroanastomosis y exclusiones intestinales ileosigmoidostomías, ileotransversostomías, tiflosigmoidostomías laterolaterales y terminolaterales.

3.ª Las colectomías parciales (las totales deben abandonarse en estas afecciones).

Como esquema de tratamiento expone la habitual del ponente durante mucho tiempo:

1.º Lavados del intestino. Los lavados con soluciones yodofórmicas tienen un beneficioso efecto; mas precisa tantear a menudo diversos medicamentos; así, por ejemplo, en un caso de fracaso del yodoformo, empleó el yatren; en otro, el agua salada. Ocurre a veces que los lavados más bien son perjudiciales; entonces se acudiría a otros medios, como:

2.º Fístula de Witzel sobre el ciego, que prefiere a la apendicostomía. Lavados por la fístula con fármacos análogos a los antes citados.

3.º Cecostomía amplia; y

4.º Colectomía.

Para las colectomías parciales es preciso definir ante todo la localización y extensión de la enfermedad, lo cual es difícil. Durante la operación se las puede apreciar por la inspección y la palpación, pero no con certeza absoluta.

Dos veces ha practicado la colectomía total; en ambos casos ha perdido a los enfermos por proctitis rebeldes.

Hay casos rebeldes a toda clase de medios médicos y quirúrgicos. En las intervenciones sobre colon derecho, la colectomía será en un tiempo. Para el colon izquierdo y el transversal, en varios tiempos.

El autor termina con un capítulo de técnica operatoria acerca de ano contra natura, anastomosis y suturas circulares.

LOS DIVERTÍCULOS DEL GRUESO INTESTINO

Los Dres. Schmieden y Kallfelz (Frankfurt).—Los divertículos del intestino grueso tienen una tendencia a complicaciones graves. Gracias a los progresos del diagnóstico radiológico se pueden localizar esos divertículos. La diverticulitis aguda y las complicaciones de la crónica requieren el tratamiento quirúrgico. Si es posible, la resección es el método ideal. Si no es posible, se acudirá al tratamiento paliativo. Este es de una heterogeneidad grande, pues dependerá de la forma de esas complicaciones. Así, pues, se harán unas veces derivaciones, otras aberturas de abscesos, otras drenajes de cavidades, vejiga, donde pueden haberse producido abocamientos anormales del divertículo, etc.

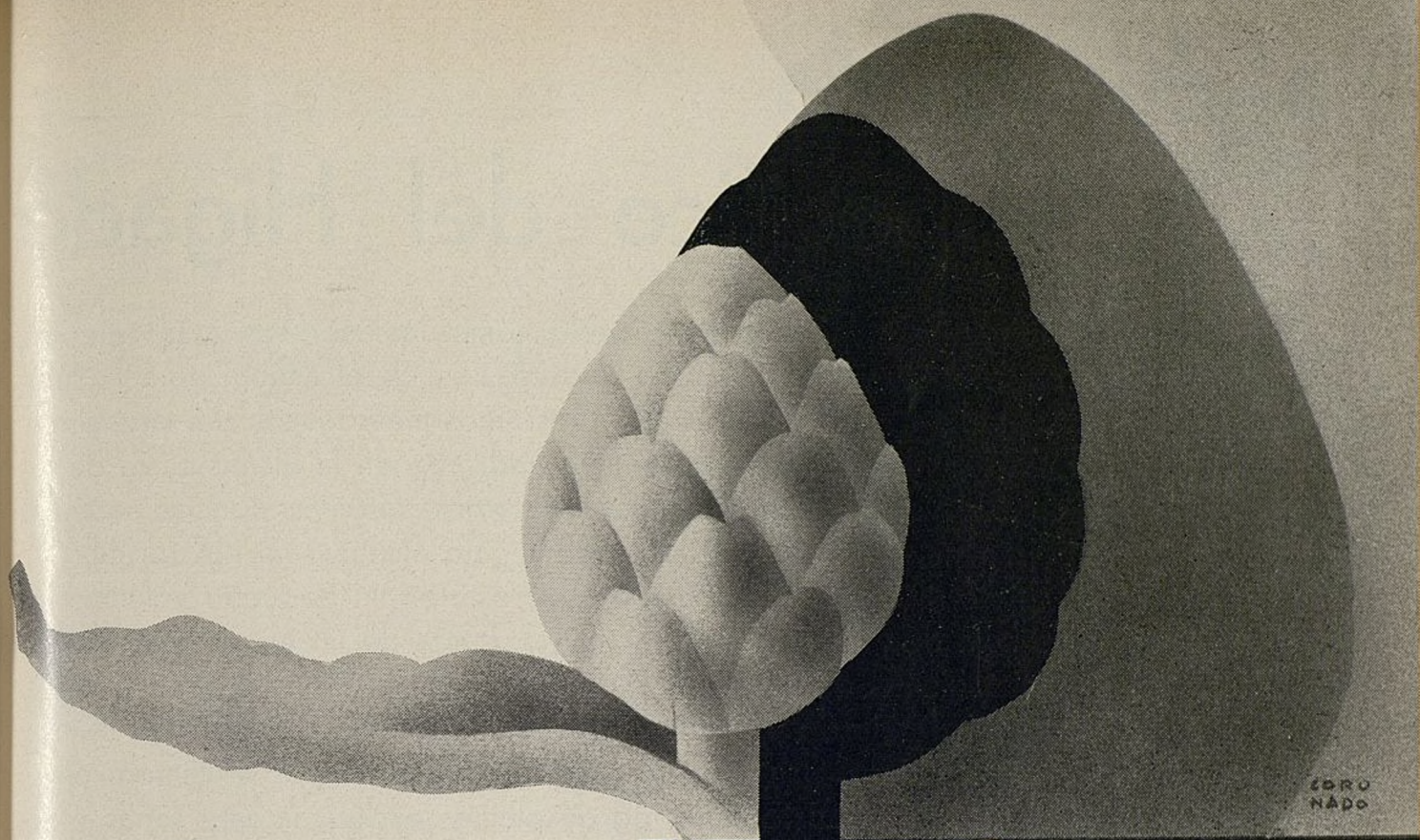
Aunque difícil, en ocasiones es preciso esforzarse en establecer diferenciación bien neta entre los procesos de estenosis inflamatoria y los neoplásicos.

DISCUSIÓN

El Dr. De Quervain (Berna).—Expone rápidamente su experiencia acerca de la Cirugía cólica, e insiste en el planteamiento de indicaciones operatorias precisas.

Dr. Saint-Georges (Montreal).—El tratamiento quirúrgico del dolico colon se plantea sobre todo en los ptósicos. Si se trata del transversal, la gastrosuspensión de Lambret es lo mejor. Para los otros casos, recomienda la anastomosis terminolateral, que en siete enfermos le ha dado resultados excelentes.

Dr. Jacobovici (Bucarest).—Trata del dolico colon



alcachofina

primer producto nacional
a base de extracto alco-
hólico **integral** de hoja
fresca de alcachofa —

específico del hígado

Muestras y literatura:
E. BOIZOT

Madrid: Luis Cabrera, 47.

Barcelona: Salmerón, 247, pral.

Valencia: Av. 14 de Abril, 16.

—
Ayuntamiento de Madrid

La Alcachofa

específico del Hígado

Desde la más remota antigüedad, tanto el pueblo como los médicos más célebres, desde Plinio, han reconocido las virtudes especiales de la hoja de alcachofa para la curación de las enfermedades del hígado y de algunos trastornos metabólicos del organismo.

La dificultad del empleo médico de esta planta radicaba en la inconstancia de los resultados obtenidos con hoja de composición variable por diversas circunstancias naturales y del volumen de medicamento que se precisaba ingerir para alcanzar un efecto útil.

Preocupados por esta cuestión, hemos logrado condensar en un pequeño volumen los principios activos de la hoja de alcachofa fresca bajo la forma de un extracto alcohólico integral obtenido inmediatamente después de la recolección de la hoja sana y fresca, producto que, debidamente dosificado y elaborado, hemos llamado **ALCACHOFINA**, y que presenta las grandes ventajas de su valor terapéutico invariable por el esmero en su fabricación y la garantía de ser producto derivado de plantas exclusivamente sanas y activas, siendo, además, de precio económico y administración fácil.

INDICACIONES DE LA ALCACHOFINA

Está, pues, indicada nuestra **ALCACHOFINA** en todos los trastornos de la secreción biliar (ictericia, cólico hepático, colecistitis, litiasis biliar, obstrucción biliar, estreñimiento, enteritis mucomembranosa, fermentaciones intestinales, etc.), en las alteraciones de la célula hepática (insuficiencia hepática, congestión del hígado, cirrosis, esclerosis, etc.), en la insuficiencia renal, artrismo, reumatismo, gota, uremia, obesidad y diabetes.

PRURITO ANAL: Cuando no es consecuencia directa de una afección hemorroidal, debidamente comprobada, será conveniente sospechar que su causa es una deficiencia hepática.

ALCACHOFINA se presenta en tubos con cien grageas, de las que podrán tomar los adultos de 4 a 12 diarias, según la intensidad o naturaleza de su lesión.

Las dosis corrientes son:

4	grageas	diarias	como	dosis	de	entretenimiento.
6	id	id.	id.	id.	de	cura.
10 a 12	id.	id.	id.	id.	masivas.	

Las grageas se tragarán sin masticarlas, pues son muy amargas en su interior; deben tomarse hacia la mitad de las comidas principales.

Los niños tomarán la mitad de la dosis de los adultos.

La cura se hará a razón de 12 a 15 días cada mes, con seis grageas diarias, que es el término medio de la dosis referida, es decir, que con un tubo de nuestra **ALCACHOFINA** tendrá el enfermo para un tratamiento mensual.

Los individuos que por herencia o predisposición peculiar, estén expuestos a padecimientos del hígado, de la bilis, de estreñimiento persistente o de insuficiencia renal, pueden tomar una dosis diaria de 2 a 4 grageas como medida preventiva.

Para los *obesos, diabéticos, artríticos y gotosos*, la dosis será establecida de acuerdo con la intensidad de la dolencia y el temperamento del enfermo y podrá fijarse como término medio en 6 a 8 grageas diarias.

simple y, sobre todo, en forma de vólvulo, del cual aporta 108 casos de Rumania, con 95 casos operados y 38 por 100 de mortalidad. El del ciego es el más grave. La detorsión es más grave que la resección: 39-28 por 100 de mortalidad. Así, aconseja la resección en un tiempo. (Éxitos en ocho casos de Theodoresco.)

Dr. Jinebeck (Praga).—Insiste sobre la poliposis adenomatosa difusa y sobre la astrictión crónica. En cuanto a la simpatectomía, se resiste a creer en su eficacia. Preconiza los filtrados de Besredka como método de inmunización intraperitoneal.

Dres. Lebeuf y Heuyer (París).—Reproducen sus trabajos acerca del tratamiento quirúrgico de las disenterías agudas. En tiempos de epidemia mueren algunos enfermos, a pesar de un buen tratamiento médico. En las autopsias se han hallado perforaciones y hemorragias. Así, pues, cuando los enfermos presentan un síndrome de gravedad definido por los autores, debe acudir a la operación. Su objeto es poner al colon ulceroso en reposo por desviación.

En teoría parece indicado el ano ileal; en la práctica, la cecostomía amplia ha dado a los autores éxitos indudables. La exclusión de la corriente en el intestino es completa durante quince días como mínimo. Los operados pueden ser alimentados convenientemente. La fistula permite hacer lavados convenientes. La Cirugía permite salvar la vida a disentericos que parecían hallarse en estado desesperado.

Dr. Ives Delageniere (Mans).—Trata de suprimir las suturas por medio de un botón anastomósico para la ileosigmoidostomía.

Dr. W. Lewit (de Moscú).—Expone los fundamentos de diagnóstico en la enfermedad de Hirschprung, y preconiza en ella las operaciones sobre simpático.

Dr. Haberland (de Colonia).—Describe su técnica de suturas cólicas con invaginación.

Dr. Shelton Horsley (de Richmond).—Expone su técnica y resultados en Cirugía cólica.

Dr. Finsterer (de Viena).—Presenta y comenta su estadística personal respecto a este asunto.

Dr. Dunet (de El Cairo).—En los síndromes dolorosos de la fosa ilíaca derecha de origen apendicocólico ha visto los resultados insuficientes de la apendicectomía. En esos síndromes hay que explorar bien el ciego y completar la apendicectomía con una cecoplicatura en caso de dilatación, y de una suspensión de ángulo cólico en caso de ptosis. Aporta una interesante observación de hemicolectomía derecha por fístula cólica de transversa, asociado a un síndrome de éxtasis cecal; otra, de colectomía subtotal en varios tiempos por colitis ulcerosa.

Dr. Soler Juliá (Barcelona).—Trata del megacolon y traumatismos de colon derecho. Presenta 43 casos. Diserta acerca de los tumores inflamatorios y su confusión clínica con cánceres.

Dr. Barbilian (Jassy).—Se ocupa de la poliposis sigmoidea, la periclititis y la colitis crónica. Los vólvulos de colon, los lipomas subserosos y la dilatación aguda de colon.

Dr. J. Koop (Soeravaia, Indias Neerlandesas).—Presenta un estudio personal acerca de la Cirugía en la disentería. Cecostomía, y, si el ciego está muy lesionado, ileostomía terminal. Secundariamente, colectomía.

El mayor cuidado, en las manifestaciones cólicas, por su extremada gravedad.

Dr. Sven Hausen (Copenhague).—Presenta una estadística danesa de 40 casos recogidos por su auxiliar, Tonnesen. En la poliposis rectal, tratamiento endoscópico; en la poliposis difusa, colectomía. Mortalidad alta: 50 por 100. A pesar de todo, la frecuencia de la degeneración cancerosa inclina a los tratamientos radicales.

Dr. Picard (de El Cairo).—Presenta una observación de divertículo cólico perforado con peritonitis, laparotomía, drenaje y resección del divertículo. Los otros divertículos existentes en el enfermo (hasta ahora), no han producido desde hace tres años alteración alguna.

Dr. Odelberg (de Osterson).—Demuestra que en un caso de enfermedad de Hirschprung, en un niño de nueve años, la simpatectomía produjo un buen resultado funcional sin modificación anatómica.

Dr. Caplesco (Bucarest).—Presenta el resumen de su experiencia en el vólvulo pelviano (siete casos). Recuerda que él ha sido el primero que expuso la beneficiosa acción de la raquianestesia en la oclusión intestinal.

SOCIEDAD DE PEDIATRIA DE MADRID

(Sesiones del 20 de diciembre de 1935 y del 24 de enero de 1936)

Queratitis intersticial heredo-luética, tratada complementariamente por los rayos X (Con presentación del enfermo)

POR EL

Dr. MARIN AMAT

Profesor de Oftalmología de la Beneficencia Provincial de Madrid

El día 16 de diciembre de 1935 hemos presentado en la Academia Médicoquirúrgica Española un caso de queratitis intersticial del ojo derecho, de origen heredo-luético, curado con el tratamiento específico y la radiación local, en el que hemos puesto de manifiesto la rápida reabsorción de los exudados intersticiales de la córnea y el restablecimiento perfecto de la agudeza visual, así como el haber obtenido un efecto profiláctico sobre la córnea del otro ojo.

Pues bien, este segundo caso de queratitis intersticial, de la misma naturaleza que presentamos a esta Sociedad ofrece también particularidades, no sólo dignas de mención, sino que además vienen a confirmar los extremos a que acabamos de hacer referencia.

Observación.—Se trata de un niño de trece años de edad, con residencia en Linares (Jaén), que ingresó en nuestro Servicio de Oftalmología de este Hospital Provincial ocupando la cama número 1 de la sala 23 (hombres) el día 14 de agosto de 1935.

Antecedentes.—El padre murió joven, de pulmonía, y la madre padece de violentas cefalalgias de exacerbación vespertina, de una aparente exóstosis del hueso frontal, y hace diez años fué tratada con cuatro o cinco inyecciones intravenosas del salvarsán, sin ninguna otra medicación ni antes ni después. El enfermito tiene solamente una hermana de tres años, que actualmente está sana.

La enfermedad actual comenzó hacía un mes por dolores de cabeza, lagrimeo, molestias a la luz y dismi-

nución de la agudeza visual, que ha ido en aumento hasta hacerse casi nula. Los dos ojos se interesaron con pocos días de intervalo.

Exploración.—Se trata de un niño de pequeña estatura, flaco, de color amarillento, con aspecto de fuerte anemia y con un desarrollo físico que no corresponde a su edad.

Se presenta con ambos ojos cerrados por fuerte blefarospasmo y con intensísima fotofobia.

Previa instilación de unas gotas de una solución de cocaína al 2 por 100 y con el auxilio de los elevadores de Desmarres, podemos comprobar el estado de los globos oculares, que es el siguiente: intensa inyección periquerática, lagrimeo abundante, fotofobia extraordinaria, presencia de una infiltración intersticial que ocupa la totalidad de la córnea, con abundante vascularización de capilares, que parten paralela y profundamente del limbo corneal, que no dejan percibir el iris al examen directo, con sensibilidad exagerada a la presión en la región ciliar, con hipotensión ocular y visión casi nula (cuantitativa). La sintomatología es idéntica en ambos ojos. En la cámara oscura y a la luz oblicua se percibe difícilmente el iris, que ofrece aspecto deslustrado, sin brillo y con la pupila en fuerte miosis.

Los síntomas extraoculares se reducen a eminencias frontales abultadas, nariz achatada, velo del paladar ojival, dientes incisivos medios superiores de tipo Hutchinson, y gran cantidad de ganglios pequeños, duros y móviles en las regiones cervical y submaxilares. No existe el tubérculo de Carabelli, que hemos encontrado otras veces.

Diagnóstico.—Queratitis intersticial doble en período de estado, de origen heredolúético. El día 17 de agosto de 1935, las reacciones de Wassermann, Kahn y Meinicke son fuertemente positivas.

Tratamiento.—Localmente, tratamiento clásico, a base de instilaciones frecuentes de atropina-dionina y aplicaciones húmedas calientes, y como tratamiento general, dos inyecciones intramusculares semanales de bismuto Pons, a la dosis correspondiente a su edad, hasta el día 13 de septiembre, que se suspende este medicamento y se dispone un tratamiento enérgico y exclusivo por el neosalvarsán, en inyección intravenosa, de este modo:

	Gramos			
Neosalvarsán,	0,15	13	septiembre	1935.
—	0,30	15	—	—
—	0,45	20	—	—
—	0,45	28	—	—
—	0,30	4	octubre	—
—	0,30	9	—	—
—	0,30	16	—	—
—	0,30	22	—	—
Total.....	2,55	gr.		

Después, descanso del tratamiento general, para reanudarlos tres semanas más tarde, y exclusivamente por el bismuto, de esta forma:

0,5 cc. de bismuto,	16	noviembre	1935.
0,5 cc. de —	19	—	—
0,5 cc. de —	25	—	—
0,5 cc. de —	26	—	—

Después, dos por semana hasta el día 21 de diciembre. Total, ocho inyecciones.

Diario de observación.—Con el tratamiento general y local combinados y aplicados casi cuatro meses, la reabsorción de los exudados se iba verificando con extraordinaria lentitud, y los síntomas reaccionales persistían, especialmente la tendencia a la miosis, porque hay que advertir que durante este tiempo las pupilas se dilataban poco, a pesar de instilar repetidamente la atropina, habiendo conseguido una agudeza visual de dedos a dos metros en ambos ojos. La fotofobia era también bastante acentuada.

En vista de ello, dispusimos que el ilustre radiólogo del Hospital Provincial, Dr. Ratera, le tratase localmente con los rayos X, al igual que el caso presentado a la Academia Médicoquirúrgica, y del que estábamos tan satisfechos. Al Dr. Ratera expresamos públicamente nuestro agradecimiento.

Las aplicaciones de rayos X lo han sido al mismo tiempo en ambos ojos, con los párpados cerrados y protegidos por un filtro, de este modo, y en la cantidad de una unidad H (o sean 80 unidades R internacionales):

Primera aplicación, el 6 de diciembre de 1935.

Segunda, el 13 de diciembre de 1935.

Tercera, el 20 de diciembre de 1935.

Cuarta, el 27 de diciembre de 1935.

Quinta, el 3 de enero de 1936.

Sexta, el 10 de enero de 1936.

Séptima, el 17 de enero de 1936.

Octava, el 24 de enero de 1936.

