

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

Núm. 4.288.—Tomo 97

AÑO OCHENTA Y TRES

15 Febrero 1936



SOLUCIÓN FUMOUEZ

Clorato de Magnesía
al décimo

CORIZA

Una cucharada de las de café en medio vaso de agua, al empezar cada comida.

(Deshidratación rápida de la mucosa nasal)

NEOPLASMAS

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

(Muestra y Litteratura sobre pedido)

ETABLISSEMENTS FUMOUEZ, 78, Faubourg Saint-Denis, PARIS

Hygiene de la Mujer

POUDRE CHAUMEL

(Polvos Chaumel)

DESCONGESTIONANTE

ANTISÉPTICA

SUAVIZANTE



Etablissements FUMOUEZ
78, Faubourg St-Denis, Paris

PRIMERA DENTICIÓN

JARABE DELABARRE

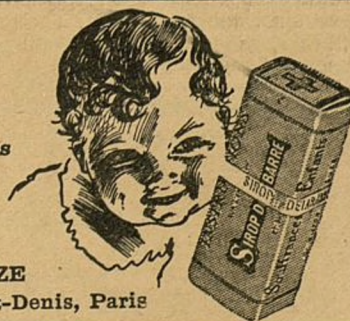
Facilita la Salida de los Dientes

Calma los Dolores del Niño

Evita los Accidentes de Dentición

En suaves Fricciones
en las Encías

Establecimientos FUMOUEZ
78, Faubourg Saint-Denis, Paris



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

Ayuntamiento de Madrid

SANATORIO PEÑA-CASTILLO SANTANDER

Destinado a enfermos del aparato digestivo, nutrición y sistema nervioso
Clima delicioso, once hectáreas de parque, completa instalación de mecanoterapia, electricidad, calor y terapéutica física. Hotel de dietética. Dos hoteles para psiconeurosis. Pabellón especial de radioterapia profunda.
Sección de toxicómanos.

Director, EXCMO. SR. D. M. MORALES
"HOZNAYO" - LA MEJOR AGUA DE MESA

TALLERES PROPIOS
LA ORTOPEDIA MODERNA
GRAN CASA CONSTRUCTORA



ALONSO ALFONSO
ORTOPÉDICO DEL HOSPITAL MILITAR
Y DE OTROS CENTROS
Fuencarral, 98 - MADRID Telº 15.724

Medalla de Oro Madrid-Zaragoza-Madrid
Gran Premio Sevilla-París-Milán
Piezas y brazos artificiales
Única en corsets de celuloide
Muletas
Gomas y valgodones
Vendajes
Fajas brasqueros
Gomas

¿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

ALMORRANAS



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

DE LA GOTA

Tratamiento moderno por la terapéutica del estímulo.

5 ptas. ejemplar

Pedidos al
Apartado 121, 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 su uso para todas las molestias del

ESTÓMAGO .
INTESTINOS

Venta en Farmacias - Pídanse Catálogo a Laboratorio Saiz de Carlos, Serrano, 30-MADRID

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

ANALISIS

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

Laboratorio del Dr. E. ORTEGA

Sucesor del Dr. CALDERON

Carretas. 14.-Madrid

FUNDADO EN 1866

DERMATOSIS INFANTILES

desaparecen rápidamente con

DEPURATIVO INFANTIL CABALLERO

de sabor agradabilísimo.

PASTA POROSA CABALLERO (Dermatosis rezumantes).

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

	Páginas
Yoduro potásico	475
— fórmulas	476
— sódico	485
Yogurt	489

Z

Zaragatona	491
Zarza	491
Zarzaparrilla	492
Zinc (sales en general)	495
— carbonato	496
— cloruro	496
— óxido de	499
— peróxido de	502
— sulfato de	503
Zumaque	504

POR LAS CLÍNICAS DE EUROPA

(FORMULARIO CRÍTICO)

ÍNDICE DEL TOMO X

Q

	Páginas
Queloides	5
Quemaduras	10
— tratamiento	14
Quenopodio (aceite de)	16
Quermes mineral	17
Quina	19
— farmacología	19
— acción fisiológica	20
— tolerancia	21
— indicaciones	21
— modos de administración	22
— incompatibilidades	24
— fórmulas	26
Quinina	35
— acción fisiológica	35
— absorción y eliminación	36
— acción sobre el aparato digestivo	36
— ídem sobre la circulación	36
— ídem íd. la sangre	37
— ídem íd. la nutrición	37
— ídem íd. la temperatura	37
— ídem íd. el sistema nervioso	38
— ídem íd. la piel	38
— tolerancia y toxicidad	38
— aplicaciones e indicaciones	39
— en el paludismo	39
— en otras pirexias	40
— contraindicaciones	41
— modos de administración	41
— en inyecciones	42

	Páginas
— en ingestión.....	43
— modos de administración.....	43
— incompatibilidades.....	44
Quinina (arseniato básico).....	44
— acción fisiológica.....	44
— indicaciones.....	45
Quinina (bromuro básico de).....	45
— indicaciones.....	45
Quinina (bromuro neutro de).....	46
Quinina (cloruro básico de).....	48
— farmacología.....	48
— indicaciones.....	49
— con antipirina.....	49
Quinina (cloruro neutro de).....	50
— indicaciones.....	51
— inyecciones.....	51
Quinina (clorhidrosulfato de).....	52
— indicaciones.....	52
— inyecciones.....	52
Quinina (éter carbónico de).....	53
Quinina (fitinato de).....	53
Quinina (formiato básico de).....	53
Quinina (glicerofosfato básico de).....	54
Quinina (ortoguayacol, sulfato de).....	54
Quinina (lactatos de).....	54
Quinina (sulfato básico de).....	54
— indicaciones.....	55
— dosis.....	55
— en sellos.....	55
— en enemas.....	56
— en píldoras.....	56
Quinina (derivados de la).....	57
Quinidina.....	57
— modos de administración.....	64
Quinina (derivados). Optoquina.....	66
— hidroquinina.....	69
— encurina.....	69
— (bicloruro).....	70
— quitenina.....	70
Quinesiterapia.....	79
— el amasamiento y la movilización.....	80
— fricción superficial.....	82
— pellizcamiento.....	82
— fricción profunda.....	83
— golpeteo.....	83
— vibración.....	84
— presiones intermitentes.....	84

	Páginas
Trementina.....	402
— esencia de.....	403
Trinitrina.....	412

U

Uretano.....	416
--------------	-----

V

Valeriana.....	423
Valerianato amónico.....	428
Valerianato de cinc.....	429
Varaogol químico.....	429
Veratrina.....	430
<i>Viburnum prunifolium</i>	432

X

Xeroformo.....	434
----------------	-----

Y

Yedra terrestre.....	435
Yerbacana.....	436
Yerbamora.....	437
Yodacetona.....	438
Yodipina.....	439
Yodo.....	440
— aplicaciones e indicaciones.....	441
— administración.....	442
— fórmulas.....	444
Yodoformina.....	451
Yodoformo.....	451
— fórmulas.....	455
Yodol.....	459
Yoduros (en general).....	461
Yoduro de almidón.....	470
— amónico.....	471
— arsénico.....	471
— bórico.....	473
— de cafeína.....	473
— de estroncio.....	474

TERTULIA MEDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

AMENIDADES

15-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.

LEEUWENHOEK

El primer cazador de microbios⁽¹⁾

I

Hace doscientos cincuenta años que un hombre obscuro, llamado Leeuwenhoek, fué el primero en asomarse a un mundo nuevo, misterioso, poblado de millares de especies diferentes de seres pequeñísimos, feroces y mortíferos unos, benéficos y útiles otros, más importantes para la Humanidad muchos de ellos que cualquier continente o archipiélago.

Leeuwenhoek, personaje nada célebre y apenas recordado, es ahora casi tan desconocido como lo eran sus diminutos y extraños animales y plantas en la época en que los descubrió. Este libro contiene la historia de Leeuwenhoek, el primero de los cazadores de microbios, y la de los exploradores atrevidos, perseverantes y singulares, vencedores de la muerte; es la historia llana y sencilla de sus atisbos infatigables en un nuevo mundo fantástico. Estos cazadores de microbios y guerrilleros de la muerte intentaron dibujar a tien-

masiado osados, murieron a manos de los asesinos infinitamente pequeños que estaban estudiando, y sus nombres han pasado a la posteridad con una gloria oscura e ínfima.

Hoy día es muy honroso ser hombre de ciencia; los llamados científicos constituyen un importante elemento de la sociedad; tienen labo-

Omnadina
activa las defensas orgánicas

ratorios en todas las ciudades y sus proezas aparecen en la primera plana de los periódicos, muchas veces antes de ser un hecho consumado. Cualquier estudiante universitario puede dedicarse a la investigación y llegar a ser, con el tiempo, un profesor de ciencias de tipo medio, con un sueldo decente, en una escuela confortable. Pero remóntate, lector, a los tiempos de Leeuwenhoek, doscientos cincuenta años atrás, e imagínate que acabas de salir del Instituto en disposición de elegir carrera y sediento de sabiduría.

Convaleciente de paperas, preguntas a tu padre cuál es la causa de este mal, y te contesta que es un espíritu maligno que se te ha metido dentro del cuerpo. Esta teoría puede no dejarte muy convencido, pero tomas el partido de hacer que te lo crees y no indagas más sobre el origen de las paperas, por temor a una paliza o a ser echado de casa si te atreves a decir en público que no crees en la ciencia de tu padre. El padre es la Autoridad.

Así era el mundo hace doscientos cincuenta años, cuando nació Leeuwenhoek; a duras penas había empezado a sacudirse las supersticiones y a percatarse de una ignorancia que hasta entonces no le había causado rubor. Un mundo era aquel en el que la ciencia, que sólo significa la busca de la verdad mediante la observación cuidadosa y el claro juicio, empezaba a ensayar sus primeros pasos

con andar incierto y vacilante. Era el mundo que quemó a Servet por haberse atrevido a hacer la disección de un cuerpo humano y que encarceló a Galileo de por vida por haberse atrevido a sostener que la Tierra giraba alrededor del Sol.

Antonio Leeuwenhoek era holandés. Nació en 1632 en Delft, la ciudad de los molinos de viento azules, de las callejuelas y de los grandes canales. Su familia pertenecía a una clase social muy considerada, y digo muy considerada porque sus padres eran fabricantes de cestos y de cerveza, y estos últimos son muy estimados y respetados en Holanda. El padre de Leeuwenhoek murió joven, y su madre le envió a la escuela, con intención de hacer de él un empleado del Estado; pero a los dieciséis años abandonó los estudios para entrar como dependiente en una tienda de tejidos de Amsterdam. Esta fué su Universidad. Figúrate a cualquier estudiante de Ciencias de hoy día adquiriendo la práctica experimental entre piezas de tela, escuchando el tintineo de la campanilla del cajón de los cuartos y teniendo que mostrarse amable con un desfile interminable de comadres holandesas que hacían sus compras al centimo, regateando con una tenacidad

EUBRONQUIOL
ANTICATARRAL DE
ACCION DIRECTA

tas el mapa de ese mundo, cometiendo errores y haciendo nacer vanas esperanzas; algunos de ellos, de-

(1) Reproducimos este interesantísimo capítulo del notable libro de Pablo Kruif, *Los cazadores de microbios*. Creemos que esta obra debe ser intensamente divulgada entre los médicos, y a ella dedicaremos un estudio especial en breve. La traducción española ha sido hecha con gran acierto por Pablo Martínez Strong, y el libro está editado por la Editorial Granada.

JARABE ALMERA

A BASE DE FOSFATO DE CAL
GELATINOSO, EL MAS ASIMILABLE

desesperante. ¡Tal fué la Universidad de Leeuwenhoek durante seis años!

A la edad de veintiún años abandonó la tienda de tejidos y volvió a Delft, se casó y estableció por su cuenta una tienda de telas. Muy poco se sabe de él durante los veinte años siguientes, excepto que tuvo dos mujeres (una después de otra) y varios hijos, que casi todos murieron; pero es indudable que durante ese tiempo fué nombrado conserje de la Casa de la Villa de Delft, y que se le despertó una extraña afición a ta-

FIMONAL



VIAS
RESPIRATORIAS

llar lentes; había oído decir que fabricando lentes muy pequeñas a partir de un trozo de cristal transparente se podían ver las cosas a su través mucho mayores de lo que aparecen a simple vista. Poco sabemos de la vida de Leeuwenhoek entre los veinte y los cuarenta años, pero es indudable que durante esa época pasó por ser un hombre ignorante: no sabía hablar más que el holandés,

Fábrica especializada en Productos Dietéticos y de Régimen Vegetariano

CASA SANTIVERI, S. A.

Call, 22. — BARCELONA

idioma muy poco conocido, despreciado por el mundo culto por considerarlo lengua de tenderos, pescadores y cazadores de zanjas. En aquel tiempo, las personas cultas hablaban en latín, pero Leeuwenhoek no sabía ni leerlo, siendo la Biblia en holandés su único libro de literatura. En todo caso, se ve que su ignorancia le fué de una ayuda provechosa, porque aislado de toda la charlatanería docta de su tiempo, no tuvo otra guía que sus propios ojos, sus propias reflexiones y su propio criterio: el procedimiento más adecuado para Leeuwenhoek, porque nunca se ha conocido hombre más obstinado que él.

¡Qué divertido debía de ser mirar a través de una lente y ver las cosas de mayor tamaño que a simple vista! Pero, ¿comprar lentes? ¡No sería Leeuwenhoek quien tal hiciera! ¡Jamás se dió hombre más desconfiado! ¿Comprar lentes? ¡Sí, sí; él se las fabricaría! Durante esos veinte años que vivió ignorado visitó las tiendas de óptica y aprendió los rudimentos necesarios para tallar lentes; frecuentó el trato de alquimistas y boticarios, curioseó sus métodos secretos de obtener metales a partir de los minerales y se inició chapuceamente en el arte de los plateros. Era un hombre de lo más meticuloso; no se contentaba con que las lentes hechas por él fueran tan buenas

tornillo de enfocar y hacen descubrimientos sin saber ni preocuparse de cómo está construido el aparato. ¡Pero en cuanto a Leeuwenhoek! Sus vecinos creían, naturalmente, que estaba chiflado; pero él siguió abrasándose las manos y llenándose de ampollas. Olvidando a su familia, sin preocuparse de sus amigos, se enfrascaba hasta altas horas de la noche en sus delicados trabajos. Estos buenos vecinos se reían para sus adentros, mientras nuestro hombre encontraba la manera de fabricar una lente minúscula de un diámetro inferior a tres milímetros, tan simétrica, tan perfecta, que le permitía ver las cosas más pequeñas enormemente agrandadas y con una nitidez fantástica. Si, sería un hombre muy inculto, pero el único que en toda Holanda sabía fabricar aquellas lentes, y él mismo decía de sus vecinos: «Hay que perdonarlos, vista su ignorancia.» Desde este momento, satisfecho de sí mismo, el antiguo comerciante de tejidos empezó a examinar con sus lentes cuanto caía en sus manos. Examinó las fibras musculares de una ballena y las escamas de su propia piel; fué a la carnicería y pidió y compró ojos de buey, quedando maravillado de lo

SIL-AL
Protege mucosa gástrica

bien dispuesto que estaba el cristalino del ojo. Pasó horas enteras escudriñando la estructura de los pelos de la oveja, castor y alce, que, de finos filamentos, se transformaban, por virtud de su pedacito de cristal, en grandes troncos ásperos y desiguales. Disecó delicadamente la cabeza de una mosca y ensartó la masa encefálica en la finísima aguja de su microscopio... ¡Cómo admiró los claros detalles del maravilloso cerebro de mosca agrandado! Examinó cortes transversales de maderas de doce especies diferentes de árboles, y llegó a extraviarse la vista mirando semillas de plantas. La primera vez que contempló la extraña perfección del aparato bucal de una pulga y las patas de un piojo gruñó: «¡Imposible!» Leeuwenhoek era como un cachorro que olfatea todo lo que tiene a su alrededor con completa despreocupación respecto a la naturaleza de las cosas.

II

como las mejores trabajadas en Holanda, sino que habían de superar a las mejores, y aun después de haberlo conseguido se pasaba horas y horas dándoles mil vueltas. Después montó sus lentes en tiritas de oro, plata o cobre, que él mismo había extraído de los minerales a fuerza de estar sobre el fuego vivo, respirando extraños humos y olores. Hoy día, los investigadores compran por unas cuantas pesetas un microscopio nuevo y reluciente, dan vueltas al

Nunca se habrá conocido hombre menos seguro de sí mismo que Leeuwenhoek; miraba y remiraba este

aguijón de abeja o aquella pata de piojo una y cien veces; dejaba clavadas las preparaciones en la aguja de su extraño microscopio durante meses enteros y, con el fin de poder observar otras cosas, se fabricó más microscopios, llegando a tener cientos de ellos. Jamás escribió palabra acerca de sus observaciones; jamás hizo un dibujo hasta que, después de mirar cientos de veces la misma co-

Jarabe Bebé.-Tetradinamo.-Septicemiol.-Purgantil/Jarabe de Frutas

(Véase anuncio, página XVI.)

sa, en idénticas condiciones, se cercioraba de que no había variación alguna. Y aun así no quedaba del todo satisfecho y solía decir:

«La gente que por primera vez mira por un microscopio dice: «Ahora veo una cosa, luego veo otra.» Y aun el observador más experto puede equivocarse. En estas observaciones he empleado más tiempo del que muchos creerán, pero las he hecho con satisfacción, sin hacer caso de los que me han preguntado que por qué me tomaba tanto trabajo y qué finalidad tenía todo esto. Pero yo no escribo para esas gentes: escribo solamente para los filósofos.» En este aislamiento trabajó durante veinte años.

Por aquel tiempo, hacia mediados del siglo XVII, hubo un gran movimiento en el mundo entre las gentes doctas. En Inglaterra, en Francia, en Italia, hombres extraordinarios miraban con recelo casi todo lo que pasaba por ser ciencia. «Ya no pasamos por que Aristóteles diga tal cosa o el Papa tal otra», decían estos rebeldes. «Sólo nos fiaremos de las observaciones, mil veces repetidas, hechas por nosotros mismos, y de las pesadas exactas que hagamos con nuestras balanzas; haremos caso solamente de los resultados de nuestros experimentos y no de otra cosa.» Y en Inglaterra, unos cuantos

Inapetencia, Anemia, Debilidad

VINO MADARIAGA, tónico-fosfatado

revolucionarios de éstos fundaron una Sociedad llamada «The Invisible College», que tuvo que ser invisible, porque Cromwell los hubiera ahorcado por conspiradores y herejes si llega a enterarse de los extraños asuntos que intentaban dilucidar. ¡Y qué experimentos los que hicieron aquellos graves investigadores! Póngase una araña dentro del círculo hecho con polvo de cuerno del unicornio, y la araña no podrá salir de

(Continúa en la página XVIII)

BILINA

COLAGOGO EFICACISIMO - TRATAMIENTO
MODERNO POR EL CLORURO MAGNÉSICO
DE LAS INSUFICIENCIAS HEPÁTICAS,
COLECISTITIS, ICTERICIAS, ÉXTASIS
INTESTINAL, AUTO-INTOXICACIONES,
ETC - ETC



ESTIRACÓGENO

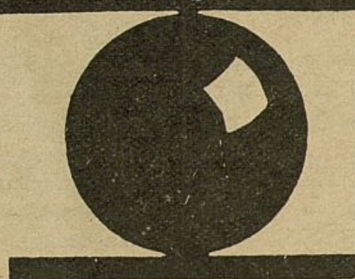
INSUSTITUIBLE EN LAS
AFECCIONES DEL APARATO RESPIRATORIO
A BASE DE STYRACOL, COLESTERINA, LECITINA,
GOMENOL, ALCANFOR Y ACEITE PURO DE OLIVA.

DOSIS NIÑOS CON VITAMINA D.

ATLA
BOLOGNA

ANTISPASMINA COLICA

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



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

EJERCEN SU ACCIÓN EN EL MISMO SITIO DEL ESPASMO

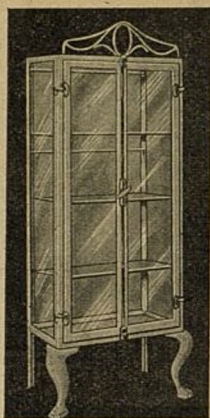
LAB. FARMACOLÓGICO REGGIANO - Correggio (Italia)

Cada pildora contiene
Papaverine 1 cgr
Estr. Belladona 2 "
" Valeriano 2 "

De 3-6 Pildoras
queratinizadas
al día



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



Vitrina esmaltada con tres entrepaños estriados. — Dimensiones sin las patas: 100 X 50 X 30 cm. Ptas. 145.

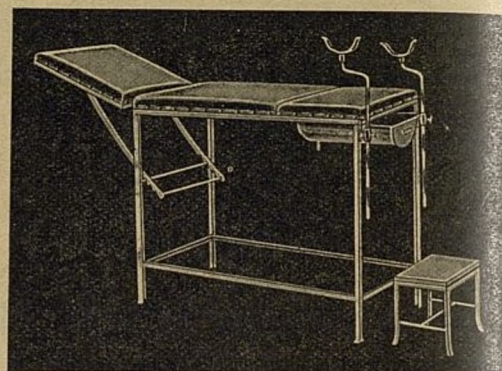
CENTRO MÉDICO ORTOPÉDICO

Espoz y Mina, 2, Madrid

Teléfono 13707

**MOBILIARIO PARA CLINICAS,
HOSPITALES Y SANATORIOS**

(PRECIOS ESPECIALES)



Mesa para curas y reconocimiento, de hierro esmaltado con horquillas niqueladas y almohadones de gutapercha.

Ptas. 100.

Instrumental de Cirugía de las mejores marcas. Completo surtido para todas las especialidades.

PIDAN PRESUPUESTOS

Si quiere comprar en condiciones ventajosas no deje de visitar esta Casa.

Nota de precios de algunos artículos:

	Pesetas		Pesetas
Aguja para inyecciones níquel puro marca Esco.	0,50	Idem idem id., 5 cc.	1,75
Albuminómetro de Esbach, estuche madera.	2,00	Idem idem id., 10 cc.	2,75
Amigdalótomo Mathieu, tres anillas.	30,00	Idem idem id., 20 cc.	3,75
Aspirador Potain, completo, con estuche y frasco 500 gramos.	95,00	Idem idem descentradas, idem, 3 cc.	2,00
Bisturí mango metal, articulado.	5,50	Idem idem id., 5 cc.	2,50
Bisturí mango metal fijo, clase superior.	6,50	Idem idem id., 10 cc.	3,50
Cuchillote de Graeffe para ojos.	9,00	Idem idem id., 20 cc.	4,50
Cucharilla doble, para resección.	5,50	Lancetas para sangría, vacuna y apostemera.	3,00
Cucharilla con mango, para resección.	10,00	Oscillophone para medir la tensión arterial, modelo alemán.	110,00
Cucharilla uterina, de Recamier.	13,50	Pinzas Pean, articulación Collin, clase superior.	4,85
Dediles goma para reconocimiento (docena).	1,00	Pinzas Kocher, idem idem id.	6,00
Dedil de Legue, para un dedo.	2,00	Pinza tiralingua de Esmarch.	7,50
Depresor de lengua, de cristal.	2,35	Pinza curación uterina, recta.	11,00
Espéculums vaginal de Cusco, articulado.	18,00	Pinza acodada, para oído.	5,00
Espéculums para oído, juego de tres.	4,40	Pinza disección, de 13 c/m.	3,00
Espéculums nasal de Duplay.	8,00	Pinza uterina, para descenso, de Schroeder.	16,50
Espejo laringeo, sin mango.	2,50	Portaagujas de Mathieu.	18,00
Espejo frontal con cinta.	29,00	Separadores de Farabeuf, juego de dos.	7,50
Espejo frontal con banda de fibra.	35,00	Sonda Nelaton, marca Delamotte.	1,50
Estetoscopio de madera, articulado.	3,25	Sonda de tejido marca Eynard, cilíndrica.	2,50
Estetoscopio de madera, fijo.	3,00	Idem idem acodada.	4,00
Estetoscopio de madera, modelo Pinard.	6,00	Idem idem acanalada.	1,35
Histerómetro de Sins, graduado.	7,00	Termómetro clínico, prismático, corriente.	2,75
Fórceps Tarnier, último modelo, marca Esculape.	98,00	Idem idem id., marca Hicks, legítimo.	7,00
Guantes goma, clase buena.	3,00	Tijera recta, articulación Collin, 13 c/m.	6,00
Guantes Chaput, clase superior.	14,00	Tijera curva, articulación Collin, de 13 c/m.	6,50
Jeringas cristal, modelo Luer, sueltas, clase superior, 2 cc.	1,00	Trócares de cuatro usos, estuche cilíndrico.	18,50
Idem idem id., 3 cc.	1,25	Valvas Doyen, varios tamaños.	26,00
		Valvas de Sims, doble.	19,00

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

HISTORIAL

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

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

1854 * AÑO OCHENTA Y TRES * 1936

CONSEJO DE REDACCIÓN CIENTÍFICA

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

Conde de Gimeno. Presidente de la Academia Nacional de Medicina

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

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

VOCALES

Dr. MARIANO ACENA
De la Beneficencia Municipal de Madrid.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dr. J. DE ISASA Y ADARO
Pediatra.

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

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

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

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

Dr. NICASIO MARISCAL Y GARCIA

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

Dr. A. MORANA Y JIMENEZ
Análisis clínicos.

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

Prof. J. A. PALANCA Y MARTINEZ FORTUN
Ex Director general de Sanidad. Profesor del Instituto Nacional. Académico de la Nacional de Medicina.

Prof. ANTONIO PIGA Y PASQUAL

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

Prof. GUSTAVO PITTALUGA Y FATORINI

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

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

Dres. JULIAN Y SANTIAGO RATERA Y BOTELLA

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

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

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

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

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

Prof. ENRIQUE 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.

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

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

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

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

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

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

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

PRECIOS DE SUSCRIPCION

En toda España, América y Portugal, 25 pesetas al año, 14 semestre y 8 trimestre. Los demás países, 50 pesetas. Número corriente 1 peseta. — Toda suscripción se considera 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 15 de Febrero de 1936

::

Núm. 4288

PROGRAMA CIENTÍFICO

LEMA: PROGRESSI SUMUS, PROGREDIMUS, PROGREDIEMUR

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

SUMARIO.—SECCIÓN CIENTÍFICA: La vacunoterapia: Sus fundamentos, por el Dr. Martín Salazar.—El Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía (continuación), por el Prof. D. José Blanc Tortacín.—Ensayos sobre terapia antitracomatosa: El neosalvarsán, por Pedro Rabadán Fernández.—BIBLIOGRAFÍAS.—PERIÓDICOS MÉDICOS.

LA VACUNOTERAPIA (SUS FUNDAMENTOS)

POR EL

Dr. M. MARTÍN SALAZAR

Académico

Desde Jenner acá, nadie pudo imaginarse que las vacunas sirvieran para otra cosa más que para precaver, para prevenir las enfermedades infecciosas. Pues bien; un progreso reciente de la ciencia, ha demostrado que las vacunas sirven también para curar las infecciones. *Similia similibus curantur*. Pero este *similia*, que antes no acertábamos a explicar, ha sido recientemente esclarecido, merced a las leyes que rigen la inmunidad, y que vamos brevemente a estudiar en este artículo.

