

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

Núm. 4.293.—Tomo 97

AÑO OCHENTA Y TRES

21 Marzo 1936



El nuevo tónico

*a base
organo-
tecápica
por vía oral*

**Opotonico
MERCK**

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

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

VENTA EN ESPAÑA.

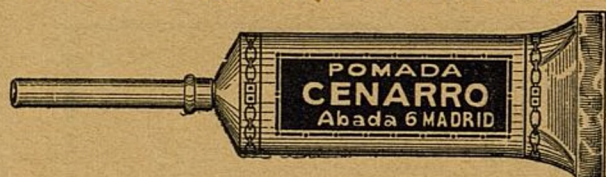
Productos Químico-Farmacéuticos, S. A.
Madrid, Ap. 4050 Barcelona, Apartado 724

E. MERCK · DARMSTADT

Ayuntamiento de Madrid

BIFOSFOTIOCOL TOSES Y CATARROS

ALMORRANAS



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

Antiasmático poderoso

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES

JARABE-MEDINA DE QUEBRACHO

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

PRECIO: 6,50 pesetas frasco

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

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

CANFORETIL B. MARTIN

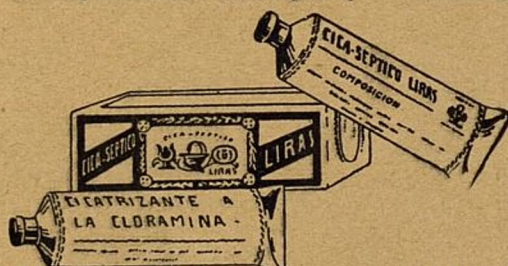
(Nombre registrado)

(Solución etéreo-oleosa de alcanfor puro del Japón)

En ampollas de 0,10, 0,20, 0,40, 0,50 y un gramo de alcanfor puro

CICA-SEPTICO LIRAS

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



CICATRIZANTE A LA CLORAMINA

Muy eficaz en casos idénticos y se prefiere Cloramina En Centros Farmacéuticos y Farmacias surtidas. Muestras a médicos.—Laboratorios Liras.—(Burgos) Villadiego.

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

Vejigatorio líquido del Dr. Masó Arumí

INDICACIONES: PLEURESÍAS — NEUMONÍA — NEURITIS — CIÁTICA, ETC.

Muestras y literatura: Farmacia del DR. NADAL.—Rambla de Canaletas, 1.—BARCELONA

HIGIENE DE LOS OJOS



OFTALMOL

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

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

EL FRASCO LLEVA UNA BANERITA

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

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

rragias, sin que pueda explicarse a punto fijo el modo de obrar, pues la vasoconstricción que produce es de escasa importancia e, indudablemente, interviene también la acción coagulante que ejerce sobre la sangre y la depresión circulatoria consiguiente a un baño caliente. Se emplea para este fin el agua de 45 a 50°, especialmente en las metrorragias, epistaxis e incluso, según algunos, en las hematemesis por úlcera gástrica en forma de enemas a 50° tres veces al día. También se emplean dichos enemas en la prostatitis y hemorroides, pero donde se usan verdaderamente baños calientes es en la bronquitis difusa de los niños, cuando sólo quedan libres los bronquiolos. La balneación en este caso evita que sean invadidos también éstos. Cuando en estas condiciones la temperatura rectal—que se tomará cada tres horas—, pase de 39°, se procederá a un baño a 38°, que durará siete u ocho minutos. Si el enfermo se congestiona, se hace caer sobre el occipucio un chorro de agua a la temperatura ambiente, evitando que se mezcle con la del baño. Después del baño se seca rápidamente al enfermo y se le acuesta. En los casos graves con fiebres muy altas, hay que estar al acecho del comienzo del acceso y dar entonces un baño a 35°; si al cabo de una hora sigue subiendo la temperatura, se da un segundo baño, y dos horas más tarde, si la temperatura sigue subiendo, se da un tercer baño. En la bronquitis capilar se usan también estos baños, pero son menos eficaces.

También son útiles los baños calientes (a 40°) en la meningitis cerebroespinal.

Por último, se han aconsejado los baños calientes locales en inflamaciones diversas, como panadizos, flemones circunscritos o difusos, heridas ulcerosas, inflamación de las membranas oculares, coriza agudo, inflamaciones uterinas y periuterinas, así como en diversos casos de hipotermia, tales como intoxicación alcohólica aguda, cólera, etc.

Baños fríos.—Al sumergir a un sujeto en un baño

POR LAS CLÍNICAS DE EUROPA

NOTAS PRACTICAS

FORMULARIO CRÍTICO

Bacterioterapia láctica.

Su origen estriba en que ciertos pueblos que suelen alimentarse con leche agria gozan de buena salud y viven muchos años. De aquí se dedujo que tal resultado se debía a la gran cantidad de bacilos que se ingieren con ella, siendo el que más rendimiento da en ácido láctico el bacilo búlgaro, y después, el bacilo paraláctico. Otras veces se prefiere éste en simbiosis con el bacilo bífido.

De su acción sobre el intestino se sabe que disminuyen las putrefacciones, pero no se puede precisar cuáles son los bacilos atacados de preferencia ni el beneficio final de su empleo. Hay que tener en cuenta desde luego que no hay paralelismo entre la toxicidad del contenido del intestino y los fenómenos de putrefacción.

Este tratamiento no es conveniente para los hiperpépticos, porque aumenta la secreción de ácido clorhídrico. Algunos autores estiman que produce decalcificación y no consienten que le practiquen los tuberculosos. También se ha puesto a la bacterioterapia la objeción de no curar nunca por sí sola y servir únicamente como coadyuvante de régimen dietético.

En resumen: el único resultado evidente que se obtiene con la bacterioterapia láctica es disminuir las putrefacciones intestinales.

Se administran los bacilos lácticos, bien en cultivo en

caldo, bien en polvo o bien en comprimidos. La manera más segura es el cultivo en caldo, pero pierde su actividad al cabo de uno o dos meses. Los fermentos lácticos se deshidratan lentamente para hacerlos pasar al estado latente, y mezclándolos con glucosa puede dividirse el todo en comprimidos, que duran algo más. Deben tomarse en ayunas, ingiriendo después un poco de agua azucarada. Los americanos han empleado la leche con bacilos acidófilos, de acción parecida a la de los lácticos, pero se conserva mal y los resultados son inconstantes.

BADIANA

Se llama también anís estrellado. La de China, que es la que se usa, es el fruto del "*illicium verum*"; la del Japón procede del "*illicium religiosum*", y no puede emplearse porque contiene una sustancia sumamente tóxica.

Ejerce una ligera acción estimulante y eupéptica. Se emplea, pues, en la dispepsia hiposténica.

Cloroformo	XXX gotas.
Tintura amarga de Beaumé.....	2 cc.
Tintura de badiana.....	} aa 4 —
Tintura de corteza de naranjas } amargas.....	

M. Para tomar X gotas antes de cada comida.

BÁLSAMO DE OPODELDOCH

(Véase página 163, en el tomo primero, en el capítulo "Amoníaco".)

BALSÁMICOS

Este grupo comprende sustancias resinosas sólidas, semisólidas o líquidas, las cuales contienen ácido benzoico o cinámico, o ambos juntos, y en muchos casos también un aceite esencial de olor agradable, y que se llaman propiamente bálsamos, aun cuando este nombre

cambio, cuando es el organismo entero el que se sumerge, se sufre una sensación de calor que por el momento resulta muy penosa, aunque luego, embotándose la sensibilidad, desaparece esta sensación. De 60 a 70° produce el agua una quemadura de primer grado; de 70 a 100° cuando actúa por poco tiempo, causa una quemadura de segundo grado, y si obra por más tiempo, llega a la total destrucción del dermis.

La circulación local sufre cambios interesantes como consecuencia de la aplicación del agua caliente. Primero sobreviene una vasoconstricción, acompañada de congestión cerebral, y luego una vasodilatación con anemia cerebral. La circulación general resulta un poco retardada en el momento de la inmersión, luego acelerada mientras dura el baño, y aunque éste sea local, y, por último, al cabo de un cierto tiempo de reposo después de haber salido del baño, la circulación es más lenta que antes de la inmersión.

La respiración durante el baño es más superficial y más acelerada; al mismo tiempo, las oxidaciones se hacen más intensas. La nutrición también resulta favorecida, pues aumenta la glucosa en la sangre y la producción de urea.

La temperatura se eleva, pudiendo alcanzar hasta uno y medio grados más que antes de la inmersión; esta elevación se halla en razón inversa del sudor y transpiración pulmonar del sujeto, que se oponen a ella y que se manifiestan por pérdida de peso.

Sobre el sistema nervioso obra de un modo deprimente, produciendo abatimiento, pesadez de cabeza, vértigos, y, por fin, una verdadera astenia muscular. Los músculos de fibra lisa se contraen por la acción del agua caliente, y así resulta, por ejemplo, que el peristaltismo intestinal se activa.

Cuando el agua caliente se pone en contacto directo con el útero, este órgano entra en contracción.

El baño caliente se emplea de preferencia en las hemo-

TERTULIA MEDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

— AMENIDADES —

21-III-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.

La Cruz Roja en Abisinia

La revista mensual de la Cruz Roja suiza ha publicado en el número de febrero último la siguiente nota, que, dadas las circunstancias actuales, adquiere particular interés:

«Con fecha 21 de octubre de 1935 la Cruz Roja suiza publicó un primer llamamiento para auxiliar a la Cruz Roja etíope. Con lo recaudado, esta Sociedad remitió al Comité Internacional de la Cruz Roja, a título de adelanto, una suma importante, que fué destinada a la compra de material sanitario. Poco después, el Comité Internacional decidía enviar a Etiopía una Misión de la Cruz Roja, compuesta por los Sres. Sidney H.

creada en los comienzos de la guerra, de organizar la obra de socorros a los enfermos y heridos. Como es de gran interés conocer algunas preci-



siones sobre la actividad de la Cruz Roja en Etiopía, extraemos los datos siguientes de un informe de la Misión internacional de la Cruz Roja en Abisinia:

La organización de la Cruz Roja etíope se debe principalmente a la energía de un suizo, el Sr. Auberson, consejero jurídico del Negus, y a sus colaboradores, el Sr. Colson, ciudadano norteamericano, y el general sueco Sr. Virgin, ambos consejeros también del Negus. El ministro de Relaciones Exteriores, Belaten Gue-ta Herrouy, gran amigo del emperador, es presidente de la Cruz Roja de Abisinia. Su hijo, Lidj Fekade Sélassié Herrouy, que ha cursado sus estudios en Cambridge, es vicepresidente, y comparte sus funciones con el Dr. Hanner, cónsul de Suecia y director del hospital imperial de Ad-dis Abeba. Sélassié Herrouy trabaja con frecuencia en las oficinas de la Cruz Roja con el Dr. Lambie, médico-jefe de la Misión norteamericana y secretario de la Cruz Roja etíope, sirviendo de este modo de intermediario entre la Cruz Roja y su padre. El alma de la Cruz Roja etíope es el Dr. Lambie, que asume la responsabilidad de dirigir la obra de la Cruz Roja, habiendo organizado la mayor parte de las ambulancias que han sido enviadas al frente.