Con el empleo de los rayos X hemos podido apreciar los siguientes y beneficiosos fenómenos: durante los dos días siguientes, fuerte hiperemia periquerática y aumento de la fotofobia, pasados los cuales las pupilas se dilatan al máximo, que jamás se observaron con el tratamiento clásico; la reabsorción de la infiltración intersticial de la córnea se activa considerablemente, notándose una transparencia completa por la porción inferior en ambas, probablemente por actuar en este sitio con más intensidad la radiación (los ojos, al cerrar los párpados, se dirigen hacia arriba y hacia afuera). Después, la transparencia se ha verificado en la parte central, y, por último, en la superior de la córnea, en ambos ojos, y la visión ha alcanzado hace tres días 1/3 en el ojo izquierdo y 1/4 en el derecho.

El empleo de los rayos X en la queratitis intersticial es de fecha reciente, siendo, además, muy escasas las publicaciones sobre el particular. Nosotros sólo conocemos dos trabajos publicados en Alemania, uno el año 1928 —Roëntgenterapia de la queratitis parenquimatosa (1)—, por los Dres. Merkuloc y Schiek, y otro del año 1932 —Patogenia y tratamiento de la queratitis parenquimatosa (2)—, del Prof. Loevenstein, de Praga.

El fundamento científico del empleo de los rayos X en esta afección es debido a la hiperemia activa que produce en la red vascular pericorneal normal o corneal,

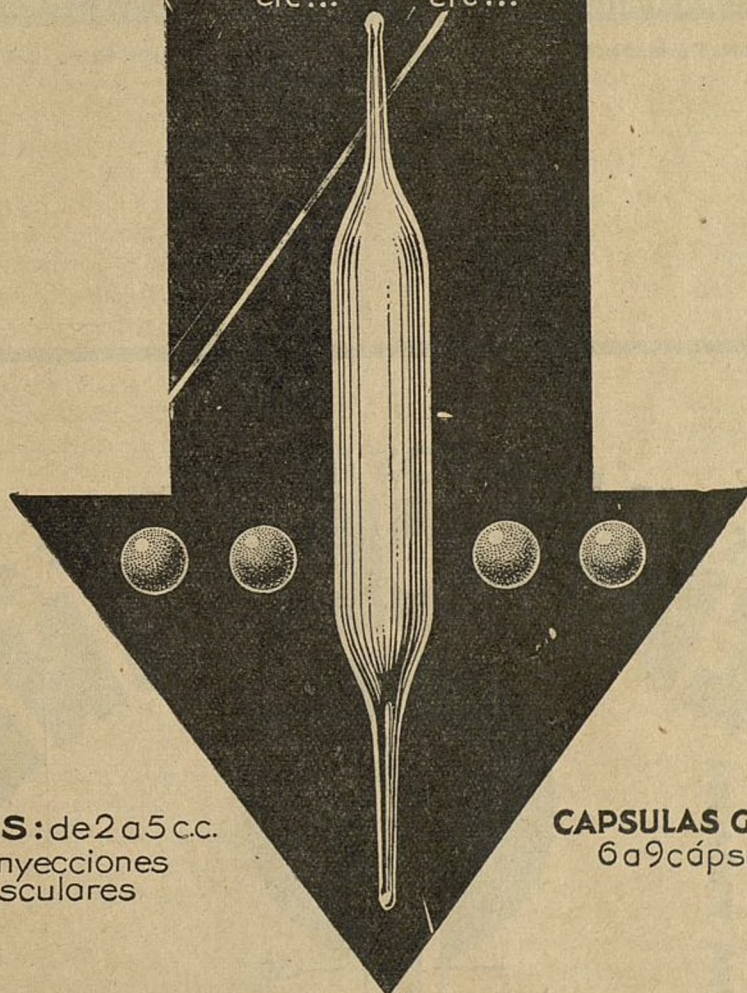
(1) *Klinische Monatsblätter F. Augenheilkunde*, noviembre de 1928. ("Análisis", por el Dr. H. Oroz, en *Archivos de Oftalmología Hispanoamericanos*, enero de 1930, pág. 55.)

(2) Mismas Revistas alemanas y española. "Análisis", por el mismo doctor, y esta última en el año 1933, página 577.

NEUMOPATIAS AGUDAS O CRONICAS
y todos los estados infecciosos

GRIPE-BRONCONEUMONIA

NEUMONIA
BACILOSIS
BRONQUITIS-FETIDA
TRAQUEO-BRONQUITIS
etc... etc...



AMPOLLAS: de 2 a 5 cc.
diarios en inyecciones
intramusculares

CAPSULAS GLUTINIZADAS:
6 a 9 cápsulas diarias

EUCALIPTINA

LE BRUN

MUESTRAS y LITERATURA : Delegacion, Larra 6, MADRID

SULFOÏDOL ROBIN

(Azufre coloidal)

REUMATISMO CRÓNICO • BRONQUITIS CRÓNICA
DERMATOSIS ACNÉICAS - LARINGITIS REBELDES
FERMENTACIONES INTESTINALES - VAGINITIS - METRITIS

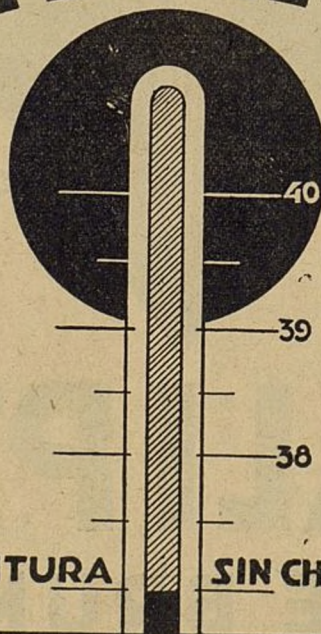
GRANULADO AMPOLLAS

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

Para muestras e informes: GIMENEZ-SALINAS y C.^a-Avda. de Eduardo Dato, 10.-MADRID
EN BARCELONA: 2 y 4, Calle Sagués

EN TODOS LOS ESTADOS INFECCIOSOS AGUDOS
SEPTICÉMINE

PROVOCA UNA BAJA DE CALENTURA



SIN CHOQUE NI REACCION

LABORATORIOS CORTIAL .15 BOUL^d PASTEUR . PARIS

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

si existe, como en la queratitis parenquimatosa o intersticial. Tienen también una acción a distancia, puesto que la radiación de una córnea enferma puede evitar la explosión de la queratitis intersticial en la otra córnea, como hemos observado en el caso que presentamos a la Academia Médicoquirúrgica Española el 16 de diciembre último.

Divulgaciones científicas de actualidad

La aplicación de los rayos X en la invalidez relativa del anillo de Waldeyer

POR LOS

Dres. E. D. DUBOVY y E. J. OLSHANOVSKY

(*Klinicheskaya Meditsina*, XIII, 2 noviembre 1935)

Traducción directa del ruso por el Dr. EMILIO DE LA PEÑA

Según Fränkel y Gee, en los últimos tiempos ha aumentado considerablemente el número de enfermos con procesos tonsilares. Lepnef ha revisado 400.000 estadísticas de seguros de Leningrado y tres millones de toda Rusia, observando que 100 de los sujetos asegurados de Rusia fueron dados de baja para el trabajo por anginas, en un promedio de treinta-siete días del año; en los asegurados de Leningrado se observó un promedio hasta de sesenta días. Según los datos del mismo autor, durante el año 1931 se registraron 72.000 procesos anginosos primitivos, los cuales constituyen, según aquél, casi la mitad de la morbilidad total del año. La Caja del Seguro Social de Enfermedad pagó más de dos millones de rublos por bajas para el trabajo por causa de anginas.

Dubovy y Olshanovsky han empleado la rontgenterapia en 750 enfermos con amigdalitis crónica, de los cuales sólo ocho (7,06 por 100) hubieron de sufrir más tarde la amigdalectomía, que no ofreció dificultad alguna ni fué seguida de complicaciones postoperatorias. En cinco de estos enfermos la amigdalectomía no dió resultado, sin embargo. En estos casos, ni la rontgenterapia ni la amigdalectomía van seguidas de éxito, debido a existir un estado de "croniosepsis".

Ya a las tres o cuatro semanas de la primera sesión de rayos X se observa una disminución del tamaño de las amígdalas, que se hace más marcada después de la segunda sesión. El dolor desaparece o disminuye considerablemente a los seis o diez días de la primera sesión radioterápica.

De todos los enfermos, un 71,7 por 100 curó por completo; un 23,6 por 100 mejoró considerablemente, y sólo un 4,7 por 100 no experimentó mejoría alguna. También emplearon los autores el método en niños de tres a quince años, consiguiendo que el tamaño de las amígdalas disminuyese y no volvieran a presentarse accesos de amigdalitis.

TÉCNICA

Aparato Stabilivolt Siemens & Halske; tensión en segunda derivación, 210 kilovatios; fuerza de corriente, cuatro mA; filtro, Cu 0,5 mm. + Al 2 mm., distancia de foco a piel, dos centímetros. El enfermo se coloca en posición decúbito supino, volviendo la cabeza al lado derecho o izquierdo, según la amígdala que haya de irradiarse.

Los autores tratan la zona situada debajo del ángulo del maxilar inferior, dirigiendo los rayos centrales oblicuamente de abajo arriba y de atrás adelante, con un campo de cuatro por cinco centímetros cuadrados en los niños y cinco por seis centímetros en los adultos, con lo cual se trata de incluir, no sólo las amígdalas, sino todo el anillo de Waldeyer. En los niños hasta de cinco años, los autores emplean 20 por 100 HED en cada campo; de cinco a diez años, 25 por 100 HED; de diez a quince años, 30 por 100 SED, y de más edad, 1/3 HED (HED = 640 R).

En la mayoría de los casos de amigdalitis de repetición, los autores aplican dos sesiones de rayos X, ya que estos enfermos suelen sufrir un nuevo ataque de anginas después de la primera sesión, el cual no vuelve a producirse si se hace una segunda aplicación rontgenterápica. En los niños con faringitis, los autores han obtenido también excelentes resultados con el método, empleando campos de seis por ocho centímetros cuadrados. Asimismo, en los casos de procesos catarrales de las fosas nasales, emplean con éxito el método utilizando un solo campo de cinco por seis centímetros cuadrados sobre la extremidad de la nariz, dirigiendo los rayos oblicuamente de delante atrás y de abajo arriba.

En cuanto a la influencia de la rontgenterapia del anillo de Waldeyer sobre la incapacidad para el trabajo, los autores observaron que en el año 1930 (antes de aplicar el método), 51 sujetos con amigdalitis crónica fueron baja para el trabajo mil sesenta y nueve días (veinte-nueve días por individuo). En el año 1932, después de la rontgenterapia, sólo 16 de estos individuos fueron baja para el trabajo cincuenta y cuatro días (tres-cinco días por individuo); los restantes 35 no tuvieron ni un solo día de baja por enfermedad. En el año 1931 (antes de la rontgenterapia), 66 sujetos con amigdalitis crónica fueron baja para el trabajo por anginas mil doscientos sesenta y seis días (diecinueve-dos días por individuo). En 1933 (después del tratamiento rontgenterápico), 13 de estos sujetos fueron baja para el trabajo cincuenta y un días (tres-nueve días por término medio); los 53 restantes no tuvieron ni un solo día de baja por anginas.

En los casos de amigdalitis agudas, los autores emplean con éxito la rontgenterapia con dosis de 100 R por campo, en lugar de los 200 R que utilizan en las amigdalitis crónicas. En estos casos, la fiebre y el dolor aumentan en la noche que sigue a la sesión radioterápica; no obstante, estos fenómenos mejoran considerablemente en el transcurso de veinticuatro a cuarenta y ocho horas, así como la hiperemia y la infiltración, las cuales casi desaparecen por completo, permitiendo al enfermo la ingestión de líquidos. En estos casos de procesos agudos amigdalares, la rontgenterapia influye favorablemente, en el sentido de acortar el curso de la afección y, con ello, el período de incapacidad para el trabajo. En los casos no sometidos al tratamiento por los rayos X, el curso normal de las amigdalitis foliculares es de tres a seis días, y el de las anginas flegmonosas, de cinco a nueve, prolongándose de surgir complicaciones. Con la rontgenterapia se consigue detener el proceso, que dura un período mínimo de uno o dos días, y uno máximo de tres a cuatro días.

En casi el 90 por 100 de los casos de amigdalitis crónica tratados por rayos X no se presentaron recidivas

después del tratamiento. Los autores han observado, además, que en los casos sometidos a tratamiento radioterápico por amigdalitis agudas de repetición, si el enfermo sufre una infección gripal (la cual, como es sabido, suele ir acompañada de anginas), las amígdalas permanecen, no obstante, sin afectarse. Esto demuestra la influencia profiláctica de la rontgenterapia.

Dubovy y Olshanovsky han empleado la rontgenterapia en los sujetos portadores de meningococos como medida profiláctica. El método fué aplicado a 25 sujetos, todos los cuales, excepto uno que desapareció, se vieron libres de meningococos: cinco, al cabo de cinco a nueve días de la primera sesión rontgenterápica; 16, a los quince o veinte días, y tres, al cabo de tres semanas. En algunos casos conviene aplicar una segunda sesión de rayos X, a los tres días de la cual los meningococos desaparecen por completo. La técnica es semejante a la utilizada en los casos de amigdalitis crónica; no obstante, se añade un tercer campo en la región nasal, dirigiendo los rayos centrales oblicuamente de delante atrás y de abajo arriba.

CONCLUSIONES

- 1.^a La rontgenterapia de las amigdalitis crónicas da un 72 por 100 de curaciones.
- 2.^a No se observan complicaciones durante el tratamiento rontgenterápico ni después de éste.
- 3.^a La rontgenterapia aplicada antes de la amigdalectomía no hace más difícil esta operación.
- 4.^a En las amigdalitis crónicas la rontgenterapia acorta el período de incapacidad para el trabajo.
- 5.^a En las amigdalitis agudas, la rontgenterapia acorta la duración del proceso y, con ello, el período de incapacidad para el trabajo.
- 6.^a En las amigdalitis agudas, la rontgenterapia ejerce una acción profiláctica, evitando las recidivas.
- 7.^a Habiendo aplicado con éxito la rontgenterapia en un número de sujetos portadores de meningococos, los autores se creen obligados a llevar a cabo ulteriores observaciones en este sentido.

Para finalizar, los autores indican los siguientes puntos a investigar:

- 1.^o Influencia de los rayos X en los procesos metatonsilares de las amigdalitis crónicas.
- 2.^o Estudio del papel profiláctico de este método en el desarrollo de afecciones metatonsilares.
- 3.^o Estudio de la influencia del método en el desarrollo psicofísico del niño.
- 4.^o Estudio ulterior de la aplicación de los rayos X en las amigdalitis agudas y su papel profiláctico en la recidiva de las anginas.
- 5.^o Reunión de un material mayor de casos de portadores de meningococos tratados por rayos X, teniendo en cuenta la importancia de este tratamiento en la profilaxia de la meningitis cerebroespinal.
- 6.^o Estudio de la influencia de la rontgenterapia del anillo de Waldeyer en la reacción de Buchstab-Janovsky como signo de la hiperalergia del organismo en la poliartritis, ya que, según los trabajos de Aschoff-Tallaeff, las anginas deben ser colocadas en primer lugar entre los factores determinantes de hiperalergia en relación con el reumatismo.

NOTA DEL TRADUCTOR.—En este trabajo de los docto-

res Dubovy y Olshanovsky, se hace patente una vez más una de las grandes preocupaciones del régimen soviético: la enfermedad como causa de incapacidad para el trabajo. Todo el que se haya puesto en contacto más o menos directo con la Rusia Soviética habrá podido darse cuenta de que las dos grandes preocupaciones del nuevo régimen son "narod" (pueblo) y "trud" (trabajo), dos palabras que vienen a ser el estribillo de toda manifestación intelectual, social o artística de las nuevas generaciones rusas. No es, pues, de extrañar el extraordinario desarrollo alcanzado por la Medicina social en Rusia con la creación de hospitales de accidentes del trabajo, traumatología, Cirugía de urgencia y transfusión de sangre. De estos últimos ha surgido uno de los acontecimientos científicos de la Medicina actual: la transfusión de sangre cadavérica y conservada.

BIBLIOGRAFIA

DIAGNÓSTICO DE ACTIVIDAD EN LA TUBERCULOSIS PULMONAR, por J. Ramón de Castro.—Editorial Labor, S. A., plaza de la Independencia, núm. 4, Madrid. Barcelona, 1935.

Acaba de aparecer un nuevo libro del Dr. J. Ramón de Castro. Saludamos gozosos esta aparición los amantes del progreso médico de nuestro país. Muestra brillante es esta obra del notable y rápido progreso que se observa en la finatología de nuestra patria.

Para los que, como yo, conocen la personalidad de Ramón de Castro y para los que hemos seguido de cerca el dinamismo de esta personalidad, no ha sido en modo alguno una sorpresa la aparición de esta obra, sino sencillamente la confirmación de lo que ya habíamos apreciado y la realidad de lo que estábamos esperando. Hace unos meses que conocí el original y que disfruté de su lectura. Al contemplar ahora la obra acabada, limpiamente impresa, y después de haberla vuelto a leer, se renueva la satisfacción del principio y el buen juicio que formé entonces.

No es mi propósito hacer aquí un análisis detenido del libro, sino señalar su aparición y recomendar su lectura y su estudio a los médicos españoles, necesitados, no ya de conocer, sino de dominar el diagnóstico de las enfermedades tuberculosas, factores trascendentes en las historias clínicas de cada día. En plena juventud, Ramón de Castro, digno discípulo del gran clínico gallego Gil Casares, nos entrega en este libro el resultado de su saber y de su experiencia, y nos brinda sus favores de maestro, señalando a los médicos jóvenes el verdadero camino: el camino del trabajo y del estudio, mostrándonos cuánto pueden el talento y el entusiasmo de un médico que ejerce en provincias, desarrollando una labor verdaderamente gigantesca, que ha culminado en este libro.

No me es posible ampliar más los límites de esta nota. En la obra, fija Ramón de Castro su criterio sobre la actividad, ocupándose después del pronóstico y de la evolución de la tuberculosis. Acude en esta parte a una comparación ingeniosa "para marcar indeleblemente los caracteres de actividad y evolutividad", amparándose en la ley de Ohm; aquí apela a fórmulas matemáticas. En adelante, en la parte especial estudia los procedimientos de laboratorio, agotando realmente el tema para entrar de

lento en el estudio clínico, pasando después al capítulo de roengenología, y terminando la obra con unas páginas magníficas, escritas bajo el título de "Síntesis de actividad".

La parte gráfica del libro es notable; el estilo, limpio, y la edición, correcta; en su conjunto, la obra notablemente clara. La edición, irreproachable.

VALDÉS LAMBEA.

MANUAL DE LA ENFERMERA GENERAL Y PSIQUIÁTRICA, por el Dr. José Salas.—Un tomo de 388 páginas con 116 figuras, sin precio. Publicado por las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús. Madrid, 1935.

El Dr. José Salas, médico del Manicomio de Ciempozuelos, acaba de publicar una obra interesante, en la que se reúnen los conocimientos precisos para llenar el cometido de la enfermera en general, y especialmente de la destinada al cuidado de los enfermos mentales.

Este libro, avalorado por una abundante y bien seleccionada iconografía, está redactado dentro de las normas de claridad y reiteración que sugiere el público a que va dirigido.

Nuestra labor, dada la índole y los fines de la obra, queda cumplida con las palabras anteriores. No sería posible ni oportuno analizar su contenido, ni propio del momento entrar en discusiones sobre las materias que, según nuestro criterio, competen a la enfermera. Existe una confusión tan extraordinaria en este sentido, que mientras no precisemos exactamente cuál es el cometido profesional de este auxiliar, cuáles son sus capacidades legales y en qué se diferencian, por un extremo, del personal no técnico de los Hospitales, y por otro, de los practicantes titulados, resulta imposible enjuiciar debidamente si lo que se encierra en ésta y en las otras similares ha de ser útil a la futura función de las enfermeras.

Circunscribiéndonos objetivamente a la obra del doctor Salas, todos nuestros elogios han de ser pocos ante los que ella merece. La doctrina divulgada es fundamental y exacta, y la exposición en completo acorde de tono con lo que exigen las difíciles tareas de la divulgación.

DR. T. B.

PROPEDEÚTICA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA, por Vallejo Nárra.—Un tomo de 335 páginas, tres láminas, 10 figuras y 20 modelos. Madrid-Barcelona, 1936. Editorial Labor.—Madrid, Plaza de la Independencia, 4.

Carecíamos de un libro de propedeutica clínica psiquiátrica. Algunos manuales, como el de Mira, tan completo si estuviera escrito en castellano, catalán o alguna otra lengua conocida, tienen capítulos estimabilísimos dedicados a la exploración de los enfermos mentales; pero un tratado única y exclusivamente dedicado a ello y en el que no existieran lagunas u omisiones a este respecto no existía en nuestra literatura. Lo más completo que conocíamos era el manual alemán de Seelert, editado por Thieme el 1926, y no traducido al castellano, al que se habían traducido algunos tan deficientes como el Raecke.