Antes de entrar en materia, hemos de sentar un principio general sobre la terapéutica de las enfermedades infecciosas. Todas estas enfermedades, no pueden curarse más que por dos caminos diferentes, a saber: o por la acción de un agente microbicida que, obrando en el interior del organismo, sea capaz de matar, de destruir el germen microbiano, causa de la infección, como ocurre, por ejemplo, con el mercurio en la sífilis, la quinina en el paludismo, etc., o mediante la aplicación de los medios que el propio organismo crea para defenderse de los agentes causantes de la infección. Estos medios de defensa son los llamados anticuerpos, creados por reacción viva de los tejidos, y encargados de destruir los microbios y sus toxinas. Estos anticuerpos se acumulan principalmente en el suero de la sangre. He aquí el fundamento de la sueroterapia.

Según esta doctrina, mientras más pronto y en mayor cantidad se desarrollen los anticuerpos defensivos, más bien y más rápidamente se curará el padecimiento.

Al principio de conocer el mecanismo de la inmunidad en las infecciones, hubo miedo de aplicar las vacunas a la curación de éstas, por temor de causar daño a los enfermos, aumentando las causas de su mal. Mas como el propósito era ver si, de algún modo, con el uso prudente de las vacunas, se podía estimular la producción de una mayor cantidad de anticuerpos que favore-

ciesen la curación del padecimiento, se insistió en la investigación, y se vino al razonamiento siguiente: si el temor de aplicar las vacunas como medio terapéutico, consiste en el peligro de ocasionar una reacción viva que disminuya el grado de inmunidad del paciente, hay que tener en cuenta una cosa, que no todo el mundo sabe; y es que estas reacciones no ocurren más que en sujetos que estén sensibilizados y cuyas células sean alérgicas. Es decir; que así como cuando se aplica la vacuna a individuos que están ya sensibilizados, sobreviene una reacción anafiláctica perjudicial a los enfermos, no ocurre eso cuando el sujeto no está todavía alérgico. El estado de sensibilización depende de la presencia de anticuerpos específicos; y si estos agentes específicos están ausentes, no hay sensibilización posible, y ninguna reacción perjudicial puede ocasionarse con la aplicación de una cantidad razonable de la vacuna correspondiente. Para esclarecimiento de esta verdad, véase lo que pasa, por ejemplo, en la tuberculosis: 1 cc. de tuberculina puede ser inyectada sin inconveniente alguno en un sujeto no tuberculoso; en cambio, una cantidad de 0,000001 de tuberculina puede provocar una fuerte reacción anafiláctica en una persona infectada y, por tanto, sensibilizada.

Los contratiempos que al principio se observaron en el uso terapéutico de las vacunas, fueron debidos a haber sido éstas empleadas en enfermos de infecciones crónicas; y, por tanto, sensibilizados y expuestos a reacciones anafilácticas. En las infecciones crónicas, existen siempre anticuerpos específicos en la sangre; y de aquí la casi fatalidad de reacciones perniciosas. En las infecciones agudas, por el contrario, los anticuerpos suelen no estar presentes al principio de la infección, van engendrándose con cierta lentitud, y sólo son comprobados después de algún tiempo.

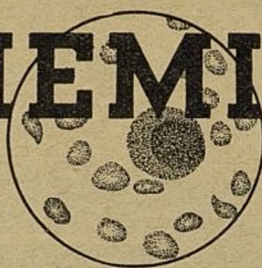
Al minuto...

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

Coramina 

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

ANEMIAS



hepa

PRINCIPIO
AISLADO
CON HIERRO

ANTIANÉMICO
DEL HÍGADO
Y COBRE

JARABE

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

INYECTABLE

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

PRODUCTO NETAMENTE NACIONAL



LABORATORIOS JUSTE • MADRID •

FRANCISCO NAVACERRADA, 3-HOTEL
APARTADO DE CORREOS 9030

Hasta que esos anticuerpos específicos no son presentes, los pacientes no se sensibilizan; y en ese intervalo, antes de la sensibilización, es cuando se puede intervenir, sin riesgo, con una cantidad prudente y adecuada de la vacuna correspondiente. Este es el principio general, que se ha aplicado, a veces con maravilloso éxito, en el tratamiento de la pulmonía, del tifus cerebrospinal, de la erisipela, de la gripe y de las infecciones sépticas agudas.

La teoría más admitida hoy día para explicar la anafilaxia, es la que cree que la combinación de antígeno-anticuerpo, que se da ordinariamente en el suero de la sangre, se localiza precisamente en la cubierta o en el interior de las propias células. Es decir; que los anticuerpos, en lugar de neutralizar en la sangre la acción nociva de los microbios y sus toxinas, se fijan dentro de las mismas células, y en ellas, reaccionando con los antígenos respectivos, originan el fenómeno anafiláctico. Ahondando más en este punto, se ha llegado a averiguar que este fenómeno no resulta de la reacción antígeno-anticuerpo misma, sino de la liberación por las células de una sustancia llamada *histamina*, que es la que ocasiona la alergia de los tejidos y causa la reacción anafiláctica.

Las enfermedades que más han sido hasta aquí objeto de tratamiento vacunoterápico, han sido la pulmonía y la influenza, la pulmonía singularmente. Esta enfermedad tiene una curva de intoxicación muy rápida al principio, que después se mantiene a un alto nivel; en cambio, los anticuerpos se engendran lentamente durante los primeros días del mal, y sólo al séptimo día suelen llegar al nivel de la curva de intoxicación, y producir, en condiciones favorables, la defervescencia clásica. De modo que, al principio de la enfermedad, los anticuerpos están absolutamente ausentes de la sangre, y hay un margen de tiempo, mayor que en otras infecciones, durante el cual el paciente está insensibilizado, y en las mejores condiciones para que una mayor producción de anticuerpos, estimulados por una pequeña cantidad de vacuna, pueda hacer abortar la enfermedad y obtener una rápida curación. Esto es lo que se alcanza a veces con el tratamiento vacunoterápico adecuado de la neumonía. Para demostrarlo vamos a referir el caso siguiente, asistido por el Dr. Wynn y relatado por él: "El paciente era un médico, de cincuenta y tres años de edad, que un día se sintió enfermo, comenzando por un intenso y prolongado escalofrío, una alta fiebre, pulso 136, y respiración 36. Al mismo tiempo, sintió un dolor en el lado derecho del pecho, en el cual había disminuido algo la resonancia, percibiéndose además claras crepitaciones en el lóbulo inferior del pulmón derecho. En este estado, diagnosticado de evidente neumonía, se le inyectó con la mayor presteza la vacuna antineumónica apropiada; y al día siguiente, con asombro del doctor Wynn, que le asistía, se observó que la temperatura había descendido a la normal, que los demás síntomas habían descendido y el enfermo se hallaba mejoradísimo. Pero lo más interesante era que el lóbulo inferior derecho, que estaba consolidado, se fué resolviendo lentamente, sin reacción general alguna, y con el pulso, temperatura y respiración normales. Este fenómeno de pronta consolidación del exudado, con ausen-

cia de síntomas de toda clase, parece ser característico del tratamiento por la vacuna antineumónica.

La eficacia, pues, de la acción curativa de las vacunas, en general, es tanto mayor cuanto más pronto se aplican en las infecciones. El ideal sería emplearlas el primer día de enfermedad, cuando el paciente no está sensibilizado aún por los anticuerpos que se forman después, y que fácilmente llegan a un grado que hacen a las vacunas peligrosas. De aquí se desprende la importancia que tiene el diagnóstico precoz de las infecciones que hayan de ser tratadas por vacunas, y la necesidad de utilizar todos los medios que la ciencia moderna ha puesto a nuestra disposición para favorecer el diagnóstico: como son, por ejemplo, los rayos X, las reacciones inmunológicas específicas, los exámenes químicos y bacteriológicos de todas clases, etc. etc.

Otro punto importante de la vacunoterapia, es el de las dosis de vacuna que deben usarse, y que varían según se trate de toxinas o de antígenos microbianos. Este es un asunto de mera observación experimental, comenzando por dosis mínimas y ascendiendo prudentemente hasta establecer la dosis media más eficaz en cada infección, teniendo en cuenta los cambios posibles de virulencia de los gérmenes.

Las vacunas usadas en la pulmonía suelen ser vacunas mixtas; compuestas de gérmenes pertenecientes a las distintas clases de neumococos, mezclados con microbios de la gripe y con estreptococos. La razón que dan los autores para explicar esta mezcla, es que, dada la importancia magna que tiene el acudir presto a la aplicación de las vacunas, y la dificultad que en muchos casos existe para distinguir en sus comienzos el diagnóstico de una pulmonía lobar específica de una bronconeumonía gripal o estreptocócica, es preferible que la vacuna afecte a los tres padecimientos, y que pueda ser utilizada en los primeros días del mal, antes que el organismo del enfermo resulte sensibilizado. La vacuna contiene igual número de gérmenes de neumococos, estreptococos y bacilos de la influenza. Este número suele ser de 200 millones de cada uno de los tres microorganismos antedichos; es decir, unos 600 millones en total. Esta es la dosis para el adulto; pero para el niño basta con 20 millones de cada especie de microbios.

Cuando semejante dosis es aplicada el primer día de enfermedad, la temperatura frecuentemente desciende de una manera notable en el transcurso de veinticuatro horas, y todos los demás síntomas mejoran visiblemente. A manera que se retarda la aplicación de la vacuna va haciéndose más difícil obtener la pronta defervescencia. Del quinto día en adelante puede ser ya peligrosa.

Como no ha sido mi propósito hacer aquí un estudio fundamental de la vacunoterapia, sino dar solamente una ligera idea de sus bases doctrinales, dejo en este punto terminada mi tarea.

Yo creo que la vacunoterapia, empleada a combatir estados alérgicos de origen microbiano, comenzando por dosis muy pequeñas, y ascendiendo progresivamente hasta alcanzar la inmunidad, está llamada a grandes desenvolvimientos.

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)

IV.-Las sesiones del Congreso

TERCERA CUESTION

Cirugía del simpático lumbar

El Dr. *González Aguilar* (Santander).—Hace un estudio de la cuestión, dividiendo la materia en los siguientes capítulos: primero, introducción; segundo, anatomía y fisiología del simpaticolumbar; tercero, medios de interrumpir dicha inervación; cuarto, efectos de las gangliectomías sobre la tensión sanguínea; quinto, efectos de las gangliectomías sobre la temperatura superficial; sexto, efectos de las gangliectomías sobre la secreción sudoral, reflejo pilomotor y cronaxia; séptimo, las gangliectomías en las afecciones vasculares periféricas; octavo, las gangliectomías lumbares en las artritis crónicas, y noveno, las gangliectomías lumbares en las secuelas poliomiélicas.

Expuestos ampliamente los datos anatómicos y los conocimientos fisiológicos del aparato simpático, se ocupa el disertante del modo de interrumpir quirúrgicamente la vía simpática. Analiza los métodos *periarteriales*, cuya insuficiencia deriva de la distribución segmentaria del simpáticoarterial; la *ramisección*, a la cual opone las dificultades técnicas, y la regeneración de las fibras seccionadas de los ramificantes, demostrada por De Castro; la *sección del tronco nervioso* simpático, ideada por Danielópulo, a nivel del promontorio, que alcanza a plexo, sacro y nervio ciático, pero no a arteria femoral; la *gangliectomía*, que es el procedimiento más seguro, por suprimir radicalmente el centro neuronal. Cree necesarias las resecciones altas, pues las bajas no tienen acción más que sobre las ramas de pie y pierna, dejando indemnes las del muslo.

Como métodos operatorios describe y analiza los intra y extraperitoneales. Reconoce los inconvenientes del método *intraperitoneal* (técnica de Adson), y se declara partidario del *extraperitoneal* (técnica de Leriche y Fontaine). La ventaja de la intraperitoneal, de resección bilateral, no es suficientemente compensada, por los riesgos que en ella se corren (tres casos de muerte en la práctica del comunicante).

Examina los efectos de la gangliectomía sobre la tensión sanguínea en los enfermos con sistema circulatorio normal, en los de afecciones vasculares espásticas, y en las lesiones obliterantes. Existe en los primeros un aumento de sus cifras en cada segmento del miembro paralelo al valor de la presión sanguínea normal, y como ésta es menor en los periféricos que en los proximales, menor es también después de la gangliectomía. En los espásticos, las cifras son más acentuadas, por establecerse un desequilibrio mayor entre las preoperatorias y postoperatorias. En los de procesos obliterantes, los efectos de las gangliectomías sobre la tensión son variables en cada caso, difíciles de someter a reglas.

Los efectos de la gangliectomía sobre la temperatura superficial los estudia por medio de un galvanómetro, unido a un par termoelectrico, por parecerle defectuosos los termómetros llamados de temperatura local.

En todos los enfermos ha visto un aumento de temperatura superficial en el lado intervenido. Este aumento se presenta aun en aquellos casos tan graves que han reducido a un minimum la vitalidad de un miembro. Las cifras mínimas se obtienen en enfermos con lesiones vasculares obliterantes, y las máximas, en las angioespásticas. En estos últimos, las elevaciones postoperatorias son aún mayores que en los sujetos de árbol vascular normal.

La función sudoral desaparece en las zonas dorsales y plantares del pie hasta el tobillo. En la pierna se extiende hasta región poplitea, principalmente en caras externa y posterior. Cuando se realiza una resección ganglionar muy alta, desaparece también en el muslo. El reflejo pilomotor sigue aproximadamente la misma distribución. La cronaxia no se modifica.

Indicaciones.—Afecciones vasculares periféricas, *enfermedad de Reynaud* y otros *síndromes angioespásticos*. Es aquella la más directamente tributaria de la cirugía del simpático; en ella existe siempre un aumento del tono vascularsimpático, que produce vasoconstricción periférica. En ese mecanismo es posible que tomen parte muy principal los centros vegetativos medulares y mesencefálicos, aunque la naturaleza de las lesiones nos es completamente desconocida. De todos modos, la enfermedad está ligada a trastornos de hiperfunción del simpático y no a lesiones vasculares. De ahí que la indicación lógica de suprimir el simpático tenga en la terapéutica una plena confirmación; los casos operados por el autor han sido éxitos permanentes por espacio de cinco años, en que han sido revisados.

Alteraciones vasculares obliterantes.—Absolutamente distinto es el problema en las operaciones propiamente vasculares, en las cuales la esencia de la enfermedad reside en lesiones anatómicas desarrolladas en las técnicas de los vasos. Dos tipos de afecciones corresponden a este grupo: la tromboangiotis obliterante y la arteriosclerosis. La primera, enfermedad de jóvenes; la segunda, de viejos. La primera, con lesiones histológicas de tipo inflamatorio; la segunda, degenerativas.

La tromboangiotis, al contrario de la enfermedad de Reynaud, es tributaria de la cirugía de una manera relativa e indirecta; sobre la lesión oclusiva de la luz arterial no es posible actuar. Pero existen factores que pueden ser influenciados favorablemente. El estado angioespástico sobreañadido resultante de la acción irritativa representado por el proceso inflamatorio tromboangiético.

Pero hay que estudiar el caso muy minuciosamente. El autor no opera más que cuando el índice vasomotor es elevado, y si la prueba del bloqueo simpático por la

novocaína, o aun mejor la prueba, más sencilla, de la raquianestesia, le permiten deducir que existe una circulación colateral suficiente para obtener con la simpatectomía una calorificación suficiente de la extremidad. Este criterio es aplicable a aquellos enfermos con dolores, claudicación, alteraciones de color de la piel y alteraciones térmicas; también a aquellos otros en que existen ulceraciones con procesos osteíticos bien delimitados. En estos casos cree mejor realizar antes la simpatectomía que la resección ósea del trozo mortificado, preparando así el terreno para la intervención (35 casos con resultados perfectos).

El problema es distinto cuando existe gangrena. En ellos, el criterio del autor es amputar en zona de seguridad, sin actuar sobre el simpático.

En todos los casos de actuación sobre ese sistema, estima mejor la resección bilateral, que, por lo demás, es reclamada muchas veces por el propio enfermo.

En la arteriosclerosis, las indicaciones son excepcionales. En 100 casos, sólo 12 han parecido presentar posibilidades de mejoría. De ellos han sido amputados posteriormente entre un mes y un año; dos han muerto y cinco han continuado estacionarios.

Como complemento de las gangliectomías en las afecciones vasculares periféricas, cita el autor el uso de la misma como tiempo preparatorio a ligaduras por aneurismas. Se trata en estos casos de buscar una mejor circulación colateral en los primeros tiempos peligrosos de la ligadura u obliteración aneurismática. El procedimiento ha sido seguido por Gage, Bird y otros.

Poliartritis crónicas.—La idea se debe a Adson y Rowntree, reservando su aplicación a un número de casos bien seleccionados. Estos autores pensaron que, puesto que un número de enfermos presentaban alteraciones vasomotoras semejantes a las de la enfermedad de Reynaud, era lógico ensayar un tratamiento semejante. Los resultados han ido restringiendo las indicaciones (formas sinoviales de las poliartritis crónicas infecciosas, enfermos relativamente jóvenes). Los resultados eran más beneficiosos cuando la enfermedad radicaba en los segmentos distales (rodillas, tobillos), que cuando radicaba en la cadera. El tratamiento quirúrgico presupone el fracaso de los otros medios.

El objeto es favorecer la circulación alrededor de los focos de artropatías, buscando en la operación, de un modo permanente, un efecto similar al efecto terapéutico que produce la diatermia, los baños de aire caliente, etcétera. Así obtenemos resultados favorables en enfermos con lesiones óseas avanzadas. Es posible que cuando se hayan producido deformidades irreparables, ningún influjo pueda ejercer la operación sobre las mismas, pero podrán mejorar y desaparecer los dolores a beneficio del cambio proporcionado por la simpatectomía sobre el riego sanguíneo de sus articulaciones. En cambio, un cierto número de enfermos con lesiones puramente capsulares y con tendencia a hibrartrosis, no obtendrán beneficio alguno, a pesar de la integridad de sus extremidades óseas.

Entre los casos favorables, el autor cita una enferma cuyas lesiones atacaban todas las articulaciones de ambos miembros inferiores, con manifestaciones más graves en rodillas. Las molestias se agravaron al entrar en menopausia. El éxito operatorio en este y en otros casos semejantes postmenopáusicos ha sido rotundo.

Secuelas de la poliomiéltis.—El autor ha operado cinco casos con buen resultado, eligiendo adolescentes o adultos llegados al segundo período de la enfermedad. El objeto del autor se ha limitado a buscar mejoría en alteraciones cutáneas por defectos de riego, olvidando los propósitos de Harris, de lograr, mediante gangliectomías, una nutrición mayor y alargamiento del miembro afecto, ideas que no han tenido confirmación ni en la clínica ni en los experimentos en monos realizados por Brigard.

La acción de la simpatectomía en esos casos de alteraciones tróficas cutáneas se manifiesta, como en la enfermedad de Reynaud, por un aumento de circulación y calorificación y una curación de las lesiones.

Los Dres. *Leriche* y *Fontaine* (Estrasburgo).—De la experiencia adquirida en 152 operaciones sobre el simpaticolumbar, hacen una exposición, cuyos puntos fundamentales son: primero, técnica de la simpatectomía, añadiendo a ella la de la infiltración novocaínica; segundo, los efectos fisiológicos de la operación; tercero, su mortalidad y sus peligros, y cuarto, los resultados obtenidos:

1.º La técnica de Leriche y Fontaine, aceptada ya casi universalmente, es la extraperitoneal. La intraperitoneal sólo tiene la ventaja de poder practicar en un tiempo las simpatectomías; en cambio, se ve con ella peor y a menor altura. La extraperitoneal, con gran incisión curvilínea costoinguinal, permite hacer ramisecciones o gangliectomías, según se crea mejor. Precisa preparar a los pacientes con lesiones ulcerativas con inyecciones de mercuriocromo. Con esta técnica se llega en sujetos flacos hasta el ganglio segundo; en los obesos no es posible alcanzarlo. Jamás, ni con la técnica transperitoneal ni la intraperitoneal, puede alcanzarse el ganglio primero. A éste sólo puede llegarse por lumbotomía, que permite reseca el primer ganglio y enervar o extirpar la suprarrenal, cirugía de porvenir. La infiltración novocaínica del simpaticolumbar, aparte su acción terapéutica en los sujetos de edad y agotados, en los que una simpatectomía supone grandes peligros, permite conocer previamente el éxito probable de una simpatectomía. Si la reacción vasodilatadora es buena, si los dolores cesan, es de suponer que la gangliectomía será eficaz.

2.º Los efectos fisiológicos de las simpatectomías lumbares son: primero, acción sobre la vasotonía, vasodilatación inmediata muy acusada, sobre todo en la periferia, disminuida hacia la raíz del miembro, de larga duración, a veces indefinida; segundo, sobre el tono muscular, acción aún mal conocida; tercero, sobre la sensibilidad periférica, acción menos marcada que en el miembro superior; cuarto, sobre la sudación, desaparición duradera; quinto, sobre la motilidad digestiva, acción inhibitoria sobre el intestino, prácticamente imposible de percibir después de simpatectomía; sexto, acción sobre el riñón, la vejiga, las glándulas genitales femeninas, ciertas, pero no perceptibles después de simpatectomías, y acción sobre la glicemia (hiperglicemia temporal). A pesar de esta multiplicidad de acciones, y otras que no conocemos aún, la resultante de una simpatectomía no origina trastorno permanente. Es, pues, fisiológicamente permitida. Los autores creen que no es preciso extirpar toda la cadena, como opinan Díaz y White. De su experiencia deducen que basta la del segundo y tercer ganglios; para los síndromes viscerales

pélvicos; hay que bajar hasta el cuarto. Creen inútil la extirpación del primero, de técnica difícil. El pronóstico operatorio es benigno (seis muertes en 150 casos, y de esas seis, sólo cuatro imputables a la operación. Proporción, 2,5).

La estadística, además de referirse a casos homogéneos, tiene interés por la diversidad de indicaciones: primera, síndromes dolorosos. Las *ciáticas radiculares rebeldes* dan en cinco casos: dos fracasos, dos mejorías y un resultado excelente. En los muñones dolorosos, si no se aguarda a que los enfermos se hagan morfinómanos incurables, la operación da resultados superiores a las radicotomías y a las cordotomías. En las *crisis dolorosas de la tabes*, dos casos fueron dos fracasos. En las *neuralgias pelvianas* debidas a cánceres inoperables, la simpatectomía lumbar es superior a la cordotomía. La simpatectomía, en estos casos, debe ser bilateral, aunque los dolores se acantonen a un solo lado, y debe asociarse una extirpación del plexo mesentérico inferior y de los plexos hipogástricos superiores, es decir, del plexo preaórtico. Tiene sobre la cordotomía la ventaja de poder explorar las lesiones uterinas y anexas y tratar las adenopatías supuradas que suelen quedar tras la radioterapia y curieterapia. La cordotomía deja pesadas vesicales y dolores en cintura. Sus indicaciones sólo pueden subsistir tras el fracaso de la simpatectomía. En los dolores de tipo radicular, la radicotomía es la indicada. El *tono muscular*. En este sentido reconoce que han sido los trabajos de Royle y Hunter los que han dado un buen avance a esta cuestión. Protesta contra la condenación, demasiado impremeditada, hecha a la simpatectomía por una serie de cirujanos americanos (Kannell, Levine, Bailey, Bankart, Jefferson), condenación de la cual se ha resentido la reciente ponencia de Delchef al Congreso Francés de Ortopedia. Las operaciones simpáticas deben, sin embargo, ser aplicadas a casos apropiados: primero, individuos jóvenes de musculatura todavía buena y reeducable y dotados de inteligencia y voluntad para prestarse al largo e indispensable tratamiento ortopédico posterior. En todo caso, puede utilizarse la infiltración del simpático como método de prueba. Los resultados en la práctica han sido: ocho *enfermos de Little*, cinco mejorías, un resultado desconocido, dos fracasos; tres *parálisis* espasmódicas tras fracturas de raquis, tres mejorías; un observado durante tiempo; dos pérdidas de vista, una *contractura siringomiélica*; fracaso.

4.º *Trastornos vasomotores*.—Excelente indicación. En los antiguos poliomiélicos, los trastornos de esta clase originan una serie de molestias, que agravan los fenómenos motores. La simpatectomía alivia considerablemente. La enfermedad de Reynaud, más frecuente en el miembro superior, tiene una buena terapéutica en la *simpatectomía periarterial*, de tal modo, que en esta afección no hemos practicado más que un caso de simpatectomía lumbar. La enfermedad es una vasoneurosis, sin arteritis, y sigue siendo durante años sólo un trastorno funcional. Ahora bien: hay en las verdaderas arteritis una fase inicial vasoconstrictora intensa. De ahí que haya que diferenciar los verdaderos y los falsos Reynaud; en las arteritis: crisis más cianóticas y más continuas, oscilaciones en el aparato, de menor amplitud; la respuesta a los baños frío y caliente son débiles. En el Reynaud verdadero, la respuesta al baño caliente es inten-

sa; al baño frío, débil. En el verdadero Reynaud, las operaciones sencillas periarteriales, bastan. Éxitos en la *acrocirosis* y un éxito y un fracaso en un *trofoedema*. En las *ulceraciones crónicas* se han obtenido mejorías, y un fracaso en una ulceración crónica rebelde por quemadura. En la *esclerodermia*, la experiencia de 40 casos permite a los autores deducir que esta enfermedad es a la vez paratiroidea y simpática, y que la actuación sobre ambos sistemas es la cirugía del porvenir. Las osteoporosis dolorosas son decalcificaciones subagudas provocadas por influencias vasomotrices diversas. La simpatectomía ha dado buenos resultados en las traumáticas, en las postinfecciosas y en las producidas por lesión nerviosa. En las *secuelas de flebitis*, la indicación es difícil de establecer. En principio es preferible la resección del segmento venoso enfermo. Pero hay casos en que técnicamente ello es difícil o imposible. Para esos casos podrá la simpatectomía tener su indicación. En la *hiperhidrosis* se obtienen mejorías; en las artritis tuberculosas y deformantes, resultados nulos en las primeras y mediocres en las segundas.

En el *megacolon*, la práctica de cuatro simpatectomías es poco elocuente. Sin embargo, se pueden esperar resultados en casos recientes combinando la simpatectomía lumbar con la preaórtica mesentéricoinferior e hipogástricosuperior.

Indicaciones de la simpatectomía en las arteritis.—Parten los autores del principio que en los accidentes consecutivos a una obliteración arterial, el papel de la pared de la arteria es clínicamente muy superior al elemento mecánico de interrupción endovascular, y que, por tanto, la actuación sobre el simpático, modificando la perturbación vasomotora, constituía una terapéutica eficaz. Díaz tuvo la idea de dirigirse a la cadena simpática para obtener una acción más duradera, más intensa y más extensa que actuando sobre el simpático periarterial. Ello constituyó un inmenso progreso. La simpatectomía en las arteritis ganó considerable terreno, y se creyó que ella llenaba todas las indicaciones. Mas hay que reconocer que otros aspectos de la cuestión merecen ser examinados.

En primer lugar, importa clasificar las arteritis. En este sentido, la clasificación histológica no es, para los autores, una expresión de la realidad, pues las lesiones de los distintos grupos admitidos se presentan muchas veces reunidos en un mismo caso. En cambio, les parece más útil admitir dos grupos morfológicos radiográficos: un tipo *flexuoso*, correspondiente a los estados escleróticos de los viejos, y un tipo *rectilíneo* de aspecto espástico, correspondiente a las formas juveniles. Examinan luego las características evolutivas de las arteritis, la trombosis y obliteración arterial, admitiendo que cuando una arteria se oblitera por arteritis, no es ya una arteria, es decir, un conducto vector de sangre, sino un nervio pléxico en condiciones patológicas, cuya acción irritativa crea a distancia fenómenos de vasoconstricción, que dan a la enfermedad sus manifestaciones clínicas. Estudian luego la circulación colateral; lo que determina la suerte de un arterítico con trombosis de sus gruesas arterias, es el relleno por vía colateral del tronco principal por debajo de la obliteración. Este valor lo da principalmente la arteriografía. Toda la terapéutica de la obliteración arterial estriba en un modo indi-

recto: el restablecimiento y estímulo de esas vías colaterales.