Todo esto exige mucho más trabajo de lo que en realidad representa, pues no hay que olvidar que los medios técnicos son con frecuencia primitivos, y no se puede siquiera recurrir a un personal auxiliar improvisado, porque no existen en Abisinia. Las ofertas que se reciben de

otros países no pueden ser tomadas en consideración, pues la organización y el dinero faltan a la Cruz Roja etíope para poder sostener semejante personal. La tarea se hace más difícil todavía, debido a que, a partir de las seis de la tarde, no se puede trabajar en las oficinas a causa de la obscuridad y de la falta de lámparas. Por esta razón, los trabajos urgentes hay que efectuarlos al aire libre y antes de que llegue la noche.

Todos los gastos están fijados por el Comité directivo, que se reúne dos veces por semana. El trabajo en las oficinas de la Cruz Roja resulta complicado a causa de la diversidad de idiomas que hablan los distintos colaboradores, oyéndose, al lado del amhárico y del árabe el alemán, el francés, el inglés y el ruso. Habitualmente, las actas de las sesiones están redactadas en francés y en amhárico. En lo que se refiere a medios

STROPHANTUM PALLARES

Valoración biológica:

Un cc. contiene 2 1/2 miligramos de Estrofantina

de socorros, faltan, además del dinero, vehículos de transporte apropiados y tiendas de campaña para los heridos.

Al Centenario de Gustavo Adolfo Bécquer

POR

GUSTAVO SANTAPRAGA

El día 17 fué el centenario de Gustavo Adolfo Bécquer, el poeta melancólico que murió joven, consumido por la pobreza física de su cuerpo sin salud, martirizado con dolores profundos y quiméricos, sacados de otros reales, sí, pero pequeños, vulgares y frecuentes. A Bécquer hay que estudiarle desde el punto de vista médico para darse cuenta exacta



FORMULA

POR 20

GRAMOS

Tihocol.... 23 cent.

Codelna... 1 —

Arrhenal. 2 —

Precio al público 4,95 ptas.

Brown, miembro de la secretaría del Comité Internacional y Junod, cirujano, ambos ciudadanos suizos. Su primera labor consistió en transportar el material, que ocupaba 32 cajones. Una vez en Addis Abeba, los dos representantes de la Cruz Roja fueron recibidos en audiencia por el emperador de Abisinia, y pusieron a la disposición de la Cruz Roja etíope el material sanitario que habían llevado.

Los dos delegados del Comité Internacional se preocuparon inmediatamente, en colaboración con los representantes de otras Misiones nacionales de la Cruz Roja y de los miembros de la Cruz Roja etíope,

FIMONAL



VIAS RESPIRATORIAS

del dolor verdadero que su poesía encierra: dolor físico, pero espiritualizado mediante esa conexión que con el alma tienen los males del cerebro.

Hombres hay que amaron intensamente sin ser correspondidos, y no experimentaron esa excitación mental dolorosa del poeta, que se hundía gustoso en el dolor, y de él brotaban esos lamentos desgarradores, porque para aquella alma todo era causa del mayor sufrimiento y de la más ardiente amargura. Su mente, hipersensibilizada y emotiva, encontraba las frases más bellas para expresar los sentimientos que le embargaban:

¡Poesía, eres tú!...

Qué sencillo es eso, ¿y cómo no se le ocurrió a muchos hombres antes que a él?

Ante el espectáculo de la muerte

ANTIPHLOGISTINE

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

reacciona en una llamada de amargura:

Dios mío, ¡qué solos se quedan los [muertos!]

Piensa acaso en la soledad que le aguarda, en la horrible soledad del no ser, en la muerte que presentía, próxima e implacable. Era un sibarita del dolor refinado, y bajo él escribía sus poesías más bellas y conmovedoras. Su grave enfermedad le amargaba la existencia al agudizarse, y entonces lanzaba clamores de exaltación a todo lo que es vida.

Su amor por aquella desconocida que le miró una vez...

Hoy la he visto, la he visto y me ha [mirado...]

le hace llegar al frenesí: sufre, goza, sueña despierto, se agita febril y se conmueve ante el recuerdo de la bella, de la que no sabe ni aun el sonido de su voz, y ni quizá en el fondo lo deseara. Estaba enamorado de un ideal con la forma de aquella mujer, que tenía que ser inalcanzable e imposible para que el encanto no quedase roto, ni tampoco aquel sufrimiento ni aquella tensión amorosa que tan cara le era. Fluye de ella sus ritmas, llenas de encanto, de ternura, de dulce reproche:



...como yo te he querido..., ¡desen- [gáñate, así no te querrán!]

Todo aquello se pasa, y después, en un reposo, contrae matrimonio con

ALMORRANAS las cura la Morroidina - Monturiol
Pida muestras a San Bernardo, 60, farmacia

otra mujer distinta a la de sus sueños. Mujer sana, normal, sin complicaciones... En fin, incapaz de comprender al poeta, que oponía a sus excelsas fantasías y delirios un materialismo lógico y brutal. Y aquel pobre enfermo halló de nuevo fuente para sus queridos dolores, se aferra a ellos y nos deja sus poesías amargas y desgarradas:

Ni sé tampoco en tan terribles ho- [ras] en qué pensaba ni qué pasó por mí: sólo recuerdo que lloré y maldije y que en aquella noche envejecí.

Y así muere aquel hombre de treinta y cinco años, cuya alma hipersensible e inmortal mató al cuerpo perecedero y deleznable.

19-2-36.

Líneas aéreas y carreteras internacionales para una organización de socorros de urgencia

Por la MARQUESA DE NOAILLES

Vicepresidenta del Comité Central de Aviación sanitaria.
b. Miembro del Comité Central de la A. D. F.
(Cruz Roja francesa)

Durante mucho tiempo, desde los romanos, que comprendieron su interés y su grandeza, fueron las ca-

BARACHOL

Cura Eczemas, Erupciones y Enfermedades Rebeldes de la Piel.

reteras el lazo de unión entre las grandes naciones. Más tarde fué el vapor que, en forma de trenes y barcos, sustituyó a la tracción animal. La evolución de la ciencia nos lleva de nuevo a la carretera, por medio del automóvil, y proporciona al hombre la manera de navegar por un tercer elemento: el aire, que se asemeja más a la carretera que a la vía, por las posibilidades de multiplicación y de elasticidad, que son su esencia.

El ferrocarril va perdiendo su po-

derio en beneficio del avión y del automóvil; únicamente los grandes transatlánticos y el barco de carga son insustituibles, cada uno en su dominio propio.

Hoy día, la carretera renace y se va abriendo camino entre las asociaciones internacionales de automóviles-clubs; entre los grandes organismos turísticos, la idea de trazar de nuevo importantes vías mundiales que unan entre sí las principales regiones: Washington-Buenos Aires, Londres-Estambul, con una ramificación en dirección a la ciudad de El Cabo y otra hacia la India, poniendo de este modo en comunicación Europa, Asia y Africa.

Tendría una importancia capital el que un acuerdo sanitario fuese establecido en las escalas y etapas de los viajeros. De esta forma se llegaría

JARABE ALMERA

A BASE DE FOSFATO DE CAL GELATINOSO, EL MAS ASIMILABLE

a una política terrestre de turismo. El aeródromo debe tener un puesto preponderante como medio de comunicación, como centro sanitario local y como etapa de socorros, dada la red cada vez más espesa que serán las líneas aéreas en todo el globo. ¿Cómo no desear que estos aeródromos de tan fácil acceso sean la sede de dispensarios perfeccionados donde el personal encuentre siempre los recursos médicos para hacer frente a toda clase de incidentes, accidentes y terremotos próximos o alejados?

El turismo tiene tendencia a extenderse, debido a la velocidad y a la comodidad del automóvil y del avión, y de ahí viene el interés—la urgencia casi—de una red de precauciones que es necesario establecer: puestos de socorro estandarizados con un material perfecto, un personal calificado, medios de transporte y aparatos de radio emisores y receptores, aparatos de que están dotados todos los aviones y muchos automóviles.