Lleva el autor cinco años dedicado a la enseñanza de los rudimentos de la especialidad a los médicos militares en la Academia del Cuerpo, y además tiene a su lado en Ciempozuelos una colección de neófitos que bus-

can orientación y guía en sus primeros pasos, y esto es lo que ha debido llevarle a componer la obra que nos ocupa.

Su práctica en la materia y el no haberla hecho con apremios ni acuciado por otros designios, sino con tiempo y reposo, han dado por resultado que sea la obra más acabada y completa que ha salido de la pluma del autor. Allá, casi en mi infancia, me enseñaron que para obtener una buena cristalización eran necesarios "espacio, tiempo y reposo", y para escribir algo que valga la pena ocurre lo propio, que, en la naturaleza, las leyes generales rigen para todo.

Y no es que Vallejo haya inventado nada de lo que está en el libro, no. Lo original y lo valioso es el saber recopilar, ordenar, clasificar y exponer con claridad todo lo escrito por unos y otros, a fin de que los principiantes tengan guía segura, y los que ya tratamos con alguna confianza, quizá con demasiada, a los enfermos, recordemos siempre que sin orden ni método no se consigue nada, o se consigue poco y malo, y que aun los genios—y mucho más los currinches—tenemos que atenernos a reglas y normas fijas para explorar con fruto y exponer con claridad lo que hemos observado. Sólo de este modo nuestros diagnósticos tendrán garantías de certeza y nuestros informes merecerán el respeto y la estimación debidas por los que han de valorarlos en definitiva.

La Casa Labor ha editado esta obra con el cariño y esmero con que edita todas en general.

F. G. D.

PERIODICOS MEDICOS

A. MILLER y C. SUTHERLAND.—*Radiología: tumores torácicos.*

Los tumores primitivos del mediastino pueden originarse en los ganglios linfáticos, timo, tiroides, tejido conjuntivo y vasos sanguíneos. Entre los tumores benignos se encuentran con más frecuencia los quistes (equinocísticos, dermoideos, etc.), neuromas, fibromas, condromas, lipomas y aneurismas. Entre los malignos se presentan: el linfomas (linfosarcoma, pseudoleucemia, leucemia aleucémica, granuloma maligno, enfermedad de Hodgkins y timomas), sarcomas originados generalmente en el tejido conectivo areolar, carcinomas de origen tímico o tiroideo, y teratomas. Los síntomas clínicos de todos estos tumores, cuando han alcanzado un volumen considerable, son: accesos de disnea, edemas de la cara y cuello, y hemorragias raras veces, pero algunas de gran intensidad.

La radioscopia y radiografía prestan gran ayuda para el diagnóstico y localización del tumor y de las alteraciones secundarias a que puede dar lugar. Si las pulsaciones del tumor son expansivas, hay que pensar en un aneurisma, si bien puede no serlo. Puede ayudarse el diagnóstico radiológico mediante medios auxiliares, como hacer pasar papilla de bario por el esófago, inyectar lipíol en la tráquea o hacer un neumotórax. También facilita el diagnóstico la aplicación terapéutica, a título de prueba, de los rayos X; así, los tumores que derivan del tejido linfóide desaparecen rápidamente cuatro o diez días después de la primera radiación;

tumores que tuvieron su origen en el sistema retículo endotelial desaparecen mucho más rápidamente; los originados en el tejido conjuntivo areolar se reducen algo en los primeros días, pero no desaparecen hasta pasadas seis semanas; los tumores de carácter benigno no responden en absoluto al tratamiento por los rayos X.

Price divide los tumores extrapulmonares en tumores de la pared, que pueden ser lipomas, fibromas, mixomas, condromas, osteocondromas y angiomas, entre los benignos; y condrosarcoma, sarcoma osteogénico de las costillas, sarcoma gigante y mixoangioendotelio-ma, entre los malignos, y más raramente, ganglioneuromas y neurofibromas.

En la pleura pueden desarrollarse, entre los tumores de origen extrínseco, toda clase de tumores malignos, y además quistes hidatídicos, tuberculomas y fibromas. Los de origen intrínseco (endotelio-ma y tumor conjuntivo de la porción diafragmática) son mucho más raros. Es frecuente, en cambio, encontrar en la pleura deformidades o infiltraciones producidas por tumores de órganos vecinos; tal ocurre con el aneurisma de la arteria innominada y con el carcinoma primitivo de vértice de pulmón.

Los fibroblastomas son los tumores más silenciosos del pulmón; muchas veces los primeros síntomas son de comprensión cuando han adquirido un gran tamaño; si sufren una degeneración maligna producen intensos dolores. Los contornos de estos tumores son bien limitados, y a veces es necesario hacer el diagnóstico diferencial con el aneurisma descendente de aorta.

Los sarcomas son mucho más dolorosos y menos regularmente delimitados. Los endotelio-mas pulmonares pueden cursar largo tiempo sin dar síntomas, tiene contornos muy irregulares y dan lugar frecuentemente a efusiones sanguíneas de la pleura, si bien éstas pueden ser producidas también por otros tumores más benignos.

Los quistes bronquiales dependen siempre de trastornos en el desarrollo embrionario de los bronquios, y muchas veces curan sin ningún síntoma, y son únicamente descubiertos en un examen radiológico. (*The J. of the Am. Med. Scen.*, 21-190, 1935.)—M. B.

CIBILS y CARRERAS.—*Los arsenicales pentavalentes en el tratamiento de la sífilis congénita.*

Necesitamos aún con la ayuda del tiempo, en lo que respecta a la evolución ulterior clínica y serológica de los niños tratados, para poder sacar conclusiones definitivas sobre la curación de los arsenicales pentavalentes en la sífilis congénita. Pero nos encontramos ya facultados, nos dicen más adelante, basados en nuestra experiencia y en la de nuestros compañeros extranjeros, que esa acción curativa que estas observaciones demuestran no constituye una de las tantas fantasías con que suele el modernismo invadir la Medicina.

Deseamos con nuestro trabajo incitar a los colegas a que estudien esta medicación, que abre para un hombre de la autoridad de Müller "una nueva era en el tratamiento de la sífilis infantil, quizá suplantando ventajosamente los otros métodos de tratamiento hasta hoy utilizados".

Ratificar o rectificar ese concepto sobre medicación, tan fácil de dar en la primera infancia, donde parece tener su mayor valor, tan aparentemente bien tolerado

en general, aun a las dosis excesivas, casi espeluznantes que hemos anotado en nuestro artículo, con una eficacia evidente sobre manifestaciones clínicas y serológicas, es el programa que nos debemos trazar y cumplir.

Y esperamos, dicen al final Cibils y Carreras, la sanción del tiempo ensayándolo con precaución, pero sin escepticismo, y sólo después de años de observación prolija de los niños tratados podremos formular un juicio definitivo sobre estos arsenicales pentavalentes, que, desconcertantes en su dosificación, constituyen, hoy por hoy, para algunos pediatras, la terapéutica de elección en la sífilis congénita, sobre todo del lactante. Enuncian asimismo los resultados habidos en sus 96 observaciones, los cuales, muy halagadores, confirman las ideas de Müller. Esperan una mayor observación para poder emitir conclusiones más firmes. Recomiendan a los pediatras y sifiliógrafos el empleo del método con una rigurosa fiscalización del mismo.—(*La Semana Médica*, de Buenos Aires, núm. 52, pág. 1.973. 26 diciembre 1935.)—J. H. S.

WAGNER-JAUREGG.—*El estornudo.*

En Austria es costumbre decir "buen provecho" o algo análogo cuando se oye estornudar a otra persona. Esto indica que existe el prejuicio de que el estornudar es cosa conveniente. Esta idea es muy antigua; en la *Odisea* se toma como signo de buen augurio. Los médicos de la Antigüedad deseaban que los enfermos estornudaran en determinadas enfermedades. Sin embargo, hay que ser cauto en las interpretaciones, pues algunos alemanes han creído que Hipócrates usaba los estornutatorios porque utilizaba el eléboro, y en alemán el eléboro se llama "niesvurtz" (raíz estornutatoria), siendo así que Hipócrates lo empleó como emetocatórtico, sobre todo en las enfermedades mentales y asociado a los baños de vapor. En cambio, el mismo Hipócrates habla de los beneficios de estornudar en los dolores de cabeza y en las enfermedades del cerebro, basándose en las relaciones de vecindad entre cavidad craneana y fosas nasales, y en la posibilidad de que el moco fuera en parte producto de secreción del cerebro. Esta concepción del moco como secreción del cerebro se encuentra confirmada y sostenida aún con más ardor en Galeno, de donde el que este autor también creyera en la eficacia del estornudo en ciertas dolencias; y así como Hipócrates no nos dice qué remedios utilizaba como estornutatorios, Galeno sí nos cuenta que utilizaba el eléboro negro, la resina de euforbia, los polvos de convallaria, la pimienta negra y otros muchos, pero el preferido por él era la cebadilla, de donde se extrae hoy día la veratrina.

Durante toda la Edad Media, y hasta muy recientemente, las farmacopeas contenían fórmulas de polvos estornutatorios en forma de polvo cefálico de Saint Ange (*Asarum* y *Helleborus alba*), que se encuentra en el nuevo diccionario de Medicina y Cirugía (París, 1882), y en otras varias, y se los recomendaba como excitantes de la actividad cerebral y eficaces en los síncope y desmayos.

Francisco II de Francia puso muy en boga el polvo de tabaco como estornutatorio eficaz, y afirma que así se libró de sus dolores de cabeza. En América y en Es-

pañá, el tabaco y el rapé estaban igualmente extendidos. Tabaco, raíz de angélica, flores de *convallaria maialis* y otras raíces excitantes integraban un rapé especial, muy usado en Austria hacia el año 1830, y que se prohibió por los malos efectos que producía. Hay que insistir en que hasta hace un siglo, poco más o menos se insistía mucho en las relaciones fisiológicas entre función cerebral y secreción nasal. Recientemente ha vuelto a circular y utilizarse la mezcla antes citada, que goza entre los campesinos de Austria gran predicamento contra el dolor de cabeza.

Los modernos estudios han demostrado que no es tan insensato, ni mucho menos, pensar que puede estimularse la descongestión del líquido cefalorraquídeo a través de las fosas nasales; entre el espacio por donde circula el líquido cefalorraquídeo y la cavidad nasal existen relaciones anatómicas y fisiológicas directas. En las hidrorreas nasales, alguna vez beneficiosas, sale por la nariz gran cantidad de líquido cefalorraquídeo; en algunos casos la secreción puede llegar a 200 y aun a 500 cm³ en las veinticuatro horas. Cuando hay hipertensiones por tumor intracerebral u otras dolencias, estas hidrorreas alivian positivamente a los enfermos, y su falta los agrava. Lo difícil es precisar si el estornudo estimula o no esta secreción, y si, en caso de estimularla, lo hace en cantidad máxima o mínima. Wágner-Jauregg cuenta de un enfermo suyo con un proceso meníngeo, probablemente tuberculoso, con más de 100 células en mm³ y violentas cefalalgias, que no cedían a los antineurálgicos, y el que se alivió con el uso de un rapé energético. "Ciertamente dice el autor—que estos efectos se consiguen mejor con inyecciones intravenosas de osmón; pero para esto hace falta el médico, y para tomar rapé, no."

Por lo demás, desconocemos el mecanismo del reflejo estornutatorio y su utilidad y significación. Para algunos, el estornudar indica un romadizo en puerta; otros estornudan a diario, y cuando se acatarran ya no estornudan más. También es curioso que el estornudo se provoque muchas veces por la luz intensa—al salir el sol—, y ciertamente por efecto de los rayos, desde el azul al ultravioleta, y no por los del rojo al verde. (*Wiener Med. Woch.*, 1936, núm. 1.)—F. G. D.

T. BRUGSCH.—*El problema de la enfermedad de Basedow.*

La mayor dificultad radica en que cada caso requiere una solución en particular, y que de ella depende el porvenir del enfermo. Hay que tener en cuenta que en esta enfermedad desempeña un papel tan importante el factor constitucional como el medio ambiente. Es muy frecuente encontrar familias en las cuales varios de los miembros son basedowianos, y otros sujetos, en los cuales, sin presentar ningún síntoma por parte del tiroides, tienen los caracteres vegetativos típicos del Basedow, y es precisamente en estos sujetos en los que, cuando se encuentran en un medio muy rico en yodo, se desarrolla la enfermedad de Basedow con gran facilidad. La influencia de la cantidad de yodo que llega al sujeto, principalmente con los alimentos, depende de la sensibilidad que posee para el yodo; una elevación en la yodemia tiene por efecto la excitación del cerebro intermedio, cuyos centros, en unión de la hormona tireotropa de la hipófisis, son de importancia decisiva en el funcionamiento

del tiroides. La hiperiodemia indica que del tiroides pasan a la sangre mayores cantidades de sustancias orgánicas yodadas, y como éstas, son de dos grupos: el de la tiroxina, que tiene acción tireotóxica, y el de la diyodotiroxina, que tiene acción antitireotóxica. Esto explica que la administración de yodo sea capaz de desencadenar un Basedow que no existía o de influir beneficiosamente sobre él, según la dosis que se administre. En los casos leves, que es en los que mejor resultado ha obtenido el autor con el yodo inorgánico, da dosis de 1 a 3 miligramos al día, descansando diez días cada mes. En los casos graves se puede obtener una mejoría, que es siempre muy pasajera, administrando tres veces al día 10-30 gotas de solución de lugol, lo cual es de alguna utilidad para preparar a los enfermos que van a ser operados.

Como tratamiento médico es siempre preferible la administración de diyodotiroxina, dando durante tres semanas 0,1 por cada elevación del metabolismo basal de 25 por 100; se descansa cuatro días y se vuelve a comenzar la cura durante otras tres semanas, continuando así, sin ningún peligro, durante años enteros, hasta hacer descender el metabolismo basal a los valores normales.

Con rayos X y radium han obtenido también numerosas curaciones. Cualquiera que sea el tratamiento seguido es necesario poner al enfermo en condiciones de absoluto reposo, sobre todo psíquico, ya que las preocupaciones, etc., tienen un efecto muy perjudicial sobre el curso de estos enfermos. (*M. Méd. W.*, pág. 1.912, 29 noviembre 1935.)—M. B.

G. MARAÑÓN, COLLAZO, I. TORRES y E. RODA.—*La acción de los extractos hepáticos sobre la colesterinemia y la eliminación de la colesteroína por la bilis.*

El extracto hepático—sea cual sea el laboratorio de donde proviene—determina una hipercolesterinemia clara y constante; ésta se manifiesta asimismo cualquiera que haya sido la vía empleada en la administración de la misma.

La hipercolesterinemia, consecutiva a la inyección de extracto hepático, se produce rápidamente al cabo de quince minutos, y alcanza su máximo a la media hora poco más o menos, disminuyendo enseguida con mayor o menor rapidez, según las condiciones experimentales, para volver a la cifra inicial a la hora de empezada la experiencia.

Los autores nos dicen que han obtenido idénticos resultados en el conejo, en el perro y en los enfermos afectados de addisonismo. Con respecto al desenvolvimiento de la curva colesterinémica, vemos que es más lenta en el hombre que en el animal.

El estudio de eliminación de la colesteroína por la bilis en los perros con fístula biliar demuestra que esta eliminación, después de la inyección de extracto hepático, es paralela a la curva de colesterinemia.

Los resultados obtenidos nos dicen que permiten la hipótesis de que exista en el hígado una sustancia movilizadora de la colesteroína; esta sustancia tendría que ser de tipo hormonal.

La acción hipercolesterinémica de los extractos hepáticos es paralela a su acción antianémica; sin embargo, hoy por hoy es imposible decir si se trata de la misma sustancia o de agentes distintos.

Terminan sus trabajos diciendo que si los extractos hepáticos se calientan a una temperatura de más de 120° se anula su acción hipercolesterinémica. (*Revue Médico-chirurgicale des Maladies du Foie, du Pancreas y et de la Rate*, núm. 3, pág. 166, mayo-junio 1934.)—J. H.

G. KLOOS.—*Herencia e higiene de la raza en las psicosis.*

Los enfermos de esquizofrenia hebefrénica o catatónica tienen escasa descendencia. Según Kallmann, que ha estudiado más de 100 familias, apenas si salen a un hijo por matrimonio. En los paranoicos y en las esquizofrenias de forma cíclica, la descendencia es menor que en las personas normales, pero no en tan grandes proporciones. En los paranoicos, los hijos nacen casi siempre antes de que aparezca la enfermedad. De ahí las dificultades diagnósticas y los fracasos de la esterilización en ellos. Afortunadamente, la herencia es más frecuente en las formas hebefrénicas y catatónicas, es decir, que la Naturaleza se encarga de eliminar espontáneamente la enfermedad. Para que una esquizofrenia aparezca, no basta con la herencia sola: precisan factores extrínsecos desconocidos hasta el día, pero impresionables. Las observaciones en gemelos univitelinos lo comprueban, e indican, además, que el poder de penetración del geno no es igual en todos los casos, ni mucho menos. Luxemburger ha visto en estos gemelos cerca del 1/3 de discordancias (en 134 pares de gemelos). Este mismo autor afirma que entre las causas extrínsecas deben colocarse, no sólo las del mundo exterior, sino también el resto de las cosas de herencia y el mundo interno. De las causas desencadenantes parecen ser las esenciales las infecciones crónicas y los trastornos de la vida sexual en la época del desarrollo, así como ciertas neurosis; en cambio, no se les concede importancia a los traumas cerebrales, a los terrores, a las vivencias religiosas, etc. De todos modos, conviene ser muy reservado en esto.

Hay gran disparidad de criterios respecto a la herencia de la epilepsia; hay autor que en nueve gemelos univitelinos encontró ocho discordancias; otros, en cambio, dan cifras muy diversas—66 por 100 de concordancias en los gemelos univitelinos y sólo 3 por 100 en los bivitelinos—. Para muchos, apenas hay más que causas externas—traumatismos obstétricos y otros—, y la epilepsia genuina es sólo un diagnóstico incompleto, mientras que los alemanes—y más los nacionalsocialistas, para defender la esterilización—, opinan que hay muchas epilepsias esenciales, y que en ellas lo que prima es la herencia, y todo lo demás es secundario. Para el autor, la epilepsia esencial es una enfermedad concreta y no un síndrome indeterminado.—(*Münchener Med. Wochenschrift*, 1936, núm. 1.)—F. G. D.

H. ROSENHAGEN.—*Tratamiento de la hipertensión craneal crónica.*

El tratamiento de la hipertensión craneal crónica por medio de punciones lumbares repetidas tiene el inconveniente de que la cantidad de líquido substraída se repone rápidamente, y aun a veces en mayor cantidad. Kehrler señala la posibilidad de desarrollarse un hidroencéfalo artificial tras repetidas punciones lumbares. A partir de las investigaciones de Weed, confirmadas más

tarde por Morryssay, Bray, Ernst, etc., se dispone, en cambio, de otro procedimiento, mediante el cual se puede producir un real descenso de la hipertensión intracraneal, sin que vaya seguido de una elevación secundaria. Las inyecciones intravenosas, subcutáneas o la administración por vía rectal de soluciones hipertónicas produce un paso del agua de los tejidos a la sangre y, por consiguiente, una menor producción y una mayor reabsorción del líquido cerebroespinal. A este fin, las soluciones más apropiadas son las soluciones hipertónicas de glucosa al 40 por 100, de sulfato magnésico al 40 por 100 o de cloruro sódico al 15 por 100. Las soluciones de glucosa están principalmente indicadas en los procesos de gran cronicidad y en los que van asociados con espasmos vasculares, ya que producen una dilatación de los capilares y precapilares. El sulfato de magnesio tiene la ventaja de actuar como sedante del sistema nervioso, y el inconveniente de los efectos secundarios que ocasiona, como sensación de calor, de opresión, vértigos, etc., cuyos efectos se atenúan inyectando simultáneamente de 1 a 4 cc. de la solución de sulfato magnésico, y 4 a 7 cc. de la solución de glucosa, según el efecto que se desee obtener.

La solución al 15 por 100 de cloruro sódico (50 — 100 cc.) es empleada principalmente para reducir la presión intracraneal en las operaciones del cerebro, y cuando existe alguna contraindicación para el empleo de las soluciones de glucosa o sulfato magnésico.

Con estos medios han obtenido los autores excelentes resultados en numerosos casos de hipertensión de distintos orígenes: meningitis serosa, hipertensión intraventricular, con o sin hidrocefalos; en hipertensión consecutiva a apoplejía en tumores no operables, en traumatismos del cráneo, etc. (*D. Med. W.*, 2.044, diciembre 1935.)—M. B.