La extensión del trabajo impide un resumen comprensivo de todas las innumerables cuestiones que en él se desarrollan. Nos limitamos, pues, a señalar las operaciones conservadoras sobre las cuales los autores basan sus observaciones: suprarrenalectomía, operaciones simpáticas y arteriectomías; de ese estudio deducen las siguientes conclusiones:

1.^a En el tratamiento de las arteritis, la simpatectomía lumbar se enfrenta con la arteriectomía y con la simpaticectomía periarterial. Esta última, menos eficaz, vive de las contraindicaciones de las otras dos. Su extrema benignidad y su facilidad técnica la conservan un lugar en las arteritis arterioscleróticas de los viejos en que no existe obliteración.

2.^a Arteriectomía y simpatectomía lumbar dan los mismos resultados aproximadamente en la tromboangeítis. Las dos operaciones son de éxito cuando la vía principal es rellenada por la sangre, por suficiencia de las colaterales. En caso contrario, ambas fracasan. La arteriografía permite hacer el pronóstico del caso operado.

3.^a Estas dos intervenciones, lejos de oponerse, se complementan y auxilian. Tampoco son opuestas a la suprarrenalectomía, que tiende a disminuir la hipertensión arterial general y cuyas indicaciones son cada vez más precisas. La arteriografía es la mejor guía de indicaciones. En las obliteraciones traumáticas, la arteriectomía parece suficiente.

4.^a Estas indicaciones están en evolución, puesto que la historia de la simpatectomía está sólo en sus comienzos.

El Dr. Broecker (Hamburgo).—Invitado por el Congreso, expone los resultados de veinte años de estudio de anatomía y fisiología del simpático. Presenta láminas anatómicas con los resultados de 62 disecciones de simpático. Contra las opiniones de Lausley y Köelliker, demuestra que los ganglios e intercomunicaciones periféricas actúan como centros autónomos.

Describe su técnica operatoria, distinta (a derecha e izquierda), y expone la simpatectomía lumbosacra, que requiere ligar la vena ileolumbar, y reclinar hacia fuera los vasos ilíacos, para alcanzar la cadena sacra y la simpatectomía torácicolumbar, que empieza por una suprarrenalectomía y preparación de los esplácnicos, y, por último, la extirpación transdiafragmática y extrapleural de los decimoprimeros y decimosegundos ganglios torácicos.

Su estadística es de 287 enfermos, tratados sin complicación alguna. Ocho suprarrenalectomías por arteritis han dado 50 por 100 de éxitos; 16 asociaciones de suprarrenalectomías y resección de plexo toracoso, 56 por 100; 11 arteriectomías por arteritis localizadas, 45 por 100.

Discute luego el tratamiento del megacolon, de las afecciones de los órganos pélvicos, de los neuromas de amputación, de las causalgias, de la atrofia ósea aguda, del edema traumático, de los retardos de consolidación de las pseudoartrosis, de la artritis traumática y deformante.

Termina estableciendo el valor de la cirugía del simpático, y, en particular, de la importancia de la interrupción del plexo celiaco.

El Dr. Chiasserini (de Roma).—Partidario al princi-

pio de las simpatectomías periarteriales, da preferencia ahora a las gangliectomías. Se ocupa del elemento espasmo y de la circulación colateral y signos que permiten valorarla. Rechaza la arteriografía. Como vía para la operación, prefiere la extraperitoneal. Su estadística es de 52 simpatectomías, de las cuales 35 son de trastornos circulatorios graves y 17 de ulceraciones plantares. En conjunto, estas 52 operaciones han dado seis defunciones, de las cuales tres fueron en vía intraperitoneal. De 35 operaciones por trastornos circulatorios tromboangeítis, tromboarteriosclerosis, 31 observadas a largo plazo han dado 19 curaciones, cuatro mejorías, cuatro resultados fugaces, con amputación subsiguiente, y cuatro muertes.

Las 15 úlceras plantares han dado 11 curaciones, dos mejorías, dos fracasos y dos muertes. Ha operado casos de enfermedad de Reynaud, úlceras varicosas, edemas de piernas, muñones dolorosos, úlceras de origen trófico, artropatías crónicas, paraplejía pótica, enfermedad de Little—astricción crónica y megacolon—; en estas cuatro últimas, los fracasos fueron constantes.

El Dr. Gino Pieri (Udine).—Presenta su estadística, de 120 casos, de *aparato digestivo*, 26 de síndrome doloroso de fosa ilíaca derecha, en los cuales se obtuvo mejoría; seis de ciego movable, con buen resultado; dos espasmos de la válvula ileocecal curados—seis de colitis, con efectos alentadores—; 26 de astricción, con resultados medianos. *Aparato circulatorio*: seis simpatectomías por arteritis obliterantes, con tres muertes, una amputación y dos en que el proceso fué detenido. *Aparato urinario*: siete nefralgias y ocho ocistalgias mejoraron notablemente. *Organos genitales*: síndromes dolorosos testiculares y ureroováricos; resultados muy apreciables.

Parálisis espasmódicas, distrofias dolorosas, mal perforante e hiperhidrosis; resultados muy variables.

El Dr. Archibald Young (Glasgow).—Compara los diversos métodos de simpatectomía, la periarterial, la gangliectomía y las resecciones tronculares. Según su propia experiencia, la periarterial ha dado un buen resultado en las úlceras crónicas, callos retardados, artritis mal precisadas, ciertos espasmos, ciertos edemas traumáticos y diversas afecciones vasculares espasmódicas y obturatrices.

Examina asimismo los efectos de la gangliectomía lumbar, analizando la técnica y sus dificultades, los resultados inmediatos en las afecciones tipo Reynaud en la tromboangeítis obliterante, en las osteoartritis, en la paraplejía espástica. En 22 casos, 72,5 por 100 de resultados satisfactorios.

En cada uno de esos grupos la enfermedad de Reynaud es la más agradecida a esta terapéutica. Las tromboangeítis no dan más que un 30 por 100; en la arteriosclerosis, un 50 por 100; en un caso de artritis de cadera, un buen resultado, lo mismo que en una paraplejía espástica. Los resultados más demostrativos han sido en seis casos de poliartritis grave, de tipo reumático, en que los enfermos, en condiciones miserables de impotencia han podido volver a vida activa.

En las afecciones de tipo Hirschsprung, las neurectomías mesentéricas inferiores y presacras le han proporcionado éxitos, lo mismo que en casos de cistalgias.

En su propia experiencia ha podido experimentar los buenos efectos de la simpatectomía periarterial, que le

ha permitido practicar injertos en úlceras cutáneas radiológicas.

DISCUSIÓN

Dr. Blanc Fortacin (Madrid).—El estudio atento de aquellos casos en que la simpatectomía lumbar ha fracasado, permite esclarecer muchos puntos todavía oscuros en esta cirugía. Si consideramos el asunto única y exclusivamente en el terreno de una acción nerviosa centrífuga que, innervando la pared vascular, determina en ella la acción tónica, que, exagerada, provoca trastornos diversos, no nos será posible explicar por qué a una sección de esa vía no responde siempre el vaso del mismo modo.

Pero examinada la cuestión más a fondo, aparece ya más esclarecida la patología vascular, sobre todo en aquellos procesos en que ésta se manifiesta en un sentido de vaso, espasticidad o hipertensión vascular.

En efecto, el tono vascular local está regulado, según Danielópolis: 1.º, por un mecanismo local directo que nada tiene que ver con los reflejos, y que depende de la elasticidad de la pared y de la acción de las sustancias humores sobre los vasos; 2.º, un reflejo medular, cuyas vías son los centros y vías centrífugas simpáticas y parasimpáticas, con los filetes vasoconstrictores y vasodilatadores; 3.º, los vasos periféricos no tienen filetes sensitivos propios; su tono está mantenido por productos humores, actuando sobre filetes centrípetos de los tejidos ambientes. Esta zona ha sido denominada tercera zona reflexógena tisular.

Establecidas así las cosas, se explican muchos hechos imposibles de comprender, colocando el asunto en los términos de una simplicidad de acción pura y exclusivamente simpática. Mas tan arraigado y fuera de duda nos parecía este concepto, que al ver los fracasos de algunas de nuestras simpatectomías los atribuimos a defectos de técnica. Un atento estudio desvaneció nuestras dudas: no había tal defecto de técnica (extirpación bilateral, ganglios extirpados de 2.ª a 4.ª identificación al microscopio del material extraído por operación. Las intervenciones fueron asépticas.

Si el vasomotor espasmo ha recidivado en un territorio vascular simpatectomizado, importa conocer qué mecanismo ha actuado en ese sentido.

Dos órdenes de factores pueden ejercer su influencia sobre un vaso enervado. Unos factores son de orden tisular; otros, de naturaleza hormonal.

Qué factores de orden tisular local pueden tener influencia sobre un vaso independientemente y sin utilizar para su acción la vía nerviosa, lo hemos indicado ya por los datos fisiológicos expuestos por Danielópolis. Si esa zona tercera es de acción directa sobre la pared del vaso, y además existe un mecanismo local directo, la interrupción del simpático aferente a él no evitará que dicho vaso pueda sufrir alteraciones de su tonicidad, y que la acción vasodilatadora de la simpatectomía pueda quedar atenuada o anulada por esas influencias tisulares.

Clínicamente comprobamos dicha afirmación por el siguiente razonamiento: en nuestra clínica se han practicado en el espacio de dos años hasta 20 simpatectomías lumbares. Los procesos para los cuales se han aplicado han sido los siguientes: Por ciáticas rebeldes, dos casos. Muñones dolorosos, cuatro casos. Síndrome de

Reynaud y otros angiospásticos puros, ocho casos. Síndromes dismenorreicos y dolorosos pélvicos, tres casos. Procesos ulcerados (úlceras rebeldes, malperforante, cinco casos).

Pues bien, mientras en los procesos causálgicos y angiospásticos puros hemos obtenido con la simpatectomía resultados eficaces y duraderos, en los procesos ulcerosos, la recidiva o la ineficacia de la simpatectomía han sido dominantes.

En estos casos la lesión ulcerosa, que fué consecuencia de la hipertensión vascular que, al dejar sin riego determinadas zonas, creó la ulceración, pasó al cabo de tiempo a autonomizarse, convirtiéndose, de efecto vascular, en causa irritativa sobre nervios y sobre vasos, estableciéndose así un círculo, de vaso a lesión ulcerosa y de lesión ulcerosa a vaso, que no puede romper la simpatectomía, porque, como antes hemos indicado, de lesión a vaso hay una vía centrípeta directa y una acción humoral independiente de la innervación, que se ejerce directamente sobre la pared del vaso.

Respecto al segundo grupo de factores que pueden influenciar la fisiopatología de un vaso enervado, nada más elocuente que las experiencias de Rosenbluch y Camon. Si inyectamos intravenosamente una solución de clorhidrato de epinefrina a 1 por 25.000 en la pata de un perro simpatectomizado, hay un rápido descenso de la temperatura, el color de la piel se hace cianótico, principalmente en aquellos casos en que existe alguna obstrucción en los vasos periféricos; cuando cesa la acción de la epinefrina el color cambia y la temperatura asciende.

En cambio, en las extremidades no simpatectomizadas, no presentan cambio alguno durante la inyección de epinefrina a esas diluciones. E igualmente es nula la acción de la epinefrina en las extremidades incompletamente simpatectomizadas.

La inyección de epinefrina sobre regiones desprovistas de influencia simpática por gangliectomía puede abolirse, bloqueando la extremidad con un anestésico local: la procaina o la percaína. En cambio, podemos acentuar la reacción vasoconstrictora epinefrínica de la extremidad simpatectomizada, provocando una hipoglucemia insulínica, que, como es sabido, provoca una fuerte respuesta secretora adrenalínica. En una palabra: según los autores citados, los territorios donde la simpatectomía se ha practicado están sensibilizados a la epinefrina o adrenalina.

Clínicamente hemos podido comprobar la realidad de estos asertos observando las extremidades de dos enfermos a quienes meses antes se había practicado una simpatectomía bilateral, y que reingresaron en la clínica para ser sometidos a pequeñas intervenciones complementarias (extracción de un secuestro y regularización de un muñón de dedo). Las extremidades de estos enfermos, que en la cama de la clínica presentaban una buena coloración y colorificación, se volvieron cianóticas y frías al ser colocados en la mesa de operaciones. Dicha coloración desapareció al ser practicada la raquianestesia. En estos casos, la respuesta adrenalínica fué subsiguiente a un fuerte estímulo emocional creado por la perspectiva de una intervención.

El efecto de la epinefrina no tiene lugar en los simpatectomizados inmediatamente después de la intervención; su influencia vasoconstrictora comienza a los ocho

Medalla de Oro, Exposición Universal, París 1900.

Granulos de CATILLON

0.001 Extracto Normal de

STROPHANTUS

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

ASISTOLIA — DISPNEA — OPRESION — EDEMA — Lesiones MITRALES

Granulos de CATILLON

0.0001

STROPHANTINE

CRISTAL

TÓNICO del CORAZON por EXCELENCIA

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

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

Laboratoire CATILLON, 3, Boulevard St-Martin, PARIS

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

"CALCIUM-SANDOZ"

SANDOZ

SAL ORGANICA, TOTALMENTE ASIMILABLE.—INJECTABLE INDISTINTAMENTE POR VIA ENDOVENOSA E INTRAMUSCULAR.—GRAN VARIACION EN LAS FORMAS FARMACEUTICAS, FACILITANDO LA ADMINISTRACION INDIVIDUAL

GRANULADO
sin azúcar
Cajas de 50 y 100 gramos.

TABLETAS EFERVESCENTES
bebida deliciosa
Cajas de 12 tabletas.

COMPRIMIDOS DE CHOCOLATE
exquisitos a saborear
Cajas de 30 comprimidos.

Inyectables al 10% . . . { Cajas de 1, 5 y 20 ampollas de 10 c. c.
Cajas de 2, 5, 10 y 20 ampollas de 5 c. c.
Cajas de 3 y 10 ampollas de 2 c. c.

Inyectables al 20% . . . { Cajas de 1, 5 y 20 ampollas de 10 c. c.
Cajas de 2, 5 y 10 ampollas de 5 c. c.

PRODUCTOS FARMACEUTICOS SANDOZ, BASILEA (Suiza)

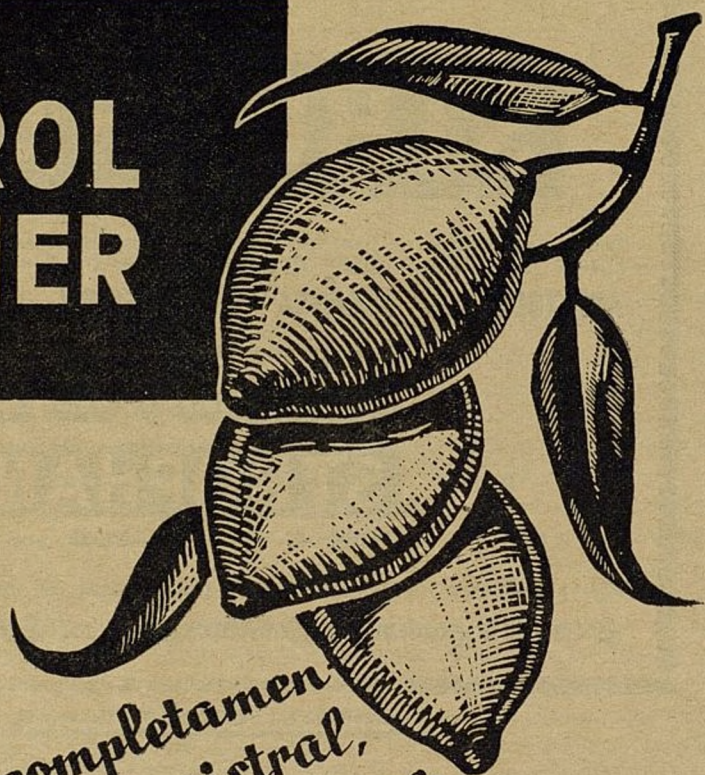
OFICINA CIENTIFICA EN ESPAÑA:

Apartado núm. 1036

MADRID

Niceto Alcalá Zamora, 18

Bi-CITROL MARINIER



*Sustituye completamente
a la fórmula magistral,
a base de Citrato de Sosa, pues
to que representa para el Médico,
el ideal de la medicación citratada
que es de aplicación cotidiana.*

MUESTRAS Y LITERATURA:

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

o diez días de la simpatectomía, es decir, cuando la degeneración de las fibras simpáticas procedentes de los ganglios extirpados ha sido completa.

Probado con lo dicho queda que en el tono vascular intervienen factores nerviosos simpáticos, factores endocrinos y factores tisulares; los efectos de la simpatectomía estarán condicionados por el predominio de cada uno de ellos, y así, los efectos vasodilatadores de una interrupción simpática, fenómenos hasta cierto punto de déficit artificial o pasivo, podrán quedar contrarrestados por una acción local desarrollada en el punto afecto (productos lisicos, celulares o proteínas bacterianas) o por una acción hormonal, estimulada por los mecanismos que antes hemos analizado.

Que la acción vasodilatadora de un vaso enervado no es el único mecanismo de acción de la simpatectomía lo dicen los hechos siguientes: por una parte, los efectos de calorificación de una extremidad operada no están en relación siempre con los efectos clínicos obtenidos. 1.º Así, casos en los cuales se logra una elevación térmica de la piel de dos grados y medio dan, en cuanto a cesación de dolor y curación de lesiones tróficas, resultados inferiores a otros, en los que se consiguió únicamente una elevación de uno o uno y fracción. 2.º La hipertermia lograda por simpatectomía cesó mucho tiempo antes que la curación de la lesión.

Este último hecho sugiere la idea de que no es sólo vasodilatación lo que la simpatectomía determina, sino modificaciones locales, definidas por Leriche y Young como variaciones de reacción o de Ph en el exudado de las heridas o lesiones tratadas. Lo cual vendría expresado en actividades celulares, observadas por Fischer en los fibroblastos, sensibles en extremo a pequeños cambios de concentración molecular, explicándose así el efecto de la simpatectomía, no por un mero hecho de vasodilatación, sino por una intervención directa trófica en los procesos de regeneración.

Estos hechos, relacionados con lo anteriormente indicado respecto a la acción hormonal, explican la complejidad del asunto y la paradójica disimilitud de resultados. Porque si esta acción es intensa y bien desarrollada podrá contrarrestar una acción hormonal concurrente. En cambio, ésta, cuando tenga lugar en una intensidad desproporcionada, inhibirá la acción regeneradora local a que antes nos referíamos.

Así, se dan casos en que un individuo simpatectomizado presenta una fuerte sensibilidad epinefrínica y, sin embargo, clínicamente está curado. En cambio, otro, cuya reacción epinefrínica es menor, no se cura con una simpatectomía.

Nótese, por fin, que los efectos vasoespasmódicos en los enfermos simpatectomizados y sometidos a la acción de la epinefrina son menos intensos que los provocados por dolor o por estímulos emocionales; parece ello indicar que quizá la pared del vaso no reacciona por el mismo mecanismo a toda clase de estímulos. Los de orden físico actuarán a través de la inervación simpática, los de orden hormonal y tisular directamente sobre los elementos parietales.

En consonancia con las apreciaciones de intervención hormonal suprarrenal en los procesos vasculares espásticos que antes hemos expuesto, se inicia una cirugía que podrá en plazo inmediato colaborar con la cirugía del simpático. Nos referimos a aquellos medios

que tienden a moderar la llegada a la sangre de productos de secreción suprarrenal. A las suprarrenalectomías y a las enervaciones de la glándula se añade ya la resección de espláncnicos para combatir, no sólo la acción vasoespástica, sino la impregnación parietal. Es que hay que advertir que esa impregnación no es sólo productora de alteraciones funcionales, sino causante de cambios tróficos en la pared arterial y degeneraciones de la muscular y trombosis. (Trabajos de Oppel, resumidos en el concepto de arteriosis suprarrenal, que hace equivalente a la tromboangiitis de Buerger; conceptos confirmados por los homoinjertos suprarrenales de Mazzichi y por inyecciones de parahormona de tumores suprarrenales hechas por Pescatori y Bernabeo.

En síntesis, la cirugía de los trastornos vasculares, basada únicamente en una acción exclusivamente simpática, deja sin esclarecer muchos puntos, que sólo pueden ser resueltos teniendo en cuenta mecanismos hormonales y tisulares.

Dr. Lambert Rogers (Cardiff).—Discute el valor de la simpatectomía lumbar: 1.º En casos de trastornos vasculares del miembro inferior, como la claudicación intermitente. 2.º En casos de megacolon, de atonía cólica, porque en esta operación se suprime la acción inhibidora del simpático. Asocia a la resección lumbar la del plexo mesentérico inferior en caso de lesión cólica. Mas recomienda la conservación del primer ganglio lumbar oculto por el duodeno, y las ramas del plexo presacro, para cortar todo trastorno genital.

Muestra que ciertos ganglios extirpados están afectados de necrosis parcial, y que la anestesia raquídea permite en general, por el estudio de las modificaciones de la circulación de la extremidad inferior, conocer los resultados que se pueden esperar de la operación.

Los Dres. Arce y Julozzi (Buenos Aires).—Aportan 25 casos de simpatectomía lumbar, nueve por tromboangiitis y 16 por arteriosclerosis precoz; siete han sido operados por la técnica de Adson, con tres muertes; 18, por vía extraperitoneal de Díaz, con dos muertes, por toxiinfección generalizada. Han estudiado experimentalmente el valor de la simpatectomía lumbar en perros, a los que se les ligó la aorta y los troncos ilíacos. Han operado también tres casos de megacolon, con una curación en un niño de doce años y dos mejorías.

El Dr. M. S. Jacobovici (Bucarest).—Recuerda la técnica de Jonnesco, de resección del simpático sacro, y los trabajos de Danielópulo. Este ha demostrado la acción que se puede derivar del factor funcional, que disminuye el calibre arterial por simple simpaticotomía interlumbosacro. Después de describir su técnica y la de Dan Teodoresco, para la simpaticotomía lumbar bilateral, demuestra en una estadística de 23 casos, publicados por Danielópulo, la benignidad y la eficacia de su operación, que opone a la resección amplia del simpático lumbosacro, omplada, y no más efectiva.

El Dr. Marcel Thalheimer (París).—Aporta a la discusión ocho casos personales. Insiste en la necesidad de comprobar histológicamente el material extraído, ya que puede confundirse la cadena de ganglios con el tronco. Demuestra la acción a distancia de la resección lumbar, que en un caso de enteritis del miembro inferior ha tenido efecto sobre dolores torácicos de tipo anginoso.

El Dr. Wertheimer (Lyon).—Recuerda sus trabajos con Leriche acerca de los ramificantes. Aporta una es-

tadística de 22 casos: ocho arteritis con seis resultados buenos, cinco casos de parálisis espasmódicas, cinco casos de muñones dolorosos y convulsivos y cuatro casos de indicaciones diversas. Muéstrase partidario de las ramisecciones.

El Dr. Dunet (El Cairo).—Expone el caso de una joven de quince años, con ulceraciones de los dedos del pie muy dolorosas. Se trataba de una obliteración de la arteria iliaca derecha, con induración de la izquierda, gangliectomía derecha y simpatitectoria periarterial izquierda, supuración parietal, a pesar de la cual se obtuvo curación en el lado derecho, calmándose los dolores. Recidivados éstos en el lado izquierdo, no pudieron hacerse más que incisiones transversales múltiples, con poco resultado. En una enferma de Little, la simpatectomía lumbar con tenotomía y resección del nervio obturador ha logrado hacer andar a la enferma, hasta entonces incurable.

El Dr. Plotkin (Moscú).—Trata de la acción de la simpatectomía lumbar en las tromboangeítis obliterantes de las extremidades inferiores, basado en una estadística de 26 enfermos operados por ablación bilateral con laparotomía. En un primer grupo: claudicación intermitente y dolores, 16 casos, con 10 mejorías y seis recidivas (cuatro amputaciones); en un segundo grupo, ulceraciones cutáneas, siete casos: cinco mejorías y dos recidivas; en un tercer grupo, edema y linfagitis, dos casos, dos mejorías; en un cuarto grupo, gangrena masiva (contraindicación de simpatectomía), muerte por septicemia.

El Dr. Barbilian (Jassy).—Cree que no deben operarse casos avanzados; 16 casos de tromboangiitis obliterantes y cuatro de arteritis seniles.

Las arteriectomías no le han dado resultado efectivo.

El Dr. Laffite (Niort).—Se basa en dos operaciones con resultados diametralmente opuestos. Hace las siguientes observaciones: la operación en los obesos debe hacerse extraperitoneal. Los resultados de la simpatectomía lumbar son superiores a la pariarterial. La coexistencia de un trastorno trófico permite esperar un resultado mejor que en los únicamente dolorosos. La inyección previa de novocaína en el espacio paravertebral es un buen medio para poder prever los efectos de una simpatectomía.

El Dr. Mayer (Bruselas).—En siete enfermos operados por arteriosclerosis y endarteritis obliterante con gangrena incipiente, los resultados fueron los siguientes: después de dos años y medio y tres años, dos resultados excelentes, una mejoría y cuatro fracasos. El autor cree que se deben seleccionar los casos. Los medios de prueba son la novocainización de la cadena lumbar, la prueba de la papaverina, la prueba de Adson y Brown y la arteriografía.

El Dr. Albert (Lieja).—Cree que la sección alta de la cadena simpática es preferible a la sección baja; pero la extirpación amplia produce una vasodilatación de arteriolas y arteria de algún calibre. La suprarrenalectomía bilateral produce una dilatación enorme de arteriolas y capilares.

El Dr. Leonte (Bucarest).—Presenta cuatro simpatectomías lumbares y una interlumbosacra de Danielópulo. En un caso, la recidiva de dolores motivó una arteriectomía.

El Dr. Brauer (Breslau).—En 14 casos de enferme-

dad de Buerger, discute la acción fisiológica de la operación. Para apreciar los resultados emplea el aparato de Rein (Gottingen), que inscribe gráficamente el rendimiento vascular; con él ha podido comprobar que este rendimiento es doble en los vasos de los miembros en que se ha practicado una simpatectomía lumbar.

Los Dres. Delrez y Orban (Lieja).—Estudian la acción de la simpatectomía en la circulación de extremidades inferiores en los retardos de consolidación de una fractura de fémur. En la astricción, y en el megacolon.

El Dr. Hustrinx. Haarlem (Países Bajos).—Aunque no tiene experiencia de simpatectomía, discute las vías de acceso, recordando sus trabajos sobre acceso al riñón por vía anterior.

El Dr. Dos Santos (Lisboa).—Precisa la indicación de la simpatectomía, examinando los mecanismos de espasmo arterial y probando que no todos podrán ser modificados por la operación sobre simpático.

Trabajos del Servicio Central de Lucha Antitracomatosa de Murcia

Ensayos sobre terapia antitracomatosa. El Neosalvarsán

POR

PEDRO RABADAN FERNANDEZ

Médico Jefe del Servicio Central.

El tracoma, considerado en el amplio sentido nosológico, es una afección infectiva, de evolución crónica y de localización en los corpúsculos linfoides de la mucosa conjuntivotarsal. Partiendo de este concepto anatomoclínico, los tratamientos puestos en práctica para luchar contra el cuadro nosológico que nos ocupa han sido muy numerosos y de una variedad tal, que su estudio en conjunto ocuparía mucho más que beneficios se obtienen de la aplicación de la inmensa mayoría de ellos.