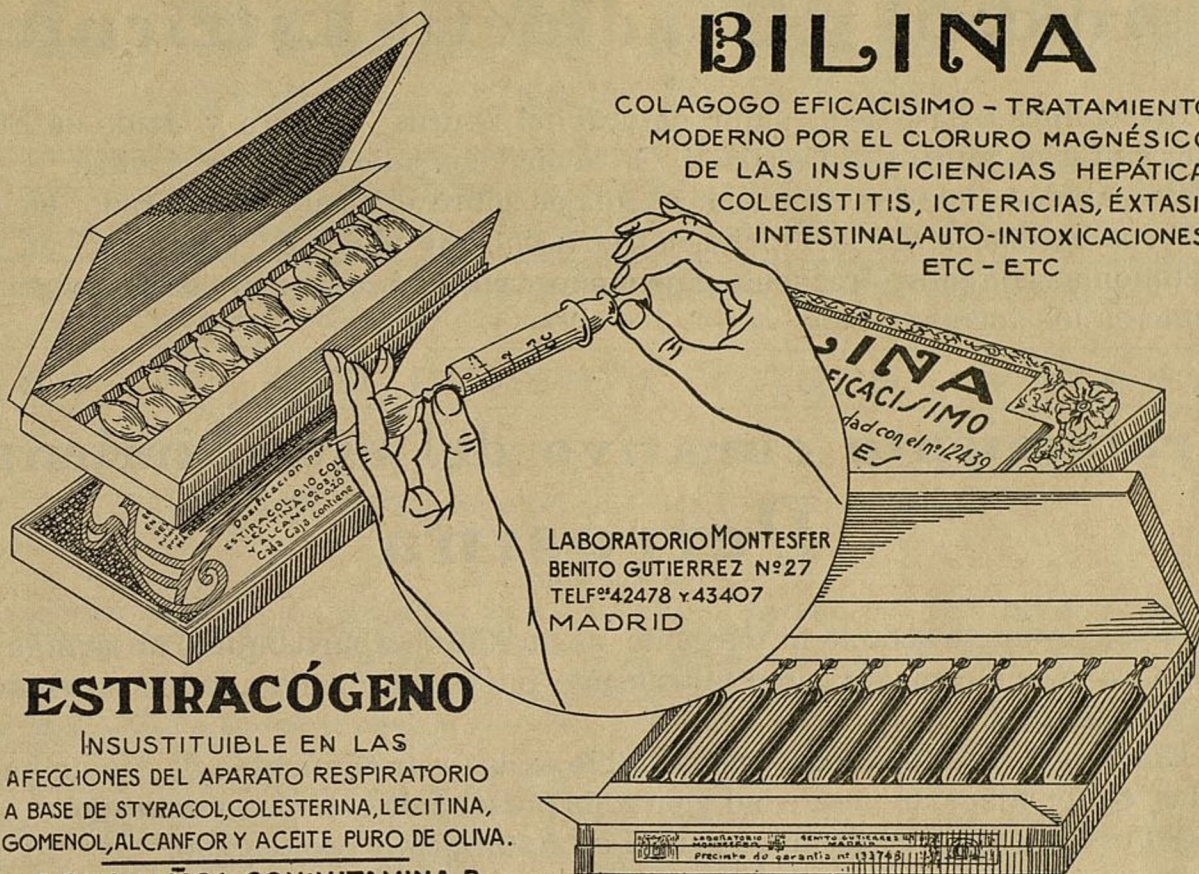
De este modo no tendríamos que lamentar el drama del automóvil perdido en el Sáhara, ni el del avión obligado a aterrizar en un punto ignorado, cuyo piloto aún vive. Aun-

(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

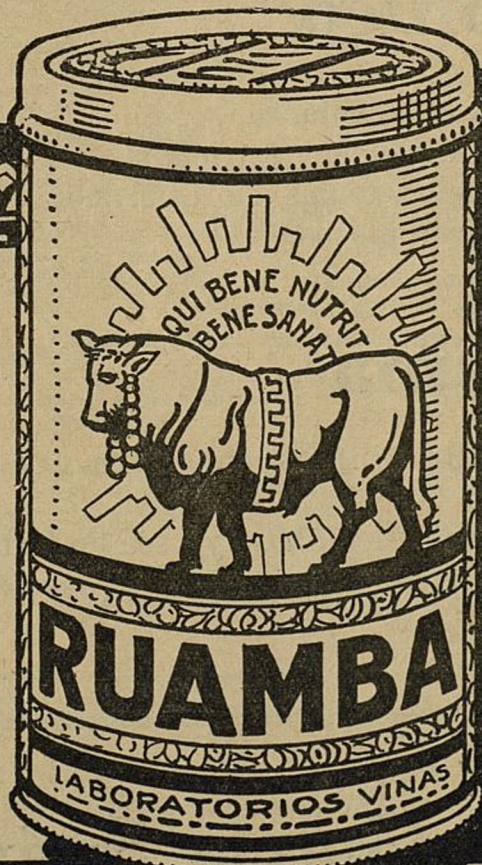


LABORATORIO MONTESFER
BENITO GUTIERREZ Nº 27
TELF. 42478 y 43407
MADRID

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.



Poderoso reconstituyente para
niños y adultos.

Contiene los principios indispensables
a la función vital.

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

Laboratorios Viñas - Claris, 71 - BARCELONA

Cardioetil y Cardioetil Estrícnico

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

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

Tratamiento curativo del estreñimiento Petrosina

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

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

No es irritante y no produce hábito en tratamiento prolongado.

Neurotónico

Elixir para vía gástrica. Inyectable para vía subcutánea.

Medicación gliceroarsenial fosforada, con nucleína y estricnina.

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

Ciaticarina

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

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

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

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

HISTORIAL

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

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

1854 AÑO OCHENTA Y TRES 1936

CONSEJO DE REDACCIÓN CIENTÍFICA

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

Conde de Gimeno. Presidente de la Academia Nacional de Medicina

VOCALES

Dr. MARIANO ACENA
De la Beneficencia Municipal de Madrid.

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

Dr. J. DE ISASA Y ADARO
Pediatra.

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

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

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

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

Dr. NICASIO MARISCAL Y GARCIA

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

Dr. A. MORANA Y JIMENEZ
Análisis clínicos.

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

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

Prof. ANTONIO PIGA Y PAS-CUAL
Médico forense de Madrid. Ex Presidente del Colegio de Médicos de Madrid.

Prof. GUSTAVO PITTALUGA Y FATORINI
De la Facultad de Madrid. Director de la Escuela Nacional de Sanidad. Académico de número de la Nacional de Medicina.

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

Dres. JULIAN Y SANTIAGO RATERA Y BOTELLA
Radiólogos. De la Beneficencia Provincial. Académicos C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

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

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

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

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

Prof. ENRIQUE SUÑER 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 Sifilografía.

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 VILLABERDE
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 i peseta. — Toda suscripción se considera prorrogua, de no recibir aviso en contra. — Pago adelantado Número atrasado, 2 pesetas.

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

PROGRAMA CIENTÍFICO

LEMA: PROGRESSI SUMUS, PROGREDIMUS, PROGREDIEMUR

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

SUMARIO.—SECCIÓN CIENTÍFICA: Problemas clínicos de los casos fáciles, por el Prof. Gregorio Marañón.—La leche agar de Scheer en la dietética de las diarreas ácidas infantiles, por el Dr. Mariano Aceña Calvo.—El otorrinolaringólogo ante la lucha antituberculosa, por el Dr. Sabino Rodríguez Berceruelo.—Sobre el bloqueo del aparato reticuloendotelial del hombre en algunas formas de intoxicación por el sublimado y sobre la transplantación del riñón cadavérico como método de tratamiento de la anuria consecutiva a aquella intoxicación, por el Dr. Voronoy.—BIBLIOGRAFÍAS.—PERIÓDICOS MÉDICOS.

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

PROBLEMAS CLÍNICOS DE LOS CASOS FÁCILES

I

Osteitis vertebral con espondilitis secundaria

Por el Prof. GREGORIO MARAÑÓN

I

En esta serie de comentarios nos proponemos llamar la atención de nuestros oyentes y lectores sobre casos clínicos no excepcionales, y que, sin embargo, pueden entrañar dificultades y errores de diagnóstico de trascendencia. El médico actual, desde que sale de las aulas, recibe en las revistas de su predilección informes que le alejan un tanto de la casuística vulgar, la que, sin embargo, constituye la base de su práctica diaria. El texto casi íntegro de estas revistas está formado o por investigaciones fisiopatológicas o por la descripción de casos clínicos excepcionales, o bien por estudios de conjunto, en serie, acerca de enfermedades vulgares, en los que el interés estadístico anula el de la casuística individual. A esto se debe el que, con frecuencia, médicos capaces de conocer síndromes raros y de reciente adquisición, lo cual es siempre loable, resbalen ante la interpretación de casos absolutamente vulgares. Y así se produce el fenómeno, que comentaba no ha mucho conmigo uno de los grandes maestros de la Medicina alemana actual, de que el tanto por ciento más elevado de errores de diagnóstico que en las grandes clínicas universitarias se rectifican, no se refiere a enfermedades raras, sino precisamente a las más comunes, que el médico corriente, obsesionado por la literatura habitual de la revista, acaba por olvidar.

II

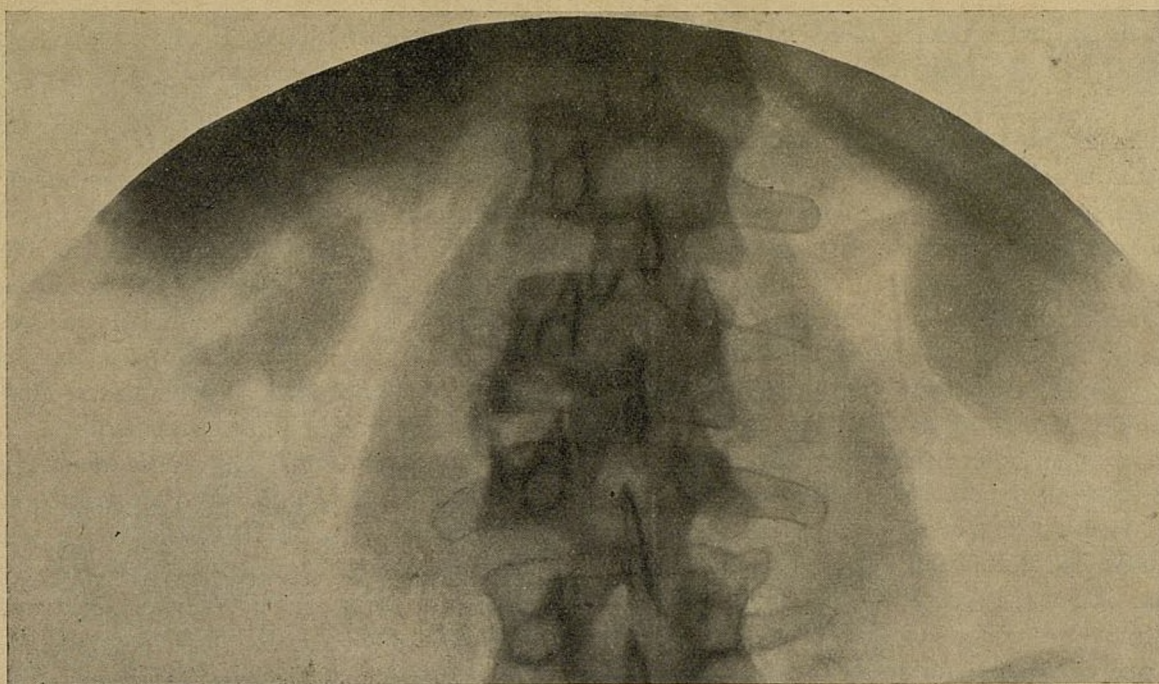
Uno de estos errores no raros es el de diagnosticar incorrectamente las lesiones tuberculosas de la columna vertebral. Salvo los especialistas, el médico general suele identificar el diagnóstico de tuberculosis vertebral al enfermo póttico, con mal estado general o aspecto francamente tísico, con

fiebre, con deformidad gibosa de la columna, y muchas veces con abscesos osifluentes. Este criterio elimina del diagnóstico la mayor parte de los casos de localizaciones tuberculosas en el raquis. En efecto, el atento estudio de la tuberculosis vertebral permite dividir esta enfermedad en los tres síndromes siguientes:

- a) Osteitis pura de los cuerpos vertebrales.*
- b) Espondilitis tuberculosa primitiva.*
- c) Casos mixtos de osteitis con espondilitis secundaria.*

a) El diagnóstico corriente de la tuberculosis vertebral se limita casi exclusivamente al primer grupo, a la osteítis, y aun de éste, a aquellos casos en los que se ha producido el aplastamiento de una o varias vértebras con la deformidad consecutiva, y muchas veces (aproximadamente un 80 por 100 de los casos) el absceso osifluente. Cuando la osteítis, limitada a una o dos vértebras, se mantiene sin deformación de éstas o con deformaciones poco intensas y con buen estado general, el diagnóstico puede también errarse, interpretándose el caso como reumatismo, lumbago, etc., o bien como otros procesos más raros: tal la nefrolitiasis, que en dos ocasiones hemos visto confundir con estas osteítis tuberculosas localizadas y con aplastamiento vertebral discreto, sin gibosidad y con radiculitis consiguiente, de irradiación renal.

En los casos de osteítis leve el diagnóstico se orientará por los antecedentes del enfermo y, sobre todo, por la radiografía. Los *antecedentes del enfermo* no siempre son fáciles de interpretar. Cuando hay una historia tuberculosa clara, la orientación es sencilla. Pero no siempre ocurre así, pues pueden faltar otros episodios de carácter tuberculoso y aparecer el síndrome vertebral en su



jetos robustos sin historia alguna anterior. En otros enfermos hay antecedentes patológicos que se han diagnosticado mal. Este caso es frecuentísimo, y por ello no insistiremos nunca bastante en la necesidad de revalorar con un criterio propio la historia clínica que nos da el paciente. Nuestra experiencia nos enseña, en efecto, que muchas veces nos cuenta el enfermo como único antecedente un estado febril, acaecido por lo común varios años antes, a veces, muchos. Esa fiebre se diagnosticó como fiebre gástrica, como tifoidea, como melitococia o como paludismo. Sin embargo, en muchas ocasiones fué sólo la fase febril, septicémica, que acompañó a la inflamación vertebral aguda. Esta inflamación vertebral no dió síntomas locales (dolor espontáneo ni a la presión), y se hizo a la ligera el diagnóstico de una u otra de las fiebres citadas, según cuáles fueran las características del ciclo febril. En suma, un antecedente tuberculoso claro ha dejado de valorarse como tal, y figura incluido en otros diagnósticos.

El problema se complica, porque precisamente varias de estas infecciones no tuberculosas pueden producir también inflamaciones vertebrales que, con frecuencia, no hacen su aparición clínica hasta mucho tiempo después. Y, por lo tanto, cuando el médico encuentra a un paciente en el que se diagnostica una lesión vertebral, y en cuya historia figura, por ejemplo, una fiebre tifoidea acaecida unos años antes, surge la duda de que se trate de una espondilitis tifoidea de revelación tardía, o bien de que la pretendida tifoidea haya sido en realidad una septicemia tuberculosa, y tuberculosa sea también, por lo tanto, la actual le-

sión vertebral. Entre varios ejemplos que pudiéramos citar, recordaré uno recientemente observado por mí.

Se trataba de un hombre de cuarenta y seis años que había padecido a los veinticinco una fiebre tifoidea grave, y ninguna otra enfermedad. Había estado desde entonces en estado de perfecta salud hasta el momento actual, en que vino a consultarnos, porque desde unas semanas antes sufría dolores vertebrales y cansancio del tronco cuando llevaba varias horas de trabajo (era empleado de oficina). Estas molestias se habían ido acentuando, y en los últimos días ofrecían las características de un síndrome radicular. La radiografía demostró la existencia de una espondilitis de las últimas vértebras dorsales y primeras lumbares, con una lesión de evidente osteítis, antigua y sin deformación de los dos cuerpos vertebrales centrales de la serie afectada. El estado general era excelente, sin fiebre, etc. La seguridad del antecedente tifoideo era tan grande, que interpretamos el caso como una espondilitis posttifoidea de revelación tardía. Sin embargo, al cabo de algunos meses, y conservándose siempre en perfecto estado general, apareció un absceso osifluente en una de las radiografías que de tiempo en tiempo se hacían, y poco después sobrevino la muerte por granulía. Es evidente, pues, que la supuesta fiebre tifoidea fué un episodio tuberculoso que coincidió con la iniciación de una lesión vertebral que durante largos años había permanecido silenciosa, y se reactivó, por causas desconocidas, en plena madurez.

Por lo tanto, el imprescindible y cuidadoso es-

tudio de los antecedentes tiene varias posibilidades interpretativas que hay que tener en cuenta. Me parece oportuno insistir, entre todas ellas, en que el episodio febril inicial, cualquiera que éste sea, y la aparición clínica de las alteraciones vertebrales, pueden estar separados, como hemos visto, por un lapso larguísimo de tiempo.

La *Radiografía* será, en todo caso, la que nos proporcione datos incontrovertibles. Unas veces nos muestra el espesamiento inflamatorio del cuerpo vertebral, reaccional a las primitivas lesiones del tejido espongiado, destructivas, sin que la vértebra haya perdido su forma normal y su posición; otras veces nos muestra el aplastamiento de la vértebra o vértebras que puede alcanzar grados considerables sin desviación del eje normal de la columna. En otras ocasiones, finalmente, existen aplastamientos irregulares de la vértebra, vértebras que adoptan la forma de cuña, ya en sentido anteposterior, ya en sentido lateral, y que, no obstante, mientras no alcance grados considerables, puede haber coincidido con una falta de deformidad aparente de la columna.

En cualquiera de los casos anteriores, la sintomatología subjetiva puede ser mayor o menor. No hay una relación constante entre la intensidad de la lesión y estos síntomas subjetivos. Es decir, que a veces encontramos en las radiografías profundas lesiones vertebrales que apenas habían afectado al sistema radicular, y, por lo tanto, casi sin síntomas; y, en cambio, otras veces vemos enfermos con intensas radiculitis (dolores, parestesias, trastornos de los reflejos, etc.), en los que la imagen radiográfica muestra lesiones sólo iniciales. Se comprenden bien estas diferencias sin más que considerar que una lesión inicial inradiografiable puede afectar precozmente a la región de los agujeros de conjunción, y, por lo tanto, a las raíces nerviosas. En tanto que lesiones extensas de los cuerpos vertebrales pueden coincidir con una integridad de dichos agujeros, y, por lo tanto, de las raíces.

Los síntomas de envaramiento de la columna vertebral pueden ser en estos casos, como en todas las afecciones de la columna vertebral, proporcionados también a la lesión. Durante una larga fase de la enfermedad vertebral, este envaramiento depende de factores principalmente musculares, que se producen por vía refleja y cuya intensidad está en relación con características cualitativas de la lesión inicial, con características del sistema nervioso del paciente, etc. Y todo ello nos explica dicha falta de relación.

b) Las *espondilitis tuberculosas* son proba-

blemente frecuentísimas. En nuestro libro acerca del *Reumatismo*, hemos insistido sobre el hecho capital en la patología de las articulaciones de *que toda lesión articular de origen infeccioso es anatómicamente idéntica, cualquiera que sea el agente infeccioso que la ha producido*. Así, pues, una artropatía inflamatoria de la rodilla, por ejemplo, es a la exploración objetiva y a la radiografía exactamente igual si la ha producido un foco séptico latente, una blenorragia o una tuberculosis. Este criterio, aplicado a la columna vertebral, nos da cuenta de que una misma espondilitis, con sus mismas lesiones clínicas y radiográficas, pueda ser debida a una blenorragia o a una tuberculosis. La tuberculosis, pues, no sólo da lugar a las lesiones osteíticas, destructivas del cuerpo vertebral con la deformación y el síndrome postti conocido, sino también a reacciones anquilósicas, inflamatorias de las articulaciones que reproducen la lesión y el cuadro clínico de las espondilitis habituales. Entre los autores recientes, Stephani y Turini, prácticos en el gran material de tuberculosos de Montana, han insistido sobre la frecuencia de la espondilitis en los tuberculosos pulmonares, que pueden ser iniciales y reducidas a pequeños grupos de vértebras. Estas espondilitis de los tuberculosos explican algunos síntomas frecuentes en estos enfermos, como los dolores de la región dorsal, antes incorrectamente interpretados. En la radiografía se observa la opacidad inicial de los ligamentos intervertebrales, y en algunos casos, el comienzo de formaciones osteofíticas que, si el proceso avanza, pueden dar la imagen neta del pico de loro. En este último caso, el diagnóstico es ya indudable. Examinando estos autores una gran cantidad de radiografías de tuberculosos, han comprobado, y nosotros también, la frecuencia de estas iniciales espondilitis, que suelen pasar inadvertidas al médico que está atento tan sólo al examen de las lesiones del pulmón.

c) Finalmente, en el tercer grupo de casos, *la lesión es mixta*: hay un proceso osteítico primitivo, generalmente leve, y en torno de él, hacia arriba y hacia abajo, se ha producido la espondilitis secundaria. El enfermo presenta entonces la sintomatología de una espondilitis corriente, y sólo por la valoración de los antecedentes y por el examen radiográfico se llega al diagnóstico verdadero. La radiografía, en efecto, no muestra una o varias vértebras con procesos destructivos ya cicatrizados, y las lesiones de espondilitis en las vértebras contiguas, generalmente muy marcadas, con grandes picos de loro, que dan toda la impre-



LABORATORIOS JUSTE • MADRID
APARTADO DE CORREOS 9030

3
PRODUCTOS
NETAMENTE ESPAÑOLES
CONTRA
EL



REUMATISMO

SALIVENAL

AMPOLLAS

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

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

1 A 2 AMPOLLAS DIARIAS

Salicitiro

SOLUCIÓN

SALICILATO DE SOSA Y TIROIDINA EN SOLUCIÓN FUERTEMENTE ALCALINIZADA

2 GRs. DE SALICILATO DE SOSA POR CUCHARADA SOPERA

FRASCOS DE 250 GRs.