EMILIO y ALFONSO DE LA PEÑA y PINEDA.—*Sobre la curación espontánea y el tratamiento de la blenorragia.*

En el citado trabajo, los autores quieren poner de relieve la gran importancia que la constitución del paciente y su vida higiénica tienen en el curso de la afección blenorragia.

Hacen ver también al mismo tiempo que en un cierto número de casos el tratamiento de la misma no sólo no ejerce acción favorable alguna sobre el proceso, sino que puede dar lugar al empeoramiento del mismo y a algunas complicaciones.

No pretendemos descubrir nada nuevo, ni siquiera sentar conclusiones definitivas. Sólo queremos estimular la observación en gran escala de blenorragias no tratadas, único medio de poder llegar a conclusiones definitivas. Es preciso desterrar la idea de que la blenorragia no tratada da siempre lugar a complicaciones graves. La experiencia demuestra, por el contrario, que en condiciones higiénicas óptimas esta creencia es completamente errónea, y que las complicaciones suelen sobrevenir más como consecuencia del tratamiento que de la simple abstención.

Hay muchas razones—terminan—para creer que en el caso de la infección gonocócica, como en el de otras afecciones, vale más no tratar que tratar mal. (*Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, núm. 728, página 1.935.)—H.

SECCION PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

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

SUMARIO.—SECCIÓN PROFESIONAL: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—ACADEMIAS Y SOCIEDADES.—Diez mil cartas, por Sisinio Crespo.—¡Pobrecitos leguleyos!, por Angel F. Domínguez.—En pro de mi campaña, por A. Lozano Borroy.—Para D. Angel F. Domínguez: Sobre... esto... ¡aún falta más!, por Olimpia del M. de Martínez.—Instituto Nacional de Sanidad.—Relación de aspirantes a las plazas de Médicos de Asistencia Pública cuya documentación se halla incompleta. SECCIÓN OFICIAL.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Tertulia.

BOLETIN DE LA SEMANA

El esquema de un programa sanitario y profesional médico

En estos últimos días se nos ha requerido con alguna insistencia sobre lo conveniente que sería concretar desde EL SIGLO MÉDICO el programa que estimáramos de mayor eficiencia para la organización sanitaria y profesional médica en España. Lealmente hemos de confesar que no nos coge de sorpresa el que se nos requiera en tal sentido. El momento psicológico por que atraviesa España impone en todos los aspectos sociales una puntualización de las finalidades de cada grupo, a fin de orientar lo más directamente a las masas. No es extraño que a los sanitarios y a los médicos les ocurra lo mismo.

Los programas que figuran en la cabeza de EL SIGLO MÉDICO desde hace muchos años es evidente que necesitan puntualización, ratificaciones y rectificaciones concretas. Lo alcanzado y lo variado en las líneas generales de estos programas venían haciendo por momentos más precisa una nueva promulgación de lo que se estime más inmediatamente obligado para vencer el acúmulo de problemas que la enseñanza, la investigación científica, la labor clínica y el ejercicio profesional han acumulado sobre las clases sanitarias españolas que se debaten en un indudable estado de ruina inminente.

Cuanto hay de agrio y de violento en la convivencia profesional médica, *mohina por falta de harina*, entendiendo por harina, no sólo la materialidad del bienestar económico, sino la interior satisfacción a todos necesaria para que la cordialidad y el progreso sean el ambiente vital de la clase, así lo proclaman.

Por todo ello, entendemos justo el que se solicite de nosotros un planeamiento, siquiera sea esquemático, en los momentos actuales, de los caminos que deberán trazarse para arribar al mejoramiento sanitario y profesional médico de España, porque es público y notorio que, de prolongarse la situación actual, se terminaría en el caos.

Punto primordial de este programa es la ratificación del enunciado que campea en nuestro SIGLO MÉDICO desde hace ya tantísimo tiempo: *La función sanitaria es función del Estado, y su organismo debe depender de él hasta en su representación municipal.* Sobre esto no cabe rectificación ninguna. Toda la función sanitaria dependerá exclusivamente del Estado. Las obligaciones sanitarias que dependen en la actualidad de municipios, diputaciones, fundaciones y corporaciones independientes habrán de pasar a depender en absoluto de la organización sanitaria del Estado español. Nada de coordinaciones absurdas. El Estado se incauta de toda la función sanitaria nacional. Los ayuntamientos, las diputaciones, las fundaciones y las corporaciones que actualmente desempeñan función sanitaria quedarán al margen de ella y cooperarán económicamente dentro del canon justo de la función que se les libera a las obligaciones que el Estado cumplirá en su lugar.

Este aspecto de la cuestión no exige más que el decidido propósito de realizarlo. Ninguna complicación ni dificultad insuperable se opone a ello, y, en cambio, el beneficio para la sanidad y para los sanitarios no puede ser más evidente.

La organización de este sistema será la cabeza de la ley de Sanidad por tanto tiempo esperada y malograda por tantas ambiciones personales y políticas. En este aspecto hay que ser cerradamente intransigente. Nadie ni nada fuera del Estado podrá organizar función alguna sanitaria.

Secuela inmediata de esto es que el escalón primero del organismo sanitario, que es el inspector municipal de Sanidad, pase a ser funcionario del Estado verdadera y absolutamente.

De modo paralelo a la función sanitaria del Estado correrá el ejercicio profesional médico en todos sus aspectos, dentro de la más absoluta libertad e independencia, desde el ejercicio médico libre en el medio rural al de las capitales de mayor población. Para la organización del ejercicio médico se hace absolutamente preciso el corregir todo el funcionamiento de los Colegios Médicos de España y la abolición,

tajante, de todo servicio profesional médico prestado en compañías y sociedades y pagado en forma de sueldo global.

El ejercicio médico requiere la selección por la competencia, que lleva en sí el máximo estímulo para el estudio, el progreso científico, la perfección en la arte ejecutiva y la moral profesional.

Llave resolutora de este problema es la implantación de las tarifas médicas, bien establecidas en el límite ínfimo de modestia, hasta el máximo que, dentro de la moral médica, cabe fijar por los servicios de cualquier índole que sea. La libertad absoluta en figurar el colegiado médico dentro de la tarifa que él elija, con la sola obligación de pagar la cuota tributativa con arreglo a la tarifa en que figura para el cobro de sus honorarios y someterse a ellos obligadamente en sus minutas.

Es indudable que la muerte del ejercicio profesional está en el auge gigantesco de las asociaciones de defensa contra el médico, por no haberse sabido encauzar de un modo digno el ejercicio libre de la profesión.

El cliente debe elegir con absoluta libertad su médico, sabiendo puntualmente entre quiénes elige, con arreglo a sus posibilidades económicas y sin sujetarse a esa engañadora resolución del problema de la asistencia que le supone el abono de una cuota social para tener derecho a una serie de atenciones profesionales que se prestan de un modo completamente distinto, y más aún, opuesto a lo que la moral médica exige.

El establecimiento de este régimen traerá la demostración de que es completamente falso el que el número de médicos sea la causante del malestar y la ruina profesional que se padece. No sobran médicos: lo que es deficiente es la organización profesional, porque no selecciona, y en lugar de ello forma cotos cerrados que imposibilitan la noble lucha y la vida independiente y digna de los médicos.

La enseñanza médica en España cuenta hoy con medios suficientes para lograr un nivel cultural médico envidiable, y únicamente se precisa un saneamiento en la función del profesorado para que los medios de enseñanza con los que se cuenta den el rendimiento que merece alcanzarse. Sin esto, de nada sirven los planes de estudios que, como el aprobado hace días, sólo modifican en lo formal y no en lo fundamental; y a veces, como ahora, equivocadamente.

La función del profesorado debe aislarse en absoluto del ejercicio profesional. El profesor debe ser exclusivamente profesor. Las clínicas, exclusivamente lugares de enseñanza, y los laboratorios, planteles de investigadores. Nada más distinto de la realidad que actualmente vivimos. Se lucha por las cátedras

porque son una tribuna para el ejercicio profesional, y las clínicas son un venero de clientela, y los laboratorios son *fomes* de intriga y favoritismo, en vez de lugares de investigación seria y progresiva. Todo esto hay que reformarlo enérgicamente y enseguida se apreciará el saneamiento de los alumnos. La selección irá surgiendo ella sola; el mejoramiento cultural de los médicos será el rendimiento inmediato, y al ingresar en el ejercicio profesional, se hará ello sin temores de miseria ni codicia de fortuna loca.

No se estime que estas líneas esquemáticas del programa son excesivamente simplistas; nada es más fácil de realizar que cuanto ésta reforma supone necesario; solamente se requiere una campaña activa que lleve el convencimiento de la masa médica de que, si por este camino no se salva, es indudable que perece.

En resumen: la máxima dependencia del Estado para la organización sanitaria del país, y la máxima independencia del médico para el ejercicio profesional, además de la severa aplicación de la función benéfica y la guerra contra la socialización arbitraria de los servicios, que es la muerte del progreso científico y de la moral médica.

Como podrá verse, somos socialistas e individualistas, que es como debe ser. Socialistas, en cuanto tiene de beneficiosa la dependencia del Estado para el progreso de la patria, e individualistas, ferozmente individualistas, como médicos y hombres de ciencia, porque fuera de esta postura no cabe ni lo uno ni lo otro.

DECIO CARLÁN.

ACADEMIAS Y SOCIEDADES

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

FUNDACIÓN DEL EXCMO. SR. D. ANÍBAL MURILLO Y PÉREZ,
CONDE DE CARTAGENA DE INDIAS

La Academia anuncia la provisión de cinco becas para realizar estudios en el Extranjero, con arreglo a las siguientes

Normas y condiciones aprobadas por la Academia Nacional de Medicina en sesión celebrada el día 25 de enero de 1935.

Primera. Tener aprobadas en cada caso todas las asignaturas que constituyen el período de Licenciatura de las Facultades de Medicina, Farmacia, Ciencias (Sección de Químicas, Físicas o Naturales), e igualmente en la carrera de Veterinaria.

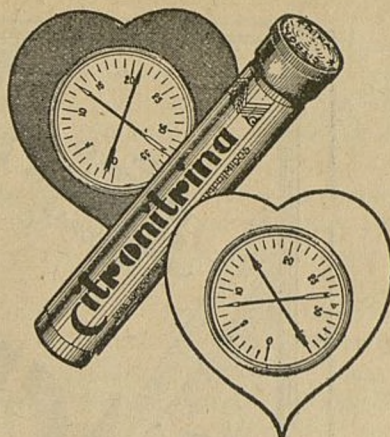
Segunda. Dominio suficiente del idioma del país donde se proponga realizar la pensión, para que, desde el primer momento, pueda entender y hacerse entender en lo más elemental de la vida de relación. Las pruebas oral y de traducción de un texto científico apropiado se verificarán ante un Tribunal acordado por la Academia, quedando exceptuados de estos ejercicios los que estuvieren residiendo, permanente o accidentalmente, en el país adonde se propongan verificar los estudios,

*Para sus hipertensos
y arterioescleróticos.*

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

Citronitrina

Vergés & Oliveres



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

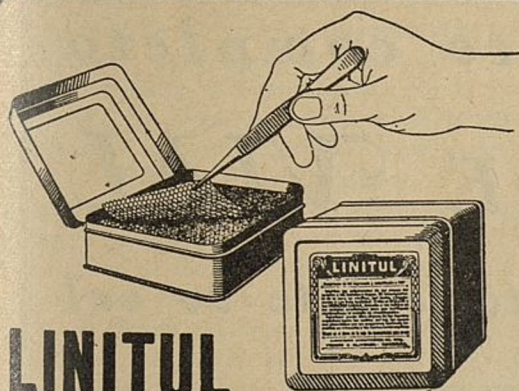
INDICACIONES: Hipertensión arterial, cualquiera que sea su forma y origen. Arterioesclerosis, Aortitis, Angioespasmos, Embolias, Flebitis, Angina de pecho, Estados pletóricos y congestivos, etc.

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

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

VERGÉS & OLIVERES
Laboratorio Quimioterápico del Ebro
TORTOSA

MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS



LINITUL

Compresas de tul engrasado y esterilizado a 120°

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

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

PÍDANOS MUESTRAS Y LITERATURA

LABORATORIO QUIMIOTERÁPICO DEL EBRO
VERGÉS & OLIVERES - Tortosa

"Geve"

es la mejor marca
de

Aceite de Hígado de Bacalao

— Porque se obtiene siempre de hígados frescos y seleccionados entre los bacalaoes que ofrecen mejores condiciones de nutrición.

— Porque para extraerle se emplea simplemente la presión suave.

— Porque su absoluta pureza y la perfecta técnica que se sigue para su obtención, le hace suave al paladar, fácilmente digestible y de gran riqueza nutritiva.

Muestras gratis a
los señores médicos

VERGÉS & OLIVERES
Laboratorio Quimioterápico del Ebro
TORTOSA

EN INYECCIONES
SUB-CUTÁNEAS
VERDADERAMENTE
INDOLORAS

EL ACETYLARSAN

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

TRATAMIENTO DE ASALTO
TRATAMIENTO DE PRUEBA
TRATAMIENTO DE SOSTÉN

HEREDO-SÍFILIS

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

DRÉVILLE

Alimento fisiológico completo

VINO DE VIAL

Quina, carne, lacto-fosfato de cal



RIGUROSAMENTE DOSIFICADO Y ASIMILABLE,
REUNE TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS DEL
FOSFATO DE CAL, DE LA QUINA Y DE LA CARNE

ES EL RECONSTITUYENTE MAS ENERGICO EN LOS CASOS DE DES-
NUTRICION DE LOS FOSFATOS CALCICOS

De venta en todas las farmacias

Depósito general para España:

D. ANTONIO SERRA PAMIES, S. A.- Apartado 26, REUS (Tarragona)

bien entendido que la permanencia se entenderá por tiempo suficiente, en opinión de la Academia.

Tercera. Haber trabajado en España, más de un año, en la materia objeto de la pensión, en un Centro adecuado o bajo la dirección de persona de solvencia científica, que informará a la Academia acerca del caso.

Cuarta. Las pensiones serán, como minimum, cinco, y cuando los recursos del Patronato lo permitan, según disponen las cláusulas fundacionales, podrán ampliarse.

Quinta. La cuantía de cada pensión será, *en términos generales, de 7.000 pesetas anuales*; pero dicha cantidad podrá modificarse por acuerdo de la Academia, teniendo en cuenta el cambio monetario y demás condiciones de vida donde el pensionado haya de fijar su residencia. El aspirante a pensionado, en su solicitud, habrá de indicar claramente la naturaleza del trabajo, tiempo de duración de la pensión y fecha en que haría uso de ella; localidad, laboratorio y profesor o entidad bajo cuyos auspicios se proponga realizarla, así como la cantidad que desee percibir, en la que se encontrarán incluidos toda clase de gastos, cuales son viajes, matrículas, gastos de laboratorio, etc. Cada pensión podrá ser compatible con otra, si la suma no pareciere excesiva a juicio de la Academia, debiendo entenderse que esta compatibilidad podrá ser con pensión de la propia Academia o entidad distinta.

El tiempo máximo de concesión de beca, para un mismo pensionado, será de doce meses dentro de cada convocatoria, y hasta veinticuatro meses, en caso de prórrogas o nuevas concesiones en sucesivas convocatorias. En ningún caso podrá exceder de veinticuatro meses en total, por expresa voluntad del fundador.

En general, los pensionados habrán de comenzar su labor coincidiendo con los cursos académicos universitarios, salvo casos especiales expuestos por los interesados y aceptadas las modificaciones por la Comisión.

Sexta. La Academia se reserva el derecho de poder fijar uno o dos temas de trabajo, quedando los otros a la libre iniciativa de los interesados.

Séptima. A los efectos del percibo de la pensión, los interesados remitirán a la Academia certificado consular, dentro de los tres primeros días de su estancia en el sitio para donde la pensión haya sido concedida, y otro del último día de estancia en el Extranjero.

Además, remitirán mensualmente, en los días 20 al 25, durante la duración de la beca, certificado consular de estancia y, con él, una nota-programa del trabajo realizado durante el mes transcurrido. Remitirán también, cada dos meses, otro certificado del Centro, Sección o jefe del Laboratorio donde realice los trabajos, en el que se haga constar la asiduidad o no del pensionado en la asistencia, y, si fuera posible, el grado de aprovechamiento.

Cuando la Comisión lo estimare procedente, podrá prescindirse de algunos certificados consulares, siempre que sean remitidos los del Centro, Sección, jefe del Laboratorio o de Clínica.

Octava. La Academia, *en los casos que estime oportuno*, podrá dejar de entregar la última mensualidad hasta que el interesado presente, oficialmente, la correspondiente Memoria a que todos están obligados, cuya redacción comprenderá únicamente la labor realizada y su resultado, y a la cual habrán de acompañar, según los casos, preparaciones microscópicas, cultivos, pro-

ductos, colecciones, protocolos referentes a asistencias a clínicas, operaciones quirúrgicas, experiencias en animales, etc., todo cuanto pueda ser elemento que justifique la labor realizada, refrendado por el profesor o jefe del trabajo.

La Comisión podrá pedir al interesado que amplíe su Memoria con los datos que le fueren indicados o aclaración de los expuestos para poder juzgar con mejor acierto.

Novena. La Junta de gobierno de la Academia se reserva el derecho de adjudicar o no todas o parte de las pensiones acordadas para cada año, así como por causas que la propia Junta considere suficientemente justificadas, podrá suspenderlas en cualquier momento, sin necesidad de justificar, fuera de la Academia, su determinación, ante la que no se da recurso alguno.

Décima. La Secretaría de la Academia no expedirá certificación alguna definitiva de la beca hasta después de que la Memoria haya sido censurada por la Junta de Gobierno. El acuerdo que recaiga les será comunicado a los interesados, para que puedan hacer uso de él a los efectos que estimen oportunos.

Si el resultado de la censura de la Memoria fuese desfavorable, no se podrá librar certificación alguna al becario que la solicite sin que en la misma se haga constar dicho resultado.

La presentación de instancias y documentación para este concurso se hará en la Secretaría perpetua de la Academia Nacional de Medicina, calle de Arrieta, número 12, cualquier día laborable, de diez a dos, hasta el 28 de febrero, en que termina el plazo de admisión.

Madrid, 30 de enero de 1936.—El secretario perpetuo, *Nicasio Mariscal y García*.

* * *

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Presidencia: Dr. Antonio Cospedal †

(Sesión del 1.º de febrero de 1936.)

PRESENTACIÓN Y PROYECCIÓN DE UNA PELÍCULA DE LA OPERACIÓN DE LA TORACOPLASTIA, hecha por el Dr. Tablante, de Manila, por el Prof. José Goyanes Capdevila.

Me cumple hoy presentar ante esta Academia Nacional de Medicina la película que acerca de la operación de la toracoplastia ha hecho en Manila un joven médico enamorado de la madre patria, el Dr. Tablante, bien que esta operación se practique ya en España hace cerca de doce años, según el método paravertebral de Saurbruch, es de interés por el factor indicado. Para mí lo tiene aún mayor, puesto que me ocupo preferentemente de algún tiempo a esta parte en mi Servicio del Hospital Provincial de la cirugía de tórax, y particularmente de la cirugía de la tuberculosis; bien saben todos que la toracoplastia es una operación de elección y de buenos resultados en la tuberculosis pulmonar.

A continuación de estas palabras se proyecta la película, la cual muestra varias operaciones de toracoplastia.

Dr. Estanislao Lluesma Uranga.—Pide al Dr. Goyanes le aclare si los enfermos deben operarse echados por completo, como muestra la película realizada por el Dr. Tablante, o bien inclinados, como él ha visto en la clínica del Dr. Vigueras. También le pide aclaración

con respecto por dónde se debe comenzar a resear las costillas, pues Sauerbruch, si bien dice debe hacerse de arriba abajo, hace lo contrario, y el Dr. Tablante sigue dicho método.

Expone, por último, muy detalladamente un nuevo método cinematográfico para tomar las vistas en las películas operatorias que él ha observado en el último Congreso de la Cinematografía aplicada a las Ciencias Naturales.

Dr. José Verdes Montenegro.—Dice cómo en su contacto diario y ya prolongado con los enfermos tuberculosos ha visto cómo éstos tienen un gran temor por la toracoplastia, el cual, en parte, se halla justificado por el abuso, y no con muy buenos resultados, del neumotórax. Estima como deber de todos el difundir la toracoplastia, y con respecto a la técnica de la misma, promete hablar en una fecha próxima.