Si en lugar de considerar la afección tracoma como entidad clínica definida, estudiamos al sujeto portador de una manifestación infectiva ocular, en este caso habremos de hacer un detenido examen de los medios que han sido puestos en práctica para luchar contra un proceso tan complejo en sus manifestaciones clínicas como exigente en concepciones patogénicas.

Que el tracoma (rugosidad) es la manifestación objetiva de un ataque séptico a la sutil membrana conjuntival, es cosa que está aceptada por todos, lo mismo clínicos que anatomopatólogos; las repetidas observaciones de personas que han sufrido indudables contagios—médicos que adquieren la afección durante el tratamiento de sujetos atacados—, constituye la prueba más verídica de la etiología bacteriana de la entidad tracoma.

Si observamos la localización exclusiva de la lesión anatomopatológica en el tejido folicular de la conjuntiva, debemos pensar que estamos ante una manifestación patológica que presenta caracteres semejantes a los que desde antiguo constituían la característica de un cierto número de entidades morbosas claramente definidas, como son: la tuberculosis, esporotricosis y muermo. Por otra parte, la observación clínica demuestra clara y evidentemente que el tracoma asienta en el 95 por 100 de

los casos en sujetos con evidentes manifestaciones de labilidad orgánica, que es aún más puesta de manifiesto por la presencia en estos mismos sujetos tracomatosis, de otras manifestaciones del cuadro de labilidad timocolinéfica, como son: las alteraciones córneoconjuntivales de tipo flictenular o de otras alteraciones sin lesión manifiesta, llamadas linfáticas; los procesos pseudoeczematosis del cuero cabelludo, mejillas, ventanas de la nariz, región peribucal o pabellón de la oreja; las manifestaciones coexistentes o pretéritas de alteraciones de la cadena ganglionar cervicobasilar; procesos broncopulmonares subagudos o crónicos, que son debidos, de una parte, a esta misma labilidad orgánica, y de otra, son consecuencias quizás de la aparición de la lesión inicial de Ranke; y, en fin, de otras manifestaciones oculares o no, pero que siempre ponen de manifiesto la poca resistencia opsonica que el medio interno del sujeto tracomatoso opone a la invasión de la supuesta toxina tracomatosa.

Desde otro punto de vista debemos considerar la cuestión al referirnos a la prueba de laboratorio. La inoculación no siempre da lugar, tanto en el hombre (ciegos) como en los animales (monos superiores), a la manifestación clínica de un proceso típico del tracoma, según los resultados obtenidos por todos los investigadores.

Todas estas consideraciones han hecho pensar en que el tracoma no es una entidad nosológica perfectamente definida, sino que es más bien la respuesta del organismo *tracomatizable* ante un ataque polibacteriano a su aparato ocular.

Hasta el momento actual no ha sido descrito un germen específico causal del tracoma; en todos los casos en que han sido practicados exámenes bacteriológicos, no obstante la variedad de colorantes empleados y la técnica irreproachable en todos ellos seguida, el campo microscópico mostró polimorfismo bacteriano y elementos intracelulares que nunca tuvieron el rango de agentes de infección.

El tracoma nunca ha sido observado en su estado inicial con ese cuadro aparatoso que presentan las afecciones oculares agudas infecciosas, ni tampoco con ese aspecto tan *sui generis* de cronicidad que presentan ciertos tipos de tuberculosis, sífilis y las lesiones de hongos, en las cuales siempre pudo ponerse de manifiesto el agente específico. El tracoma, durante su estado evolutivo sufre exacerbaciones de agudización, pero no de agudizaciones de un proceso nosológicamente definido, sino debidas a la presencia de gérmenes comunes (diplobacilo de Morax, neumococo, gonococo, bacilo de Weeks). Todo ello, unido a la observación de gran número de clínicos dedicados al atento estudio del tracoma en las regiones donde radica la endemia, demuestran de una manera clara y concisa la aseveración de lo que más arriba exponemos.

Si partimos del concepto patogénico indicado, el tratamiento que hemos de establecer ha de tender a estimular el poder opsonico orgánico, y en este caso no ha de actuar localmente sobre la manifestación corneal o conjuntivocorneal, sino que el efecto beneficioso se logra de una manera indirecta; así, pues, con este fin, se administran las vitaminas, bien aisladas o bien formando parte de la composición de los productos alimenticios, los derivados del hierro, yodo, calcio, fósforo, arsénico; las inyecciones intravenosas de preparados de cobre

probablemente ejercen su acción por este mismo mecanismo, pues no creemos en el organotropismo ocular de este metal. Asimismo, en tanto no se logre aclarar la etiología de la afección tracomatosa, debemos pensar que la vacunación o, mejor dicho, la vacunoterapia polivalente o la supuesta específica (producto de legrado), que ha sido puesta en práctica por algunos autores, no tendrá otro medio de actuar si no es activando las defensas, a la manera como lo hace la leche o la proteína hemática, es decir, como una proteinoterapia no específica. Nosotros, en ciertos casos de marcada labilidad en timocolinéficis empleamos la vacuna o el suero Antialfa del Dr. Ferrán.

Sentado este concepto patogénico y puesta en práctica casi toda la terapéutica justa o injustamente pretendida como específica del tracoma, nosotros hemos empleado durante nuestra estancia al frente del Servicio Central Antitracomatoso en Alicante el neosalvarsán en inyección intravenosa, y para lo cual escogíamos enfermos a los cuales habíamos tratado con otros medios terapéuticos, y cuyo resultado no había sido la franca curación del cuadro sintomático, el que, inmediatamente después de unas pocas inyecciones intravenosas de neosalvarsán, se obtenían resultados francamente plausibles, que en todo momento hemos creído obtenidos por la aplicación de este medicamento.

Ahora bien: con el fin de establecer al mismo tiempo la relación que pudiera existir entre la sífilis y el tracoma, nosotros practicamos antes del tratamiento el examen de la sangre por medio de la reacción de Bordet-Wassermann, y el resultado obtenido ha sido francamente negativo en el 98 por 100 de los casos, habiendo sido practicados estos exámenes en el Instituto de Higiene de la referida provincia de Alicante. El número de enfermos por nosotros tratados se eleva a 250, cuyas historias clínicas no exponemos por necesidades de espacio. No obstante, haremos mención, *grosso modo*, de dos enfermos de gran interés:

Historias clínicas.

P. M., de treinta y cinco años; de Santa Pola; fué marinero la mayor parte de su vida; padece tracoma desde la primera infancia, el cual le fué tratado en ocasiones de repetidas exacerbaciones del proceso. Se nos presenta con fuerte fotofobia, lagrimeo, *pannus vasculosus* y ulceraciones puntiformes y abundantes en ambas córneas, habidas por el azul de metileno y la fluoresceína. Wassermann negativo; después de la reactivación, vuelve a ser negativo.

Se le trata con atropina, nitrato de plata al 1 por 100, pomada de noviformo, compresas oculares calientes húmedas, inyecciones de lactoproteína de cinco centímetros cúbicos cada cuarenta y ocho horas; el proceso mejora subjetivamente; no obstante, la fotofobia no disminuye; el *pannus* sigue su marcha evolutiva, tendiendo a hacerse sarcomatoso, y la efracción epitelial tiende a invadir las capas profundas de la membrana corneal; en vista de esta tendencia invasora, a los cinco días de tratamiento suspendemos la aplicación proteínica y la sustituimos por la inyección intravenosa de 15 centigramos de neosalvarsán; al cuarto día, 15 centigramos; los síntomas mejoran subjetiva y objetivamente; cuatro días después se le hace la aplicación de 30 centigramos; los

síntomas evolucionan rápidamente, de tal manera, que a los doce días de practicar la primera inyección ha desaparecido la epifora, la córnea está exenta de pérdida epitelial y el *pannus* es muy tenue; la fotofobia sólo se manifiesta a la exposición de la luz solar. En este día se hace una nueva inyección de 45 centigramos; suspendemos la atropina, calor y nitrato de plata; continuase con las aplicaciones de noviformo, óxido amarillo de mercurio con bálsamo del Perú en pomada al 25 por 100, y seis días después se practica una nueva inyección de 45 centigramos; a los veinte días de tratamiento arsenical no existe fotofobia ni *pannus*.

Actualmente realiza sus trabajos (comercio) sin dificultad alguna.

F. G., de treinta y tres años; de Alicante; montador mecánico; tracoma desde la primera infancia; tratado con ocasión de repetidas agudizaciones; úlcera de Ducey en glándula durante la época militar, con repetidos Wassermann negativos, resultado idéntico al obtenido por nosotros actualmente. Se presenta en nuestro Servicio con intensa fotofobia en O. D.; ulceración corneal central, asentando sobre un antiguo leucoma; infiltración conjuntival en región palpebral e intenso *pannus*.

En O. I., tracoma bien tolerado.

Se le somete a tratamiento con atropina, azul de metileno, nitrato de plata y lactoproteína, la que produce intensa reacción térmica, y el enfermo manifiesta deseos de no ser tratado por este medicamento; en vista de lo cual practicamos dos días después una inyección de 15 centigramos de neosalvarsán; tres días después, nuevamente 15 centigramos; al siguiente día mejoran los síntomas objetivos y subjetivos de dolor ocular y periocular; la superficie de la úlcera tiende a epitelizarse; tres días después se practica una nueva inyección de 30 centigramos; los síntomas, tanto objetivos como subjetivos, continúan mejorando, y a los quince días de tratamiento la superficie corneal está cubierta completamente de epitelio; se continúa el tratamiento, suprimiendo la atropina, el azul de metileno y el nitrato de plata; se prescribe glicerolado de cobre al 5 por 100 y duchas de vapor, así como pomada al 25 por 100 de óxido amarillo de mercurio con bálsamo del Perú.

Al mes de tratamiento el enfermo nos manifiesta que con el O. D. ve más que antes de sufrir esta manifestación que le tratamos; alta, V = 23, practica su trabajo bien.

Otros muchos casos más pudiéramos citar, en todos los cuales la manifiesta acción beneficiosa del neosalvarsán es indiscutible. Ahora bien: puede considerarse por algunos a éste medicamento de estar en ciertas ocasiones contraindicado, cosa cierta; pero esto no quiere decir que dejemos de emplearlo, excepto en aquellos casos de contraindicación general. Otros dirán que el beneficioso efecto obtenido de su aplicación está en relación con la impregnación orgánica por la lúes. En nuestros casos no participamos de esta opinión. El resultado de la reacción de Bordet-Wassermann hace que desechemos, hoy por hoy, esta sugestión; sin embargo, nosotros proseguimos nuestras observaciones, y en el futuro modificaremos la técnica analítica.

Nosotros pensamos que el efecto evidentemente beneficioso de esta medicación en el tracoma, en todas sus manifestaciones, es debido a una acción selectiva del arsénico sobre el pretendido agente etiológico.

BIBLIOGRAFIA

MONOGRAFÍAS DE FARMACOLOGÍA Y TERAPÉUTICA EXPERIMENTAL. — Publicadas bajo la dirección de Philipp Ellinger. ("Gefässweiternde Stoffe der Gewebe": "Substancias vasodilatadoras de los tejidos"), por el Prof. J. H. Gaddum, profesor de Farmacología de la Universidad de Londres, con un prólogo de H. H. Dale, director del Instituto Nacional de Experimentación Médica de Londres.—Un tomo de 200 páginas. Leipzig, 1936.—G. Thieme, editor.—18 marcos.

De la dirección del conjunto de monografías médicas, que con tan brillante éxito y acierto indiscutible está editando G. Thieme, se ha encargado de un modo definitivo el Prof. Ellinger, de Dusseldorf, y como segunda monografía aparece ésta dedicada al estudio de un grupo de substancias, al parecer tan dispares como la histamina, la acetilcolina, la adenosina y otras varias indeterminadas, unidas tan sólo por el lazo común de provocar vasodilataciones periféricas, siquiera sean tan diversas como la capilar pura, debida a la histamina, la de arteriolas, originada por la acetilcolina, y la de grandes vasos que origina la adenosina. El autor, tras un estudio farmacológico a fondo de estas substancias, pasa a materia tan interesante como la de poner de relieve que los efectos de ciertos nervios producen sobre los tejidos que animan se deben a la liberación de substancias químicas, que son las que, en último término, vienen a actuar sobre los tejidos. Divide a los nervios en dos grandes grupos: primero, el de los que liberan substancias del grupo de la acetilcolina—nervios colinérgicos—, y segundo, el de los que liberan substancias análogas a la adrenalina—nervios adrenérgicos—, incluyendo en el primer grupo: a), la mayor parte, probablemente todos, los preganglionares del sistema nervioso autónomo; b), la mayor parte, probablemente todos, los parasimpáticos postganglionares; c), los simpáticos postganglionares, que en ciertos animales inervan glándulas sudoríparas, vasos y útero, y d), los nervios motores de los músculos estriados. Termina el libro con un capítulo dedicado a la liberación de substancias químicas en otros tejidos, y, a este propósito, trata de la regulación química local de la circulación, de los efectos locales de las radiaciones, de la teoría del choque traumático, etc.

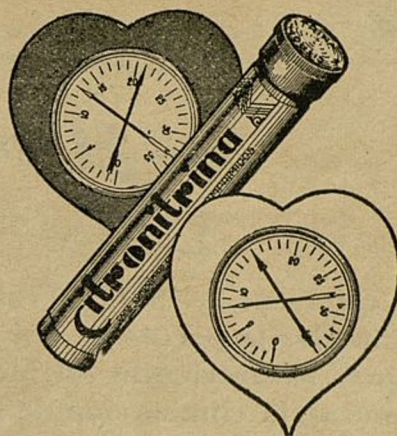
El libro es de los que se leen de una vez y se dejan a mano para volver a hojearlos, y constituye una nueva prueba del acierto con que se está procediendo en la elección de temas y de autores en estas monografías.—F. G. D.

TRATADO DE PEDIATRÍA, por los profesores R. Degkwitz, A. Echstein, E. Freudenberg, H. Brühl, F. Goebel, P. György y E. Rominger, traducción del alemán por el Dr. F. Sánchez-Saráchaga, médico agregado de la Casa de Salud Valdecilla, Santander.—Tomo en cuarto, con 716 páginas, 271 ilustraciones en negro y color. Editorial Labor, S. A.—Barcelona, Madrid, Plaza de la Independencia, 4; Buenos Aires, Río de Janeiro, 1935.

El presente libro está destinado a dar a conocer a los estudiantes de Medicina y a los médicos prácticos el estado actual de los conocimientos pediátricos, en es-

*Para sus hipertensos
y arterioesclerosos.*

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



Citronitrina

Vergés & Oliveres

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

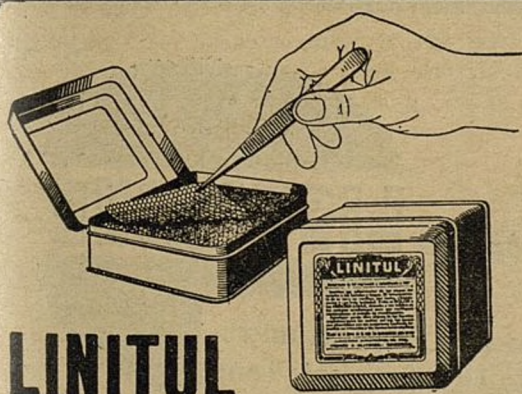
INDICACIONES: Hipertensión arterial, cualquiera que sea su forma y origen. Arterioesclerosis, Aortitis, Angioespasmos, Embolias, Flebitis, Angina de pecho, Estados pleóricos y congestivos, etc.

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 digerible y de gran riqueza nutritiva.

Muestras gratis a
los señores médicos

VERGÉS & OLIVERES
Laboratorio Quimioterápico del Ebro
TORTOSA



El estímulo del peristaltismo

El efecto de la "Sal de Fruta" ENO en el intestino, es estimular la peristalsis por la simple acumulación de agua, favoreciendo así, de un modo perfectamente natural, la eliminación de los residuos digestivos y las toxinas. * De aquí que sus propiedades laxantes se ejerciten sin causar la más mínima acción desintegrante sobre la mucosa protectora intestinal. * Todos los médicos aprecian y recomiendan la "Sal de Fruta" ENO con absoluta confianza, aun en los casos más delicados, en que cualquier efecto drástico pudiera acarrear consecuencias de gravedad para el paciente.



'Sal de Fruta' ENO

MARCAS

INDICADA EN LA ATONIA INTESTINAL

REGIST.

LABORATORIO FEDERICO BONET • APARTADO 501 • MADRID

He aquí

algunas ventajas
del Antiséptico

LISTERINE



Supera a todos los conocidos en poder microbicida. Su eficacia ha sido científicamente comprobada, como acredita el dictamen publicado en la prestigiosa revista médica "The Lancet". Es absolutamente inofensivo. Puede emplearse sin peligro alguno como loción, irrigación o nebulización en toda la superficie de la mucosa bucal y traqueofaringea. Cicatriza rápidamente las encías después de cualquier extracción. Elimina el mal olor o halitosis, evita su origen, ya proceda de las muelas, estómago o garganta.

Concesionario: Federico Bonet
Apartado 501 - MADRID

"El número real de microorganismos muertos por el Antiséptico Listerine supera los 200.000.000 indicados por los fabricantes."



pecial las nociones fundamentales y los problemas todavía pendientes de solución en cuanto se refiere al estudio clínico de las enfermedades infantiles, y a su tratamiento en forma compendiada.

En modo alguno se ha pretendido substituir a los grandes tratados, situados siempre en la biblioteca del pediatra; pero por su contenido llegará a situarse en la mesa de trabajo, no sólo del médico general, sino también de muchos especialistas en niños. A tal fin, se ha prescindido de todo cuanto corresponde a otras disciplinas, como anatomía patológica, medicina interna, bacteriología, etc.

Es la descripción de las enfermedades de cada uno de los sistemas orgánicos; se ha tenido en cuenta lo más importante de los nuevos descubrimientos y de la investigación experimental, sin olvidar lo necesario a la cabecera del niño enfermo, en lo que hace a la exploración infantil, cuidados higiénicos de los niños, y lo más moderno sobre los tratamientos físico y medicamentoso y dietético.

Entre sus capítulos, consideramos importante mencionar los referentes a alimentación y trastornos nutritivos del lactante; metabolismo y alimentación de los niños mayores; enfermedades cutáneas y terapéutica general, dada su claridad y abundancia de datos, de utilidad diaria.

A conservar su característica de brevedad, se ha prescindido de cuanto fuera accesorio, y de los datos bibliográficos sobre particularidades. Al final de cada capítulo se mencionan brevemente los artículos y libros para el estudio especial de lo que precede.

La lectura del "Tratado de Pediatría" hace creer se realiza sobre libro español, y no sobre una traducción del alemán. He aquí el mérito y la satisfacción del doctor Sánchez-Saráchaga. La labor editorial, inmejorable, una prueba más del grado de perfección que ha alcanzado la Editorial Labor.—M. A. C.

CLÍNICA DE LA TUBERCULOSIS MÉDICA INFANTIL, por el Prof. Dr. Juan Carlos Navarro.—Un volumen de 487 páginas, con numerosos grabados y radiografías. Imprenta de Aniceto López. Buenos Aires, 1936, sin precio.

El gran número de enfermos de tuberculosis que concurren al servicio hospitalario del autor le han dado, no sólo datos para su obra, sino también, y de modo evidente, una verdadera competencia para realizarla.

Forma la misma un recio conjunto de más de 450 páginas, en las cuales ha ido tratando con todo detalle todo lo que a la tuberculosis se refiere, no sólo de una manera general, sino de modo muy principal a todo aquello que de dicha infección se relaciona con la infancia, como el tema de la obra lo marca.

Los numerosos capítulos y la extensión de los mismos nos impide hacer un estudio profundo ante cada uno de ellos; pero, no obstante, tras de la lectura que de la obra hemos hecho podemos decir que constituye un importante acervo al estudio y la bibliografía de un tema de tanta importancia, a pesar de lo mucho que a diario sobre él se escribe en todos los países.

La edición y la tipografía son buenas y sencillas.—J. HERNANDEZ.

CONTRAINDICACIONES DEL FÓRCEPS, por el Dr. Segundo Sabaté Barján, 45 páginas, imprenta Heraldo de Tortosa.

Como en el anterior trabajo, se nos presenta el doctor Sabaté como un gran divulgador de la ciencia obstétrica; hace atinadas observaciones sobre no utilizar el fórceps sin anestesiar a la enferma; recomienda la más rigurosa asepsia; hace hincapié sobre la necesidad de un buen diagnóstico antes de su aplicación; habla sobre el caso de feto muerto, cuando el huevo no está abierto, cómo no debe aplicarse sin cuello dilatado, y cómo no debe emplearse nunca como agente reductor de la cabeza, terminando con el capítulo más importante: el de la aplicación alta de fórceps, la que en el medio rural no debe hacerse nunca por el no muy especializado en estas artes, ante el peligro de acabar con la madre y el niño.

Termina con estas dos máximas:

El fórceps, cuando no está indicado, está contraindicado.

Desaprender los vicios, es aprender las virtudes.

F. GÍAS BAYONA.

BEITRAGE ZUR PATHOGENESE UND EPIDEMIOLOGIE DER INFESTIONS-KRANKHEITEN ("Aporte al estudio de la patogenia y epidemiología de las enfermedades infecciosas"), por el Prof. Dr. H. A. Gins, del Instituto de R. Koch, de Berlín. Un tomo de 128 páginas con seis figuras.—Leipzig, 1935. Precio, 5,50 marcos oro (25 por 100 de descuento a los extranjeros).—G. Thieme, editor.

El autor es un hombre de laboratorio que plantea a los clínicos infinidad de problemas relacionados con la patogenia y epidemiología de las enfermedades infecciosas, en las que todavía hay tanto que estudiar. Por ejemplo: ¿qué pasa en el período de incubación? No es cierto que la inflamación sea el primer resultado del contacto del microbio con el organismo. En la vacuna está comprobado que el virus se encuentra en la tonsila de los niños del segundo al tercer día de la inoculación, mientras que la inflamación sólo aparece al quinto día. Ha precedido la absorción y diseminación del germen en bastante tiempo. Y lo mismo ocurre en otra porción de infecciones. Tampoco es lo mismo infección que enfermedad: el organismo puede infectarse y aparecer los fenómenos de inmunidad sin que exista enfermedad propiamente dicha. La importancia de esto es fundamental para el estudio de la epidemiología y propagación de las infecciones. Y así otra porción de problemas relacionados con infección, inmunidad y epidemiología.

Libro muy interesante, no sólo por lo que enseña, sino por lo que hace pensar.

Después de leído no se experimenta esa sensación morbosa de "ya me sé todo lo que hay de este asunto"; al contrario, queda flotando ante nosotros el enigma de lo mucho que ignoramos y lo necesario que es seguir observando los clínicos, trabajando en su laboratorio los que a ello se dedican y, todos unidos, ver de perfeccionar y completar nuestros deficientes conocimientos en esta como en todas las materias.

El libro se ha editado con mucho esmero, lo que, junto con el estilo claro del autor, hace agradable su lectura.—F. G. D.

PERIODICOS MEDICOS

W. WARNER.—*Factores que producen bronquiectasias: su aplicación en clínica para el pronóstico y tratamiento de las mismas.*

Se basa en el estudio de 110 casos de bronquiectasias, estudiados durante largos períodos de tiempo, hasta de ocho años, para hacer las siguientes consideraciones:

En cuanto a la etiología, cree que se trata de una infección no específica que origina la debilitación de las paredes bronquiales, que facilita su dilatación, ya que en casi todos sus enfermos aparece un proceso infeccioso de pulmón que precede a la formación de bronquiectasias. Una prueba de que se afecta la pared bronquial primariamente, como sostenían Andral y Stokes, y no a consecuencia de las fibrosis del parénquima pulmonar y de las retracciones pleurales, ha sido aportada por Warner y Graham, al observar que las bronquiectasias se producen antes de que hayan podido desarrollarse las fibrosis, y en algunos casos no existen éstas.

Una vez debilitada su pared, se dilata el bronquio por las fuerzas que, ya en estado fisiológico, tienden a dilatarlo durante la inspiración; pero además existen frecuentemente otras causas patológicas que facilitan su dilatación, entre las cuales se encuentran la atelectasia pulmonar, en cuya condición se transmite al bronquio con mucha más intensidad que la acción dilatadora de los movimientos de inspiración de las paredes del tórax; además, el aire circula peor en los bronquios y no arrastra el moco, que, al quedar detenido, contribuye a la producción de bronquiectasias, no por su peso insignificante, como algunos pretendieron, sino por favorecer las infecciones secundarias. Las fibrosis del parénquima actúan de manera análoga por tracción directa sobre los bronquios. La obstrucción de un bronquio central, que rara vez se encuentra en los antecedentes, puede, cuando es incompleta, favorecer la producción de bronquiectasias actuando de válvula, que permite el paso de aire a las partes distales del bronquio mientras está dilatado en la espiración, y no permite ya su salida cuando vuelve a contraerse en la espiración. Los síntomas principales son expectoración muy abundante y tos, que se produce únicamente al ser excitados los bronquios sanos, por llegar a ellos la excreción de los enfermos durante los cambios de postura, etc. Cuando las lesiones son muy intensas disminuye considerablemente la excreción. Frecuentemente, los esputos presentan vetas de sangre. Los signos más característicos que se aprecian por auscultación son los estertores de burbujas medianas. Por un examen radioscópico sencillo se observan frecuentemente sombras de atelectasia y fibrosis pulmonar. La inyección de lipoidol permite observar en la pantalla las cavidades bronquiales.

El pronóstico es muy variable de unos casos a otros, pero, en general, se tolera largo tiempo.

El neumotórax, que tiene poca acción en los casos crónicos, puede ser muy eficaz en los casos agudos, y para evitar su producción en las infecciones pulmonares. El drenaje postural es el mejor medio para tratar los casos crónicos. La extirpación de bronquio y lobectomía tienen todavía gran mortalidad. (*The J. of the Am. Med. Assoc.*, 1.666, noviembre, 1935.)—M. B.

R. GODEL y C. CHÉHALE.—*Medida de la velocidad de circulación aplicada a la evolución y a la terapéutica de las cardiopatías.—Aplicación de un método nuevo, estimando simultáneamente la actividad circulatoria cardiopulmonar derecha e izquierda.*

Método nuevo y de gran sencillez de aplicación, permite, al parecer, estimar con exactitud la velocidad de circulación de la sangre en los dos segmentos cardiovasculares bien diferenciados, situados por encima y por debajo del pulmón. El uno se extiende después desde las venas del pliegue del codo hasta los capilares pulmonares, y el otro le sigue hasta los vasos de la lengua. Estos dos territorios poseen cierta individualidad fisiológica y están provistos de uniones interiores que los regulan estrechamente: la dinámica ventricular, el tono vascular y el volumen sanguíneo.

El método que aconsejamos permite señalar una relación fija en estado normal en la velocidad circulatoria en los segmentos derecho e izquierdo. Toda alteración de esta relación constituye un hecho anormal, y hace pensar en la existencia de un estado patológico.

En el curso de los estados de insuficiencia cardíaca se manifiesta ordinariamente, y en la mayoría de los casos por un grado de lentitud de la corriente sanguínea—aumento del tiempo de prueba—, bien sobre el sector derecho, bien sobre el sector izquierdo o sobre ambos a la vez. La prueba demuestra las pérdidas del equilibrio que interviene en los dos territorios cardiovasculares, y seguir la marcha de las modificaciones funcionales determinadas por las medidas terapéuticas.