2 A 4 CUCHARADAS DIARIAS

AToFTiRO

COMPRIMIDOS

ACIDO FENIL-QUINOLIN-CARBÓNICO Y TIROIDINA

TUBO DE 20 COMPRIMIDOS

2 A 4 COMPRIMIDOS DIARIOS

TRES FORMAS ANTIRREUMATICAS TOLERABLES

LOS AMPHO-VACCINS DE RONCHESE

Lisado
bacteriano



bacterias tratadas
por el bromo

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

LISTA DE LOS AMPHO-VACCINS:

INJECTABLES

Antiinfeccioso
Antiestafilocócico
Intestinal
Pulmonar
Urinario

A INGERIR

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

TOPICOS

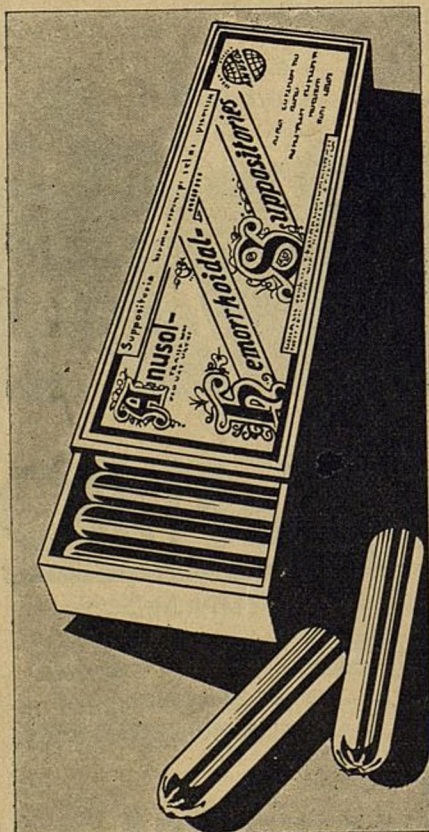
Antipiógeno
(en 2 formas: ampollas de 2 y
10 c. c.)
Rinofaríngeo
Ampho-Tabletas
(a base de Ampho-Vaccins Ri-
nofaríngeo)
Pyo-Amphogel

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

REPRESENTANTES: **PAGÉS & SARRIAS**

ARGENSOLA, 7.-Teléf. 41934.-MADRID

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



ANUSOL

disminuye el catarro de la mucosa infla-
mada y ejerce una acción astringente sobre
la superficie secretante,

por su gran poder antiséptico impide la
infección de los nódulos hemorroidales y
la formación de abscesos perirrectales,

provoca la granulación y estimula la re-
paración epitelial,

determina la resolución de los procesos
flebíticos agudos, sub-agudos y crónicos
del ano,

hace que la evacuación de las materias
fecales no sea dolorosa, gracias al reblan-
decimiento que sufren las heces duras.

No mortifica los tejidos. No es tóxico.

Para literatura y muestras gratuitas dirigirse a:

LABORATORIO Y COMERCIO SUBSTANCIA, S. A.

Apartado 410 - BARCELONA

sión de un proceso defensivo, merced al cual ha podido mantenerse el raquis en su estática normal, aun cuando este mismo proceso defensivo pueda afectar a las raíces nerviosas y producir el síndrome radicular más o menos grave.

III

He aquí ahora un caso clínico demostrativo de esta última variedad de la tuberculosis vertebral:

Número 13.119. F. A., hombre de treinta y ocho años; sin antecedentes familiares de interés. Constitución, normal. A los diecinueve años padece un paludismo intenso en Africa. A los treinta y seis años, una neumopatía febril que dura dos meses y se diagnostica de pleuresía. A los treinta y siete años, es decir, un año antes de la observación actual, empieza a quejarse de dolores lumbosacros, primero intermitentes y cada vez más intensos, que se irradian a los miembros inferiores, sobre todo al izquierdo. Ultimamente, intensas parestesias en esta pierna izquierda. Las molestias dificultan gravemente su trabajo de fogonero. Inútil es decir que este síndrome se diagnostica de reumatismo y es tratado con los remedios medicamentosos y fisioterápicos inherentes a tal juicio.

Presenta el enfermo una amigdalitis crónica. El examen clínico y radiográfico del aparato respiratorio es en la actualidad normal. Salvo una densidad intensa de los hilios. La exploración de la sensibilidad descubre dos dandas de hipoestesia a lo largo de las regiones crurales. Los reflejos rotulianos y cremastéricos están abolidos. Gran paresia de ambas piernas, sobre todo la izquierda, que dificulta la marcha. Reacciones de la sífilis, negativas. Orina normal. No hay fiebre. No se descubren otros focos sépticos en todo el organismo.

La radiografía demuestra una lesión osteítica intensa de la tercera vértebra lumbar, que está uniformemente aplastada entre las dos vecinas. Por arriba y por abajo de esta lesión hay un proceso espondilítico neto, con algunos picos de loro muy marcados. El axis vertebral conserva su posición. Hay una evidente rigidez de la columna, principalmente muscular. La percusión de esta vértebra es dolorosa, y aparece en ella el signo de la mancha roja.

El diagnóstico de *osteítis de la tercera vértebra lumbar con espondilitis secundaria* es, pues, indudable.

IV

En consecuencia con las nociones anteriormente expuestas, esta historia clínica se presta a los siguientes comentarios:

a) *El paludismo que sufrió el paciente. ¿fue un paludismo verdadero o corresponde, como en tantos otros casos, a una fase febril del proceso osteítico, que ahora se manifiesta clínicamente?* En este caso, según todas las probabilidades, el diagnóstico retrospectivo de paludismo es exacto. El diagnóstico retrospectivo de las infecciones puede orientarse con seguridad en tres casos: cuando el enfermo exhibe o recuerda una historia clínica extraordinariamente típica; cuando hay análisis bacteriológicos que confirman la naturaleza de la infección; y cuando las condiciones epidemiológicas de la infección coinciden con el diagnóstico. Este último es el caso de nuestro enfermo. Padebió su pretendido paludismo en Africa, en una época y en una región en la que esta infección era frecuente, y esto nos basta para aceptar la realidad del diagnóstico.

b) *¿De qué naturaleza es la osteítis vertebral?* Insistamos en que no es obligatoria la naturaleza tuberculosa de una osteítis. No es imposible, incluso su naturaleza palúdica. Sin embargo, en este caso existe el antecedente de la pleuresía, de dos meses de duración, que, aun cuando no ha dejado restos diagnosticables, en la actualidad tiene las apariencias de haber sido tuberculosa, y, por tanto, induce a la clasificación tuberculosa de la osteítis.

c) *La amigdalitis crónica que el enfermo padece tiene también importancia.* La colaboración de los focos sépticos latentes en la génesis de las osteítis—como de las artropatías—específicas, es hoy un punto incuestionable. Es probable que una fiebre tifoidea, una melitococia, etc., si no van acompañadas de infecciones sépticas concomitantes, aun cuando éstas sean leves, produzcan raramente lesiones del sistema locomotor. En el caso de la tuberculosis puede admitirse esta misma colaboración. Veremos enseguida la importancia de este dato para el tratamiento.

d) *El síndrome radicular* es perfectamente típico y más intenso que el que suele aparecer en los casos de espondilitis pura. Un síndrome radicular con fenómenos dolorosos, parestésicos y motores tan netos como en este paciente debe, pues, inducirnos a pensar en un elemento osteítico, a pesar de que el síndrome vertebral tenga todas las apariencias de una espondilitis habitual.

V

Unas palabras, finalmente, sobre el *tratamiento*. La actitud del clínico debe orientarse con arreglo a la siguiente pauta: primero, eliminación de los casos quirúrgicos que son aquellos de las le-

siones osteíticas graves con deformidad, abscesos osifuentes, etc. Todos los demás casos, es decir, los de osteítis leve, espondilitis y osteoespondilíticos, son susceptibles del tratamiento médico; segundo, este tratamiento médico se establecerá sobre los siguientes datos: eliminación de los focos latentes (en nuestro caso, de la amigdalitis); reposo relativo (muchas horas de cama con inmovilidad no absoluta); baños de sol, natural o artificial; alimentación reconstituyente; tónicos generales. Como tratamiento específico, algunos autores aconsejan la tuberculina en la forma local (escarificaciones). No tenemos experiencia de este método. Nosotros empleamos sistemáticamente el tratamiento áurico.

En nuestro enfermo, ya el primer mes de tratamiento ha producido resultados excelentes. Los dolores han disminuído considerablemente. La marcha es mucho más fácil. El estado general es francamente satisfactorio.

La leche agar de Scheer en la dietética de las diarreas ácidas infantiles

POR EL

Dr. MARIANO ACEÑA CALVO

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

En la *Academia Médicoquirúrgica Española* (sesión del 20 enero 1936), y anteriormente en *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades* (diciembre 1935), el Dr. J. Bravo y Frías se ha ocupado de este interesantísimo asunto. Previa exposición de algunos datos sobre la acción de los coloides alimenticios y sustancias neutralizadoras en las diarreas ácidas infantiles presenta tales resultados, que nos movió a utilizar la leche de Scheer en tales afecciones.

Los casos tratados nos permiten marcar la importancia del tratamiento y suscribir lo expuesto por Bravo y Frías en sus dos trabajos, y nada mejor que recordar lo más interesante en cuanto al empleo de la leche agar.