Dr. José Goyanes (rectificación).—Al Dr. Llesma Uranga le dice, con respecto a la posición del operado durante la toracoplastia, que él interviene a los suyos en un ángulo de 45°, y cree que el Dr. Tablante lo hace con ellos echados por razones de técnica cinematográfica. Con respecto a esta última, él cree que en los "films" científicos sólo debe verse el campo operatorio, y, si es caso, la mano del operador. Dice que la técnica del Prof. Sauerbruch es la utilizada hoy día por todos los cirujanos del mundo, ya que la de Frederick es muy peligrosa. El empieza la resección por abajo, costilla por costilla. Al Dr. Verdes Montenegro le dice que los miedos de los pacientes son razonables, puesto que la operación es bastante grave, y más en sujetos de muy mal estado general, como suelen ser estos enfermos. El, a pesar de esto, en su numerosa casuística no tiene ningún caso de muerte por la operación en sí. Dice cómo dentro de poco piensa traer un método menos cruento para estos enfermos, y acerca del cual tiene ya algunos casos operados con éxito en su Servicio del Hospital Provincial.

LAS ALTERACIONES DEL TRÁNSITO INTESTINAL COMO SÍNTOMA PARA EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO DEL CÁNCER DE CIEGO, por el Dr. Santiago Carro.

Sabido es que el cáncer de intestino grueso evoluciona muchas veces con gran lentitud, si bien otras provoca pronto una serie de síntomas y manifestaciones reaccionales por inflamación o infección, o por ambos mecanismos combinados. Particularmente los cánceres de ciego suelen provocar estas reacciones con más intensidad, con la consiguiente respuesta del peritoneo y los ganglios próximos.

Estas reacciones se manifiestan, a mi juicio, de una manera tardía, aun dentro de aquel grupo de síntomas clínicos reaccionales tempranos. Los actualmente reconocidos, tales como las alteraciones gástricas, pérdidas de peso y anorexia, estreñimiento o diarrea, acompañan siempre a procesos cancerosos de bastante difusión y toxicidad, aunque la exploración física sea negativa, y de esta forma poco se puede esperar de la Cirugía. Pero mucho antes que los síntomas que he citado puedan presentarle alteraciones radiológicas del tránsito intestinal, que nos deben hacer siempre sospechar la evolución clínica silenciosa de un cáncer, particularmente de ciego o colon ascendente. Por un caso muy demostrativo, visto por nosotros, hemos considerado co-

mo de gran valor el síntoma radiológico citado. El caso que hoy traigo es el siguiente, en su más breve extracto:

F. R. G.—Le veo por primera vez el 17 de noviembre de 1932. Edad, setenta años; bien nutrido, 78 kilogramos. Antecedentes hereditarios, sin interés. Siempre ha comido de todo y con apetito; hace pocos años sólo toma alimentos sanos. No bebedor ni fumador, vida sedentaria. Es prostático sin retención; ha padecido numerosos eczemas, localizados en ingle y axila. Su historia digestiva es ésta: desde hace muchos años padece a temporadas malas digestiones, ardores, plenitud; cálmense las molestias a la ingestión de alimentos. Las peores horas, las de anochecido y madrugada; buen apetito, función intestinal normal. Por análisis de jugo se ve tiene una ligera hiperclorhidria. De su estudio radiológico se desprende este informe: a las trece horas de ingerir una papilla de 200 gramos de solubario, nos dice que expulsó de ella en dos deposiciones posteriores a su ingestión. A pesar de esta hipermotilidad queda bastante papilla retenida en asas finales de íleon; algunas aparecen dilatadas por gases. Está contrastado irregularmente el ciego, poco el ascendente y débilmente la primera porción del transversal. Para descartar si había o no vaciamiento lento del estómago le dimos otra papilla: el estómago, radiológicamente, vemos es normal. Como los demás datos eran totalmente negativos, supusimos los trastornos ligeros del tránsito intestinal a alteraciones espasmódicas, y dimos al enfermo un plan de alcalinos y sedantes ligeros, y una alimentación sana. Pasamos un año sin verle, y en noviembre pasado vuelve a nuestra consulta; nos dice se encontró bien hasta julio, en que empezó a adelgazar y a tener dolores en fosa ilíaca derecha, anorexia, diarrea—dos deposiciones blandas—, depresión e insomnio. Se sometió a una alimentación blanda y siguió igual y perdiendo más peso. Procedo a explorarlo, y compruebo que hay una tumoración palpable, dura, dolorosa, en la fosa ilíaca derecha, correspondiente al ciego y parte del colon ascendente—ganglios inguinales del mismo lado—. Práctico tacto rectal, y nada anormal en recto. El diagnóstico que emití fué de cáncer del ciego y colon ascendente. El interrogante formulado por nosotros al ver al enfermo por vez primera, al encontrar alteraciones del tránsito intestinal sin ningún síntoma clínico, quedaba contestado por la evolución lenta del proceso canceroso-intestinal, tan claramente perceptible ahora. El paciente fué de mal en peor, falleciendo ha poco.

De este caso se deduce que mucho antes que hubiese síntoma alguno que pudiese hacer pensar en un cáncer de evolución lenta, se presentaron alteraciones del tránsito intestinal, casualmente halladas en este enfermo, pero que debemos buscar en todos los de aparato digestivo con síntomas al parecer sin importancia, sobre todo si se trata de personas de edad avanzada, en las que los procesos malignos acusan el porcentaje más elevado.

Dr. José Goyanes Capdevila.—Lo esencial del caso del Dr. Carro es la gran distancia existente entre el dato radiológico y el desenlace de este enfermo. No es extraño, sin embargo, ya que son raras las veces que se sorprenden las primeras fases de los procesos cancerosos de intestino grueso, y, en cuanto a la evolución, vemos en las necropsias, en sujetos muertos de dicho

Canfosulfonato de calcio



INYECCION INDOLORA INTRAMUSCULAR - ENDOVENOSA - HIPODERMICA

PRESCRIBASE:

Caja de 6 ampollas
de
10 cc.



Caja de 10 ampollas
de
5 cc.

de Canfosulfonato de Calcio «CABALLERO»

Muestras y literatura: E. BOIZOT.

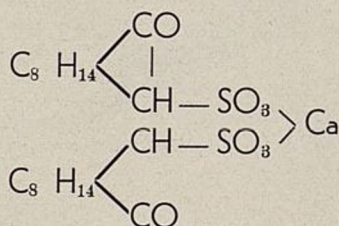
Luis Cabrera, 47. MADRID
Salmerón, 247, pral. BARCELONA
Av. 14 de Abril, 16. VALENCIA

Calcio

Caballero

CANFOSULFONATO

EL CANFOSULFONATO CÁLCICO es la sal que utilizamos en nuestro CALCIO CABALLERO CANFOSULFONATO y que responde a la fórmula química siguiente:



Es una sal perfectamente soluble al 42 por 100, con un contenido real de Ca O del 11,5 por 100 y totalmente neutra y asimilable, que presentamos en solución perfectamente estable de CANFOSULFONATO CÁLCICO al 20 por 100, estéril y flúida, en la que el médico no debe temer enturbiamientos ni precipitaciones y que puede ser inyectada rápidamente tanto por vía hipodérmica o intramuscular, como por vía endovenosa, pues la inyección está desprovista por completo de dolor y de reacciones locales o generales de ninguna clase.

Sobre todas estas indiscutibles ventajas, es de precisar que el anión Canfosulfónico que acompaña al elemento activo o catión calcio, no es inactivo fisiológicamente, sino que representa un tónico cardíaco y vascular, estimulante de los centros respiratorios, diurético y elevador de las fuerzas del enfermo, en el que produce una sensación de euforia seguidamente de ser puesta la inyección, como ocurriría con una inyección de aceite alcanforado.

Caja de 10 amp. de 5 c. c.

Precio: 7,30 ptas.

Caja de 6 amp. de 10 c. c.

Precio: 7,30 ptas.

PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA
Ayuntamiento de Madrid
INTRAMUSCULAR O INTRAVENOSA

cáncer en el Hospital, no han tenido ningún proceso de índole gastrointestinal. Lo más didáctico del caso es que prueba que las personas de edad avanzada deben someterse a exploraciones anuales para poder prevenir el cáncer; esto ya se realiza con éxito en algunos centros hospitalarios de los Estados Unidos.

Dr. Yagüe.—Dice cuánta es la gravedad de recomendar a un enfermo de edad avanzada la operación, y también el gran interés de haber practicado a este enfermo una segunda radiografía.

Dr. Obdulio Fernández.—Llama la atención de los médicos y cirujanos para que estudien el interés que en la producción del cáncer tienen o pueden tener los hongos y los cocidios.—J. H. S.

* * *

ACADEMIA MEDICOQUIRURGICA

Presidencia: Dr. V. Noguera

(Sesión del 3 de febrero de 1936.)

FRECUENCIA Y VALOR PATÓGENO DE LOS METAZOOS, PARÁSITOS DEL INTESTINO HUMANO, por los *Dres. Dámaso Gutiérrez Arrese y José Miguel Esteban Márquez del Prado.*

No queremos hacer literatura, ni queremos hacer una recopilación de cifras tomando las de otros autores: solamente tratamos de exponer nuestra estadística y dar sobre ella, nuestra opinión sobre el poder patógeno de los metazoos, parásitos del intestino. Hemos estudiado las heces de 754 enfermos que venían a nuestra consulta contando molestias de intestino, diarreas, tenesmo, diarreas alternando con estreñimiento, borborigmos, etc., y esta cifra la dividimos en dos lotes: uno, de 20 enfermos de la consulta hospitalaria del Servicio del Profesor Hernando, y otro, de 534, de la consulta particular. En aquéllos, la cifra de parasitados es de 93, lo que da un 42,28 por 100, y en éstos, de 113, que viene a resultar un 21,17 por 100.

Vistas estas cifras, podemos decir que uno de los factores que evitan el parasitismo intestinal o, por lo menos, que los disminuyen, es el aseo personal, la amplitud en la vivienda, la poca hacinación, el lavar bien y cocer los alimentos, etc., etc.

A continuación exponen la estadística de parásitos encontrados, "y está a la cabeza de ellos el *Trichocephalus trichiurus*, al que siguen los *Ascaris*, *Oxiuros*, *Anquilostomas* y *Necator americanus*; de éste, creemos que los casos que hemos tenido son importados, pues en ninguno de ellos podemos asegurar su procedencia nacional. Entre los gusanos planos hemos encontrado las tenias *Saginata*, *Solium* e *Hymenoltepis* por orden de frecuencia. Hemos encontrado, entre los 206 casos de enfermos parasitados, 184 de enfermos con una sola especie, 18 con dos y cuatro con tres.

¿Son, pues, patógenos los parásitos en las colitis? Creemos que sí. Las albúminas solubles están en mayor proporción y concentración en los enfermos parasitados, mayor en los parasitados con dos especies, y mucho mayor (de un 100 por 100) en los que tienen tres. Esto no quiere decir que no las hayamos encontrado en los enfermos sin parasitar; pero la proporción es mucho menor, y ya dijimos que éstos todos eran enfermos de intestino".

Se ha discutido muchas veces si el factor acidez del jugo gástrico podía influir en la facilidad de albergar



El ilustre Vicepresidente de la Asociación de la Prensa de Zaragoza a quien le ha sido concedida la Cruz de Beneficencia de 1.ª Clase por sus servicios en el Dispensario Royo Villanova.

el parásito. Hemos estudiado cien enfermos de cada clase: parasitados y no parasitados, y se puede decir, en términos generales, que nos han dado cifras superponibles.

"El tránsito rápido del intestino en estos enfermos lo hemos comprobado por el examen de la digestión en preparaciones en fresco y, en otra, teñidas, y se ha visto que la grasa, los ácidos grasos y las fibras musculares mal digeridas abundan en los enfermos infestados en una mayor proporción y con diferencia notable que en los no infestados. El tejido conjuntivo y la celulosa y fécula dan cifras algo parecidas; pero en éstos las heces sin restos de alimentos están en mayor número que en aquéllos.

Este tránsito, repito, puede hacer que los jugos pancreáticos lleguen al colon en mayor concentración, y de este modo producir lesiones, catarrales primero, y luego ulcerativas. Uno de nosotros, con Guriarran, lo hemos demostrado, haciendo en perros derivaciones de coledoco a colon, y hemos visto la producción de estas úlceras, y aunque las concentraciones que hemos encontrado en los animales no las hemos encontrado en los enfermos a los que hemos determinado amilasa en heces, sí podemos decir que durante meses, o aun años, estas concentraciones más débiles pueden producir las mismas que en menos tiempo producen las más fuertes."

En este punto anterior nos fundamos para decir al mismo tiempo que, no sólo los parásitos que forman quistes en la submucosa son patógenos, sino también los demás, estén en grande o pequeño número, como lo demuestra la gráfica, en la que indicamos la proporción de albúminas en cada una de las especies, y también creemos que no obedece su patogeneidad a las hemorragias a que pueden dar lugar las úlceras que éstos pro-

duzcan, pues hemos visto casos con lesiones inflamatorias que, tras previo régimen, han dado negativas las reacciones encaminadas a poner de manifiesto hemorragias ocultas.

Otro de los puntos que nos hace afianzar nuestra teoría sobre la patogeneidad de los parásitos es que en los niños que en el año 1933 estudiamos con los Dres. Sala y Tarán en el Asilo de San Rafael, al que fuimos llamados por el Dr. Fernández Truegas, por encontrarse éstos con diarrea y pérdidas de peso, les hicimos tratamientos repetidos, y en la primavera pasada quiso nuestro colaborador, el Dr. Viesca, estudiar las diarreas de éstos, y no las encontró, pues a raíz del tratamiento cesaron y ganaron de peso.

Dr. Fuente-Hita.—Dice que en el Asilo de San Rafael se practica de un modo sistemático el análisis de heces a los hospitalizados y a los que acuden a la consulta. Para investigar las tenias utiliza el método de Telmann, si bien no tan concentrado, pues si lo está estropea los huevos, y para ver oxiuros usa el método de Willis. Proyecta fotografías micrográficas de oxiuros y huevos de éstos.

Dr. Morales Díaz.—Dice ha realizado una estadística de investigación de parásitos en el Asilo de San Rafael en un total de 826 enfermos, si bien no ha investigado en las heces, como los Dres. Arrese y Esteban Márquez, las grasas y las féculas. El ha hallado en dicha estadística un 56 por 100 de parasitosis. En cuanto a la sintomatología, la encuentra incolora, ya que los trastornos presentados por los niños eran atribuibles a factores de orden alimenticio, cosa nada extraña en niños provenientes de un medio social como el del Asilo de San Rafael.

Con respecto al tratamiento, no puede afirmar cuál es el método que proporciona mejores resultados.

Dr. Carlos Zozaya.—Estima que el factor tuberculosismo tiene una gran relación con el factor parasitosis, y también que el porcentaje de esta última es mucho más elevado de lo que se cree por algunos autores.

Pide a los comunicantes estudien el problema de las irritaciones de pulmón producidas por parásitos intestinales, bien el mismo se halle un poco apartado de su especialidad.

Dr. Carlos Díaz Fernández.—Insiste en la frecuencia de la unión de la parasitosis intestinal y la tuberculosis en los niños, si bien esto decrece en valor, porque los trabajos realizados son en niños en su casi totalidad positivos a la tuberculina.

Dr. Leocadio Serrada.—Expone el caso de una enferma de su casuística; se trataba de una enferma de colecistitis y cólicos hepáticos; al operarla vió una vesícula llena de cálculos que oprimían colédoco; se sondó éste y se colocó un largo tubo de drenaje; a los tres días de la operación, la enferma tuvo una gran taquicardia y un estado de ansiedad, y se vió que el tubo no drenaba; se pensó se hallaba oprimido por las gasas; se hizo la cura, se vió que no y se volvió a dejar como estaba, y a los ocho días se vió salir por el tubo un áscaris de 20 centímetros; se lavó el tubo y se halló otro; en los días siguientes se recogieron hasta un total de seis de éstos.

Dr. Angel del Río.—Dice ha visto en su Servicio del Hospital Militar un enfermo, al cual, al sacarle jugo gástrico, halló en éste un áscaris.

Dr. José Miguel Esteban Márquez del Prado (comu-

nicante).—Quiero decir solamente unas palabras con respecto a la intervención del Dr. Fuente-Hita al acudir hoy por vez primera a la Academia en mi corta vida profesional, merced a la bondad de mi maestro, el doctor Arrese—ya que a los demás comunicantes ha de contestarles mi querido maestro y comunicante el Doctor Arrese—, que ha expuesto la técnica por él seguida para la busca de los huevos de parásitos; pero antes quiero hacer constar que, en efecto, nuestra estadística ha podido dar cifras más altas de parasitados, pero los enfermos que hemos estudiado son ambulatorios, y no les hemos podido recoger heces recientes.

La técnica seguida es la siguiente: hemos examinado tres preparaciones, por lo menos, en frasco; una, sola; otra, con lugol, y la tercera, con ácido acético; si en ésta no encontrábamos huevos, hacíamos Willis, con la modificación introducida por nuestro compañero de clínica, el Dr. Rodríguez Olleros, que permite un mayor enriquecimiento, y si nos daba también resultado negativo, acudíamos al Talmann, diluyendo las heces en agua y añadiendo una parte igual de ClH puro y una mitad de éter, agitando todo en un frasco con bolas de vidrio y centrifugando después. No creemos necesaria la dilución del ácido clorhídrico, pues ya van diluídas las heces, ni creemos que destruya los huevos, como hace notar el Dr. Fuente-Hita.

OBSERVACIONES SOBRE LA PRUEBA DE LA GALACTOSA, por los Dres. Montejo y Oliver (E. y A.)

Dice cómo en todos los enfermos que acuden a su consulta practica esta prueba, y expone una estadística de positividad de la misma en enfermos hepáticos; igualmente hace una sucinta relación de las ideas de la escuela de Viena sobre este punto.

En la prueba de la galactosa, él dice practica asimismo la curva de glucemia, por tener un gran valor el estudio de la misma en estos enfermos. Pasa revista a varios trabajos de estos temas, y hace resaltar, por tener, a su juicio, un gran valor, el realizado por la Dra. Martina Bescós.

Acto seguido da lectura a varios casos de enfermos por él vistos, en los cuales las alteraciones intestinales producen modificaciones de la galactosa. Vuelve a insistir en su opinión de siempre de no haber enfermos de hígado, sino de síndrome hepatointestinal, y esto se pondría de relieve, dice, si a los enfermos se les hiciese una exploración intestinal, bien que ésta no fuese muy fina.

Por transcurrir las horas reglamentarias se levantó la sesión, quedando pedida la palabra para la discusión que habrá lugar en la sesión próxima por los Dres. Rodríguez Olleros, Mógica, Gutiérrez Arrese y Angel del Río.—J. H. S.

DIEZ MIL CARTAS

En *Voz Médica* leímos que D. Joaquín Ruiz Heras se iba a trasladar a Burgos a hablar a los compañeros. ¡Qué pena que nos dió!, pues el periódico cayó en nuestras manos cuando ya nos era materialmente imposible llegar a tiempo; apesadumbrados nos quedamos cuando fuimos sorprendidos por la lectura de un anuncio en la Prensa provincial, firmado por el previsor presidente de la Junta Provincial de Médicos.

CONTIENE
LOS
MINERALES

INDISPENSABLES

SODIO
POTASIO
FOSFORO
CALCIO
HIERRO
MANGANESO

DURANTE LA PREÑEZ Y DESPUÉS DEL PARTO

es indispensable un tratamiento adecuado. El Jarabe de Fellows es el tónico más apropiado y mejor compuesto de que puede disponer el facultativo.

Contiene todos los minerales necesarios en proporción científica y en forma de fácil asimilación: Manganeseo y Hierro para enriquecer las arterias de sangre empobrecidas por la constante pérdida; Calcio para restituir el que continuamente ha sido agotado; Potasio, Sodio y Fósforo para contrarrestar la depresión neurótica; Estricnina como un tónico del metabolismo de las celulas; y Quinina como un estimulante gástrico.

No existe tónico como el Jarabe de Fellows para la paciente parturienta y post-parturienta. Durante estos dos períodos la dosis que se sugiere, es la de una cucharadita tres veces al día, bien diluida en un vaso con agua.

MUESTRAS A PETICION

Distribuidores en España:

SOCIEDAD ANONIMA DE DROGUERIA VIDAL-RIBAS,

Cortes, 639 — Barcelona

JARABE de FELLOWS DE LOS HIPOFOSFITOS

GRANULOS CHANTEAUD

Acido arsenioso..... miligr.
Aconitina amorfa..... ½ miligr.
Agaricina..... miligr.
Arbutina..... centigr.
Atropina..... ½ miligr.
Atropina (sulfato)..... ½ miligr.
Boldina..... miligr.
Bromuro de Alcanfor..... centigr.
Brucina..... ½ miligr.
Cafeína..... miligr. centigr.
Cafeína (arseniato). miligr.
Calcio (sulfuro)..... centigr.
Calomelanos.... miligr. centigr.
Cicutina ((brohdto) ½ miligr.
Codeína..... miligr. centigr.
Digitalina amorfa... miligr.
Emetina..... miligr.
Esparteína (sulfato) centigr.