Estas consideraciones deben ser tomadas como resultado de acciones completas, cuya clínica y procedimientos de exploración descubran el mecanismo íntimo. Como siempre, el buen sentido dará la interpretación prudente. Los datos de auscultación y los de radiografía conservan siempre su valor; es como toda modificación aportada por esta prueba, que denominaremos "éterdecolina": se debe interpretar sobre las bases de los factores ya enunciados, a la luz de la evolución clínica y de descubrimientos complementarios.—(*La Presse Médicale*. Paris, 8 enero 1936, núm. 3, pág. 48.)—M. A. C.

A. RAVINA.—*La cura búlgara de los trastornos postencefalíticos.*

Después de hacer un ligero resumen de la cura por la atropina, acerca de la cual hemos referenciado ha poco un trabajo en estas columnas, la cura búlgara es algo ya muy antiguo en el país, de la cual toma nombre, pero que estudiada ha poco en Italia, ha dado resultados inmejorables y Panegrossi y Ferraninni han hecho conocer los resultados en trabajos recentísimos, uno de los cuales hemos leído ha poco, merced a la gentileza del Prof. Panegrossi, que nos lo envió, a un simple requerimiento nuestro. Se compone la cura de cuatro productos: dos raíces, un polvo y unas píldoras, que se toman simultáneamente. La base incontestable del tratamiento es una raíz de belladona, con la cual se hace un cocimiento a raíz de cinco gramos de ella por 100 de vino blanco, que se hace hervir diez minutos, filtrándose al enfriarse; se debe añadir a esto un polvo negro—carbón vegetal—. (Los autores italianos lo juzgan inútil.) Del cocimiento, Raef da a los sujetos de cinco a quince años una cucharada diaria; a los de quince a veinticinco, dos, y a los de más de esta edad,

tres. A veces, a las primeras tomas suele haber algún trastorno de confusión mental y de estreñimiento. Puede haber también taquicardia, razón por la cual se necesita una cuidada vigilancia por parte del que dirige la cura. A más de las cucharadas del cocimiento, el enfermo tomará por la mañana en ayunas una píldora, compuesta de la raíz seca de la belladona. Igualmente deben mascar los pacientes largo rato de cinco a seis veces al día un trozo de raíz de *acorus calamus*; esto es, para contrarrestar con la salivación el efecto de sequedad de la belladona. Los resultados de Ferranini han sido muy buenos y proporcionales a la gravedad y duración de la enfermedad, si bien actúan no sólo en los síndromes estabilizados, sino también en los evolutivos. Panegrossi cita una estadística aún de mayor valor, ya que en un número muy elevado ha considerado a casi todos los casos, incluso los graves, como curados, hasta la recuperación social los menos graves. Para el síntoma más influenciado es el de la rigidez muscular. La salivación se influencia también muy favorablemente.

Los accidentes que se producen son mínimos, y casi siempre desaparecen a los pocos días de instituida la cura.

Las contraindicaciones son las lesiones del corazón, el hígado y de los riñones. Recomienda el hacer esta cura una clínica por razones de la posología delicada y de la extrema vigilancia a ejercer cerca de los enfermos, incluso durante tres meses. No por realizar esta terapéutica se deben dejar de tomar los tónicos del sistema nervioso y del corazón si son necesarios. Los efectos de la cura no desaparecen al suspenderla, y así nos relata algunos casos de Panegrossi que lo prueban.

Dice cómo no es necesario el uso de raíces búlgaras, conforme han probado los autores italianos. Termina encomiando de nuevo los buenos resultados que produce, y si bien es una terapéutica sintomática, es un gran progreso en la terapéutica de los trastornos postencefálicos. Acompaña al trabajo la modernísima bibliografía existente hasta el día acerca de este punto.—(*La Presse Médicale*, núm. 98, pág. 1.980, 7 diciembre 1935.) J. H. S.

GARCIN y LAPLANE.—*Síndrome parkinsoniano de origen sífilítico. Regresión casi total y duradera después del tratamiento específico.*

Dan cuenta los autores en esta nota clínica del caso de una enferma de treinta y cinco años, que desde diciembre de 1929 presenta cefalalgia con vómitos, los cuales cedieron al tratamiento específico, el cual, sin embargo, no fué continuado debidamente. En 1930 presenta rigidez muscular con lentitud a los movimientos, fenómenos que van aumentando progresivamente hasta 1932, fecha en que es observada por los autores. En este momento se encuentra constituido un síndrome parkinsoniano típico con signo de Argyll y perturbaciones muy marcadas de los reflejos tendinosos de los miembros inferiores. Bajo la influencia de un tratamiento específico continuado, desaparece en primer lugar la cefalea, y después, progresivamente, el síndrome parkinsoniano. Terminan los autores su exposición afirmando que, en todo caso de Parkinson, en cuyos antecedentes directos no se encuentre la encefalitis epidémica ni exista senilidad, se impone la investigación de sífilis.—(*Bul-*

letin et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, año LI, núm. II, pág. 511.)—T. B.

THOENES.—*Correlación entre las vitaminas A y D.*

Del mismo modo que se ha comprobado existe una relación entre las necesidades de los diversos principios alimenticios orgánicos e inorgánicos, y que la falta o exceso de cualquiera de ellos puede influir en las mayores o menores necesidades de los otros, también en las vitaminas hay que contar con que las cantidades mínimas indispensables de cada una de ellas puede modificarse en límites bastante amplios, según cual sea la cantidad que se suministre de las restantes. Esto fué comprobado ya el año 1922 por Mouriquand y Michel, quienes vieron que los trastornos sufridos por los cobayos, cuando se les administraba aceite de hígado de bacalao en exceso, se aminoraban o suprimían, si al mismo tiempo se les daban mayores cantidades de zumo de limón, es decir, que los daños por exceso de vitamina D se compensaban cuando se daba al mismo tiempo un exceso de vitamina C. Posteriormente se comprobó lo mismo para los grupos de vitaminas A y D, por una parte, y vitaminas B y C, por otra.

Cuando, más tarde, se observaron de un modo indudable las hiperavitaminosis por suministro en exceso de vitamina D pura, y se quisieron fijar las dosis límites toleradas de vitamina D, se vió que esta dosis oscilaba en límites amplísimos, según cuál fuera la cantidad de vitamina A que se suministrara a los animales de experimentación y aun a los niños de pecho. Se vió que los animales de laboratorio que recibían una dosis mínima de vitamina A compatible con el buen estado general padecían avitaminosis A y consiguientes trastornos de la córnea (queratomalacia, etc.), cuando se les administraba un exceso de vitamina D. En cambio, reduciendo la cantidad de esta vitamina, podían darse cantidades mínimas de vitamina A sin peligro alguno. Quedó bien demostrada la posibilidad de provocar avitaminosis A con dosis excesivas de vitamina D, y de aliviar o curar las avitaminosis A reduciendo la dosis de vitamina D.

El que la inversa fuera cierto tendría un valor importante en la profilaxia del raquitismo, toda vez que habría que atender, no sólo a dar vitamina D en cantidad suficiente, sino también a no suministrar excesos de vitamina A, o bien a dar grandes cantidades de ambas. Sin embargo, esto último no ha podido comprobarse, pues si bien es cierto que la hiperavitaminosis D se compensa dando exceso de vitamina A (superioridad del aceite de hígado de bacalao sobre las vitaminas D puras), no ha podido evitarse el raquitismo dando poca vitamina A, ni tampoco la cantidad carotina que se suministre a un animal influye para nada en la dosis de vitamina D indispensable para evitar raquitismos.

Lo que sí parece cierto es que, independientemente de esta acción correlativa, la vitamina A favorece el depósito de las sales calcáreas en el esqueleto, pero sin que esto signifique que su exceso o defecto tenga nada que ver con su poder de facilitar o prevenir raquitismo futuro. Esta acción de favorecer el depósito de sales calcáreas en el esqueleto justifica el empleo de preparados mixtos de vitaminas A y D en el tratamiento de la enfermedad en vez de utilizar los exclusivos de vitamina D.—(*Deutsche Med. Woch.*, 1935, núm. 52.)—F. G. D.

R. COWLEY CAMPODONICO.—*El ácido tánico como terapéutica de las úlceras de decúbito.*

En ocasiones, no obstante todos los cuidados, se presentan ulceraciones, sobre todo a nivel de la región sacra.

En la inmensa mayoría de los casos, las ulceraciones son resistentes al tratamiento: es el afán de encontrar tratamiento más efectivo.

El magnífico resultado obtenido por Davidson con el uso de las soluciones de ácido tánico en concentraciones del 5 por 100 al 10 por 100 en el tratamiento de las quemaduras ha hecho que se pensara en la aplicación de este medicamento en el de las úlceras de decúbito.

La gran experiencia que se tiene en la actualidad con soluciones de ácido tánico en el tratamiento de las quemaduras ha confirmado su efectividad, y ha demostrado que la concentración óptima es la del 5 por 100. Los trabajos de Seeger, igualmente recomiendan que se tenga en cuenta el pH de la solución, y aconseja como el más conveniente el de 7,4. Para la aplicación clínica suele recomendarse la siguiente solución, y es la que hemos empleado:

Acido tánico.....	25	gr.
Carbonato sódico, anhidro y quim puro....	3,975	—
Agua	500	cc.

Esta solución se empleará recientemente preparada.

El tratamiento se iniciará lo más precozmente posible. La superficie de la úlcera será cuidadosamente limpiada con ligera solución antiséptica, igual que eliminadas todas las escaras y restos de tejidos. Una vez completamente limpia la superficie se aplica la solución tánica por medio de pulverizador; las pulverizaciones se repiten cada hora, de tal manera, que al cabo de veinte o cuarenta y ocho horas se encuentra la úlcera cubierta por una capa que forma verdadera costra. La región deberá mantenerse completamente seca por medio del calor seco producido por bombillas eléctricas o por aire procedente de un aparato apropiado.

Existen ocasiones que, bajo la costra tánica, se presenta un estado infeccioso de la úlcera, en cuyo caso deberá levantarse la costra y limpiar la superficie nuevamente con solución antiséptica; personalmente hemos empleado la acriflavina.

Una vez dominado el proceso infeccioso puede comenzarse de nuevo el tratamiento tánico.

En ocasiones, antes de aplicar el tratamiento tánico pudiera haber sido tratada la ulceración con pomadas; en esos casos deberá ser limpiada la úlcera cuidadosamente con solvente de las grasas (xilol) para arrastrar completamente la grasa, pues de lo contrario la solución tánica no actuará.

Los resultados son excelentes, y en ello concuerdan todos los que lo emplean. (*Revista de Medicina y Cirugía de la Habana*, 31 octubre 1935. Año XL, núm. 10, tomo XL, pág. 555.)—M. A. C.

RENÉ FAU.—*Las dificultades de aplicación de la dietética en la práctica médica de las enfermedades de la nutrición.*

Después de hacer un merecido elogio acerca de la importancia que la dietética tiene en la Medicina actual, nos dice el autor cómo un buen régimen debe ser ante

todo racional, es decir, suficiente en cantidad y en calorías, o sea que contenga todos los alimentos indispensables en las proporciones correctas y adaptadas a la enfermedad de que se trate.

Debe unirse a esto la sencillez; no hay por qué calcular caloría por caloría, lo cual es muy molesto; se puede muy bien hacer un cálculo por encima de un modo general, pues es notorio que los regímenes basados en cifras no tienen un rigor científico más que en apariencia. Es mejor dejar que el enfermo, dentro del régimen, tenga un margen, pues seguramente con él lo seguirá mucho mejor que si es de un criterio cerrado. El régimen, que ha de ser individual, está sujeto a constantes cambios y revisiones, según marche el enfermo; hay casos en que éste es de tal dificultad a seguir, que hay que hacerlo en una casa de reposo o sanatorio. En éstas son muy útiles de tratar a los diabéticos, ya que la restricción brutal de hidratos de carbono los deja tan apagados que no son capaces de organizarse un régimen; en la misma aprenderán a nutrirse con una ración muy modesta de feculentos. El dispéptico aprenderá a regular su régimen y a mostrarse equilibrado en el comer y el beber. Igualmente, el de afección intestinal, que necesita una cocina hecha sin grasa ni manteca, y, por último, el que sus afecciones intestinales están en relación con trastornos del sistema nervioso. Termina diciendo cómo estima que la dietética debe volver al lugar que la corresponde, ya que es un buen medio terapéutico capaz de fracasos, pero también de éxitos muy lisonjeros.—(*Paris Médical*, núm. 47, pág. 421, 23 noviembre 1935.)—J. H. S.

GUILLAUME. — *El mecanismo del ántrax y su tratamiento.*

Distingue el autor en este trabajo un forúnculo simple limitado a la cavidad de un folículo pilosebáceo, y un forúnculo perifolicular, en el que la supuración se extiende a las capas densas del dermis. El ántrax, en consecuencia, no es más que la propagación de la supuración al tejido laxo que conduce a la obliteración de los vasos, lo que explica la extensión de la necrosis superficial. En lo que se refiere al tratamiento, considera preferible, a la resección en bloque, a distancia de la zona enferma, la apertura con el termo y el lavado de la cavidad con opolisina.—(*Ann. de Anat. Pat.*, tomo XII, número 3, 1935, pág. 336.)—T. B.

TOYAMA y OGAWA.—*Tratamiento de la pelada por la acetilcolina.*

Los autores han tratado 65 casos de pelada por acetilcolina; las inyecciones deben realizarse intradérmicas, a la dosis de un miligramo, y no pasar nunca de la dosis de 0,02 miligramos por día; estas inyecciones se repiten a diario durante ocho días.

En un 88 por 100 de los casos tratados, el brote del pelo comenzó al cabo de las tres semanas, y en un 55 por 100 de los mismos había salido a las seis de comenzar el tratamiento.

La reacción local nos dicen varía según los casos; ante todo se nota un enrojecimiento con sudación y después una ampolla con palidez de la piel.—(*The Japanese Journal of Dermatology and Syphilology*, t. 37, núm. 5, pág. 117, mayo 1935.)—H.



AGAROL

Emulsión original de aceite mineral
y agar-agar con fenoltaleína.

REGULADOR FISIOLÓGICO DEL INTESTINO

Se incorpora íntimamente al contenido intestinal. Da al bolo fecal la consistencia y la plasticidad normales. Estimula suavemente la peristalsis sin provocar espasmos.

INDICACIONES: Todas las formas de estreñimiento en todas las edades. Pereza intestinal en el curso del embarazo y durante el período de la lactancia. Atonía intestinal de los ancianos.

Tolerancia perfecta sin ninguna acción secundaria. No crea hábito ni produce escurrimiento rectal.

Para literatura y muestras gratuitas dirigirse a:

LABORATORIO Y COMERCIO SUBSTANCIA, S. A.

Apartado 410 - Barcelona



Derivados de la Colina
activos por vía digestiva
- comprimidos -

CURA COMPLEMENTARIA
DE LA ACÉCOLINE

HYPOTAN

El regulador del caudal arterial

HIPERTENSIÓN
ESPASMOS VASCULARES

LABORATORIOS CHEVRETIN-LEMATTE

L. LEMATTE, Suc. E

DOCTOR EN FARMACIA
52, RUE LA BRUYÈRE, PARIS

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

ALCALÁ 9, APARTADO 310
MADRID

CONSEJO DE CIENTO 341 Y 343
APARTADO 698 - BARCELONA

ION-CALCINA PALLARES

Hemostático-reconstituyente

a base de *cloruro de calcio*

FRASCO.-Para uso interno

AMPOLLAS.-Inyección intravenosa

Laboratorio M. PALLARES
Plaza Mosén Sorell, 6
VALENCIA



STROPHANTUM PALLARES

Tintura de estrofantus, especial-
mente preparada y exactamente
dosificada



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.—La nueva ley que regula el matrimonio en Alemania, por F. G. D.—Pesimismo, por Ramón Paadín Estrella.—A propósito de una Orden, por Santiago Fernández de Velasco.—Lo que defiende y lo que ataca, por Angel F. Domínguez.—Asamblea de Médicos de Lucha Antituberculosa.—Las clases sanitarias de Almería.—Enfermería para tuberculosos de Chamartín de la Rosa.—Association a l'Enseignement Médical des Hôpitaux de Paris.—Relación de aspirantes a las plazas de médicos de Asistencia Pública, cuya documentación se halla incompleta (conclusión).—SECCIÓN OFICIAL.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Tertulia.

BOLETIN DE LA SEMANA

COMPÁS DE ESPERA

Después de tantos días de tensión nacional, nos encontramos en la víspera del que va a ser, con todos los defectos del sistema, punto de arranque de nueva política por el mandato de la voluntad nacional expresada en el llamado sufragio universal.

Las impresiones son de que las tendencias de orden vencerán por considerable mayoría. Nosotros debemos alegrarnos de que así sea, porque las guerras y las revoluciones fueron siempre el mejor caldo de cultivo para las terribles epidemias y las desoladoras ruinas de la salud pública. Sólo en un sistema de orden continuado podrán prosperar los programas de organización sanitaria y de mejora de la clase médica.

Se augura un triunfo de las llamadas derechas, y dentro de ellas, la decisiva influencia del partido de Acción Popular.

Si este partido viene al Gobierno, conviene que sepa que los médicos, a los que creemos representar en gran mayoría, están prontos a conceder un crédito de confianza, pero no muy prolongado. Se necesita que al frente de la Sanidad nacional se coloquen hombres de verdadera preparación y de energía bien probada. Basta ya de conceder los puestos de mando a los noveles políticos, que estudian desde ellos la cartilla de los asuntos sanitarios para ir al abandono de los cargos cuando comenzarán a ser útiles en ellos. Contamos los médicos españoles con un subsecretario o ministro de Sanidad que pueda y deba serlo. No queremos más improvisaciones. Esperamos también que la ley de Sanidad sea una de las primeras sometidas a las Cortes y que para la redacción de esa ley se escuche a cuantos representan en la clase una autoridad científica, profesional y moral. No vayamos a nuevos disparates como los próximos pretéritos. Las clases sanitarias y profesionales médicas españolas no pueden aguardar más, y esperan por última vez que se resuelva su situación con arreglo a la necesidad nacional y a la justicia social.

Veremos si quienes han sabido levantar el espíritu ciudadano saben también portarse desde el Gobierno en armonía con los programas que predicán.

* * *

El lunes 17 se cumple el primer aniversario de la muerte del desgraciado Dr. Julián Para Santaen-gracia. Al recordar esta tristísima fecha a los médicos españoles, pedimos a los creyentes una oración por el descanso de su alma y a todos los compañeros la decisión de que no pueda volver a darse el triste caso del asesinato feroz de un médico, víctima de las luchas que nunca debieron existir si la organización sanitaria de España se hubiera realizado con el tiempo y el buen juicio que se merece.

Reciba la familia del mártir de Cantalejo el testimonio de nuestra honda emoción y de nuestra compañía en su dolor.

DECIO CARLÁN.

ACADEMIAS Y SOCIEDADES

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Presidencia: Dr. Antonio Cospedal

(Sesión del 8 de febrero de 1936.)

LAS ALTERACIONES DE TRÁNSITO INTESTINAL CON SÍNTOMAS PARA EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO DEL CÁNCER DE CIEGO. (Discusión.)

Dr. Leocadio Serrada.—Agradece en primer término a todos que sus votos premiaran su trabajo y que luego se dignaran acogerle como académico corresponsal, lo cual hoy le permite intervenir en esta interesante discusión del caso presentado el pasado sábado por el doctor Santiago Carro; él cree que las dificultades del tránsito en ileon no son sintomáticas de cáncer de ciego, por lo cual encuentra muy en razón las ideas expuestas por el comunicante.

Dice cuánta es la lentitud de evolución de las neoplasias de este género en casi todos los casos, y dice cuánto parecido tiene el caso expuesto por el Dr. Carro con el ya conocido de Mathie, el cual resume brevemente.

Propone al Dr. Carro llamar síntoma de alarma al éstasis iliar en los enfermos de edad avanzada, sin ningún otro síntoma.

Pone de manifiesto el valor de las fórmulas leucocitarias en los enfermos que presentan estos síntomas, siempre que se hagan en el primer momento de los mismos.

Cree que el tiempo de la evolución puede muy bien emplearse en realizar la operación, siempre que no haya causa que impida la misma de un modo real.

A estos pacientes, para operarles hay que acumularles en los días anteriores a la operación gran cantidad de hidrocarbonados en el hígado, y asimismo hacerles dos días antes una inyección intraperitoneal de estafilococos y colis, para evitar en lo posible una infección peritoneal.

Dr. Larrau.—La modificación de tránsito intestinal en el caso expuesto por el Dr. Carro, y en el cual ha concedido un gran valor al signo radiológico para el diagnóstico temprano, es un síntoma expuesto a variantes, ya que puede ser provocado, no sólo por trastornos de localización cecal o cólica, sino también por trastornos de evacuación gástrica o ileal.

El mayor valor para el diagnóstico referido lo tienen, a su juicio, los síntomas directos. Dice que si no hubiera sido por la enorme rebeldía del paciente, el Dr. Carro hubiera explorado al enfermo en varios decúbitos, y expone la técnica a seguir para hacer una exploración detenida del ciego, y al ver aparecer una imagen lacunar, hubiese repetido la exploración.

Expone la necesidad de todas las exploraciones dichas para los casos de diagnóstico precoz, y "aun hay casos en que el roentgendiagnóstico no puede decir si no que existe un proceso orgánico; me refiero, es claro, a casos de ausencia de tumor por palpación y síntomas". Termina diciendo que el diagnóstico de los tumores intestinales ha de basarse en síntomas directos u obtenidos con exploración radiológica muy completa.

CONTRIBUCIÓN AL CONOCIMIENTO PATOGENICO DEL MONGOLISMO, por el *Dr. César Juarros*.

El comunicante, como consecuencia de una serie de trabajos llevados a cabo desde hace ya más de dos años, ha llegado a las conclusiones, en lo que se refiere a la patogenia del mongolismo, de que no existe ninguna explicación patogénica de este síndrome.

Trátase sólo de posibilidades de influencia de la hereditad de factores de tipo atávico, de anomalías germinales, pero, en concreto, no se puede afirmar nada. Asimismo, el Dr. Juarros no halla explicación satisfactoria en los análisis de la sintomatología. El mongol—dice—no es sino un oligofrénico con braquicefalia y cara de mongol.

Los últimos trabajos que el comunicante ha realizado en colaboración con el catedrático de Anatomía de la Facultad de Medicina de Madrid, Dr. Julián de la Villa y Sanz, le han permitido determinar que trátase de anomalías del desarrollo, que hacen que el cráneo, en vez de tener un desarrollo anteroposterior normal, se desarrolle transversalmente. La vesícula óptica, normalmente dirigida hacia fuera, queda distanciada de la abertura orbitaria, y el globo ocular, retrasado y hundido. El párpado superior, al aparecer retrasada la posición del globo ocular, no necesita tanta superficie como habitualmente para cumplir su misión de cortina, pero como el elevador del párpado no puede perder longitud, si ha de continuar sirviendo a su misión genuina, forma un pliegue: el pliegue mongol.

"El mongolismo no es, pues—termina—un cuadro clínico autónomo, sino una mera coincidencia de dos modos de objetivación de un trastorno del desarrollo, susceptible de ser originado por múltiples causas."

Dr. Bravo y Frías (D. Juan).—Dice que él, en su Servicio de la antigua Inclusa, ve morir un gran número de mongoles lactáneos con un cuadro sintomático casi idéntico.

En estos mongoles lactáneos él ha visto algunas anomalías congénitas no apreciadas por el Dr. Juarros en sus observaciones.

La razón de que mueran pronto se debe a que tienen muy poca resistencia para las afecciones de índole banal, que otros niños soportan bien. El tan sólo conoce desde su nacimiento a dos mongoles, que han llegado a los once y doce años, respectivamente.—J. H. S.

* * *

ACADEMIA MEDICOQUIRURGICA

Presidencia. *Dr. V. M. Noguera*

(Sesión del 10 de febrero de 1936.)

LA MOVILIDAD PULMONAR EN EL NEUMOTÓRAX ARTIFICIAL, por el *Dr. José Alix*.

Nos dice el comunicante que los estudios clínicos y experimentales por varios autores—entre los que él se encuentra—realizados, han demostrado que la capacidad vital en los tuberculosos tratados con el neumotórax artificial no disminuye proporcionalmente al aire inyectado, como ya sostuvo el Prof. Liberman.

Nos dice el Dr. Alix que pensando que ello pudiera deberse a una punción vicariante por el pulmón opuesto, él ha realizado ensayos demostrativos de que no aumenta ni la frecuencia ni la amplitud de los movimientos respiratorios.

Por otra parte, por medio de radiografías seriadas en inspiración y espiración, se demuestra—y así lo hace exponiendo éstas—que las excursiones respiratorias del pulmón colapsado son superiores a las realizadas por el otro pulmón en la mayoría de los casos.

Sin embargo, las partes afectas de colapso electivo no experimentan modificaciones de amplitud, por lo cual el colapso de las zonas enfermas se conserva mientras que el resto continúa respirando en los límites de lo normal.

LA PRUEBA DE LA GALACTOSA. (Comunicación de los doctores *Oliver (E. y A.)*, y *Montejo*. Discusión.)

Dr. Mogena.—Estima que la prueba de la galactosa tiene un gran valor, y es casi—puede decirse sin pecar de exageración—, que es la mejor. No niega en modo alguno la importancia de la infección biliar, tanto como infección y como fenómeno alérgico. Cree que el hígado tiene siempre valor en las infecciones intestinales, ya que éste siempre tiene gran valor en todas cuantas infecciones existen. Dice también cuánta es la importancia de la función renal y del estado del sistema vegetativo.

No considera de importancia el ver la cantidad de galactosa eliminada, más sí lo tiene el verla eliminada a las dos, las cuatro, las ocho y las doce horas de absorción, y más que nada el ver la proporcionalidad de la misma, ya que, como se da con agua, se puede ver así la eliminación de ésta, lo que tendría un gran valor.

Dr. Angel Rodríguez Olleros.—El Dr. Rodríguez Olleros felicita y envidia al propio tiempo al comunicante, por la gran capacidad de trabajo que éste tiene, dado lo que supone haber podido estudiar 146 enfermos de diversas hepatopatías con varios métodos, algunos de ellos tan complicados como la valoración de histamina en heces, que, yo, francamente, estimo poco asequible para las posibilidades corrientes de un clínico.

En la clínica de mi maestro el Prof. Teófilo Hernández hemos adquirido cierta experiencia sobre el problema de la exploración funcional hepática, y también en la clínica de Beckmann hicimos un trabajo sobre calcio en hepáticos, y hemos estudiado la función hepática, no concretándonos, naturalmente, a una sola función.

Las pruebas más comunes que realizamos en todos los enfermos son las siguientes:

Galactosa con glicemia.

Bilirrubina por el método de Eilbott.

Urobilinuria.

Varices esofágicas, vistas con el esofagoscopio.

Dice que en la interpretación de resultados hay un buen número de tumores aislados, carcinomas, gomas hepáticas, etc., que no dan trastornos de función, a no ser que secundariamente se influyen el resto de parénquima hepático.

Pasa acto seguido revista a la prueba en las ictericias, *icterus catarralis*; concentrándonos a la prueba de la galactosa, hemos de manifestar que sus resultados no son, ni mucho menos, categóricos, en lo que se refiere a poder afirmar o negar una alteración de las células hepáticas. Así tenemos que, a más de la hepatopatía, hemos de considerar:

- 1.º Depósito o no de glucógeno hepático.
- 2.º Dintel renal.
- 3.º Páncreas.

Expone acerca del primer punto los trabajos de Kalh; en cuanto al segundo factor, el papel que juega el dintel renal es sabido que en las hepatopatías recientes—*ict catarralis*—es de las que más frecuentemente ocurren resultados positivos.