La fisiología de la alimentación del niño comprende: el estudio de la función digestiva, del recambio nutritivo y del equilibrio acidobásico del organismo infantil.

Finkelstein considera como trastornos fiscoosmóticos los fenómenos tóxicos de las diarreas infantiles; Bravo y Frías, en 1917, piensa que gran parte de las lesiones anatómicas del cólera infantil pueden ser debidas a alteración del equilibrio acidobásico y a la transformación posible de los coloides geles protoplásmicos en soles por las modificaciones de composición salina del plasma hemático; que podrían dar lugar a precipitaciones de albúminas protoplásmicas como consecuencia del trastorno inicial que ocurre en el intestino, siendo las lesiones del epitelio intestinal el origen de modificaciones posteriores de la acidez hemática y de la reserva alcalina; que producirían a su vez en el medio interno el paso de los geles protoplásmicos a soles y muchas de las lesiones que en los órganos internos suelen encontrarse en niños que padecen toxicosis, en los que al

mismo tiempo se encuentra alcalipenia hemática y gran eliminación intestinal de jabones alcalinos.

Opinión en gran parte confirmada por los trabajos posteriores de Reiss y Simonin.

El metabolismo del niño criado a biberón explica muchos fenómenos de sus trastornos nutritivos, exagerados por las relaciones bioquímicas de los alimentos empleados en cada caso; pero, en general, la tendencia acidótica es, en opinión de Bravo y Frías, una de las causas de la mayor frecuencia de toxicosis en los niños criados a biberón, y da la explicación, por acidez del medio intestinal, del hiperperistaltismo, y, por la acción de la acidez hematógena, de muchas de las lesiones y manifestaciones tóxicas que se encuentran en las vísceras.

En su acción local sobre equilibrio acidobásico del intestino, los distintos alimentos actuarán de modo diverso.

La acción de los fermentos digestivos en los diferentes tramos intestinales; los valores del pH en cada uno de éstos; el metabolismo de los glúcidos en intestino delgado en presencia de los fermentos digestivos o a partir de la válvula de Bauhin ante la flora microbiana normal, unido a que la motilidad del intestino delgado influye extraordinariamente sobre la función del grueso, ya que cuando es grande pasan a este último cantidades de azúcares que no han podido ser absorbidas en el delgado y que fermentan en el colon merced a la acción de las bacterias que producen ácido láctico, que a su vez impide la putrefacción de las heces y aumentan la acidez actual del intestino grueso, nos hace ver que esta acidificación es tanto más fuerte cuanto menos sustancias neutralizadoras se encuentran en el intestino grueso (albúmina, sales).

Para valorar la importante acción de las sustancias neutralizadoras en la dietética infantil debe también considerarse la duración de la travesía digestiva en el niño; para Scheer, es normalmente de seis a ocho horas; para Bravo y Frías, es resultado de la edad y de la clase de alimento ingerido, llegando a la conclusión que los productos alimenticios conteniendo sistemas neutralizadores regularizan el peristaltismo intestinal, determinando pocas variaciones en la amplitud del equilibrio acidobásico y actuando por igual sobre la tendencia al estreñimiento y a la diarrea.

Entre las sustancias neutralizadoras podemos considerar: el agua de cal, el lactato de calcio (leche cálcica de Moll), la leche de Adam acidificada y adicionada de carbonato de cal, la caseína, la leche albuminosa (plasmón, nutrosa, laroson), el yoghourt, la cuajada o requesón en los niños mayorcitos (Bravo y Frías), la dieta de manzanas de Moro (Scheer), la soja.

Alimento que reúne todas las ventajas de ser fácilmente aceptado por su sabor, parecido al del alimento habitual, ejerciendo acción modificadora del equilibrio acidobásico intestinal, al mismo tiempo que económico, e impedir las pérdidas de peso del niño, es la leche de vacas adicionada de agar en proporción de 1 por 100. Procedimiento propuesto por Scheer y que con grandes resultados en las diarreas ácidas viene empleando Bravo y Frías.

Nosotros le hemos aconsejado en casos de diarrea ácida de niños criados con leche de vaca; aportamos los siguientes resúmenes de historias clínicas:

D. H. B.; nacimiento, 26-8-1935, a término. En 15-10-1935 pesa 4,700 gr.; talla, 54 cm.; perímetro torácico, 37 cm.; circunferencia craneal, 40 cm.; tuberculina, Wassermann, Meinicke y Khan, negativas; eritema glúteo y ganglios suboccipitales.

En 6-1-1936 pesa 6,100 gramos.

En 16-1-1936 pesa 5,000 gr., sin trastorno intestinal; criado a pecho, más 125 leche de vaca, con el 3 por 100 de sacarosa por toma.

En 27-1-1936, diarrea ácida desde hace cuatro días; pecho y 100 gramos de leche con un gramo de agar en polvo; seis tomas.

En 10-11-1936: en veinticuatro horas desapareció la diarrea; tomó muy bien la leche con agar; siguió con leche y agar, hasta terminar los 20 papeles de un gramo que le dispusimos. Su peso es 6.000 gramos; aumento de peso que sigue en 2-11-1936, con 6.200 gramos.

R. de P., doce meses; leche de vacas y dos papillas. En primera visita—27 enero 1936—, diarrea ácida; le disponemos 100 gramos de leche cada tres horas, seis veces al día, mezclada con un gramo de agar en polvo. Vuelve a la consulta el 30-1-36, y la madre nos dice que a las veinticuatro horas de tomar la leche con agar desapareció la diarrea, a pesar de haberle dado en cada toma algo más cantidad de leche.

R. G.; nacimiento a término en 21-7-1935; Wassermann y Meinicke, negativas; positiva la reacción de Khan, y como este niño presenta un eritema ulcerativo de glúteos y márgenes de ano, rebelde a los tratamientos tópicos de agua y pasta de Alibour, instituímos en 27-11-1935 neosalvarsán en inyección semanal. Las lesiones cutáneas se muestran rebeldes al neosalvarsán, y en 31-12-1935 asociamos 12 fricciones, una diaria, con medio gramo de pomada mercurial. Su peso en 24-1-1936 es 6.500 gramos. Poca mejoría de su estado general, si bien modifican favorablemente las lesiones cutáneas mediante el tratamiento combinado mercurioneosalvarsán. En 12-11-1936, 10 sesiones de lámpara de cuarzo. En 26-11-1936, nueva serie de 10 fricciones mercuriales, en dosis de 60 centigramos, de pomada mercurial.

En 4-11-1936 su peso es de 6.400 gramos; lleva cuatro días con diarrea ácida: seis-siete deposiciones. Disponemos 100 gramos de leche, siete veces al día, con un gramo de polvo de agar. Después de tomar el tercer papel, la deposición es normal, pero muy abundante; a las veinticuatro horas, deposiciones normales (dos-tres en número), pero abundantes. Dice la madre que los papeles han aumentado el apetito al niño.

M-A. H. H.; nacimiento a término en 3-11-1935. Por primera vez la vemos en 27 febrero 1936; agotamiento; reacciones de tuberculina, Wassermann, Meinicke y Khan, negativas; su peso es 4.400 gramos; talla, 53 centímetros; perímetro torácico, 36 cm., y circunferencia craneal, 38 cm.; intérrigo, vómitos y diarrea ácida. Alimentada con leche de vaca. Disponemos siete biberones de 100 gramos de leche con 3 por 100 de sacarosa, mezclado con un gramo de agar en polvo. En visita siguiente, la madre nos dice que en veinticuatro horas se modificó la diarrea.

A. L. H.; nacimiento a término en 12-9-1934. En primera visita es visto el 7-11-1935, con 6.600 gramos de peso; talla, 61 cm.; perímetro torácico, 39 cm.; circunferencia craneal, 41 cm.; tuberculina, negativa; otitis supurada, bronquitis ligera. En 14-1-1936 pesa 9.900

gramos; en 28-1-1936, 9.500 gramos, y presenta diarrea ácida. Disponemos leche con agar en polvo, un gramo en cada toma. En la siguiente visita, 21-11-1936, nos dice la madre que se quitó la diarrea en dos días, que ha tenido varicela intensa sin fiebre, y el peso, en 25-11-1936 es 9.900 gramos.

A. N. Q.; nacimiento a término en 18-9-1934. Primera visita, 6 julio 1935; criado a pecho hasta siete meses de edad; después, leche de vaca; peso, 6.700 gramos; talla, 75 cm.; perímetro torácico, 41 cm.; circunferencia craneal, 44 cm. Tuberculina, negativa. En 9 enero 1936, diarrea, vómitos; alimentado con leche de vaca y 5 por 100 de destrinomaltosa astringente. Sigue con diarrea; su peso es 8.100 gramos; aconsejamos leche desgrasada, sin conseguir mejoría manifiesta, pues sin fiebre hace cinco-seis deposiciones líquidas, ácidas. En 17 enero 1936 le damos 125 gramos de leche, 5 por 100 de destrinomaltosa, más un gramo de agar en polvo, consiguiendo en veinticuatro horas que desapareciese la diarrea. En 23 febrero 1936, bronquitis ligera; su peso, 8.100 gramos. En 27 enero 1936 reaparece la diarrea ácida, y le disponemos tomas de 100 gramos de leche con un gramo de agar en polvo; pero la madre, en la siguiente visita, nos dice que la diarrea desapareció en veinticuatro horas, a pesar de no haberle disminuído la ración de leche (125 gramos por toma), "ya que su hijo tenía mucho apetito con los papelillos que se le había recetado". El peso ha seguido así: 8.400 gramos en 13 febrero 1936, y 9.000 gramos en 27 febrero 1936.