Estricnina (arseniato de).. ½ miligr.
Estricnina (hipofosfito de) ½ miligr.
Estricnina (sulfato de).... ½ miligr.
Estrofantina..... 1/10 miligr.
Eyonimina..... miligr.
Hierro (arseniato de)..... miligr.
Helenina..... centigr.
Hidrargirico (bioduro)..... miligr.

Hidrastina..... miligr.
Hiosciamina..... 1/4 miligr.
Iodoformo..... miligr.
Juglandina..... centigr.
Lobelina (sulfato)..... ½ miligr.
Picrotoxina..... ½ miligr.
Pilocarpina (nitrato de).... miligr.
Podofilino..... centigr.
Quasina..... miligr.

Quinina (arseto. de) miligr.
Quinina (hidroferro-
cinato de).... miligr. centigr.
Quinina (bmhto. de Sulfato.
Quinina (valetto. de) 2 centigr.
Scilitina..... miligr.
Sal de Gregori..... miligr.
Sosa (arseniato de) miligr.
Zinc (fosfuro de)... miligr.



**El Mejor
PURGANTE
LAXANTE
DEPURATIVO**

**SEDLITZ
CH. CHANTEAUD**

Laboratoires CHANTEAUD, 54, Rue des Francs-Bourgeois, Paris

**Contra :
Estreñimiento
Estado bilioso
Jaqueca
Congestiones.**

Deposito en España: I. URIACH y C.º. Bruch, 49. BARCELONA



CAL-BIS-MA

Tres minutos... es estrictamente el tiempo que necesita una cucharadita de CAL-BIS-MA para neutralizar la hiperacidez gástrica.

Su empleo asegura una acción rápida a la vez que prolongada, debido a las sales de bismuto y al carbonato de calcio.

El CAL-BIS-MA contiene además caolin coloidal, el cual protege la mucosa gástrica y absorbe el gas.

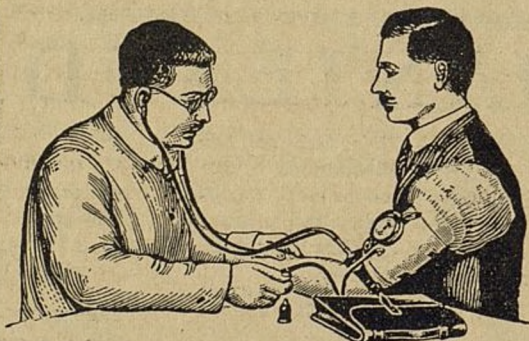
Medicación específica para el tratamiento alcalino de las úlceras del estómago.

FORMULA: Carbonato de Calcio 25 grs
Subgalato de Bismuto 2,18 grs - Subcarbonato de Bismuto 4,81 grs. - Carbonato de Magnesia 15 grs. - Bicarbonato de sodio 30 grs - Caolin coloidal 10 grs

Para literatura y muestras gratuitas a los Sres. médicos dirigirse a:

LABORATORIO Y COMERCIO SUBSTANCIA, S. A.

Apartado 410 - Barcelona



VISITE NUESTRO ALMACEN
ANTES DE HACER SUS COMPRAS

“OSCILOFON”

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

OSCILATORIO, AUSCULTATORIO Y PALPATORIO

LA CASA EXCLUSIVAMENTE DE LOS MEDICOS
INSTRUMENTAL Y MOBILIARIO CLINICO

LA COOPERACION MEDICA ESPAÑOLA

Apartado 406 - MADRID - Mayor, 21, moderno

TRATAMIENTO EFICAZ

**REUMATISMO
YODOVISAL**

Salicilato sosa
YODURO potasa

Muestras y literatura:

**D. FENOLLOSA
PAZ, 26
VALENCIA**

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

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. Marañón)

20 pesetas ejemplar, libre de gastos
Pedidos al Apartado 121 - Madrid

de Asistencia Pública Domiciliaria, el que nos avisaba con varios días de antelación que el Sr. Ruiz Heras tendría el gusto de dirigirnos la palabra el día 4 del actual. "¡Ah!, ahora sí que no se nos va la ocasión", pensamos con alegría, y a costa de un madrugón, el día fijado estábamos en Burgos, día que sirvió como bálsamo a nuestro ánimo, porque estaba ávido de comunicación, y pudimos saludar a muchos y buenos amigos.

En el salón grande, un buen plantel de médicos, con traje de Pascuas y cara de Año Nuevo, porque en los nuevos años siempre se espera algo bueno, y eso esperábamos del Sr. Ruiz Heras.

Se levanta a hablar el infatigable trabajador y entusiasta luchador Sr. Rojo, como presidente de la Junta Provincial de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria, el cual, con palabra sencilla, pero emocionada, nos presenta a quien, como él señaló, no necesita de presentación, pues conocido de todos es el Sr. Ruiz Heras; pero nosotros comprendimos que por el pensamiento del Sr. Rojo pasó fugaz, pero pasó, la idea de que en el plantel bien pudiera haber—y de seguro le había—médico que ni por casualidad fija un minuto al día su atención en los problemas que tanto afectan a la clase, y para ellos iba la presentación, pues muchos le seguimos paso a paso; al mismo tiempo aprovechó la ocasión para ponernos de ejemplo la vida ejemplar, recta, noble, desinteresada y de sacrificios del médico rural, del viejo titular (q. e. p. d.) D. Cesáreo del Río. al cual quiere el Sr. Rojo que cuantos vean su retrato, expuesto en el salón del Colegio, no le miren como un adorno más, sino como símbolo que nos marcó una ruta. ¿Cuál? La de luchadores, porque D. Cesáreo eso fué: un luchador, que no dejó de serlo ni aun en la agonía que puso fin a su vida, pues de otra manera no podía vencer a su naturaleza batalladora; quiero significar que espiritualmente debemos recoger su espíritu batallador, para que sea como el Cid, que aun después de muerto ganó batallas. ¿Por qué? Porque allí quedó su espíritu. Tan bien nos pareció la alocución del señor Rojo, que quisiera llamar la atención de mis lectores, sobre todo de los médicos burgaleses, para que no desoigan las palabras de su culto presidente, y poder decir, que si D. Cesáreo está en el salón grande con dos grandes, inmensas figuras de la Medicina: el sabio Ramón y Cajal y el divino Valdés, fuera está en todos los corazones de los médicos, y en especial de los burgaleses.

Un poco más tímido nos habló de la situación angustiosa por la que atraviesa la clase; no tuvo la suficiente energía para descubrirnos a nuestro enemigo, porque yo, que conozco al Sr. Rojo, también sé que él conoce a nuestro enemigo; mas con evasivas nos le quiso presentar, y nos le presentó. ¿Será quizá el secretario del Ayuntamiento? ¿Y quién lo duda, Sr. Rojo? También "con un quizá será otro médico", nos presentó otro enemigo, muchas, muchísimas veces también lo es; disculpábele usted, porque el hambre aprieta al estómago más que la hiperclorhidria; pero, amigo, ¿es que el hambre de ese estómago se remedia sólo y exclusivamente quitando el pan, parte del pan, al compañero? ¿No cree usted que sería más digno y eficaz el que en vez de decir: "Médico, yo, como médico, te quito parte de lo que no te sobra", dijese: "Médico, yo, co-

mo médico, necesito sostenerme y hacer que te sostengas con decoro, para lo cual vamos del brazo por nuestro pan." Y si fué usted tímido al decir: "¿Quizá será?", yo quito el quizá será, y digo que tan enemigo del médico es el secretario como el médico, y aun un poco más el primero, pues muchos médicos no lo serían si el secretario no los cubriera bajo el mando del otro enemigo que usted señalaba: el del cacique, que muchas veces son uno mismo. También tuvo el acierto de señalar al médico latifundista.

"Un poco emocionado me levanto—nos dice el señor Ruiz Heras—a hablaros, porque siento una especial predilección por todos los rurales, y en especial por los burgaleses; no va a ser mi discurso uno más, sino una charla entre amigos para referiros todo lo que sé."

Con palabra fácil empieza su charla el Sr. Ruiz Heras para hablarnos de la ley de Coordinación Sanitaria; nos refirió el trabajo que realizó el Dr. José Pérez Mateos, el que tenía que hacer una labor de titán para luchar y convencer a tantos diputados que en el salón hablan y hablan sin saber de lo que se trata, llegando a sostener en los pasillos de la Cámara luchas cuerpo a cuerpo con muchos, hasta que llegaba a convencerles. "Lástima grande—decía el Sr. Mateos—que en vez de ustedes no pueda estar yo en esos escaños, para pronto convencer de lo justa que es la ley de Coordinación Sanitaria." Nos dijo que la ley de Coordinación tiene por enemigos los Ayuntamientos y las Diputaciones, que éstas han consignado en sus presupuestos cantidades no inferiores a 250 ó 300 pesetas, y que él cree que reunirán unas 100.000 pesetas, que emplearán en ametrallar la ley de Coordinación; nos exhortó a que nosotros hiciéramos también un frente de resistencia; sobre la marcha de la ley nos puso dos ejemplos: uno, y yo creo que no hay otro: el de la provincia de Jaén, donde anteriormente los sanitarios no cobraban y hay cobran todos, incluso los atrasos; y otro de Salamanca, en donde un grupo de médicos ha solicitado de su alcalde el pago por el Ayuntamiento, por creer que así cobran más y mejor; nos refirió que en el seno de la Comisión mixta que entiende para el estudio de dicha ley, un señor inspector provincial dijo que en cuanto la Mancomunidad (el señor presidente) manda un delegado y éste dice: "Señor alcalde, señor secretario, necesito revisar los libros de este Ayuntamiento para ver el porqué no pagan ustedes a sus sanitarios, y entonces no hay secretario que, con tal de que nadie conozca su letra, no afloje la bolsa y pague"; que en un pueblo de la provincia de Valladolid se ha dado el caso de que al médico se le debían varias anualidades, y el secretario tenía cobrado un año adelantado.

Comentario: no soy enemigo de toda la ley de Coordinación, vaya por delante; mas de lo dicho se demuestra que la ley de Coordinación es lo que el presidente de la Mancomunidad quiere que sea, y que si algo es, es gracias a ese puntal, que representado está en la disposición, por la que al presidente se le concede el sueldo de 6.000 pesetas; esto quiere decir que estamos como estábamos: a merced de un presidente, ahora; antes, a la de un gobernador, que por su gestión no cobraba 6.000 pesetas, porque, en caso contrario, hubiera hecho cumplir el Reglamento, por ejemplo, el del 9 de marzo de 1933, para aplicación de la ley de 15 de septiembre de 1932, en sus artículos 26 y 29, que dicen lo

siguiente, extractado: "Los médicos tienen derechos preferentes a percibir sus dotaciones, y el gobernador dará cuenta a la autoridad judicial cuando no las perciban."

Trató el Sr. Ruiz del Seguro de Enfermedad; nos señaló sus enemigos y nuestros hoy amigos, los señores inspectores de Sanidad provincial; nos hizo ver la casi imposibilidad de que, colocados hoy al margen de la Sanidad, podamos ser reconocidos como funcionarios del Estado, y el que éste nos pague; cree paso indispensable, y tiene esperanzas de que esto sea en breve, que pronto nos llamaremos médicos de Sanidad y Asistencia Pública, siendo incluidos, por lo tanto, en la Sanidad, desglosándonos como funcionarios municipales, y así, por este camino, permitir nuestro pase al Estado, que hoy no sería fácil, porque a los políticos no asusta nuestro numerario, que puede calcularse en 30 millones, sino el que las demás clases sanitarias pretendieran pasar por la misma brecha que nosotros ya habíamos abierto y franqueado; si esto es una realidad, bien venido sea el Seguro de Enfermedad, porque si, de una parte, tenemos nuestro sueldo del Estado y, por otra, son preferidos para el Seguro los médicos futuros de Sanidad y Asistencia pública, ni que decir tiene que ante tal noticia creció mi entusiasmo, y grité: "¡Bien!", porque creo que es la única manera, hoy por hoy, de que nuestra redención sea un hecho, porque fácil es el comprender que si la tenemos, la llamaremos titular, pagada por el Estado, y si de las iguales responde una Sociedad solvente, bien podemos gritar: "¡Has muerto, cacique; y tú también, cliente exigente y moroso!" ¡Que Dios les oiga, y que las esperanzas que nos ha hecho concebir no se esfumen!"

Del Escalafón de categorías, sin que sus palabras concretaran, la Comisión—nos dijo—recibió varios pareceres, y aun considerándolo defectuoso optó por el de la máxima categoría; nos dijo que por él se establece la forma de traslado, que puede ser ventajosa para muchos, y que por el turno de antigüedad pueden muy bien obtener plaza de las primeras categorías los que actualmente desempeñen las últimas. Yo lo dudo; mas al tiempo pondré por testigo, y ojalá tenga que rectificar, que lo haré con agrado.

Y, por último, puso a la consideración de sus oyentes, preguntando si creían conveniente y factible el que los sanitarios hicieran política en el sentido de ver si en las próximas Cortes pudiera figurar un número, el mayor posible, que, respetando sus ideas políticas, encarnara el sentido de los sanitarios; nos recomendó con insistencia que lo mirásemos; mas, compañero Ruiz, he de deciros que creo pecasteis de tímido, perdón si soy suspicaz: mas me pareció que su charla no merecía la molestia de tan largo desplazamiento, pues en ella nada, o casi nada, nuevo nos referisteis para los que tenemos ilusión por los problemas de la clase, y para los que no, a buen seguro, que ya la han olvidado; creo que vuestro fin era otro, que yo considero noble y digno y que aplaudo; mas porque oísteis un nombre, el que llevaba vuestro corazón ni a los labios asomó; hay que ser más valiente y, sobre todo, cuando se tiene razón.

Yo me hago eco de vuestro sentir, y desde aquí digo a todos los sanitarios: acordaos de que sois sanitarios, de que hoy no sois más que ciudadanos de tercera clase, la última; buscad, sanitarios, que nos sepan hacer justicia y ayudades al triunfo. Y a los que, como los

de la provincia de Burgos, que les va a caer la suerte de tener dos buenos defensores, uníos todos y vestid con la investidura de diputados a nuestros futuros candidatos, Dres. Bermejillo y Albiñana; dejasos de ideales políticos y pensad en esas dos grandes figuras, que hasta hoy han sido nuestro amparo: os lo digo porque lo sé. Tenemos muchos y poderosos enemigos; mas sabed que en un Ministerio unas decenas de cartas caben en el cesto de los papeles; mas 10.000 cartas presionan mucho; sanitarios, cuando os atropellen, acudid a la voz de vuestro jefe y enviad vuestra carta donde se os mande.

SISINIO CRESPO.

SON... APOLITICOS

POBRECITOS LEGULEYOS

«Los secretarios son apolíticos.»
(Prensa de Madrid, 23 del actual.)

Esta afirmación hemos leído, entre asombrados e incrédulos, de que tal sarcasmo se nos lance (con o sin ironía, detalle que nos es indiferente) a los sanitarios titulares, especialmente a los rurales.

Sarcasmo injustificado para con los que sabemos de qué índole políticoide es la etiqueta del secretariado rural español. Para ser político se precisan dotes, de las que carece el secretariado rural en cuantos casos conocemos, que son numerosos. El nivel cultural se regula por el medio ambiente, y éste, para el político nacional, exige amplitud en esa cultura, que únicamente es parcialmente suplida por el ingenio congénito y natural en quien la posee. Ambas cualidades no son precisamente la característica del secretariado rural español. Más bien se manifiesta y simboliza por marrullería, de eficacia únicamente en la aldea, donde el alcalde es dominado por la vanidad o el egoísmo de serlo, bastando esto a su satisfacción, y delegando en el secretario la orientación que ha de darse a cada asunto que a la Alcaldía corresponde.

Cuán lejos nos hallábamos de leer afirmación como ésta, cuando a últimos de octubre publicamos un artículo reseñando algunos sucesos para con el pago de atrasos e ingreso de los mismos en la Delegación de Hacienda. Por dicho artículo evidenciábamos cómo los secretarios (no los alcaldes, decíamos y repetimos) obstaculizaban el cumplimiento de una ley votada en Cortes con *quorum*, refrendada por el jefe del Estado, promulgada y en vigor desde 1.º de julio de 1935. En vigor gacetil, pero nada más que gacetil. En la práctica, burlada descaradamente, pisoteada alardescamente, mofada ostentosamente. Burla, pisoteo y mofa que se consiente y ampara, a la par que se alardea de cumplir y hacer cumplir la ley. Befa y escarnio que se tolera y protege, a la vez que se autopresenta como paladín esforzado, intérprete y defensor de toda ley.

En esa *toda ley* se conoce no está incluida la ley de Coordinación Sanitaria. Por ello, por no hallarse incluida entre las que han de ser cumplidas, hallan sus burladores cobijo, apoyo y amparo en despachos desde los que más había de hacerse cumplir como ley *muy legal*. Así dicho, parece una paradoja este juego de pala-

HAPTINOGENOS

“M E N D E Z”

NEUMO

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

GONO

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

ECZEMA

Curativo del Eczema agudo y crónico.

ESTAFILO

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

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

Laboratorios biológicos Doctor Julio Méndez.-Buenos Aires.

Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

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

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

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

FORMAS FARMACÉUTICAS :

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

Frasco de Aluminio de 20 cc. o sean 30 gramos (un centi-
cubo-cúbico) contiene 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:

Laboratoires
ANDRE GUERBET & Co
22, rue du Landy
St Ouen. PARIS

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

**LIPIODOL
LAFAY**

En España : Sr. Juan MARTIN, Calle de Alcalá, 2, Madrid
y Consejo de Ciento, 341, Barcelona.
Islas Canarias : B. APOLINARIO, Farmacéutico, Las Palmas.

SOLUCION DE FERMENTOS POLIVALENTES GENOVÉ

DE ACCION LEUCOPOVÉTICA E INMUNIZANTE

DE INDICACION PRECISA EN TODAS
LAS INFECCIONES DE ORIGEN
ESTREPTO Y ESTAFILOCÓCICAS:

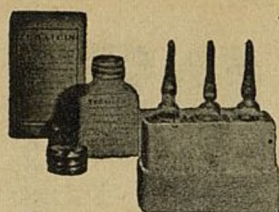
Sarampión, Escarlatina, Neumonías,
Anthrax, Flemones, Anginas pultáceas
o flemonosas, Otitis supurada,
Septicemia diversas, etcétera.



MUESTRAS Y LITERATURA:

**Laboratorio de la Farmacia
Viuda Dr. GENOVÉ**

**Rambla de las Flores, 5
BARCELONA**



FABRICACION NACIONAL



FORMA COMERCIAL

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

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

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

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

TEBAICIN

PODEROSO CALMANTE

ANALGÉSICO - ANTIESPASMÓDICO - ENÉRGICO

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



MONOTION

Tiosulfato sódico anhidro obtenido por procedimiento original ♦ Empleo por vía intramuscular o intravenosa

DOSIS: 1.^a 0,05 — 2.^a 0,15 — 3.^a 0,30 — 4.^a 0,45 — 5.^a 0,60 gramos.

AGUAS MINERALES NATURALES
DE

CARABANÑA

« LA FAVORITA »

PURGANTES ∞ DEPURATIVAS ∞ ANTIBILIOSAS ∞ ANTIHERPETICAS

PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI
≈≈ MADRID ≈≈



BARACHOL



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

LABORATORIOS FAUS — VILLAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)

bras, y no está la paradoja en el juego de palabras, sino lo paradójico es que en el despacho en que debía hallar toda ley su más fuerte y defendido baluarte se fragüe su incumplimiento vistoso, a la luz pública, a bombo y platillos, de que los secretarios lo hacen porque les da la centrista gana, con lo cual, y pese a su conocida his- de secretarios... apolíticos.

Estafas, malversaciones de fondos, irregularidades administrativas, todos fantasmas que se erigen en pesadilla de tanto y tanto secretario con toda esa inventada etiqueta de... apolíticos, y que para el sanitario titular rural no constituyen, ni han constituido, ni constituirán jamás motivo de la más mínima preocupación.

Listas de la Beneficencia municipal amasadas con el favoritismo político, con el despotismo caciquil local políticoide, en lugar del amplio y elevado criterio neutral, merced a la confección, *asesoramiento* (?) y dirección de secretarios... apolíticos.