Por último, trata ampliamente acerca del factor páncreas, y expone los trabajos realizados por numerosos autores, entre ellos Pavel, Florián y Schruft.

Dr. Angel del Río.—Hace algunas consideraciones acerca de si se pueden descubrir las hepatopatías por medio de la prueba de la galactosa. Expone algunos casos demostrativos por él vistos en su Servicio del Hospital Militar de Carabanchel.

Dr. Dámaso Gutiérrez Arrese.—Dice cómo Bauer, en 1906, instituye su prueba de la glucorregulación, y a continuación detalla la importancia de la misma y los trabajos de Wagner y Reiss en diversos enfermos; expone el caso de una atrofia amarilla con prueba negativa, visto por él hace ya muchos años en el Hospital de San Carlos (Clínica del Prof. A. Gimeno).

A continuación recuerda al comunicante el trabajo de Ruhbaum y Mateheja, de 44 casos de ictericia *catarralis*, estudiados con la prueba de levulosa, de pigmentos y galactosa, y dicen que es la peor la última, y que no permite hacer afirmaciones con respecto a las dos primeras.

Dice que el número grande de casos exige de modo imperioso la realización de gráficos.

Dr. Planelles.—Estima que no se ha dado el papel suficiente de interés a la absorción intestinal en estas pruebas de galactosa; a su juicio, lo tiene, y muy grande.—J. H.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE TISIOLOGIA

Presidencia: Dr. Ubeda

(Sesión del 8 de enero de 1936.)

ACCIDENTES DEL TRABAJO Y TUBERCULOSIS PULMONAR;
ALGUNAS CONSIDERACIONES CLÍNICAS Y MÉDICO-LEGALES,
por el Dr. García Triviño.

El problema de la explosión tuberculosa postraumática es importante. Para que semejante cuadro estalle, es necesario que existan previamente focos tuberculosos, activos o no, o simplemente que el sujeto se encuentre solamente infectado, aun cuando por lo general son focos fraguados y ocultos desde la infancia. Todos llevamos focos tuberculosos desde pequeños, que en su mayoría se encuentran latentes, pero que son susceptibles de alcanzar una determinada virulencia en el momento en que las defensas orgánicas fallan, y de este modo todas las causas exógenas (hipoalimentación, falta de higiene, etc., y, sobre todo, traumatismos torácicos intensos que tiendan a debilitar las defensas orgánicas favorecerán la evolución de los focos latentes).

En estos casos un traumatismo del tórax, con o sin fractura, actúa como revelador de un proceso ignorado; lo mismo en los tuberculosos declarados actúan como agravantes del proceso.

Según las investigaciones de Sergent y Prevost, en numerosas fichas de soldados tuberculosos, y las de Bronardel y Denechau, el porcentaje de declaración de un proceso tuberculoso en los heridos de tórax viene a ser de un 8 por 100; en cambio, en las contusiones la cifra sube extraordinariamente.

Pese a la flexibilidad del tórax, que le defiende de traumatismos, éstos pueden comprometer solamente la pared—con o sin fractura—o herir las vísceras: pulmón, corazón o grandes vasos. Las primeras se denominan contusiones simples; las segundas, contusiones con lesión.

Sucede a veces que el traumatismo activa la lesión, y los síntomas no se manifiestan hasta algún tiempo después (período de latencia), y ante un caso de tuberculosis con contusión anterior cabe la duda de si el proceso ha sido contraído después o si, previamente contraído, ha sido activado.

Esto tiene importancia en los accidentes del trabajo, pues en los sanos aparentemente es necesario un violento traumatismo para alterar el equilibrio orgánico, cosa que se logra en los sospechosos o declarados con un golpe menos violento.

El investigar sobre el estado anterior del individuo es sumamente difícil, pues todo médico tropieza diariamente con la inconsciencia, mala fe o el optimismo de sus pacientes, que aseguran haber estado constantemente sanos con anterioridad. De todos modos, un golpe que interese al parénquima pulmonar ha de ser necesariamente violento, y, en efecto, siempre se trata de caídas desde lo alto, derrumbamientos, etc. Es induda-

ble que aunque el sujeto haya sido anteriormente un tuberculoso latente, el golpe le ha producido un perjuicio, pues ha coartado su capacidad de trabajo, y además ha reactivado unos focos que es indudable que pudieran reactivarse después por otra causa; pero también es indudable que pudieran curar o permanecer indefinidamente latentes.

Es interesante la localización del traumatismo, aun cuando puede la lesión presentarse en otro lugar por contragolpe. La reactivación es generalmente tórpida, oscilando de seis a ocho meses. Se ha descrito un caso con una latencia de dieciocho. La lesión puede estar en razón directa con la violencia del trauma; pero con frecuencia se presentan cuadros que enmascaran una lesión tuberculosa y que pueden simularla.

Signo de mayor valor es la hemoptisis; no deben olvidarse, sin embargo, todos los síndromes que pueden provocar una hemoptisis, y solamente se debe valorar cuando se acompaña de otros síndromes tuberculosos. Solamente en casos de que se prolonguen puede pensarse en una exaltación postraumática. Citaremos resumidas algunas historias clínicas:

Individuo de cuarenta y dos años. Carpintero. Padres y hermanos, sanos; un hijo murió de una bronquitis a los dos años.

Antecedentes patológicos, nulos; no recuerda haber padecido alguna enfermedad.

Historia del accidente.—En agosto de 1934 se cayó de una altura de unos seis metros, cuando trabajaba en un andamio; cayó sobre el costado derecho, recibiendo el golpe al nivel de la octava, novena y décima costillas; perdió el conocimiento durante unos minutos. Fué llevado a la Casa de Socorro, donde le apreciaron una fuerte contusión en dicha región; aquella noche tuvo una hemoptisis de unos 100 cc., que no se repitió. Tenía gran dolor al nivel de la contusión, que se acentuaba con las respiraciones profundas y disneas. Cuando nosotros le vemos, meses después, continúa con el dolor y disnea, y acusa una astenia muy acentuada; no tiene tos, ligera expectoración; no tiene fiebre ni sudores ni adelgazamiento; regular apetito y bien de vientre.

Percusión.—Matidez en lado derecho, en plano anterior y región axilar, que alcanza hasta una tercera costilla, y en plano posterior a espina del omoplato.

Auscultación.—Inspiración ruda, soplo bronquial y estertores en lóbulo superior del lado derecho; abolición del murmullo vesicular en base.

Análisis de esputos, positivo. Velocidad de sedimentación, 19 a la hora y 39 a las dos horas. La radiografía señala un ligero velo en ambos vértices hiliares, muy marcados, y nódulos calcificados abundantes en ambos campos pulmonares. Este es un caso en el que el traumatismo exacerbó una lesión tuberculosa que permanecía inactiva, y que después nuevamente ha vuelto a mejorar, considerándose actualmente como un proceso residual de escasa importancia.

Otro caso es un individuo de veintisiete años, cantero.

Padres y hermanos, sanos; un hijo de un año, muerto de pulmonía. Antecedentes patológicos sin interés.

Historia del accidente.—En abril de 1933, transportando un tablón dió un salto de 70 cm., cayendo al suelo debajo de dicho tablón, que le dió un fuerte golpe en costado derecho. Sintió dolor en dicho lado y tam-

bién en testículo izquierdo; tuvo después un hidrocelo, que le fué operado cinco meses más tarde.

Cuando nosotros le vemos acusa ligera tos, expectoración mucosa, astenia, anorexia, y ha adelgazado en diez meses ocho kilos; no tiene fiebre, ni sudores, ni dolores torácicos.

A la percusión se observa submatidez en la mitad superior del hemitórax derecho, lo mismo por delante que en plano posterior. Por auscultación apreciamos inspiración áspera y soplo bronquial en casi todo el hemitórax derecho o inspiración ruda en el izquierdo. Análisis de esputos positivos. Velocidad de sedimentación, 15 mm. a la hora. Schilling-Miclocitos, 0; formas juveniles, 0; baston, 4; segmentados, 50; linfocitos, 46; monocitos, 0; eosinofitos, 0.

En la radiografía se aprecia infiltración densa en parte baja de hilio derecho; ligera veladura en lóbulo superior del mismo lado.

Este es, a nuestro juicio, un caso en el que el accidente reveló y sirvió de punto de partida a una infiltración fibrocásica que hasta entonces no acusaba sintomatología alguna, y que después, con el tratamiento que le hemos dispuesto, ha evolucionado favorablemente, quedando lesiones residuales inactivas.

La agravación de una tuberculosis por un traumatismo debe ser considerada desde distintos puntos de vista.

Primero, desde cuando el obrero estaba enfermo; segundo, a qué fase o período había llegado en el momento del accidente; tercero, en qué proporciones la enfermedad redujo su capacidad para el trabajo y, por consiguiente, sus ingresos; cuarto, la forma y naturaleza del traumatismo; quinto, la marcha probable de la enfermedad, caso de que hubiera faltado todo traumatismo, y sexto, evaluar todo lo que sea posible qué agravación ha determinado en la enfermedad desde el doble punto de vista de la incapacidad para el trabajo y el pronóstico, para su vida. Si las lesiones eran compatibles con el trabajo y después del traumatismo no lo son, es indudable que éste desempeña un papel de agravador de la lesión que es necesario indemnizar.

DISCUSIÓN

Dr. Noguera Toledo.—Nosotros hicimos la primera comunicación sobre traumatismo pulmonar, y estamos de acuerdo con el Dr. García Triviño. Todos los traumáticos son antiguos tuberculosos, porque casi todos los obreros viven en un medio muy deficiente. No cabe negar la relación entre traumatismo y tuberculosis pulmonar, pero sí la patogenia.

Un tuberculoso sufrió un accidente, y alegó que su enfermedad era debida al golpe. Nosotros, por encargo del Dr. Goyanes, estudiamos el asunto, viendo que era cosa casual la relación entre uno y otro. Los tipos de lesiones suelen ser de ulceraciones casi callosas, que evolucionan lentamente.

Hay que ver los experimentos en los laboratorios; en colaboración con el Dr. Campuzano cogimos un conejo y lo metimos en una campana, haciéndole respirar esputos desecados activos; no pasó nada durante quince o veinte días; se le fracturó una costilla y se metió otra vez en la camapana, apareciendo enseguida ganglios y una intensa bacilemia. Hay, pues, una relación entre linfagitis y fractura. Cuando se produce el

PROGYNON-B

oleoso

Schering

*Sólo 3 amp.
de 50.000 Unid. Intern.
por c.c. bastan para
hacer desaparecer*



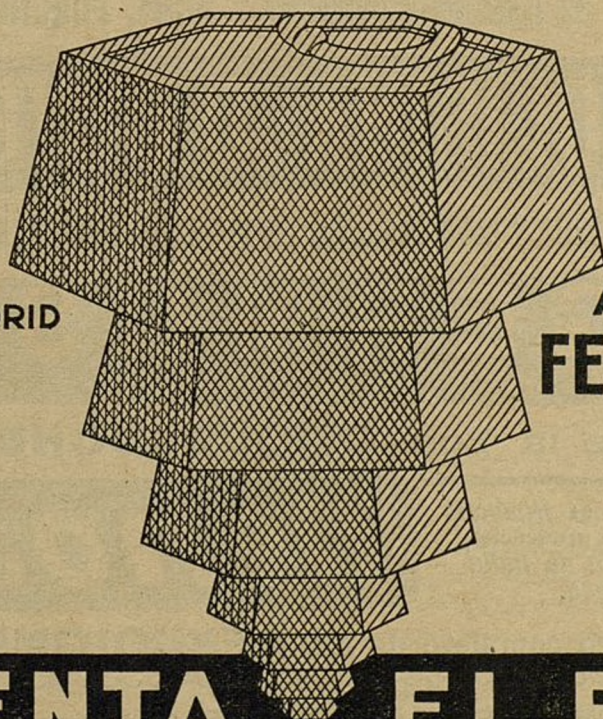
TRASTORNOS CLIMATÉRICOS GRAVES

Caja con 3 amp. de 50.000 U. I. cada una, Ptas. 10.70
Caja con 1 amp. de 250.000 U. I. Ptas. 12.70

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

BIOTRIGON

Delegacion
6, Calle Larra. MADRID



**ELIXIR
A BASE DE
FENU GRIEGO**

AUMENTA EL PESO

Ayuntamiento de Madrid

Tratamiento de la TOS en general
Tos seca - Bronco-neumonía
Bronquitis-Gripe
Tuberculosis
Asma

GERMOSE
Gotas del Dr.
BAYRAC
(NO TOXICO)

Específico
contra la Coqueluche
(Tos ferina)

A base de Fluoroformo
estabilizado en extractos vegetales.

LABORATOIRES LEBEAULT.—3 y 5, Rue Bourg-l'Abbé.—Paris

Agentes generales: **Giménez-Salinas y C.^a**, Sagúes, 2 y 4. BARCELONA (S. G.)
Avda. Eduardo Dato, 10. MADRID

ESTAFILASA del D^r DOYEN

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

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

Solución coloidal
fagógena
polivalente.

MICOLISINA del D^r DOYEN

2 FORMAS:
MICOLISINA BEBIBLE
MICOLISINA INYECTABLE

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

SOLUCIÓN de FLUOROFORMA
ESTABILIZADO EN LOS
EXTRACTOS VEGETALES

GERMOSE
No Tóxico

SABOR
AGRADABLE

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

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

Venosina

Tratamiento específico completo de las **AFECCIONES VENOSAS**

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

POR MENOR: PRINCIPALES FARMACIAS

Para muestras e informes, GIMÉNEZ-SALINAS Y C.^a Avda. Eduardo Dato, 10, MADRID

Ayuntamiento de Madrid

traumatismo hay menos resistencia y, por lo tanto, aparece la antigua tuberculosis.

Dr. Ubeda.—En el año 1911 hicimos un trabajo que se titulaba "Traumatismo y tuberculosis", en el que negábamos las relaciones entre uno y otro puesto, que de 200 casos que presentaba no pude comprobarla más que en tres.

Pensábamos que, para que hubiera relación, debiera existir una dependencia de causa a efecto; así, veíamos que si, por ejemplo, el traumatismo era en el costado derecho, la lesión debiera ser en el mismo costado, y no en el vértice del pulmón izquierdo. Si se fractura una costilla pueden ocurrir dos cosas: que no pase de fractura o que pase a pleura y pulmón.

Sería muy útil tener radiografías anteriores al trauma, pero es imposible.

Si un individuo tiene una lesión que le permite trabajar y después de recibido el golpe le es de todo punto imposible, debe recibir indemnización.

Dr. Souto.—Si un obrero era cavitario, la indemnización no debe ser la misma que si estaba sano. Hay que negar que la tuberculosis sea producida por traumatismo, pero de lo que no hay duda es de que se agrava.

Dr. García Triviño (rectificación).—Se exige en accidentes de trabajo que se defina si hay o no relación entre traumatismo y tuberculosis, y ya se sabe que la tuberculosis es solamente producida por el bacilo de Koch. Hay que tener cuidado con los simuladores, pues alegan procesos que no tienen.

Si el obrero está sano y es víctima de un accidente, como sucedió a Frank Chons, el cual recibió un golpe en la columna vertebral que le obligó a permanecer durante el período de curación en una casa donde había un tuberculoso, con el cual se contagió, y el Tribunal obligó a que se le diera una fuerte indemnización, nosotros tendremos que aceptar como justa dicha medida.

Finalmente, vista la relación entre traumatismo y tuberculosis, se entiende que, si después del accidente aparece la enfermedad, el enfermo tiene derecho a que se le indemnice.

La nueva Ley que regula el matrimonio en Alemania

Como complemento de la ley de protección contra las enfermedades hereditarias, y a fin de proteger la salubridad de la raza, se ha dictado en Alemania una nueva ley con fecha 18 de octubre de 1935, que regula las condiciones sanitarias que deben reunir los cónyuges. Según ella, se prohíbe el matrimonio:

a) Siempre que uno de los novios padezca una enfermedad que pueda contagiar al otro o que pueda ser hereditaria, y que por una y otra causa constituya una amenaza para la salud de la colectividad.

b) Siempre que uno de los novios se encuentre bajo tutela jurídica a causa de enfermedad, incluso cuando la tutela sea transitoria.

c) Siempre que uno de los novios padezca cualquier clase de trastorno nervioso o mental que haga suponer que el nuevo matrimonio no sea conveniente para la comunidad o para la descendencia.

d) Cuando uno de los novios padezca una enfermedad de las que traen consigo la aplicación de la ley de

esterilización, el esterilizado no podrá casarse más que con otro que por cualquier causa se considere también como estéril y nunca con uno que sea apto para la generación. En este sentido se considerarán como estériles todas las mujeres que han cumplido los cuarenta y cinco años.

El apartado a) se refiere especialmente a evitar la propagación de las enfermedades venéreas. Según la nueva ley, el matrimonio queda prohibido para los individuos que las padecen, y se anulan las disposiciones anteriores que lo permitían cuando el otro cónyuge lo sabía y daba su consentimiento. El apartado b) modifica también la legislación actual en Alemania: hasta la fecha, los incapacitados por debilidad mental podían casarse con el consentimiento de su tutor y del otro futuro cónyuge. También se prohíbe el matrimonio a los que tienen tutoría por alcoholismo, fundándose en que un alcohólico no puede ser nunca un buen educador de sus hijos ni un buen jefe de familia.

El apartado c) amplía también las limitaciones del matrimonio impidiéndoselo a los psicópatas graves y a todos aquellos que padezcan trastornos mentales que les impulsen a cometer delitos o los hagan peligrosos para la sociedad. Por último, el apartado d) tiende a impedir el matrimonio de un estéril con una persona apta para la reproducción, fundándose en que en estos casos la persona apta queda inutilizada para los fines sociales. El estéril sólo podrá casarse con otro que también lo sea.

La ley marca después la forma en que han de acreditarse, por certificados médicos, la salud necesaria para poder contraer matrimonio, y declara que los contráidos contraviniendo estos preceptos, serán declarados nulos.

F. G. D.

PESIMISMO

Hace tiempo que venimos saboreando en esta grata Revista los valientes escritos de los Sres. Borroy, Crespo, F. Domínguez, etc., en pro de la dignificación de la clase; hacían falta unas cuantas docenas de compañeros, émulo de los anteriores, que en toda España, con igual acometividad, constituyesen una legión que tuviera el valor de provocar un movimiento arrollador, secundado por la inmensa mayoría de los médicos y demás sanitarios interesados en nuestros palpitantes problemas, y que con *visión clara* viese el modo de resolver el hasta ahora *irresoluto* problema de los sanitarios de todas clases, cada vez más enmarañado y complicado, porque lo complican los de *arriba*, los superhombres de la Medicina, que, si son super en ciencia médica, son pigmeos en legislación sanitaria, como lo estamos viendo en la ráfaga abrumadora de disposiciones antagónicas e inconvenientes, en un continuo tejer y destejer, presentándonos algunas facetas muy sugestivas (ley de Coordinación), pero tan complicadas, que al llegar a implantarlas se ve la imposibilidad de su efectividad. En lugar de seguirse la *línea recta*, se prefiere la quebrada, que, zigzagueando, encuentra en cada terminación un obstáculo insuperable, y como estos zigzags son numerosos, casi infinitos, nuestro problema de clase se convierte en irresoluble.

Así nos la van *dando con queso* (valga la frase, por ser gráfica) los de arriba...; pero los de abajo padecemos una abulia tan enraizada en nuestra idiosincrasia, acompañada de un egoísmo tan grande, que más que una clase culta y perspicaz, que debiera hacer mucho haber conseguido su emancipación, es una clase bastante atrofiada, por adaptación, indudablemente, al medio en que vive, medio que le tiene sumiso y maniatado a los caciques y su cohorte. Contrasta notablemente esta actitud con la que presentamos cuando somos estudiantes de Facultad; entonces no toleramos la más mínima inconveniencia: al menor deslíz del ministro de Instrucción, con razón unas veces, y otras sin ella, íbamos, y siguen yendo, a la protesta por todos los medios: huelga, manifestaciones, gritos más o menos subversivos; en fin, recurriendo a todos los medios para conseguir el fin. ¡Ah!, pero cuando ya licenciados nos adherimos a la *roca* de un partido médico se verifica en nosotros tal transmutación, que todo nuestro organismo es poco para segregar por todas sus glándulas esa substancia, necesidad de vivir, que tiene la virtud de atrofiar toda aquella virilidad de antes, y no solamente la atrofia, sino que convierte al sanitario en lacayo de jerifes y en un órgano sin más radio de acción que adular y vegetar..., siendo esclavo de su profesión y hasta mofa de los pueblerinos, que además de explotarnos nos juzgan mediocres profesionales, con un criterio asnal y malévolo. Y se llega por las clases sanitarias a soportar y a transigir con imposiciones que denigran, que envilecen, y en armonía con aquella frase: "Después de cornudo, apaleado"... ¿Por qué estas transigencias? Porque sabemos por experiencia propia que tras de nosotros no hay autoridad ni organización verdad de clase que nos defienda de atropellos, y sabemos, en cambio, que quienes nos pueden perjudicar grandemente son el amo o los amos de los pueblos, y contra éstos no tenemos más arma que la *unión inquebrantable*, en evitación de mayores males. En cierta ocasión, y a propósito de un atropello de un titular, me decía un juez de instrucción, hermano de otro titular: "Ustedes los médicos, en los pueblos son *aves de paso*; los pueblos son una familia grande, que tienen sus disensiones y sus miserias pueblerinas; pero ante el enemigo común se solidarizan, forman algo así como una cadena, pues por un lado o por otro tienen afinidades, parentescos e intereses recíprocos; el médico no tiene nada de esto, pues es en el pueblo un solitario; para estos clientes, el médico no es más que un asalariado, a quien, como tal, se le manda y ordena. Y en caso de agresión, la única defensa del médico es cerrar bien la puerta de su casa y escapar por el tejado si se la queman." ¡Cuánta verdad encierran estas líneas, dichas irónicamente!

El más amigo y el más agradecido no da la cara por su médico; todo agradecimiento es ficticio, y no se recatan de decir: "Si éste se va, otro vendrá..."

Creo, con el amigo Sisinio Crespo, que todas nuestras organizaciones han caducado por fracasadas, pues la palpable realidad es que, mientras la mayoría de las organizaciones societarias han mejorado en sus anhelos de reivindicación, estando muchas casi en la meta de sus aspiraciones, nosotros los sanitarios, como el crustáceo, seguimos adheridos a nuestras seculares lacras, sin vislumbrar el caudillo que nos redima y que de una vez para siempre nos conceda la remuneración, la auto-

ridad y la independencia, que nos darán por añadidura la consideración a que tenemos perfecto derecho. ¿Qué han hecho nuestras organizaciones en todo el tiempo que llevan de existencia? ¿Están mejor ahora que hace veinte años? ¿Hemos visto algún resultado práctico de tanta sangría como nos cuestan estas organizaciones, que lo único que hacen con mucha limpieza es sacarnos las pesetas? ¿Nos informan algunas de ellas de la inversión de ese dinero? Son preguntas que cada uno puede hacerse y contestarlas ateniéndose a la realidad de lo que está ocurriendo.

Hemos sido, y lo somos, defensores de la ley de Coordinación; pero al implantarse nos va decepcionando; es muy complicada y, por ello, tiene tantos tropiezos, siendo la realidad que, muchos que cobraron bien, con toda puntualidad, ahora cobran tarde o no cobran.

Quizá algunos que antes no cobraron cobran ahora; pero la clase no está satisfecha. ¿Es que aún es pronto? El tiempo lo dirá; pero nació mal, se cría enclenque y morirá muy joven. Una de las cosas más convenientes que tenía dicha ley, el cobrar el titular las dotaciones de practicante y matrona donde no estén desempeñadas por estos titulares, se nos han suprimido de hecho, pero no de derecho; apenas se ha protestado de ello, sin duda, era muy inconveniente esta mejora cuando los Colegios y, sobre todo, la Asociación de titulares, nada han hecho para defenderla por todos los medios, incluso acudiendo al pleito contencioso, porque si la ley de Bases, en su artículo 18, dice: "Se respetarán escrupulosamente todos los derechos adquiridos por aquellos sanitarios titulares que son mejor remunerados o tienen alcanzadas de un Ayuntamiento mejoras de cualquier orden, no especificadas en esta disposición de carácter general", y hay una Orden ministerial de 9 de diciembre de 1923 (*Gaceta* del 14-12-33) que nos reconoce y estipula el derecho a aquellos sueldos, es una aberración que un reglamento diga de una manera ambigua lo contrario, pues un reglamento, como saben los más ajenos a leyes, no puede anular ninguna base de una ley.

Incrementado el sueldo de titular con el de practicante y matrona, era un asidero más de nuestra estabilidad, era una nueva trinchera que se le tomaba al enemigo. Es muy extraño, pues, que la Asociación no se moviese, aun cuando tampoco han empujado las Juntas provinciales ni las de distrito, últimas células, pero que es donde debía empezar la *presión*.

En alguna de éstas, en la a que yo pertenezco, se manifestó la tendencia, y así lo hubiera hecho la mayoría, de rebajar los aumentos de las igualas en la mínima proporción, dejando en libertad a cada uno de obrar. Claro está que esto no era lo más conveniente, porque está reñido con el sentido común renunciar a mejoras legales; pero del mal, el menos: otros hubieran cobrado los aumentos sin merma de las igualas, como lo estamos cobrando, sin menoscabo de aquéllas, el aumento de titular.

Es un sarcasmo que lo que no ocurre en ninguna clase social ocurra en la nuestra: dar la sensación de que estamos espléndidamente pagados, cuando la realidad es muy otra... Y cuando yo quise comentar en plan de censura estos acuerdos, por creerlos perjudiciales, y envié unas cuartillas para su inserción en el *Boletín Oficial* del Colegio, el lápiz rojo las envió directamente al cesto de los papeles, porque "encerraban censura para los

compañeros que no querían cobrar los aumentos", vulnerando así aquel precepto del *Boletín*, que en su portada dice: "Colaboradores, todos los señores médicos colegiados." Así es como se practica la libertad al santo derecho de comentar y censurar actuaciones; es más cómodo ejercer una dictadura del *Boletín*, que éste sea patrimonio para que se ocupen páginas con notas necrológicas kilométricas, con párrafos amazotados de sublimes cantos poéticos, así como con chascarrillos charadísticos, que entretienen mucho a la clase...

Se nos aconseja, ante estos fracasos de la organización, una gran dosis de paciencia, esperando, con resignación similar a la de Job, el espléndido amanecer, que nunca llega, pero que llegará... Como el proverbio árabe, que dice a éste "que si quiere ver pasar el cadáver de un enemigo, se siente y espere a la puerta de su casa".

La clase sanitaria es apática, es tímida, es transigente en alto grado, porque no ve en sus organismos decisión ni garantías para defender a sus miembros. Sólo ve organismo rutinario, burocrático y de exhibición...

¡Pobre clase proletaria, si así hubiese encauzado su emancipación!

Si cuando les aumentaron la primera vez sus jornales y les disminuyeron sus horas de trabajo hubieran hecho dejación de estos beneficios, se hubieran anulado para seguir mejorando. Yo no dudo que en nuestra profesión hay burgueses que no necesitan mejorar; quizá sea un burgués el que me dijo que cobrar esos aumentos *era estafar* a los pueblos...; pero la inmensa mayoría son proletarios de ínfima categoría, que apenas si pueden satisfacer sus más perentorias necesidades de vida. Todo esto es explicable, porque estamos en una fase de letargo...: en cuanto despertemos, todo cambiará; necesitamos sólo un caudillo, que, por ahora, no hemos encontrado, y unos cuantos barrenderos que se lleven a figurones que nos están entreteniendo con frases galanas, y que con ellos se lleven organizaciones que nos están sacando las pesetas sin resultado práctico, o con gran perjuicio, como lo es el Escalafón de categorías.