D. S. de M.; nacimiento, 25 noviembre 1935; primera visita en 4 enero 1936; reacción negativa a la tuberculina; vientre grande y eritema glúteo; pesa 3.900 gramos; talla, 50 cm.; perímetro torácico, 35 cm.; circunferencia craneal, 38 cm. Niño con piodermitis en glúteos e ingles. En 24 febrero 1936, celulitis rodilla derecha, con formación de pequeños abscesos; cura de timol. En días sucesivos, situación estacionaria; hay varios puntos de fluctuación. En 2 marzo 1936 se hace maternohematolisisoterapia, que determina franca mejoría. A los dos días presenta diarrea ácida con seis-siete deposiciones; disponemos 100 gramos de leche de vaca con 3 por 100 de sacarosa, mezclada con un gramo de agar en polvo, siete veces al día; peso, 6.100 gramos. En este día, la madre sólo le da tres papeles de agar, haciendo tres deposiciones más con idénticos caracteres. Al día siguiente el proceso intestinal se modifica francamente: las deposiciones son amarillas, pero claras; por la tarde son completamente normales, espesas y abundantes. Hoy (9 marzo 1936) las deposiciones son completamente normales, y ha vuelto a su dieta alimenticia normal (leche y harinas).

P. C. S.; nacimiento a término en 28-8-1934; primera visita en 16 mayo 1935; con vómitos desde nacimiento hasta siete meses; cutirreacción negativa a tuberculina; peso, 5.900 gramos; estado de hipotrofia ligera y engrosamientos epifisarios; ganglios en cuello y regiones submaxilares; diarreas frecuentes, graves en mayo y agosto de 1935. En 16 enero 1936, abundante diarrea ácida; le administramos 125 gramos de leche con 1 por 100 de agar en polvo, siete veces al día. Al día siguiente ha desaparecido la diarrea, pero el agar le mantenemos dos días más, para después suspenderlo sin haber reaparecido la diarrea.

E. D.; nacimiento, 31-8-1935; primera visita en 28 noviembre 1935, con peso de 5.800 gramos; talla, 59 centímetros; perímetro torácico, 37 cm., y circunferencia craneal, 40 cm. Cutirreacción negativa a la tuberculina; vacunación Jenner, positiva.

En primera visita le disponemos: pecho, más 50 gr. de leche siete veces al día; peso, 6.400 gramos (13-12-935). En 10 enero 1936, 6.800 gramos de peso. En 24 enero 1936, pecho, más 100 gramos de leche de vaca, con 8 por 100 de sacarosa; bien de vientre; piodermitis pápulo-pustulosa en cuero cabelludo, que rápidamente se modifica con cataplasmas frías de fécula de patata; lavado con agua de Alibour fuerte y jabonado diario. En 24 enero 1936 sigue el mismo peso, sin la menor alteración de vientre ni de estado general; pero en 7 febrero 1936 presenta diarrea ácida (siete-ocho deposiciones); doce horas de dieta hídrica y sólo pecho, tardando siete días en modificarse el trastorno intestinal, en cuyo momento paulatinamente pasa a su anterior régimen alimenticio. En 6 marzo 1936 vuelve a presentar diarrea ácida, recidivada su piodermitis de cuero cabelludo y el mismo peso de 6.900 gramos. Es cuando se le dispone seis veces pecho, seguido de 100 gramos de leche de vaca, con 3 por 100 de sacarosa, adicionada de un gramo de agar.

En este caso hemos de advertir que el agar, en vez de ser en polvo, se lo dan en escamas. Al día siguiente la madre nos dice que la medicina que hemos recetado tarda mucho en disolverse en la leche, a pesar de haberla calentado hasta ebullición, y que su hijo está casi igual, si bien ha perdido el carácter espumoso y tiene aspecto de natilla algo espesa, sin modificación en el número de deposiciones; ha dormido bien, y su estado general es normal. Disponemos nuevos papeles de un gramo de agar en polvo, con la advertencia que, de dárselo en escamas, lo rechace; acentuación rápida de la mejoría y curación.

A. G. del V.; nacimiento a término, 15-8-1935. Primera visita, 9 noviembre 1935, siendo alimentada con pecho y harina desecada; vómitos, diarrea desde hace un mes; peso, 5.700 gramos; talla, 56 cm.; perímetro torácico, 40 cm., y circunferencia craneal, 41; reacción negativa a la tuberculina. Se dispone pecho y cinco veces 100 gramos de leche al 3 por 100 de sacarosa. En 28-11-935, con 6.800 gramos de pecho (dice la madre tener poca leche), se dispone seis tomas de 100 gramos de leche con 8 por 100 de sacarosa y 50 gramos de agua. Intértrigo de genitales e ingle que rápidamente se modifica con baño de limpieza, lavado con aceite de almendras dulces y talco. En 19-12-935, seis tomas de 125 gramos de leche, más 30 gramos de agua, más 8 por 100 de sacarosa y 5 por 100 de dextrinomaltosa; estreñimiento; peso, 7.300 gramos. Curado el intérrigo. En 26-12-935, seis tomas de 150 gramos de leche con 8 por 100 de sacarosa y 5 por 100 de dextrinomaltosa; bien de vientre; peso, 7.400 gramos. En 7-1-936, sarampión sin complicaciones. En 16 de enero 1936, cuatro tomas de 150 gramos de leche con 10 por 100 de sacarosa y 10 por 100 de dextrinomaltosa; dos papillas de 150 gramos de leche con 8 por 100 de sacarosa y 5 por 100 de harina de trigo. Sigue estreñida. En 13 febrero 1936, vacunación antivariólica positiva; peso, 8.500 gramos. En 5 marzo 1936, elementos de varioloide: tres en la cabeza y cuatro en el muslo derecho. Peso, 8.400 gramos. En 9

marzo dice la madre que el niño lleva cuatro días con diarrea, sin modificación, a pesar de haberle dado sólo leche con 3 por 100 de sacarosa. Disponemos siete tomas de 100 gramos de leche con 3 por 100 de sacarosa con un gramo de agar en polvo. En las veinticuatro primeras horas hace tres deposiciones espesas, voluminosas, normales. En 10 marzo, siete veces, 125 gramos de leche con 3 por 100 de sacarosa, más un papel de un gramo de agar en polvo. En 11 marzo, no diarrea; pasa a su alimentación. Peso, 8.350 gramos; bien de vientre.

Para el empleo del agar en dietética infantil en el tratamiento de la diarrea de los lactantes nos hemos atenido en todo a lo dispuesto por Scheer y Bravo y Frías.

Con la leche de vacas adicionada de agar al 1 por 100 desaparece rápidamente la diarrea ácida, y la dispepsia cura. Puede ser utilizada en el primer año de la vida, en cuya edad la dieta de manzanas es poco recomendada, y generalmente no se emplea; el tratamiento con agar no necesita ninguna o casi ninguna reducción de la alimentación, por lo cual los niños a él sometidos no pierden de peso. Contra lo que se ha creído y se cree todavía, el agar no tiene acción laxante, y sólo produce aumento de volumen del contenido intestinal, por lo que actúa como regulador de la peristáltica, lo mismo en la diarrea que en el estreñimiento (Scheer), por influenciar el metabolismo del agua y con él el equilibrio electrolítico del medio intestinal, y secundariamente del organismo del niño (Bravo y Frías).

Ante un caso de diarrea ácida del lactante menor de un año, o más cuando por su estado general puede ser considerado como tal, y después de las preguntas de rigor para convencernos del diagnóstico, decimos a la madre que, sin variar al niño su ración alimenticia (pecho y leche de vaca o leche de vaca), haga lo siguiente: seis veces al día, 100 gramos de leche de vaca el primer día; su ración, los sucesivos, con o sin 3 por 100 de sacarosa, los ponga a calentar, y cuando esté a punto de "subir", vierta un papel de agar en polvo, agitando.

Disponemos papeles de *agar en polvo*; un papel será agregado a cada toma de leche, que se pone al fuego; así se disuelve, se mantiene líquido, aunque la temperatura descienda hasta 35 grados, por cuya razón el alimento será administrado caliente, ya que frío se gelifica.

Cuando cada toma de leche, normalmente, es superior a 100 gramos, la reducimos a 100 gramos, siete veces el primer día, para aumentarla a la ración normal al día siguiente, sin la menor limitación de la evolución favorable en la desaparición de la diarrea.

Alimentación de leche-agar que mantenemos tres o cuatro días, si bien a las veinticuatro horas es lo general que la diarrea desaparezca. Pasados estos días y en completa normalidad intestinal, en cuanto a cantidad, volumen y número de deposiciones, damos las tomas de leche sin otra medicación, sin haber observado recidiva de la diarrea.

Como dice Scheer y amplía Bravo y Frías—y nuestra experiencia, por los casos tratados, ratifica—, la dietética de leche-agar es de grandísima importancia, no sólo desde el punto de vista terapéutico, por tener indicaciones amplias, sino también desde el punto de vista social, porque con ella tenemos en nuestra mano un medio de tratar ciertas formas de vómitos y diarreas de los lactantes por procedimiento sencillo y al alcance de fa-

Remineralización integral

OPOCALCIUM

del Doctor Guersant

IRRADIADO con Vitamina D. pura cristalizada
Paratiroide (extracto titulado en unidades Collip)
sellos, comprimidos, granulado.

SENCILLO : sellos, comprimidos, granulado.

Guayacolado : sellos. Arseniado : sellos.

A. RANSON, farmacéutico, 96, rue Orfila, PARIS ^{XXe}

LITERATURA Y MUESTRAS

J. GARCIA MARTIN

Fernandez de la Hoz, 20

MADRID

M. SOLER ELIAS

Muntaner, 191

BARCELONA

VEINTE PEPTONAS DIFERENTES

+

HIPOSULFITO DE MAGNESIO Y DE SODA

+

SALES HALOGENAS DE MAGNESIO

ANACLASINE

RANSON

COMPRIMIDOS
GRANULADO

DESENSIBILIZACIÓN
ESTADOS HEPÁTICOS
ACCIÓN COLÁGOGA

A. RANSON, farmacéutico, 96, rue Orfila, PARIS ^{XXe}

LITERATURA Y MUESTRAS

J. GARCIA MARTIN

Fernandez de la Hoz, 20

MADRID

M. SOLER ELIAS

Muntaner, 191

BARCELONA

PROFILAXIA y TRATAMIENTO

"PER OS"

DE TODAS LAS

ESPIROQUETOSIS

DISENTERIA

AMIBICA

PALUDISMO

POR EL

stovarsol

**TRATAMIENTO ARSENICAL
DE LOS ESTADOS DE
ANEMIA Y DE ASTENIA**

PRESENTACION

FRASCOS de 28 COMPRIMIDOS a 0.25

FRASCOS de 70 COMPRIMIDOS a 0.05

FRASCOS de 200 COMPRIMIDOS a 0.01

**EL EMPLEO DEL STOVARSOL
DEBE EFECTUARSE BAJO LA
VIGILANCIA DEL MÉDICO**

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE

—Specia—

MARQUES **POULENC Frères & "USINES du RHONE"**

86 rue Vieille du Temple, PARIS, 3^e

PARA MUESTRAS, DIRIGIRSE A:

Barcelona: Don Javier Coll, Córcega, número 269.