Listas de la Beneficencia en las que campean nombres de propietarios contribuyentes por la sola característica de amigos políticos, introducidos arbitraria y caprichosamente como tales amigos políticos por secretarios... apolíticos.

Listas de la Beneficencia que carecen de nombres de verdaderos pobres de solemnidad por ser del otro bando político y, por tales, excluidos por secretarios... apolíticos.

Documentación para consulta gratuita, ingreso en hospital o pase de caridad utilizados a favor de los amigos políticos, desatendiendo las verdaderas necesidades del indigente, por éste no ser grato en política, a juicio del secretario... apolítico.

Vivir al margen del más elemental decoro social en diversos asuntos de alcaldía por ser tratados o, mejor, necesarios de tratar, con no amigos políticos, según voluntad del secretario... apolítico.

Sufrir la amenaza, dispuesta a cumplirse, de demanda judicial por entorpecimientos secretariales al tratarse de no amigos políticos, según creencia del secretario... apolítico.

Acudir al Juzgado de instrucción por dedicar fondos... corrientes a fondos... de excesivo "fondo" por secretario... apolítico.

Visitar asiduamente a políticos de determinado matiz, sin perjuicio de visitar con idéntica asiduidad a políticos del matiz opuesto, según los que se hallaren en el Poder, atentos tan sólo al sol que caliente en política: tales procedimientos para con los políticos son los habituales de los secretarios... apolíticos.

Haber consignadas 80.000 pesetas del Estado para abastecimiento de aguas, coincidiendo con paro obrero local, respetable por su cuantía; mas no realizarse las obras por no ser agradables políticamente al secretario... apolítico.

La ley de Coordinación, en vigor, ordena se ingrese cada consignación sanitaria antes del 5 de cada mes o trimestre, según la forma de pago preferida por los secretarios (no alcaldes, no Ayuntamientos), y los atrasos un plazo máximo de fin de año de 1935. Este Ayuntamiento adeuda en 1.º de julio del 35 la más que respetable cantidad de 35.000 pesetas a los sanitarios; cobra reparto de utilidades, cuya cuantía asciende a pesetas 70.000, sin que, contra lo que ordena la referida ley, haya ingresado una sola peseta, y quizá (ironías del

destino y de secretarios... apolíticos) sirvan algunas de esas pesetas para combatir dicha ley, y hasta politiquen secretarios... apolíticos.

Lector sanitario: repasa la situación de la Sanidad y de los sanitarios hasta hoy. Ve cuándo has sido en parte atendido, apoyado y redimido. Repasa la lista de los que intervinieron en el Parlamento al discutirse cuestiones sanitarias o de interés para los sanitarios. Observa los que nos defendieron y los que nos combatieron, y hasta los que se retrajeron.

Al efectuar este repaso surgirán en tu memoria nombres de diputados defensores decididos de la Sanidad y los sanitarios. Entre éstos recordarás: Albiñana, Palanca, Recaséns, Morayta, Salmón, Bermejillo, Bardají...

Ve su filiación y compara lo que por ti como sanitario y por la Sanidad como problema nacional hicieron otros diputados de otra filiación.

Al emitir tu voto y dar tu opinión a cuantos de ti la soliciten, ten todo esto presente, y procura que tu memoria destaque en primer plano a tu mayor enemigo, que dicen secretario... apolítico.

ANGEL F. DOMÍNGUEZ,
Médico titular.

En pro de mi campaña

¿DONDE ESTA EL CONTRA?

Sinceramente declaro mi falta de talento por no llegar a comprender los propósitos del Sr. Domínguez al replicar con su escrito "Sobre... esto..., ¡lo que falta" a mi artículo "Sobre... aquello..., ¡lo demás!"

Estamos de acuerdo con él cuando dice que no desea entablar polémica. Pues entonces, ¿qué?

¿Se propone demostrarnos que hay médicos titulares dignísimos? Bien. No necesitábamos de sus argumentos para estar convencidos de ello. Yo, al menos, tengo una sincera amistad con muchos que lo son. ¿Que hay médicos libres que son unos desvergonzados? Bueno. ¿Hay alguien me lo haya negado? Hojee mi "Defensa del médico libre" y verá lo que yo digo de ellos.

Creo está clarísimo el alcance que yo quise dar a mi artículo, y que se puede resumir en esta frase: "Odio a muerte de la Asociación de Titulares hacia los médicos libres". ¿No es así? Pues hasta ahora lo han simulado de tal manera, que si no lo es, lo parece. Y en sus manos tiene la Asociación demostrar lo contrario. Lo contrario es esto: igualdad de trato para todos.

Hoy acabo de leer en EL SIGLO MEDICO el artículo del Dr. Pons, que *levanta ampollas*.

Pues bien: eso mismo vengo yo diciendo desde hace año y medio. Aguila Collantes, en sus "Comentarios al Reglamento", me invitaba a rectificar. Yo no lo hice, porque es que, en realidad, *no sabía qué rectificar*.

¿Que era una ignominia el Reglamento? Todavía lo sigo diciendo y se me aplaude.

¿Que pareció egoísmo del Comité lo de "Escalafón de categorías"?

Bueno, pues si no fué egoísmo, fué incapacidad, falta de cerebro, pues ni a un niño de seis años se le pueden ocurrir esa serie de ilógicas ignominias.

Se pretendió rodear al asunto del Escalafón de un ambiente de democracia que no existió en modo alguno.

Léase lo dicho por mí a raíz de la reunión de San Sebastián. ¿No lo ha dicho el Sr. Pons?

¿Egoísmo por mi parte? ¡¡No pago a la Asociación!! No puedo ser titular. No QUIERO SER TITULAR.

Es eso, todo eso lo que yo decía en mi artículo, y cuyos puntos neurálgicos son éstos:

- 1.º Que no se hable de compañerismo mientras haya compañeros hambrientos.
- 2.º Iniquidad de postergar a los que no han ocupado plaza o actuaron en plazas de ínfima.
- 3.º Injusticia de acaparar el seguro para los titulares.
- 4.º Parasitismo de cobrar a los sin plaza 7,50.
- 5.º Humorismo de pretender coche grande sólo los titulares.

A ninguno de dichos puntos ataca el Sr. Domínguez, porque es que realmente no existen argumentos posibles para atacarlos.

Por eso digo y repito que no comprendo el propósito de dicho titular, y menos al dar a su escrito el título de "Pro y contra de una campaña".

Y la frase final de su escrito: "¡Colega mío, cómo me has puesto!", ¿a qué se refiere?

En el número próximo publicaré una lista de los adheridos a mis campañas.

A todos les anticipo mis más expresivas gracias.

Y para el Sr. Domínguez un ruego: cuando escriba usted un artículo procure claridad en la intención. Se lo digo con sinceridad: tiene usted en mí a un amigo que le reserva su cordial simpatía. Creo que es usted un oprimido, y ello basta para reservarle ese sentimiento.

A. LOZANO BORROY.

Palamós (Gerona), febrero 1936.

Para D. Angel F. Domínguez

Sobre... esto..., ¡aún falta más!

En un lugar de Casilla, de cuyo nombre no me es grato acordarme, ha ocho o nueve años murió un titular, dejando así vacante su *canonjía*.

Siguiendo las normas de entonces publicó el Ayuntamiento de aquel pueblo el aviso de concurso bajo las bases o condiciones más frecuentes en la época.

Tres aspirantes fueron seleccionados, y, de ellos, el primero reunía todas las condiciones necesarias y suficientes para el desempeño de la plaza.

Pero cierto avisado joven, conocedor de aquel viejo refrán que dice "Donde hay patrón no manda marinero", aprovechándose de su amistad con el gobernador civil de aquel entonces, y sabiéndose guardadas las espaldas amotinó a la plebe, haciéndola vociferar en su beneficio ante la Casa de la Villa.

Y con un entusiasmo digno de mejor causa chillaban, con caras congestionadas: "¡Que se la den a don Fulano!" Don Fulano era, naturalmente, el avisado joven de que hablo. El objeto de la donación a que se referían las multitudes era, naturalmente, la titular vacante.

¿No ha oído usted hablar, Sr. Domínguez, de los alcaldes por elección popular?

Pues aquí no se trataba de la elección de un alcalde: solamente era un titular el que de ese modo llegó a su cargo. ¡Hay de ese modo tantos en España!

Claro está que don Fulano no tenía entonces su título de inspector municipal de Sanidad, indispensable para el desempeño de tal cargo; pero estos son pequeños detalles cuando la plebe brama.

Hubo en el Ayuntamiento el consiguiente revuelo: se repartieron bofetadas, se destituyó al alcalde... Los más viejos de la localidad no recuerdan una animación tan grande en aquel pueblo.

Hubo protestas... ¡Siempre hay quien de todo se queja!

Al día siguiente se personó el excelentísimo señor gobernador, el cual, en un arranque de *justicia*, confirmó la destitución del alcalde por haber querido dar la titular al que le correspondía; no conforme con eso destituyó también al teniente de alcalde, y no destituyó también a los alguaciles, porque le fueron simpáticos, ¡que si no!

Como todo no iba a ser obra destructiva, queriendo realizar algo positivo en su viaje, el gobernador nombró a don Fulano titular, porque los amigos son para las ocasiones.

Cuatro años después aquel médico, injustamente postergado, aquel a quien se hubiera dado la titular de no haber sido por el avisado joven y sus secuaces, cayó enfermo, y hubo de abandonar su partido.

Al restablecerse solicitó varios partidos, y a los cinco y siete años hubo de sufrir las amarguras de verse insistentemente rechazado.

Una substitución aquí, otra allá prolongaban más y más su lenta agonía, quedando, por último, en *paro forzoso* y sin saber adónde dirigir su mirada.

Acudió por tres veces al fiscal de la República, hablándole de su caso de hace nueve años. ¡Nada!

Llegó lo inevitable: ¡la miseria!, ese fantasma de que tanto hablan las novelas, y del que muchos se ríen porque no creen en fantasmas.

Pero existen, ya lo creo que existen. A aquel pobre médico la miseria le arrebató el ajuar..., hasta aquel reloj de oro, legado de su difunto padre.

Don Fulano, en tanto, como buen compañero, rezaba por él. Recordando, sin duda, que él injustamente le arrebató la plaza, don Fulano costea novenas, tal vez por el alma del viejo médico que muere de hambre. No le socorre con un trozo de pan, porque el ayuno eleva al espíritu y porque sabe que, además, de ese modo aportará su granito de arena para resolver la plétora médica.

Ya ve usted, Sr. Domínguez, cómo su compañero Lozano Borroy aún no dijo bastante con lo que dijo.

OLIMPIA DEL M. DE MARTÍNEZ.

INSTITUTO NACIONAL DE SANIDAD

El Prof. Pittaluga, director del Instituto Nacional de Sanidad, ha dado en Málaga dos conferencias en el salón de la Sociedad de Ciencias, los días 27 y 28 del corriente, sobre el tema "La vida y la obra de Cajal". El ilustre conferenciante ha sido invitado por la Sociedad Malagueña de Ciencias para desarrollar dichas conferencias en el curso de extensión universitaria a cargo de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Madrid.

RELACION DE ASPIRANTES

QUE HAN SOLICITADO TOMAR PARTE EN LAS OPOSICIONES ANUNCIADAS EN LA "GACETA DE MADRID" DE 4 DE NOVIEMBRE DE 1935, PARA PROVISIÓN EN PROPIEDAD DE PLAZAS DE MÉDICOS DE ASISTENCIA PÚBLICA DOMICILIARIA Y SUBSIGUIENTE INGRESO EN EL CUERPO, CUYA DOCUMENTACIÓN SE HALLA INCOMPLETA

D. Miguel Abad Tormo. Falta título de Licenciado y certificados de aptitud física y de Penales.

D. Román Abad Alcázar. Falta certificado de aptitud física.

D. Cleto Acero Pérez. Falta toda la documentación.

D. Antonio Aguilera Aguilera. Falta certificado de Penales.

D. Angel Alique Tomico. Falta toda la documentación.

D. Alfonso Alvarellos Cereijo. Falta certificado de Penales.

D. José Manuel Alvarez Rico. Falta toda la documentación.

D. José Antequera Albarrán. Falta toda la documentación.

D. José Aquilo Ibáñez. Falta certificaciones de Penales, de aptitud física y de nacimiento.

D. Alejandro Avecilla. Falta toda la documentación.

D. Alfredo Arcos Rivero. Falta toda la documentación.

D. Francisco Astorga Arrózpide. Falta toda la documentación.

D. Lorenzo Azofra Cervera. Falta certificado de nacimiento.

D. Ramón Babín Barzana. Falta toda la documentación.

D. Juan José Barbolla Abión. Falta certificado de nacimiento.

D. Faustino Barrera Izquierdo. Falta toda la documentación y reintegrar instancia.

D. Alberto Bautista Vidal Cid. Falta toda la documentación.

D. José María Bedoya García. Falta toda la documentación.

D. Juan José Beloquei Blanco. Falta toda la documentación.

D. Antonio Beltrán Alonso. Falta toda la documentación.

D. Fernando Benavente Fernández. Falta toda la documentación.

D. Juan Benavente Corral. Falta toda la documentación.

D. Mariano Benavente García-Fanjul. Falta toda la documentación y reintegrar la instancia.

D. Joaquín Benedito Pedregal. Falta título de Licenciado.

D. Ramón Berrón Obando. Falta certificado de Penales.

D. Valeriano Bozal Urzay. Falta certificado de Penales.

D. Emilio Burgos Guindos. Falta toda la documentación.

D. Manuel Burgos Mancebo. Falta certificados de nacimiento y de Penales.

D. José Antonio Cabrales Tamés. Falta toda la documentación.

D. Adrián Cabrera Moyano. Falta toda la documentación.

D. Dámaso Calvo Parras. Falta toda la documentación.

D. José Luis Calle Fernández. Falta certificado de aptitud física.

D. Eduardo Calleja Arroyo. Falta certificados de Penales y nacimiento.

D. Alejandro Cano Sánchez. Falta toda la documentación.

D. Vicente Camarena Ortola. Falta certificado de aptitud física.

D. Miguel Cantos Miranda. Falta toda la documentación.

D. Francisco Carmena Santiago. Falta certificado de Penales.

D. Gonzalo Ataulfo Casado Garnacho. Falta título de Licenciado.

D. Tomás Casanueva Cabezas. Falta toda la documentación.

D. Fermín Castelló Bermell. Falta toda la documentación.

D. Angel de Castro Muñoz. Falta toda la documentación.

D. Fernando Castro de la Garza. Falta título de Licenciado.

D. Julián Celma Hernández. Falta toda la documentación.

D. Daniel Celso Orozco. Falta toda la documentación.

D. Antonio Cerdá Bartolomé. Falta toda la documentación.

D. Tomás Cobos Montesinos. Falta toda la documentación.

D. José Antonio Conejo Ortega. Falta certificado de aptitud física.

D. Julián Cortés Ortiz. Falta título de Licenciado.

D. Florentino de Cuéllar y Manchón. Falta certificado de nacimiento.

D. Joaquín de Cuenca García de Castro. Falta certificado de aptitud física.

D. Rafael Cuervo Cortés. Falta certificado de aptitud física.

D. Rafael Chicoy Dabán. Falta certificado de aptitud física.

D. Antonio Dávila Cruz. Falta certificados de nacimiento y de Penales y título de Licenciado.

D. Walterio Díaz Duque. Falta certificado de Penales y reintegro del certificado de aptitud física.

D. Darío de Diego Ortego. Falta certificados de aptitud física, de nacimiento y título de Licenciado.

D. José Domínguez Llorena. Falta toda la documentación.

D. Alfredo Durán Martínez del Rincón. Falta toda la documentación.

D. Joaquín Echevarría Creagh. Falta toda la documentación.

D. Alfredo Fernández Albendín. Falta certificados de aptitud física y de Penales.

D. José Fernández-Corredor Gómez. Falta toda la documentación.

D. José Luis Fernández Matamoros e Ituarte. Falta toda la documentación.

D. Alfonso Ferrari del Corral. Falta toda la documentación.

D. Miguel Figueras de Vargas Martínez. Falta certificado de Penales.

D. Ramón Fisa Núñez. Falta certificados de nacimiento y de aptitud física.

D. José Luis Folache González. Falta certificado de Penales y de aptitud física.

D. Juan Fontes Frías. Falta toda la documentación.

D. Agustín de la Fuente Chaos. Falta toda la documentación.

D. Alfonso de la Fuente Chaos. Falta toda la documentación.

D. Félix Jesús de Fuentes Díez. Falta toda la documentación.

D. Andrés Galmés Gomila. Falta toda la documentación.

D. Antonio Carlos García Hernández. Falta certificados de Penales y de aptitud física.

D. Vicente Gallart González-Salazar. Falta título de Licenciado.

D. Jesús García Ojeda. Falta certificados de Penales y de aptitud física.

D. José García Palomares. Falta toda la documentación.

D. Luis García Palacios. Falta toda la documentación.

D. Manuel García Leyra. Falta toda la documentación.

D. Manuel García Olivares. Falta certificado de nacimiento.

D. Saturnino García Blanco. Falta certificados de nacimiento, de aptitud física y título de Licenciado.

D. Salustiano García García. Falta certificados de nacimiento y de aptitud física y título de Licenciado.

D. Santiago García Hernández. Falta certificado de Penales.

D. José Garrido Gal. Falta toda la documentación.

D. Salvador Garza Arroyo. Falta toda la documentación.

D. Luis Geras Blanco. Falta certificado de Penales y título de Licenciado.

D. Marcial Gómez Gil. Falta certificado de aptitud física y título de Licenciado.

D. Valentín Gómez Fernández. Falta certificado de Penales.

D. Celedonio González Alguacil. Falta certificados de nacimiento y de aptitud física.

D. Daniel González Pindado. Falta certificado de aptitud física y título de Licenciado.

D. Eduardo González Duarte. Falta toda la documentación.

D. Gerardo González Rincón. Falta toda la documentación.

D. Ireneo González del Río. Falta título de Licenciado.

(Continuará.)

Los opositores comprendidos en la relación precedente deberán remitir los documentos que les faltan, a nombre del Tribunal de oposiciones, a la Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia (Negociado de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria), en el plazo de diez días, a partir del siguiente al de la publicación de esta lista en la *Gaceta de Madrid*, y en el mismo plazo hacer el pago de los derechos correspondientes, en la inteligencia de que perderán todo derecho a la oposición si no lo hacen dentro del citado plazo.

SECCION OFICIAL

"GACETA" DEL 27 DE ENERO DE 1936:

Ministerio de Trabajo, Justicia y Sanidad.—En el Juzgado de Primera Instancia de Riaño, de la categoría de entrada, se halla vacante la plaza de médico forense, que se proveerá por turno, entre médicos substitutos de forenses. Instancias, en un plazo de treinta días.

"GACETA" DEL 28 DE ENERO:

Ministerio de Trabajo, Justicia y Sanidad.—En el Juzgado de Primera Instancia de Torrente, de la categoría de entrada, se halla vacante la plaza de médico forense, que se ha de proveer entre forenses interinos con reconocido derecho.

Instancias, en el plazo de treinta días.

GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 709,6; ídem mínima, 695,9; temperatura máxima, 10,3°; ídem mínima, 3°; vientos dominantes, OSO, SO y ONO.

Las enfermedades más frecuentes durante la presente semana han sido en los adultos los reumatismos musculares, los catarros de las vías respiratorias y las tífis.

En los niños, al lado de algunos casos de sarampión, ha habido otros de difteria, que en algunos enfermitos llamó la atención por la tenacidad de los síntomas tóxicos.

CRONICAS

Permuto partido médico segunda categoría, una sola titular en la provincia de Cuenca. Informes: F. Martí, San Antón, 6, 2.º Murcia.

El partido produce diez mil pesetas.

Alcachofina, primer producto nacional... Así comienza el prospecto de la Casa E. Boizot que, cosido al periódico, adjuntamos con el presente número.

"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.

Crinex.—Enviamos con el presente número prospecto de los Laboratorios DIFAR (San Sebastián) anunciando el producto que encabeza estas líneas. Recomendamos su lectura. (Pegado.)

Para certificados de Penales, para el pago de derechos a oposiciones de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria, para adquisición de libros, diríjanse a la **Sección de Consultas y Servicios Anejos**, regentada por D. Manuel Blázquez.

Indicaciones del fórceps y técnica operatoria del mismo, por el Dr. D. A. Paulino Pons. Prólogo del Doctor R. Ramón y Cajal. Un tomito con numerosos grabados, 4 pesetas. Pedidos al apartado 121, Madrid.