De las ruinas de todo esto podía salir un espléndido edificio, en el que quepamos todos los sanitarios, libres y titulares: todos tienen derecho a la vida, así como a mirarnos frente a frente sin resquemor alguno.

RAMÓN PAADÍN ESTRELLA.

Villagonzalo-Pedernales (Burgos), enero de 1936.

A PROPOSITO DE UNA ORDEN

La *Gaceta* del día 25 de enero de este año publica una Orden del Ministerio de Trabajo y Sanidad creando una Comisión que dictamine las atribuciones que sobre sanidad han de tener los médicos de A. P. D., en funciones de inspectores municipales de Sanidad, en las poblaciones rurales. Orientación que, a no dudar, la notable e ilustre Junta nombrada ha de llevar a cabo de tal forma, que rinda todo el fruto posible a elevar el nivel sanitario de nuestra patria.

Reconozco mi falta de talla intelectual para comentar la gran importancia del proyecto; pero a pesar de ello, y por creer, aunque sea algo pretencioso, que conozco

lo que son los pueblos rurales españoles y de lo que podemos aspirar de su patriotismo en la materia que se pretende legislar, voy, aun sin pedírmela, a dar mi opinión a las ilustres personalidades encargadas de hacer el estudio.

En los pueblos, como todo está por hacer en razón de Sanidad, se necesita emprender una cruzada lenta y progresiva, capaz de transformarlos y convertirlos en de aspecto triste que la mayoría presentan, en alegres y risueños, para lo cual hay que destruir casas, ensanchar calles, plantar árboles, dotarlos de agua suficiente a sus necesidades, alejar de sus poblados las basuras, prohibir que en un mismo edificio se alberguen animales y personas, construir lavaderos, abrevaderos y alcantarillados, etc., etc.

Ahora bien, para conseguir esto sólo se necesitan dos cosas: Gobierno que ordene y persona encargada de obligar, vigilar y dirigir su cumplimiento.

¿Contamos con estos elementos? Teóricamente, sí; prácticamente, no, por cuanto por medio de la Instrucción de Sanidad del Dr. Cortezo, primero, y el Reglamento de Sanidad del Dr. Murillo, después (creo que vigentes todavía), se ordenaba lo necesario a conseguir el fin propuesto; mas como faltaba el segundo y principal elemento, que era la persona aludida anteriormente encargada de su cumplimiento, fracasó, como fracasará el plan que proponga la Junta indicada, y la razón es muy sencilla, por cuanto en ningún país del mundo ni en ninguna época, que sepamos, dicho con todo el respeto, se le ha ocurrido a nadie mandar a luchar a un ejército sin armas, sean éstas de la clase que fueran; por lo cual, aunque España cuenta con un ejército con el mayor deseo de trabajar y luchar por conseguir higienizarla, no podrá, porque le falta el arma que da la independencia.

Por todo lo cual, creo que el preámbulo del informe que la Junta aludida presente al ministro sea haciéndole ver que, para que su trabajo dé el fruto pretendido, es preciso que los médicos titulares pasen a depender del Estado, gozando de un sueldo decoroso que les ponga a cubierto de las maniobras caciquiles de que hoy se hallan rodeados. Pudiéndose conseguir esto fácilmente incautándose el Estado de las actuales titulares y creando el tributo sanitario, único medio, a mi juicio, factible, rápido y económico de conseguir lo que el ministro se propusiera al dictar la Orden ligeramente comentada.

SANTIAGO FERNÁNDEZ DE VELASCO.

Lo que defiende y lo que ataco

Desea el Sr. Lozano Borroy comprender mis propósitos y conocer mi intención. Para ello no era preciso que hiciese un ruego, pues bastaba una indicación. A satisfacer sus deseos voy.

En el número 4.253 de EL SIGLO MÉDICO, correspondiente al día 15 de junio de 1935, publicábase un artículo mío, titulado "Reorganización sanitaria.—Colaboremos". En dicho artículo yo esbozaba un programa a seguir y realizar. Los diez puntos del extracto de di-

cho programa pueden resumirse así: protección al excedente forzoso, al parado, dándole preferencia a ocupar vacantes; aumento de plazas en la cuantía que exija el censo de población, a base de 250 vecinos ó 1.000 habitantes, o fracciones superiores a la mitad de estas cifras; incompatibilidad absoluta entre dos cargos remunerados, considerando injusto, absurdo y hasta inhumano que al lado de miles de compañeros parados existan enchufistas con varios sueldos acaparados.

Con el procedimiento en aquella ocasión indicado, no habría oposición libre ni forma alguna de ingreso en el Cuerpo EN TANTO QUEDE UN SOLO MEDICO EN PARO O EN EXCEDENCIA FORZOSA.

Esto no pasaría de ser una utopía si en las Facultades no se ponía el tope que regulase la producción de médicos, lo cual tratábamos en el décimo y último punto del bosquejo de programa, indicando las medidas a mi juicio indicadas, que podrán o no ser buenas, pero que en su dictado únicamente intervino el deseo de solucionar el problema complejo, y más grave cada día, de la competencia ilícita entre médicos.

En otro de mis artículos dije que juzgaba excesiva la atribuida plétora de médicos, aplicada, no al desbarajuste de hoy en la Sanidad y en el ejercicio médico, sino a las necesidades en descubierto, a las plazas que en número considerable se producirían en vacantes mediante esa organización, atendiendo a cubrir las necesidades de los pueblos con la idónea asistencia médica que deben tener y que pueden tener. En el último número de EL SIGLO MEDICO lo dice pluma tan autorizada como la de "Decio Carlán", cuando afirma: "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..."

Pensar que el proyecto de un hombre es utópico, puede admitirse en tanto es juicio individual; pero cuando plumas más autorizadas que la del que imaginó ese proyecto coinciden en afirmar lo mismo que el presunto utópico afirmó, la utopía deja de serlo para tomar caracteres de verosimilitud y factible realización.

Creo haber demostrado en los cuarenta y tantos artículos publicados en año y medio desposeerme de egoísmos personales, de apasionamientos que serían reflejo de egoísmos. Publicados están y pueden leerse. Mas por si así no lo ve o no lo entiende alguno, declararé que mi tendencia es llevar a su centro el ejercicio médico, organizándose éste con arreglo a las exigencias del hoy, que inexorablemente hemos de vivir; mi decisión es colaborar en la medida de mis fuerzas a evitar en lo sucesivo el estado caótico, que ha permitido se realizasen injusticias y cometiesen atropellos inicuos y brutales con compañeros indefensos por faltar una legislación que les amparase. Y tal arraigo tienen en mí estas decisiones y tendencias, que en tanto se construya, se haga y realice esa labor seguiré escribiendo pro mejora del médico, especialmente en el medio rural, y partiendo del principio de que, llevado a la práctica tal sistema de organización, el médico rural será titular, al médico titular rural he de defender, en tanto la hospitalidad de una revista conceda un hueco a mis cuartillas.

Entendemos ha llegado la hora (hace tiempo) de or-

ganizar la Sanidad y el ejercicio profesional conforme reclaman las necesidades, tanto por el número de médicos como por los servicios desatendidos, parcial o incompletamente atendidos, por acumulación de cargos en quien ha de servirlos, o por excesivo vecindario que atender. Basta para comprobar la exactitud de esto repasar la lista de plazas últimamente anunciadas, entre las cuales hay algunas de 2.000 a 5.000 habitantes para una sola plaza. Y si esto vemos en 300 plazas, en el total de 10.000 lógicamente hemos de suponer son en gran número las que se hallan en análogo caso. Ved si hay plazas con médico *a medias*, a la par que hay médicos sin plaza *ni a medias*.

Hágase esa clasificación que patrocinamos por riguroso censo de población y saldrán muchas, pero muchas vacantes. Hágase incompatible el cargo de forense con el de titular y saldrán bastantes más. Suprimanse interinidades, tanto en forensías como en titulares, tan graciosas como sencillamente conseguidas, y saldrán bastantes más. Exíjase periódicamente un examen de suficiencia y saldrán bastantes más, porque los ineptos serán eliminados por su propia ineptitud. Dense normas fijas para provisión de vacantes, previa garantía e independencia del titular, y las injusticias, los atropellos, las indignidades pasarán al hueco de la historia profesional. Redáctese un Código de ejercicio médico que permita el ejercicio decoroso de la Medicina; permita al ciudadano elegir *libremente* su médico, pero que evite que esa libertad desaparezca por ofertas rastreras, y al que las hiciere, que en ese Código halle la sanción adecuada.

Lo que no puedo tolerar por intolerable es que, por falta de escrúpulos para la más elemental ética profesional, se den casos de disfrutar sueldos hasta de 12.000 pesetas merced a esas combinaciones maquiavélicas, siendo un inepto en toda la extensión de la palabra. Titular bonitamente acaparada, 3.500 pesetas; forensía lindamente obtenida interinamente, 4.000 pesetas; médico de unas obras en construcción con elevado número de obreros, 6.000 pesetas. Total anual: 13.500 pesetas en sueldos, y aparte el ejercicio profesional. Pues bien, en este caso evidencia la lucidez de inteligencia y asimilación de la enseñanza el sucedido siguiente: un día llega al laboratorio un tubo con sangre, dispuesta con su coágulo y su suero, como es de suponer, y lo que se pedía era recuento globular, y lo más tremendo del caso es que el médico (así se llama, pues tiene el título), enchufista hasta 13.500 pesetas, había hecho un cursillo en el Instituto Provincial de Higiene. Cada cual puede hacer los comentarios que mejor le parezca; pero en lo que a mí se refiere, de tal forma me indigna que esto pueda ocurrir, que en lo poco que pueda combatiré el que tales hechos sucedan, sin cejar en tanto exista una ley que regule y normalice tal enormidad.

La falta profesional, la injusticia, el mal proceder, allí donde se halle tendrá mis ataques, que no cesarán por nada ni por nadie. La equidad, el decoro profesional, el buen proceder tendrá mi defensa allí donde se encuentre.

Esta, por tanto, es la brújula de mi actuación.

ANGEL F. DOMÍNGUEZ.

Asamblea de Médicos de Lucha Antituberculosa

En el Colegio de Médicos de Madrid ha tenido lugar la Asamblea de Médicos de Lucha Antituberculosa de España, en la que se tomaron los siguientes acuerdos, que han sido elevados a la Superioridad:

1.º Que se equipare a todos los médicos que hayan desempeñado plazas en instituciones antituberculosas procedentes del extinguido Patronato, de Diputaciones, Ayuntamientos o de particulares, subvencionadas por el Estado o Juntas provinciales antituberculosas de régimen económico común o extraordinario, como las Provincias Vascongadas, a los que por sentencia del Tribunal Supremo se les ha reconocido el derecho de pertenecer al Cuerpo de Médicos de Lucha Antituberculosa del Estado.

2.º Que aquellos médicos que reúnan las condiciones anteriores y hayan sido destituidos indebidamente sean repuestos en sus cargos.

3.º Que se otorgue el título de médico fisiólogo, a que se refiere el Decreto de 29 de agosto último, a todos aquellos médicos a quienes afectan las anteriores conclusiones.

4.º Crear la Federación Española de Médicos de Lucha Antituberculosa con arreglo a las bases que en su día serán sometidas a estudio y aprobación de la Asamblea general, nombrándose presidente de la Comisión organizadora al Dr. D. Tomás de Benito Landa, de Madrid, y secretario al Dr. D. Jesús Galán, de Avila.

Asistieron representaciones de Madrid, Sevilla, Avila, Valladolid, Bilbao, Toledo, Zaragoza, Soria, La Coruña, Almería, Eibar, Asturias, Palma, El Ferrol, etc.

Las clases sanitarias de Almería

El 27 de enero, a las doce horas y en el salón de actos del Colegio de Médicos, se celebró una Asamblea provincial de clases sanitarias, a la que asistieron representaciones de todas las profesiones y de los Colegios oficiales, bajo la presidencia del Comité provincial de enlace.

El objeto de esta Asamblea era deliberar sobre la situación creada a los sanitarios que dependen de los Municipios por la actitud de varios Ayuntamientos, que vienen vulnerando sistemáticamente la ley de Coordinación Sanitaria en lo que se refiere al pago de haberes.

Tuvo conocimiento la Asamblea de la situación angustiosa de numerosos sanitarios, a quienes se les adeudan varios meses de sueldo, y han sido embargados por sus acreedores.

Con el mayor entusiasmo y por absoluta unanimidad se acordó iniciar los oportunos procedimientos judiciales contra las autoridades administrativas provinciales y locales, que constantemente infringen las leyes vigentes, y a este efecto se le otorgó un amplio voto de confianza al Comité de enlace de clases sanitarias para los nombramientos de letrados, y realizar cuantos gastos se ocasionen en la persecución de los que, a sabiendas del mal que hacen, vienen entorpeciendo la aplicación de

una ley que se dictó para evitar el que miles de sanitarios perecieran de hambre.

Igualmente se acordó exponer públicamente su única aspiración de que sean satisfechos puntualmente los haberes devengados.

Enfermería para tuberculosos de Chamartín de la Rosa

ESTADO ACTUAL DE LA TERAPÉUTICA EN LA TUBERCULOSIS PULMONAR

Curso teóricopráctico organizado bajo la dirección del Dr. F. R. de Partearroyo, con la colaboración de los Dres. Abelló, Blanco, Miñana y Pallete.

En la Enfermería para Tuberculosos, de Chamartín de la Rosa (Madrid), se dará un curso sobre el estado actual de la terapéutica en la tuberculosis pulmonar. Este empezará el día 9 de marzo hasta el día 26. Las demostraciones prácticas se efectuarán en dicho establecimiento en horas que se avisarán previamente.

PROGRAMA DE LAS CONFERENCIAS

Día 9.—Diagnóstico clínico y bacteriológico de la tuberculosis pulmonar.

Día 10.—Diagnóstico radiológico fundamental de la tuberculosis pulmonar infantil.

Día 11.—Diagnóstico radiológico fundamental de la tuberculosis pulmonar del adulto.

Día 12.—La radiología como auxiliar de la cirugía torácica.

Día 13.—Ideas generales sobre la anatomía patológica en la tuberculosis pulmonar aplicadas a la colapsoterapia.

Día 14.—Mecanismo de acción en la colapsoterapia, indicaciones y contraindicaciones del neumotórax artificial.

Día 15.—Iniciación, mantenimiento, abandono e imágenes residuales del neumotórax.

Día 17.—Neumotórax bilateral y neumotórax contralateral.

Día 18.—Complicaciones del neumotórax; modo de prevenirlas y de tratarlas.

Día 19.—Sección de adherencias en el curso del neumotórax.

Día 21.—Oleotórax, serotórax, gelatinotórax, colapsoterapia combinada y otros métodos quirúrgicos. Resultados comparativos de las diferentes técnicas estudiadas.

Día 22.—Frenicetomía. Fundamento de sus indicaciones y complicaciones.

Día 24.—Indicaciones de la apicolisis y de la toracoplastia.

Día 25.—Tratamiento higiénicodietético y sintomático de la tuberculosis pulmonar. Tratamiento quimioterápico y específico de la tuberculosis pulmonar.

Al finalizar el curso se dará un certificado de asistencia.

Las inscripciones, en número limitado, se admiten en el Colegio de Médicos de Madrid, en la Administración de la Enfermería para Tuberculosos de Chamartín de la Rosa y en la *Revista Española de Tuberculosis*. Los derechos de inscripción son 100 pesetas.

Association á l'Enseignement médical des Hôpitaux de Paris

Semaine Oto-rhino-laryngologique du 4 au 9 mai 1936, par *Mrs. Aubin, Aubry, Baldenweck, André-Bloch, Bouchet, Bourgeois, H. P. Chatellier, Grivot, Halphen, Hautant, P. C. Huët, Lallemant, Lemaitre, Lemarié, Le Mée, Louis-Leroux, Moulouquet, Ombredanne, Ramadier, Rouget, oto-rhino-laryngologistes des Hôpitaux de Paris.*

PROGRAMME

Lundi 4.—Matin: "Laryngoscopie en suspension", *Lallemant* (St. Antoine). Soir: "Le nystagmus oculaire", *Baldenweck y Chatellier* (Beaujon).

Mardi 5.—Matin: "Diagnostic & traitement du cancer du larynx", *Hautant* (Tenon). Soir: "Laryngectomie totale", *Huët* (Amphithéâtre); "Traitement chirurgical des diverticules de l'hypopharynx", *Aubin* (Clamart).

Mercredi 6.—Matin: "Cancer de l'amygdale et du maxillaire inférieur", *Lemaitre* (Lariboisière). Soir: "Osteomyélite envahissante du crâne", *Louis Leroux*; "Les hémorragies en O. R. L.", *André Bloch* (Laënnec).

Jeudi 7.—Matin: "Traitement chirurgical de l'ozène", *Moulouquet* (Boucicaut). Soir: "Les Pétrosites", *Ramadier* (Amphithéâtre de Clamart).

Vendredi 8.—Matin: "Chirurgie du labyrinthe", *Aubry* (Tenon). Soir: "Section du nerf vestibulaire", *Ombredanne* (Amphithéâtre de Clamart).

Samedi 9.—Matin: "Diagnostic & traitement des Ethmoidites", *Halphen* (St. Louis). Soir: "Radiographie du rocher et des sinus crâniens", *Le Mée* (Enfants), *Bouchet* (Malades). Exercices de lecture et d'interprétations des films. De quelques instrumentations pour la laryngoscopie directe chez l'enfant. Démonstration et critique.

Droit d'inscription: 200 frs.

Des conditions spéciales seront faites pour l'inscription des Internes et Externes des Hôpitaux de Paris.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 15 avril 1936, par le Dr. Louis Leroux, oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de Paris, 242 bis Boulevard Saint-Germain, Paris 7ème.

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

(Conclusión.)

D. Jacinto González Boada. Falta toda la documentación.

D. Miguel González-Molina Recoher. Falta toda la documentación.

D. Máximo Emiliano González-Terrón. Falta certificado de aptitud física.

D. Fausto Herrera Romero. Falta certificado de Penales y título de Licenciado.

D. Francisco Hernández Guzmán. Falta toda la documentación.

D. Sebastián Herreros Araque. Falta toda la documentación.

D. Santos Manuel Hierro López. Falta título de Licenciado.

D. Celestino Holgado García. Falta toda la documentación.

D. Fermín Jiménez Quesada. Falta toda la documentación.

D. Juan Jiménez Chávarri. Falta certificados de nacimiento y de aptitud física.

D. Luis Jiménez Huerta. Falta certificado de aptitud física.

D. Alejandro Jimeno Gracia. Falta toda la documentación.

D. Joaquín Lamarca Bello. Falta toda la documentación.

D. Ramiro Laburu Prieto. Falta título de Licenciado.

D. Federico Lejárrago Merlo. Falta certificados de nacimiento y de aptitud física.

D. Bernardino Loarte García. Falta toda la documentación.

D. Fernando López Carvajal. Falta certificado de nacimiento, título de Licenciado en Medicina y solicitud.

D. Joaquín López Ramos. Falta certificado de nacimiento.

D. Vicente López Pascual. Falta certificado de aptitud física y reintegro del certificado de nacimiento.

D. Víctor López Barrantes. Falta toda la documentación.

D. Victoriano López Montero. Falta toda la documentación.

D. Angel Losada Varela. Falta certificados de aptitud física, Penales y nacimiento.

D. Constancio Loza Alonso. Falta título de Licenciado.

D. José Lucas Espinosa. Falta certificado de nacimiento.

D. Ramón Luelmo Luelmo. Falta certificados de nacimiento, de aptitud física y título de Licenciado.

D. José Pedro Lorenzo Rodríguez. Falta toda la documentación.

D. Manuel Llebres Tena. Falta título de Licenciado.

D. Francisco Macías Macías. Falta toda la documentación.

D. Alfredo Macho Colsa. Falta certificado de aptitud física.

D. Benedicto Málaga García. Falta certificado de Penales.

D. José Marazuela González. Falta toda la documentación.

D. Antonio Márquez Marín. Falta certificados de Penales y de aptitud física.

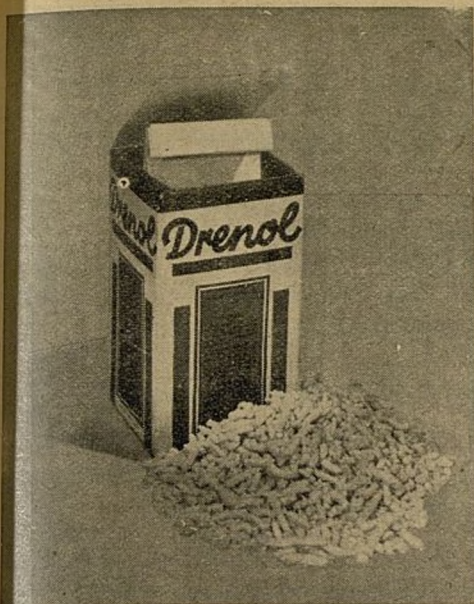
D. Miguel Martín-Merás Herrero. Falta toda la documentación.

D. Eduardo Martínez de Bourio y Delgado. Falta toda la documentación.

D. Heliodoro Martínez Méndez-Villamil. Falta certificado de nacimiento y título de Licenciado.

D. Juan José Martínez Martínez. Falta toda la documentación.

D. Juan Francisco Martínez Peña. Falta toda la documentación.



DRENOL

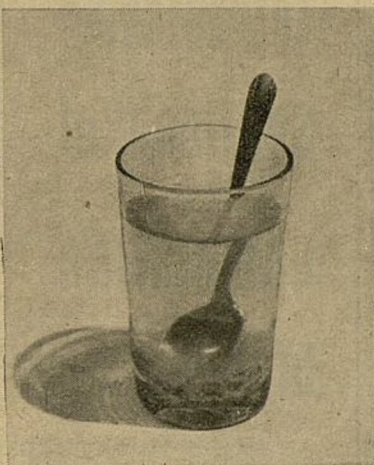
ASOCIACION DE SULFATO MAGNESICO
PEPTONA Y MENTA

Indicadísimo para las
afecciones hepáticas y
vías biliares en general

©

INSUSTITUIBLE PORQUE:

- I Es un colagogo intensivo.
- II Efectúa un drenaje biliar continuo, racional y sistemático.
- III Evita el uso de la sonda duodenal.



DRENOL

Fábrica de Productos Químicos y Farmacéuticos

ABELLO

Vinaroz, 5 y Suero de Quiñones, 16 y 18 (Prosperidad), MADRID

AGENTES EXCLUSIVOS PARA ESPAÑA:

Hijos de HONORIO RIESGO, S. A.

CALLE MAYOR, 7, MADRID

HAPTINOGENOS

“M E N D E Z”

NEUMO

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

GONO

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

ECZEMA

Curativo del Eczema agudo y crónico.

ESTAFILO

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

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

Laboratorios biológicos Doctor Julio Méndez.-Buenos Aires.

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, J. 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 esticnina.

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

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

Asociación
Digitalina - Uabaina



Reemplaza con ventaja la
Digital y Digitalina

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

LABORATORIOS DEGLAUDE
15, Boulevard Pasteur.-PARIS

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



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)

D. Modesto Martínez Piñeiro. Falta toda la documentación.

D. Francisco Mateo Martín. Falta toda la documentación.

D. Fernando Mas Robles. Falta toda la documentación.

D. Lorenzo Méndez Calvo. Falta toda la documentación.

D. Luis Meré y Meré. Falta toda la documentación.

D. Enrique de Miguel y López-Montenegro. Falta toda la documentación.

D. Cecilio Miquereña Barandalla. Falta toda la documentación.

D. Pedro Molina Palenciano. Falta toda la documentación.

D. Luis Moneo Mato. Falta certificado de aptitud física.

D. Bernardo Francisco Montes San Agustín. Falta certificados de nacimiento y de aptitud física y título de Licenciado.

D. Saturnino Montes Maestre. Falta toda la documentación.

D. Manuel Morillo Quera. Falta toda la documentación.

D. Carlos Muñiz Migallón. Falta toda la documentación.

D. Vicente Murillo Mogollón. Falta toda la documentación.

D. Juan Francisco Núñez Pedrero. Falta certificado de nacimiento.

D. Francisco Ortega Leiva. Falta toda la documentación.

D. Ricardo Ortega Alvarez. Falta toda la documentación.

D. Manuel Padín Guerra. Falta certificado de Penales.

D. Matías Pagés Amador. Falta certificado de aptitud física y título de Licenciado.

D. José Paramés Enríquez. Falta certificados de nacimiento y de aptitud física y título de Licenciado.

D. Arturo Pardo Chinnery. Falta certificado de aptitud física.

D. José Parras Benito. Falta toda la documentación.

D. José Pastor Gadea. Falta toda la documentación.

D. Francisco Paternina y Arjona. Falta certificados de nacimiento y aptitud física y título de Licenciado.

D. Ataulfo Peña Serrano. Falta título de Licenciado.

D. Cayetano Pérez Cabezas. Falta toda la documentación.

D. Manuel Pérez Presto. Falta toda la documentación.

D. Manuel Pérez Rosón. Falta certificado de aptitud física.

D. José Luis Posada Sáenz de Santamaría. Falta toda la documentación.

D. Ignacio Prieto López. Falta título de Licenciado.

D. Luis Resel Maceira. Falta toda la documentación.

D. Bernabé Rico de Sanz. Falta título de Licenciado.

D. Germán Riesgo del Campo. Falta toda la documentación.

D. José Ambrosio Rivera Martínez. Falta título de Licenciado.

D. Alberto Rodríguez Cano. Falta certificado de aptitud física, título de Licenciado y reintegro de la solitud.

D. Antonio Rodríguez. Falta toda la documentación.
D. Emérito Rodríguez Aguilera. Falta toda la documentación.

D. Gonzalo Rodríguez Gay. Falta toda la documentación.

D. José Rodríguez Martínez. Falta certificado de nacimiento.

D. Juan Agustín Rodríguez Herrero. Falta toda la documentación.

D. Luis Rodríguez Rojas. Falta toda la documentación.

D. Manuel Rodríguez Cruz. Falta toda la documentación.

D. Tomás Rodríguez Moreno. Falta título de Licenciado y certificados de nacimiento y de Penales.

D. Antonio Roger Amado. Falta toda la documentación.

D. Domingo Romero Rodríguez. Falta toda la documentación.

D. José Roselló Coll. Falta toda la documentación.

D. Félix Ruano Alvarez. Falta toda la documentación.

D. Alejandro Rubio Becerra. Falta toda la documentación.

D. Enrique Rubio Marcén. Falta título de Licenciado y certificado de aptitud física.

D. Pablo Rubio Repullés. Falta certificado de nacimiento.

D. Francisco Ruiz Valverde. Falta título de Licenciado y certificados de Penales y de aptitud física.

D. Luis Ruiz del Arbol Rodríguez. Falta certificado de Penales y de aptitud física.

D. Venancio Sáenz de Tejada González. Falta toda la documentación.

D. Victorio Sáenz Gómez. Falta toda la documentación.

D. César Salamanca Pareja. Falta título de Licenciado y certificado de nacimiento.

D. Miguel Salinas González. Falta toda la documentación.

D. Juan Salván Martí. Falta toda la documentación.

D. Francisco Sancho Collado. Falta toda la documentación.

D. Francisco Sánchez Sánchez. Falta toda la documentación.

D. Jesús Sánchez Sánchez. Falta toda la documentación.

D. José Sánchez Céspedes. Falta toda la documentación.

D. José Sánchez Mateos. Falta toda la documentación.

D. José Sánchez Sánchez. Falta título de Licenciado.

D. Pascual Sandoval Cuesta. Falta toda la documentación.

D. Maximiliano Santos Laguna. Falta título de Licenciado.

D. Angel María Sanz Cruz. Falta toda la documentación.

D. José Sanz Ortiz. Falta toda la documentación.

D. Sabino Sarasola Amundarain. Falta toda la documentación.

D. Santiago Sarasola Amundarain. Falta certificado de aptitud física.

D. Fernando Sastre Martín. Falta toda la documentación.

D. Pedro Serrano Piqueras. Falta toda la documentación.

D. Vicente Sevilla Larriga. Falta toda la documentación.

D. Alejandro Sierra Carré. Falta toda la documentación.

D. Guillermo Suárez Carballal. Falta certificados de nacimiento y de aptitud física.

D. Juan Suárez Ferreiro. Falta certificado de nacimiento.

D. Clemente Tamames Ratera. Falta toda la documentación.

D. Rafael Tolosa Sanchís. Falta certificación de nacimiento.

D. Ignacio de Torres Montoya. Falta toda la documentación.

D. Angel Urbano Pérez. Falta certificados de nacimiento y de aptitud física y título de Licenciado.

D. José Ureba Alba. Falta certificado de Penales.

D. Antonio Utrilla Domínguez. Falta título de Licenciado.

D. Justo Vega Fernández. Falta toda la documentación.

D. José Antonio Vega Ferreiro. Falta certificado de Penales.

D. Agustín Vergara Olivas. Falta toda la documentación.

D. Angel Vicario Calvo. Falta toda la documentación.

D. Luis Vidal Gamarra. Falta certificado de aptitud física.

D. Fernando Villarino de Andrés-Moreno. Falta certificado de nacimiento.

D. Siro Villas García. Falta toda la documentación.

D. Faustino de la Viña Carriedo. Falta toda la documentación.

D. Simón Viñals Cañil. Falta toda la documentación.

D. Francisco Yáñez Tomé. Falta toda la documentación.

D. Roberto Zabál Pérez. Falta certificado de nacimiento.

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 25 DE ENERO:

Expirado el plazo de validez de las licencias de uso de armas el día 14 de los corrientes, se pone en conocimiento de los funcionarios pertenecientes al Cuerpo Médico de Sanidad Nacional para que remitan las expedidas a su favor para su canjeo por las de nueva expedición.