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

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

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

OFRECEMOS a nuestros suscriptores

Las TRECE monografías siguientes:

- I.—Hemoptisis tuberculosas y no tuberculosas, por el Dr. Valdés Lambea.
- II.—La demencia precoz, por el Dr. Vallejo Nájera
- III.—Diagnóstico y tratamiento de las dermatosis más frecuentes, por el Dr. Javier María Tomé y Bona (2.^a edición).
- IV.—Los problemas clínicos de la úlcera del estómago, por el Prof. Fidel Fernández Martínez (de Granada).
- V.—La blenorragia aguda y su tratamiento, por el Dr. Angel Pulido Martín.
- VI.—El médico rural ante las distocias más frecuentes, por el Dr. Vital Aza (segunda edición).
- VII.—Los problemas clínicos del estreñimiento rebelde, por el Prof. Fidel Fernández Martínez (de Granada).
- VIII.—La epilepsia, por el Dr. José María de Villaverde
- 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).
- X.—El tratamiento del reumatismo, por el Dr. Federico Peco y M. Sellés.
- XI.—Las helmintiasis intestinales más frecuentes en patología humana, por el doctor Santiago Larregla.
- XII.—Manual de sifiliografía práctica, por el Dr. Javier María Tomé y Bona.
- XIII.—Tuberculosis: contagio, herencia y constitución, por el Dr. Valdés Lambea.

Valor de las Monografías.	30,00 pts.
Suscripción por un año a la Revista.	25,00
Total.	55,00

Para nuestros suscriptores:

Las trece Monografías y un año de suscripción. ... **40,00 pts.**



OCHO TOMOS, 5.882 páginas de POR LAS CLINICAS DE EUROPA FORMULARIO CRÍTICO

Se trata de una verdadera Enciclopedia, en la que el médico encuentra, tanto los medicamentos como las enfermedades, con atención especial a su terapéutica.

- | | | |
|----------|-------------|---|
| Tomo 1.º | A. | Ofrece desde los efectos de las picaduras de las abejas hasta el Ainhum, de lo más común a lo más raro. |
| — 2.º | B. y C. | Entre otros muchos capítulos, lleva el estudio de los cánceres. |
| — 3.º | D. y E. | Capítulos más destacados: la diabetes y la encefalitis epidémica. |
| — 4.º | F., G. y H. | Contiene un acabado estudio de las gastroenteritis de los lactantes. |
| — 5.º | I. J. K. L. | Destaca el estudio de los procesos de la laringe. |
| — 6.º | M. y N. | El metabolismo fundamental y las meningitis; opiniones más autorizadas sobre ellas. |
| — 7.º | O. | Enfermedades del oído y del ojo. |
| — 8.º | P. Q. R. S. | El parto normal y patológico (un verdadero tratado de obstetricia). |

Precio de estos tomos.	74,50 pts.
Suscripción por un año a la Revista.	25,00
Total.	99,50

Para nuestros suscriptores:

Los ocho Tomos y la recepción de nuestra
Revista durante un año. **65,00 pts.**



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

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

¡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

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 Dr. 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

DE LA GOTA

III 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

Biblioteca Monográfica de Enfermedades del Aparato Respiratorio y Tuberculosis

Tenemos el honor de comunicarle que acaba de aparecer el primer tomo de esta interesante colección, titulado **Procesos gripales pseudotuberculosos**, del que son autores **D. Manuel Tapia y D. J. Tapia**. Es un volumen de 120 páginas, con 90 grabados, encuadernado en tela, editado cuidadosamente. Su precio es de 14 pesetas.

Dirija sus pedidos a la Administración de esta Revista

APARTADO 121.-MADRID

La salud de la dentadura

«Se recomienda mucho cepillarse los dientes todos los días, desinfectarse la boca con enjuagatorios, consultar al dentista una vez al año y siempre que se note el menor trastorno en la dentadura. También se aconseja comer pan completo y alimentos resistentes, que obliguen a masticar; las golosinas no suelen ser convenientes, especialmente de noche, porque pueden producir en la boca fermentaciones nocivas.» De este modo se esperaba evitar las caries o, por lo menos, reducirlas. La dentadura estaba considerada como una parte del cuerpo independiente del resto del organismo. Pero recientes estudios han demostrado que el estado de la dentadura depende sobre todo del régimen alimenticio.

En las razas primitivas, los dientes están unas veces sanos y otras cariados, según el modo de alimentación. Estas observaciones han sido confirmadas por numerosas experiencias realizadas en los animales. En este orden de ideas hay que mencionar las investigaciones efectuadas en Sheffield desde hace más de diecisiete años por Mrs. May Mellanby, cuyos resultados acaban de ser publicados bajo los auspicios del British Medical Research Council. Mrs. Mellanby ha llegado a la conclusión de que la calcificación de la dentadura depende de la vitamina D, que se encuentra más abundantemente en ciertos alimentos que en otros. En el hombre, como en el animal, el desarrollo y la estructura de la dentadura dependen en gran parte de la absorción más o menos abundante de vitaminas D. La aplicación de ciertas nociones que poseemos sobre el desarrollo de los dientes nos permite influir en la dentición antes del nacimiento y durante los primeros años de la vida; pero la resistencia contra la carie depende toda la vida de nuestro régimen alimenticio.

Numerosos exámenes han permitido apreciar a Mrs. Mellanby que una dentadura perfecta es muy rara. Muchos dientes presentan ciertos defectos, sobre todo rugosidades, pigmentaciones o decoloración del esmalte. Se pueden provocar estos fenómenos en los animales dándoles una alimentación pobre en vitamina D. Otra observación realizada por Mrs. Mellanby consiste en que la parte de la dentadura que se forma antes del nacimiento del niño es más

sana que la parte que se forma posteriormente. Durante la gestación, el niño encuentra, por consiguiente, todo lo que necesita para su dentición; pero más tarde la situación no suele ser tan favorable.

Los dientes defectuosos se carían más fácilmente que los otros. Esto

Jarabe Bebé.-Tetradinamo.-Septicemio.-Purganil Jarabe de Frutas
(Véase anuncio, página XX.)

equivale a decir que si el desarrollo normal de los dientes puede favorecerse por un régimen apropiado, no será necesario recurrir al dentista con tanta frecuencia para que obture las caries.

¿Cuál es el régimen más favorable al desarrollo de la dentadura? Mrs. Mellanby ha observado en el Hospital de Sheffield cierto número de niños atacados de tuberculosis de los huesos que viven en excelentes condiciones de higiene. Fueron repartidos en tres grupos: a unos se les daba un régimen rico en cal, a otros un régimen menos rico en esta materia, y al tercer grupo, un régimen completamente pobre en sustancias calcáreas. Los tres regímenes eran suficientes desde el punto de vista de su valor nutritivo, es decir, en cantidad de grasas, proteínas e hidratos de carbono. Al principio de la experiencia, los niños estaban todos, poco más o menos, en iguales condiciones en lo que se refiere a la dentadura; pero pasados algunos meses se comprobó que las caries iban en aumento progresivamente del primero al tercer grupo.

De todas estas observaciones, Mrs. Mellanby ha sacado en consecuencia que, para reducir de un mo-

darle alimentos ricos en hierro y en vitaminas D, y durante toda la infancia, aceite de hígado de bacalao u otra substancia que contenga muchas vitaminas.

Por otra parte, se seguirán observando siempre las prescripciones que se mencionan al principio del presente artículo.

La higiene dental figura en el programa de muchas Sociedades nacionales de la Cruz Roja, y especialmente en sus secciones juveniles. La importancia que tiene una dentadura sana en la salud del individuo es demasiado conocida hoy día para que sea necesario insistir sobre esta cuestión.

Descubrimiento del bacilo del cólera

El bacilo del cólera fué descubierto por Roberto Koch en 1883. Las circunstancias de este descubrimiento tan importante han sido descritas recientemente por el Dr. F. L. Klein, del Instituto Roberto Koch, de Berlín, en la *Deutsche Medizinische Wochenschrift*.

El 24 de junio de 1883 la Agencia Wolf daba la noticia de que una epidemia de cólera acababa de declararse en Damieta, situada en el brazo oriental del Nilo.

La noticia era tanto más alarmante cuanto que la gran epidemia que asoló a Europa en 1865 tuvo también su origen en Egipto. Inmediatamente, todos los países recurrieron a las eminencias en materia de higiene y medicina. En París se consultó a Pasteur, y en Berlín, a Roberto Koch. Este sabio, que entonces no tenía más que treinta y nueve años, estaba ya reconocido como el bacteriólogo más competente de Alemania. Se decidió que efectuaría un viaje de estudios a Egipto, donde le acompañaron algunos colaboradores, que más tarde debían figurar con gran relieve en la historia de la Medicina: Gaffky, Fischer y Tresekow.

En aquella época no se sabía nada sobre el cólera y, por consiguiente, se emitían las teorías más fantásticas. Unos pensaban que las epidemias se declaraban espontáneamente. Otros aseguraban que su causa era los miles de cadáveres de bueyes muertos de peste que las aguas del Nilo habían acarreado hasta un recodo del río, cerca de Damieta. También se creía que el cólera era

“JUSTO”, FAJISTA

Fajas médicas y de vestir
SE HA TRASLADADO A
Mayor, 4, entl.º - MADRID

do apreciable la frecuencia de las enfermedades dentales, especialmente en las zonas templadas, es indispensable aumentar el consumo de leche, huevos, queso, grasa animal y legumbres, disminuyendo, al contrario, el consumo de cereales que, por razones aún desconocidas, favorecen las caries dentales. Con un régimen en el que figuren muchos cereales no se pueden evitar las caries más que en el niño que haya sido alimentado al pecho, y a quien se le da mucha leche y muchas vitaminas D, después que haya dejado de mamar. Cuanto más tiempo mama un niño, mejor se desarrollan sus dientes. Esta es una de las razones por la cual la crianza materna debe prolongarse todo lo posible. En el momento en que el niño deja de mamar hay que

 **INOFENSIVO
PARA CORAZON
Y NERVIOS...**
CAFE SIN CAFEINA HAG

**TONICO DEL
SISTEMA
NERVIOSO**
 **NEVROSTHENINE**

una enfermedad endémica, y que las epidemias representaban un período de recrudecimiento, o bien hacían responsable al monzón y a las misteriosas emanaciones del suelo.

Dos Misiones, una alemana y otra francesa, desembarcaron en Egipto. Los sabios que las componían sospechaban la existencia de un germen específico en la sangre y en los órganos de los coléricos; pero había

dad, pero existe siempre en los coléricos y en todos los períodos de la infección. Se encuentra en las deposiciones en gran cantidad, que aumenta a medida que la enfermedad progresa, y desaparecen gradualmente en el momento de la curación. Las lesiones del intestino son debidas al veneno que segrega el microbio.

El 2 de febrero de 1884, Koch dirigió al Gobierno alemán su informe, en el que aseguraba de un modo positivo el descubrimiento del bacilo del cólera.

Varias Sociedades nacionales de la Cruz Roja se han distinguido en la lucha contra el cólera. En China, por ejemplo, la Cruz Roja ha organizado desde hace varios años un hospital de verano que realiza una hermosa labor, vacunando gratuitamente contra el cólera, y si en la actualidad esta enfermedad no se padece en Shanghai es gracias a la acción de las autoridades sanitarias y a la de la Cruz Roja, que no cesan de luchar contra tal terrible mal.

ANTIPHLOGISTINE

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

que investigar también si la enfermedad no era debida a algún hongo parásito o a un parásito animal.

Desde su llegada a Alejandría, el 24 de agosto, la Misión alemana comenzó su trabajo en el hospital griego, infectado por tal cantidad de moscas, que los sabios se vieron obligados a protegerse la cara con velos y las manos con guantes. Las vísceras de los coléricos fueron examinadas; pero fué Koch quien, al examinar al microscopio pedazos de intestino, descubrió un bacilo idéntico al que había descubierto un año antes en Berlín en unos fragmentos de intestino de un colérico, enviados desde la India. Pero Koch no puede todavía determinar si el bacilo descubierto es verdaderamente el microbio del cólera. En ese momento la epidemia cede, y Koch tiene que suspender sus investigaciones a falta de enfermos; pero enterado de que epidemias análogas asolan la India, solicita de su Gobierno el permiso para trasladarse allí y continuar sus estudios. En el barco, Koch observa con aire escéptico los procedimientos de desinfección, que consistían en extender con una escoba una disolución, compuesta de dos vasos de ácido sulfúrico en un cubo de agua de mar sobre los puentes, las paredes de las cabinas y del comedor, exceptuando, naturalmente, los retretes. La desinfección total del barco se efectuaba en diez minutos.

A su llegada a Calcuta, la Misión alemana se dedica con ardor al trabajo en el Hospital de la Facultad de Medicina. Observan a los enfermos y hacen la autopsia a los que mueren víctimas de la epidemia. Koch y sus colaboradores vuelven a encontrar el microbio en forma de coma que ya habían visto en Egipto. Hacen un cultivo sobre gelatina, y observan que los nuevos cultivos presentan siempre las mismas características. Todo intento de inoculación de la enfermedad a los animales fracasa: son refractarios al cólera. Sin embargo, repetidas observaciones permiten llegar a una conclusión: este bacilo no se encuentra nunca en individuos que padecen otra enferme-

hora no es inferior a cinco litros. Si se considera que el agua contaminada por el desagüe de las alcantarillas en el mar contiene frecuentemente más de 10.000 bacilos de colon por litro, un simple cálculo establecerá la cantidad de gérmenes que pueden acumularse rápidamente en los mejillones. El marisco digiere los bacilos; pero como esta digestión no es instantánea, todo marisco es siem-

JARABE ALMERA

A BASE DE FOSFATO DE CAL GELATINOSO, EL MAS ASIMILABLE

pre portador de gérmenes vivos y mortales.

Se calcula que más de la mitad de los casos de tifoidea y otras enfermedades análogas diagnosticadas en las costas mediterráneas deben ser atribuidas a la absorción de mariscos, y en estos casos suelen ser más violentas que cuando el contagio procede de otro origen, hasta el punto de que personas vacunadas contra la tifoidea han sido, no obstante, infectadas por los moluscos.

¿Cómo evitar este peligro? Puede uno, evidentemente, abstenerse de comer mariscos; pero esta solución no responde a la pregunta y, además, hay que privarse de un plato sabroso y nutritivo.

El modo de evitar las enfermedades que pueden transmitir los mariscos consiste en consumir únicamente mariscos criados en parques que están alimentados con agua limpia.

El Dr. Teissonnière, de la Oficina científica y técnica de pesca marítima de la región mediterránea, describe en los *Anales de Higiene pública industrial y social* un parque para la cría de mariscos. Estos parques se componen de varios depósitos que se suceden unos a otros, y que están alimentados por agua de mar filtrada. Este agua es conducida a otros depósitos donde están los mariscos. Otros depósitos están destinados a los moluscos cuya procedencia no ofrece la garantía debida desde el punto de vista sanitario.

Los comerciantes de mariscos pagan un tanto por semana y metro cúbico para depositar en los parques su mercancía. Los mariscos que no han sido vendidos durante el día vuelven a los parques, donde pasan la noche en el agua, conservándose de este modo en mejores condiciones para el día siguiente. Los mariscos que no se conservan en el agua pierden rápidamente de un 4 a un 5 por 100 de su peso, lo que significa una pérdida sensible si se venden al peso. Aunque esta última consideración no se refiere a las ostras, que se venden por piezas al comerciante, no perderá nada con ofrecer una mercancía en buenas condiciones.

El peligro de los mariscos

Los mariscos constituyen un alimento nutritivo muy apreciado por los «gourmets», pero ofrecen, sin embargo, un peligro doble.

Primeramente, provocan en ciertas personas reacciones particulares. Inmediatamente después de ingeridos, aparece una erupción, a la que acompañan otros síntomas desagradables. Aquí existe una relación cierta de causa a efecto, puesto que el mismo fenómeno se produce en algunas personas con invariable regularidad. Este inconveniente puede vencerse a la larga si las personas predispuestas se inmunizan contra esta especie de envenenamiento reduciendo al mínimo la cantidad de mariscos, cantidad que se irá aumentando progresivamente. Pocas personas, no obstante, tienen el valor de someterse a esta disciplina, y prefieren renunciar de una vez para siempre a un alimento que no conviene a su organismo. Después de todo, los mariscos no han constituido nunca un alimento esencial, incluso para los que viven a orillas del mar.

Sin embargo, existe un peligro más grave aún: ciertos mariscos son portadores de bacilos que se desarrollan en el agua, y que pueden provocar en el hombre enfermedades graves, como la fiebre tifoidea. Se sabe que la cantidad de agua que absorbe y despidе el mejillón en una

CALCINHEMOL ALCUBERRO

Poderoso antianémico

ALCALA, 88. — MADRID

Extracto alcohólico: de 15 a 60 centig. al día en píldoras.

Niños: al día y por año de edad, V gotas de extracto flúido; 1 centígramo de extracto alcohólico.

Mixturas:

Tintura de zumaque.....	6 gr.
— de nuez vómica.....	4 —
Glicerina.....	} aa 5 —
Alcohol de 90°.....	

M.—(1 gr. = LVI gotas).—De XV a XX gotas, de dos a cuatro veces al día.—Incontinencia de orina por atonía del esfínter.

(Niños: de VI a XII gotas al día por año de edad.)

Esta obra, conviene saber, FORMULARIO CRÍTICO;
POR LAS CLÍNICAS DE EUROPA, tomo x, le-
tras Q, R, S, T, U, V, X, Y y Z, se publicó a
expensas de EL SIGLO MÉDICO, aca-
bándose de imprimir en los Talleres
Gráficos de BOLAÑOS Y AGUI-
LAR, S. L., a VIII días del
mes de febrero
de 1936

Ayuntamiento de Madrid

¿Viene usted a Madrid?

Hospédese

Hotel Los Leones de Oro

(entre Puerta del Sol y Gran Vía)

Calefacción :: Baños

Precios económicos : Muchas atenciones para los médicos

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

ELIXIR ESTOMACAL
SAIZ DE CARLOS
(STOMALIX)

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

ESTÓMAGO .
INTESTINOS

Venta en Farmacias-Frías Bodega y Laboratorio Saiz de Carlos, Sarrana, 30-MADRID

Tratado práctico de etiqueta
y distinción social

4 pesetas ejemplar

PEDIDOS AL APARTADO NUM. 121
MADRID

ANALISIS

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

Laboratorio del Dr. E. ORTEGA

Sucesor del Dr. CALDERON

Carretas, 14.-Madrid

FUNDADO EN 1866

Médicos Madrileños Famosos

BIOGRAFIA Y BIBLIOGRAFIA DE
MEDICOS ILUSTRES NACIDOS
EN MADRID Y SU PROVINCIA

Prólogo de don PEDRO DE REPIDE
Cronista de la Muy Noble, Muy Heroica
y Excelentísima Villa de Madrid.

EL SIGLO MEDICO acaba de editar cuidadosamente esta obra del Dr. Alvarez Sierra. Es un tomo de 300 páginas, con numerosos grabados estampados en magnifico papel cuché, y elegantemente encuadernado.

Precio del ejemplar: 14 pesetas

Para los suscriptores de EL SIGLO MEDICO
20 por 100 de descuento.

El Problema Médico-Social de la Tuberculosis

PARA MÉDICOS Y PROFANOS

Por el Dr. TOMÁS DE BENITO
(Dispensario «Amparo Landa»)

Precio, 7,50 pesetas. Pedidos al Apartado 121

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.

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

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

PAN INTEGRAL INSOJA

EL PAN DE MAS ALTO VALOR NUTRITIVO Y SABOR AGRADABLE

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

Panificadora de Usera

Francisco Mora, núm. 40
Teléfono 74548 -:- MADRID

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

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

TERAPEUTICA DE LAS ALTERACIONES MENSTRUALES

Ovariofono Hemostono

COMPOSICION:

Substancia ovárica, 0,10; Substancia tiroi-
des, 0,03; Viburnum prunif extr., 0,06; Pis-
cidia erythrina extr., 0,06; Hyoscyamus ni-
ger extr., 0,01.

COMPOSICION:

Substancia mamaria, 0,10; Substancia pla-
centaria, 0,05; Secale cornutum extr., 0,06;
Hamamelis virg. extr., 0,04; Hidrastis ca-
nad extr., 0,02

Amenorrea, Oligomenorrea, Pubertad retrasada,
Trastornos de la Menopausia, Reglas dolorosas,
_____ Psicosis sexuales. _____

DE DOS A OCHO GRAGEAS AL DIA (DOS CADA VEZ)

Menorragias, Metrorragias, Fibromas uterinos,
Congestiones utero-ováricas, Hemorragias de la
_____ pubertad y menopausia. _____

DE DOS A OCHO GRAGEAS AL DIA (DOS CADA VEZ)

Laboratorio Biológico LÓPEZ-BREA
León XIII, 7
Barcelona (S. C.)