Lo que se hace público para conocimiento de los interesados.—Madrid, 16 de enero de 1936.—El subsecretario, S. Ruesta.

"GACETA" DEL 26 DE ENERO:

Ministerio de Trabajo, Justicia y Sanidad.—Este Ministerio, en armonía con lo expuesto, ha tenido a bien disponer que quede anulada la Orden ministerial de 25 de mayo de 1935, referente a la suspensión de oposiciones y concursos anunciados con anterioridad a la fecha de 15 de mayo de 1934, para la provisión de plazas correspondientes a los Servicios de Sanidad y Beneficencia, y, por consiguiente, que con la mayor rapidez posible se proceda a la celebración de los concursos y oposiciones de referencia para la provisión de las plazas afectas.

"GACETA" DEL 3 DE FEBRERO:

Ministerio de Trabajo, Justicia y Sanidad.—En los Juzgados siguientes se hallan vacantes las plazas de médicos forenses: Albocácer, Cañete y Grazalema, de entrada; Barbastro y Valverde del Camino, de ascenso. A proveer por traslación. Instancias, hasta el 18 de febrero.

"GACETA" DEL 7 DE FEBRERO:

Publica la lista de los opositores presentados a las plazas de la Asistencia Pública Domiciliaria. Los nombres de aquellos que tienen la documentación incompleta se vienen publicando ya en nuestras columnas.

GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 703,5; ídem mínima, 696,6; temperatura máxima, 14,5°; ídem mínima, 4,6°; vientos dominantes, SO.

En los adultos las enfermedades dominantes han sido las bronquitis; en los casos crónicos, con insuficiencia cardíaca. También ocurrieron algunos casos de infección urinosa.

En cambio en los niños hubo frecuentes bronconeumonías y abundantes casos de sarampión, sobre todo en los barrios del norte.

CRONICAS

Knoll A. G. ha trasladado su oficina científica de la calle de Sagasta a la de Goya, número 24, principal derecha. Teléfono 61529. Madrid.

"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.

Laboratorios Midy.—La Delegación de esta Casa en Madrid ha trasladado su domicilio de la Avenida de Eduardo Dato, número 11, a la calle de N. Alcalá-Zamora, número 24; pero continúa con el Apartado número 534.

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.

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

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

EL SIGLO MEDICO

Desea en las capitales de provincia (excepto Madrid y Barcelona) y en poblaciones importantes

DELEGADOS

para divulgación de la revista y gestiones de publicidad en ella. Serán preferidos los solicitantes que estén relacionados con Laboratorios, Farmacias, etc.

Dirijan la correspondencia al Sr. Administrador, Apartado 121.-Madrid.

Lipiodol Radiológico

Aceite Vegetal y Yodo puro
del Doctor LAFAY

"ASCENDIENTE" Y "DESCENDIENTE"

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

Concesionarios Generales para la Exportación:
Laboratoires
André GUERBET & C^e
22, rue du Landy
Saint-Ouen — Paris

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

**LIPIODOL
LAFAY**

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

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

Vías respiratorias

JARABE FAMEL
a base de Lactocresola soluble

**ACCIÓN
RÁPIDA
Y
SEGURA**

calma la tos
facilita la expectoración
reanima el estado general

Depósito general para España
Curiel s. A. - Aragón 228 - Barcelona

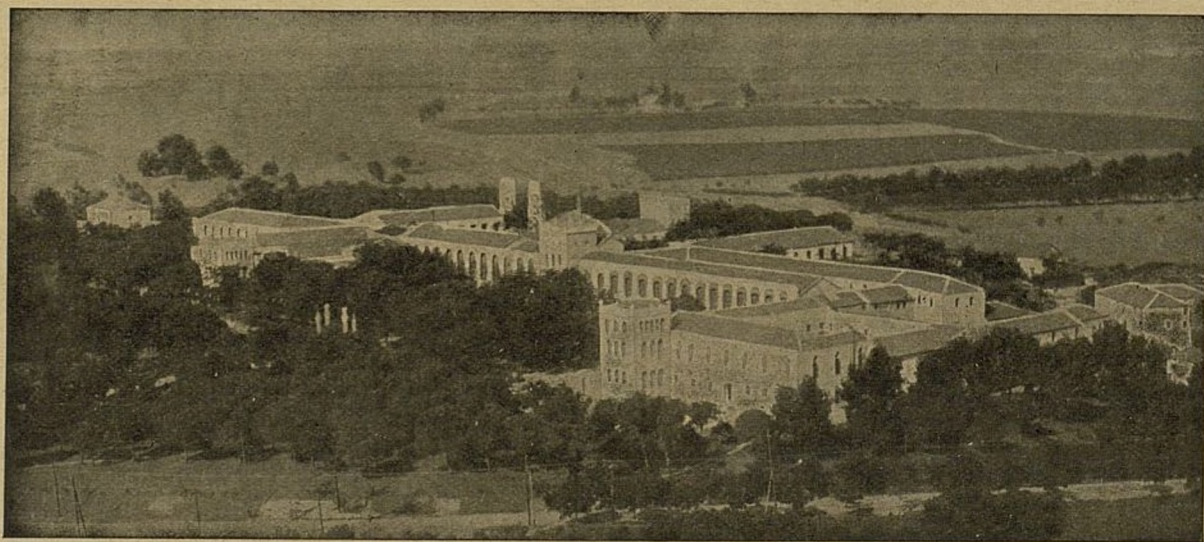
ORIGINALIDAD TERAPEUTICA

FEBRIFUGOL: Elixir. - Único preparado de fórmula racional, moderna y radicalísima para combatir las fiebres tíficas, paratíficas y colibacilares y demás infecciones endodigestivas. Rápida antisepsia interna, sin sales de mercurio ni fermentos lácticos.

NUTRIR: Extracto de cereales y leguminosas, maltosado, vitamínico, de alto coeficiente nutritivo y fácil digestión. Diferente sabor y aroma en cada frasco.

HALITOL: Antiséptico, desinfectante y profiláctico originalísimo. Purifica, perfuma e inmuniza. El bactericida más nuevo y eficaz. Higiene íntima, optitis, baños, heridas infectadas, etc., etc. Infalible siempre.

Laboratorio EGABRO
CABRA (Córdoba) España.



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

el, decía la sabiduría de aquel tiempo. Pero, ¿qué hicieron aquellos miembros del «Invisible College»? Uno de ellos aportó lo que suponían eran polvos de cuerno del unicornio, y otro llegó con una araña en un frasco; la Sociedad entera se arremolinó bajo la luz de grandes candelabros. ¡Silencio! Gran expectación; empezó el experimento, y he aquí el resultado:

«Se hizo un círculo con polvo de

CALCINHEMOL ALCUBERRO

Poderoso antianémico

ALCALA, 88. — MADRID

cuerno del unicornio; la araña fué colocada en su centro, pero inmediatamente salió corriendo fuera del círculo.» Definitivo, pensará el lector. ¡Naturalmente! Pero recordemos que entre los miembros del «Invisible College» estaban: Roberto Boyle, fundador de la Química, e Isaac Newton. Así era el «Invisible College», y, poco después, cuando Carlos II subió al trono, salió de la penumbra de una Sociedad científica clandestina y ascendió a la dignidad de «Real Sociedad de Inglaterra». ¡Sus miembros fueron el primer público que tuvo Leeuwenhoek! Había un hombre en Delft que no se reía de Antonio Leeuwenhoek: era Regnier de Graaf, a quien la «Real Sociedad» había hecho miembro correspondiente por haberles dado cuenta de las interesantes cosas que había encontrado en el ovario humano. Aunque Antonio Leeuwenhoek era muy arisco y desconfiaba de todo el mundo, al fin permitió a Graaf que mirase por aquellos ojos mágicos suyos aquellas diminutas lentes sin igual en Europa, ni en Inglaterra, ni en todo el mundo. Lo que Graaf vió con aquellos microscopios le hizo sentirse avergonzado de su propia fama y se apresuró a escribir a sus colegas de la «Real Sociedad»:

«Hagan ustedes que Antonio Leeuwenhoek les escriba comunicándoles sus descubrimientos.»

Leeuwenhoek contestó al ruego de la «Real Sociedad» con todo el aplomo

escrita con cómico desaliño en holandés vulgar, única lengua que conocía. El encabezamiento de la carta decía así: «Muestra de algunas observaciones hechas con un microscopio ideado por Mr. Leeuwenhoek, referentes al moho de la piel, carne, etcétera, al aguijón de una abeja, etcétera.» La «Real Sociedad» quedó asombrada; la carta hizo gracia a aquellos señores tan imbuídos de su sabiduría; pero, sobre todo, quedó pasmada de las maravillas que Leeuwenhoek aseguraba ver a través de sus nuevas lentes. El secretario de la «Real Sociedad», al dar las gracias a Leeuwenhoek, le dijo que esperaba que esta su primera comunicación sería seguida por otras; y, en efecto, lo fué, pues envió cientos de ellas en un período de cincuenta años. Eran unas cartas en estilo familiar, llenas de graciosas observaciones sobre la ignorancia de sus convecinos, poniendo al descubierto las imposturas de los charlatanes y disipando hábilmente añejas supersticiones, hablando a ratos de su propia salud, pero entreveradas en los párrafos y páginas enteras de esta prosa familiar, en casi todas las car-

IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico
BALDACCI - PISA

tas tenían los miembros de la «Real Sociedad» el honor de leer descripciones inmortales y magníficamente precisas de los descubrimientos logrados con el ojo mágico de aquel conserje y tendero de Delft. ¡Y qué descubrimientos los suyos!

(Continuará.)

La prevención de los accidentes en carretera

Algunas experiencias realizadas en Francia

Por el Dr. PIERRE BOHAGUE
Presidente de la Comisión Internacional Permanente de Socorros en carretera.

El carácter internacional de la circulación en carretera confiere a la obra de socorros en carretera un aspecto que sale del cuadro nacional.

Esta es la razón que indujo a crear la Comisión Internacional Permanente de Socorros en Carretera, después de las decisiones tomadas simultáneamente por el Consejo Central de Turismo Internacional y la Conferencia Internacional de la Cruz Roja en 1930.

La Comisión tuvo por misión, en primer término, formular recomendaciones para establecer en todos los

países puestos de socorro en carretera de un tipo uniforme.

Para llevar a cabo su trabajo, la Comisión estudió las experiencias realizadas en ciertos países, y después difundió sus conclusiones por el mundo entero. El resultado de sus esfuerzos fué verdaderamente lisonjero, ya que actualmente han sido creados en más de 30 países puestos de socorro del tipo uniforme preconizado, estableciéndose una colabo-

B A R A C H O L

Cura Eczemas, Erupciones y Enfermedades Rebeldes de la Piel.

ración en este dominio, desde el punto de vista nacional, entre las Sociedades de Cruz Roja y las organizaciones de turismo y automovilismo.

La cuestión de la prevención de los accidentes en carretera figura igualmente en el orden del día de los trabajos de la Comisión. Cuando emprenda el estudio de este problema, seguirá el procedimiento adoptado precedentemente para el establecimiento de los puestos, es decir, que tendrá en cuenta, en primer lugar, las experiencias de ciertos países para que saquen provecho de ellas los demás. He pensado que, en este orden de ideas, algunos informes relativos a lo que se ha hecho en Francia en este dominio, aunque con carácter puramente nacional, podrían, a título de ejemplo, ofrecer un interés internacional.

El número de accidentes mortales de la circulación en Francia ha sido publicado, hace algún tiempo, por el Ministerio de Obras públicas. Se eleva a 4.737, contra 4.504 en 1933.

Muchos se han dolido de que la situación no había hecho sino agravarse.

Desde luego, las cifras parecen darles razón. Es verdad que el número de accidentes mortales ha pasado, en diez años, de 1.926 a 4.737, pero hay que añadir que en el mismo lapso de tiempo la circulación ha aumentado, de 1.846.725 vehículos

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

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

(716.951 en 1924, a 2.563.676 en 1934).

El cuadro siguiente, en que figura la progresión paralela de los accidentes y de los coches en circulación, prueba de un modo elocuente que la

ION-CALCINA

PALLARES

A base de Cloruro de Calcio

Frasco e inyectables

mo del hombre ignorante y sencillo que no se hace cargo de la profunda sabiduría de los filósofos a quienes se dirige. Fué una carta muy larga la suya, en la que divagaba acerca de cuanto existe bajo las estrellas,

situación ha ido más bien mejorando:

AÑOS	Muertos	Vehículos en circulación	Por 100.000 vehículos
1924	1.626	716.951	226
1925	2.089	868.225	242
1926	2.160	974.699	226
1927	2.279	1.208.847	196
1928	2.941	1.417.755	208
1929	3.717	1.701.680	218
1930	4.061	1.989.643	204
1931	4.121	2.203.136	187
1932	4.180	2.232.272	188
1933	4.505	2.414.895	186
1934	4.737	2.563.676	184

¿Vamos a entregarnos a una confianza engañosa? No. Lo que debemos hacer es seguir aplicando los

Antiséptico Glorógeno Lumen

Muestras gratis.

Centro Farmacéutico Jienense.

Apartado 22.—Jaén

métodos empleados hasta ahora, y que han demostrado su eficacia. ¿En qué consisten estos métodos? ¿Cómo luchar contra los accidentes de la circulación? Esto es lo que conviene abordar, examinando los principales factores que concurren a la seguridad en la carretera.

Primero hablaremos de la *refección de las carreteras*, y en este dominio debo mencionar el esfuerzo hecho por el Servicio de Caminos y Puentes. Este esfuerzo ha dado por resultado una disminución considerable de accidentes dondequiera se han efectuado reparaciones. Por ejemplo, hay puestos de socorro que han visto disminuir sus intervenciones en una proporción de nueve por diez, después de terminados los trabajos. ¿No es éste el resultado más alentador para inducirnos a continuar una obra de tan felices consecuencias?

El *señalamiento* es también un factor importante para la seguridad.

Pero, si la unificación realizada en Ginebra se impone, el exceso, en este dominio como en otros, debe evitarse, porque llevaría a la falta de observación. Mejor es atenernos a las señales adoptadas en Ginebra, y que están sustituyendo en todas partes a las antiguas señales.

A esto vienen a añadirse las *condiciones meteorológicas*. La helada,

la niebla y la nieve son causa a menudo de muchos accidentes. La Unión Nacional de las Asociaciones Turísticas ha pensado evitarlos y, a partir de este invierno, hará funcionar un servicio que indicará a los interesados las intemperies que impiden circular debidamente. Una vez prevenidos, tomarán las disposiciones necesarias, y así se evitarán bastantes accidentes.

Hablaremos ahora del *Código de la carretera*, que constantemente está siendo revisado y ampliado. No le falta más que una cosa: ser conocido. Los conductores de automóviles y de motocicletas deben conocerlo, pero ¡cuántos lo ignoran! Sin embargo, conociéndolo ganarían, pues esta ignorancia es causa de buena parte de los accidentes de la circulación.

En Francia se trata de hacer conocer el Código por todos los medios y en todas las esferas. La propaganda en la escuela sería verdaderamente eficaz. Actualmente se trata de inculcar a los niños, por medio de juegos, carteles e imágenes, las principales prescripciones del Código de la carretera. Es de esperar que esta iniciativa dará sus frutos.

Pasemos ahora a la *vigilancia de la carretera*, que tiene a su cargo la aplicación del Código y lo impone. La Guardia civil desempeña esta misión perfectamente. Por desgracia, el número de guardias no es suficiente. A falta de subsidios que permitan crear nuevas brigadas, sería necesario que la policía departamental prestase su ayuda de modo que sean respetadas todas las reglas de la circulación.

Si abordamos el capítulo de *vehículos*, nos daremos cuenta de que siempre es posible mejorarlos. Sin

CARABAÑA: el mejor purgante

duda los frenos, la visibilidad, etcétera, son condiciones realizadas por todos los constructores, pero podrían obtenerse algunas mejoras todavía.

Hemos hablado antes del Código de la carretera. Acaso la mayor ventaja del *permiso de conducir* es la obligación de conocerlo.

El examen para obtener el permiso de conducir, haciéndolo más difícil, permitiría eliminar a todos aquellos que no ofrecen las garantías de

buen conductor. Esta modificación puede ser considerada como uno de los principales factores de la seguridad, pues no solamente permite cerciorarse de la aptitud para conducir automóviles, sino también del conocimiento de las reglas de la circulación. Sirve, además, para conocer las capacidades físicas de los conductores de camiones, autobuses, etcétera, cuya responsabilidad es todavía mayor.

Añadiremos que el permiso de conducir permite impedir a los malos conductores llevar un coche, pues basta una decisión de la Prefectura para quitarles el permiso. Evita también los fraudes o las substituciones, porque existe en el Servicio de exámenes para el permiso de con-

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

ducir un casillero general de todos los automovilistas, que comprende actualmente más de 4.500.000 fichas.

Todavía mencionaré una organización que ha contribuido también en gran parte a la seguridad en la carretera: los *puestos de socorro* establecidos a lo largo de las carreteras y destinados a prestar los primeros cuidados a las víctimas de la circulación.

Se dirá que este sistema no puede incluirse en la prevención. Es un error, pues el señalamiento de un puesto de socorros basta a veces para recordar la prudencia a los automovilistas demasiado temerarios. Además, gracias a esta institución, ha sido posible establecer las primeras estadísticas precisas de accidentes. Indicándonos los males nos ha permitido buscar el remedio. ¿No es esto prevenir?

Como se verá, el problema está en camino de resolverse. Si se siguen aplicando los métodos empleados, si se intensifican, acaso llegue un día en que el accidente sea considerado como la obra de un loco. Pero mientras tanto, nunca se aconsejará bastante a los que circulan por las carreteras, conduzcan rápida o lentamente, que sean prudentes y tengan cuidado, porque no hay que olvidar que a ellos hay que imputar a menudo la posibilidad de los accidentes.

○ PAN INTEGRAL INSOJA ○

EL PAN DE MAS ALTO VALOR NUTRITIVO Y SABOR AGRADABLE

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

Panificadora de Usera

Francisco Mora, núm. 40
Teléfono 74548 - MADRID

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

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

	Páginas
Sosa (sulfato de).....	344
— aplicaciones e indicaciones.....	345
— administración y dosis.....	345
— fórmulas.....	346
Sozoyodol y derivados.....	348
— fórmulas.....	349
Sueros artificiales.....	350
— glucosados.....	352
Sulfonal.....	352
Sulfuros alcalinos.....	358
— fórmulas.....	361
Sulfuro de carbono.....	363

T

Talco.....	365
Tamarindo.....	366
Tanalbina.....	367
Tanígeno.....	367
Tarcino.....	368
— aplicaciones e indicaciones.....	369
— fórmulas.....	370
Tanoformo.....	377
Tartrato bórico-potásico.....	378
Tartrato ácido de potasio.....	379
Tartrato neutro de potasio.....	380
Tartrato de potasio y sodio.....	380
Tartárico (ácido de).....	381
Teobromina y diuretina.....	383
— administración.....	384
— fórmulas.....	385
Terprina.....	386
— fórmulas.....	387
Terpinol.....	389
Tetranitrol.....	390
Tigenol.....	390
— fórmulas.....	391
Tilo.....	393
Timínico (ácido).....	393
Timol.....	394
— fórmulas.....	395
Tiocol.....	398
— fórmulas.....	399
Tiroides y derivados.....	400
— administración y dosis.....	401
Tormentilla.....	402

	Páginas
— golpeteo con las puntas de los dedos.....	92
— ídem con el borde cubital.....	93
— palmoteo.....	97
— trepidación.....	98
— vibraciones y sacudidas.....	98
— distensiones y tracciones.....	100
— sacudidas.....	106
— fricciones en particular.....	119
— gimnasia terapéutica.....	147

R

Rabel (agua de).....	164
Rabia.....	164
— tratamiento profiláctico.....	166
Radioterapia o röntgenterapia.....	170
— producción de los rayos X.....	171
— sustancias radiactivas.....	172
— dosis.....	195
— técnica.....	196
— en la tiña.....	196
— en las psicosis.....	198
— en la hipertrichosis.....	198
— en el eczema.....	199
— en el psoriasis.....	199
— en las verrugas planas.....	200
— en los pruritos localizados.....	200
— en las tuberculosis cutáneas.....	201
— en el lupus eritematoso.....	201
— en las leucemias.....	202
— en la linfadenia aleucémica.....	205
— en la enfermedad de Hodgkin.....	205
— en la anemia perniciosa progresiva.....	205
— en la esplenomegalia palúdica.....	206
— en la micosis fungoide.....	206
— en las adenitis.....	208
— en la enfermedad de Basedow.....	209
— en la acromegalia y gigantismo.....	210
— en la hipertrofia del timo.....	211
— en la siringomielia.....	212
— en la hipertrofia del timo.....	241
— en la leucemia.....	241
— en las neuralgias.....	243
— en las parálisis periféricas.....	243
— en los fibromas hemorrágicos.....	244
— en los epitelomas.....	246

	Páginas
— técnica terapéutica.....	247
— en el epiteloma labial y bucal.....	248
— en el ídem lingual.....	249
Radioterapia en la leucoplasia bucal.....	250
— en el epiteloma del esófago.....	250
— en el ídem laríngeo.....	251
— en el ídem rectal.....	251
— en el ídem íd. (casos inoperables).....	252
— en el ídem íd. (casos operables).....	253
— en el carcinoma de la mama.....	255
— en el epiteloma de los genitales externos.....	255
— en la neoplasia de la próstata.....	256
— en los sarcomas.....	257
Ratania.....	259
— incompatibilidades.....	260
— fórmulas.....	621
Regaliz.....	262
Reina de los prados.....	262
Resorcina.....	263
— acción fisiológica.....	263
— indicaciones.....	263
— modos de administración.....	264
— fórmulas.....	264
Ricino (aceite de).....	266
— fórmulas.....	267
Romero.....	268
Ruda.....	270
Ruibarbo.....	271
— dosis.....	272
— fórmulas.....	273

S

Sabina.....	278
Sacarina.....	279
Salacetol.....	280
Salicílico (ácido).....	281
— acción fisiológica.....	281
— acción local.....	281
— toxicidad.....	283
— aplicaciones e indicaciones.....	283
— contraindicaciones.....	285
— incompatibilidades.....	286
— fórmulas.....	287
Salicilato de metilo.....	296
— acción fisiológica.....	296

	Páginas
— absorción y eliminación.....	296
— administración y dosis.....	297
Salicilato sódico.....	299
— acción fisiológica.....	299
— indicaciones.....	299
— administración.....	300
— fórmulas.....	300
Salipirina.....	303
— indicaciones.....	304
— fórmulas.....	304
Salofeno.....	305
— acción fisiológica.....	305
— administración y dosis.....	305
Salol.....	306
— toxicidad.....	307
— administración y dosis.....	308
— fórmulas.....	308
Semen-contra y santonina.....	312
— acción fisiológica.....	312
— toxicidad.....	312
— aplicaciones e indicaciones.....	312
— administración.....	313
— fórmulas.....	314
Sen.....	317
— indicaciones.....	318
— fórmulas.....	319
Sodio (bióxido de).....	322
Solanum y solanina.....	322
Sosa (acetato de).....	323
Sosa (bicarbonato de).....	324
— acción fisiológica.....	324
— absorción y eliminación.....	324
— acción sobre el aparato digestivo.....	325
— ídem sobre la nutrición.....	326
— ídem sobre las secreciones.....	327
— ídem sobre la sangre.....	328
— aplicaciones e indicaciones.....	328
— administración y dosis.....	332
— fórmulas.....	333
Sosa (carbonato de).....	338
— fórmulas.....	339
Sosa (clorato de).....	340
— fórmulas.....	341
Sosa (citratato de).....	342
Sosa (hipoclorito de).....	342
— fórmulas.....	343
Sosa (nitrato de).....	344

DIGI-VAL

Laboratorio

Aurelio Gámir

Valencia

CATARROS BIFOSFOTIOLCOL TOSSES

SOLUCION ARSENIO FOSFORADA CON TIOLCOL

Se obtienen resultados positivos y rápidos con este preparado en las afecciones pulmonares, catarrros bronquiales y gripales, desgaste orgánico, escrofulismo e inapetencias

Baños de Alange

En ALANGE, provincia de Badajoz

Los más antiguos de España. Datan de la época romana, como lo acreditan las dos piscinas de dicha fecha que se conservan intactas y utilizan en la actualidad.

Especiales para todas las enfermedades del sistema nervioso, neurastenia, histerismo, enfermedades propias de la mujer, epilepsia, etc.; proporcionan gran alivio en las enfermedades mentales.

Temporada oficial: 1.º de Junio a 30 de Septiembre

Para más detalles dirigirse al Administrador del Establecimiento D. Agustín de Rueda, en ALANGE.

Antiasmático poderoso

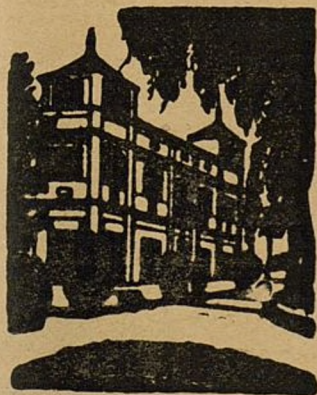
REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARRROS BRONQUIALES

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 CATARRROS CRONICOS, haciendo cesar la FATIGA y produciendo UNA SUAVE EXPECTORACION.

PRECIO: 6,50 pesetas frasco

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



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

Ayuntamiento de 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 I.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.**