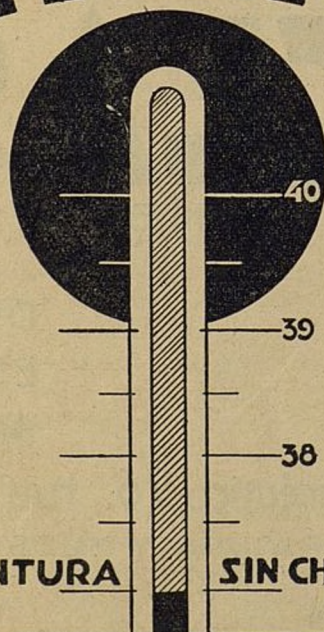
Madrid: Don Julio García Coll, García de Paredes, número 64.

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

EN TODOS LOS ESTADOS INFECCIOSOS AGUDOS

SEPTICEMINE

PROVOCA UNA BAJA DE CALENTURA



SIN CHOQUE NI REACCION

LABORATORIOS CORTIAL .15 BOUL^d PASTEUR . PARIS

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

milias de posición humilde, puesto que evita los gastos de los alimentos dietéticos recomendados, hasta hoy caros, y no siempre bien aceptados por los pequeños pacientes.

En ninguno de los casos tratados por la dietética de leche-agar, la madre nos ha presentado el menor inconveniente en cuanto a preparación y administración, ni rechazo por parte del enfermito. Sólo llamamos la atención sobre la necesidad de advertir al familiar que le aconsejamos una medicación que es como a la manera de "una llave de tuercas", que aprieta o afloja, según necesidad; es decir, "afloja" el vientre en caso de estreñimiento, y "aprieta" en caso de diarrea. Y esto, porque es conocido de todo el mundo que el agar se viene empleando en los casos de estreñimiento. Esta advertencia es oportuna, porque no falta "quien en el despacho de la farmacia" se permite preguntar y opinar sobre una receta.

Es como, advertida la madre sobre la medicación aconsejada, podrá dar "la cumplida" contestación a quien de esta manera realiza un "esquirolismo mal entendido".

También hemos de advertir, y en la receta subrayar, que dispensamos *agar en polvo*. A esto nos lleva el que en algún caso se nos ha preguntado para qué queríamos el agar en polvo y que si nos daría igual el agar en escama. No es lo mismo.

Para precisar las indicaciones de la leche-agar, de Scheer, es necesario una anamnesis minuciosa del régimen a que el niño ha estado sometido y de los caracteres, clase y número de deposiciones para conocer el carácter ácido inicial del trastorno, en cuyo caso el tratamiento va bien con deposiciones ácidas y alcalinas (Bravo y Frías).

Algunos datos clínicos permiten suponer el origen ácido del trastorno, aunque las deposiciones sean alcalinas. En los lactantes, la anamnesis, por ejemplo, nos indica alimentación prematura con harinas y feculentos; existencia de deposiciones que, si bien alcalinas, son líquidas, por la rápida travesía intestinal, y con gases o espuma; la exploración del vientre le muestra distendido y con timpanismo percutorio, predominante en las regiones de colon ascendente y transversal, en ocasiones con verdadero meteorismo localizado.

Bravo y Frías ha tratado con leche de agar, no sólo la dispepsia ácida, como aconseja Scheer, sino también algunos casos de dispepsia de leche de vaca, de infecciones parentéricas, de enterocolitis y de colitis de niños mayorcitos que mejoran casi constantemente, y principalmente en lo que se refiere al contenido en moco y sangre de las deposiciones.

El agar en el tratamiento de los vómitos en lactantes alimentados al pecho le hemos manejado como aconseja Bravo y Frías: disuelto el agar en infusión de té azucarada y caliente, en proporción de 1 por 100, administramos una cucharada al principio, a la mitad y al fin de la tetada.

En la citada sesión del 20 de enero de 1936 de la Academia Médicoquirúrgica Española, Bravo y Frías, al exponer su comunicación, trató de presentar una explicación a la acción hemostática de la dieta de leche-agar, de Scheer, así como de la dieta de manzanas y de pectina ("sangostop" al 5 por 100 por vía oral y al 1,5 por 100 por vía parenteral), observada en el tratamiento de

colíticos, habla de la semejanza existente entre los ácidos galacturónico del agar y de la pectina con la vitamina C, cuya composición química es muy próxima; piensa si este ácido podría ser una provitamina que, en contacto con los endotelios vasculares, fuese capaz de transformarse en vitamina C, cuya acción sobre la coagulación es bien conocida, y cuyos efectos sobre las diarreas de los niños disérgicos preescorbúticos tratados por ácido ascórbico ha sido evidente en muchas de sus observaciones.

En la discusión de esta comunicación, Gutiérrez Arrese se muestra algo escéptico en cuanto a la acción particularmente parecida que pueda existir entre el ácido galacturónico y el ácido ascórbico, ya que en cuestión de vitaminas nada puede situarse enfrente, pues muchas de las afirmaciones pueden tomarse como verdadero mentís; como muestra, cita lo que ha sucedido con el aceite de hígado de bacalao.

Recuerda que los mucílagos son de abolengo muy antiguo en terapéutica; se vienen empleando diversas clases de mucílagos en el tratamiento de la diarrea, y si se rebusca en patología del adulto, existen preparaciones, varias de ellas especializadas, con verdadero arraigo en España.

Al considerar la dieta pone de manifiesto que en la diarrea de los niños han dado resultado una serie de medicamentos, como la dieta de manzana, que no está bien explicada su acción; unos piensan en su contenido en vitaminas, pero con ellas se aporta a la dieta pequeñas cantidades de celulosa y de ácido málico, y es bien conocido que la flora del colon "se entretiene" con un poco de celulosa. Además, el agar es capaz de absorber hasta 15 veces su volumen de agua, y de aquí su acción en el estreñimiento, donde aumenta el bolo fecal de modo extraordinario y excita el peristaltismo. Apunta el hecho de que son conocimientos en franca revisión los pertinentes a flora intestinal, y cree que en casi todas las diarreas de los niños apenas hay que considerar la flora intestinal, si bien no sólo ha de valorarse el peristaltismo intestinal, la travesía intestinal, sino también la existencia en intestino delgado de elementos como bilis y jugo pancreático, y el aumento en concentración en intestino grueso de estos fermentos, que hacen posible una autodigestión de la mucosa del colon. Motivo por sí para producir una lesión intestinal, primero catarral, pudiendo luego llegar hasta la ulceración. Es como los fermentos digestivos pueden originar cuadros de colitis cuando existe un peristaltismo intestinal exagerado; es como los mucílagos pueden actuar absorbiendo los fermentos biliares y pancreáticos y regular la travesía intestinal.

El otorrinolaringólogo ante la lucha antituberculosa

POR EL

Dr. SABINO RODRIGUEZ BERCERUELO

Es distinta la actuación del otorrinolaringólogo en lo que se refiere a los problemas de enseñanza, para cuyo más perfecto desenvolvimiento tendremos que recabar, como también lo harán así los propios catedráticos en su próxima Asamblea de Madrid, de los Poderes públicos la dotación debida de auténticos profesores numerosos de la especialidad, en todas nuestras Facultades

de Medicina que aún carecen de ellos desde hace más de diez años.

Es distinta, digo, la actuación del especialista de garganta, nariz y oídos en estos Centros docentes que tienen por lema exclusivo el contribuir oficialmente a la enseñanza y formación de médicos, que el de ese otro grupo de especialistas adscritos por recientes disposiciones ministeriales a la Inspección provincial de Sanidad, como lo es también, a nuestro juicio, distinta la actividad del otorrinolaringólogo de la Inspección médico-escolar y del de la lucha contra la tuberculosis.

Recopiladas unas cuantas disposiciones de nacionalidades diversas sobre sistemas de lucha antituberculosa, muévenos a tratar hoy en EL SIGLO MÉDICO esta cuestión tal y como fué originada en los distintos países, así como también la evolución sufrida hasta nuestros días y la intromisión en todos los sistemas de lucha contra la tuberculosis, de las especialidades diversas, sobre todo de la laringología, cuyo papel es esencial, a nuestro juicio.

Antes, sin embargo, queremos destacar el tejer y destejer tan constante que han venido haciendo con los Servicios de laringología de los Dispensarios antituberculosos estatales todos los sanitarios que han desfilarado en estos últimos años por el ramo de la Sanidad española.

Se han convocado dos oposiciones para el desempeño de estas plazas y se han anulado dos veces, y por ahora parece ser que subsiste el criterio de que en los Dispensarios antituberculosos de España no habrá más especialistas que los dependientes del Instituto Provincial de Higiene. Criterio, a mi juicio, equivocado, por ser ben distinta, por cierto, la función de los otorrinolaringólogos de una institución y la otra, aunque estos dos dependan entre sí.

En todos los sistemas del mundo de lucha contra la tuberculosis tiene el laringólogo cada día que pasa una importancia más acentuada, debido quizá a su actuación investigadora para desenmascarar más precozmente la localización respiratoria de esta bacilosis.

Además de la colaboración social, es de su competencia el cooperar con el fisiólogo en todas y cada una de sus funciones. Descubrirá precozmente al enfermo tuberculoso, propagará por la palabra y escritura los medios de prevención de la enfermedad y, sobre todo, su preocupación constante lo constituirá el *diagnóstico y terapéutica de las localizaciones de la tuberculosis en el campo de la especialidad*.

Son pequeñas las diferencias que separan la actuación de los laringólogos entre un sistema de lucha y otro. Todos necesitan su ayuda; sin embargo, en todos varía ligeramente, según dependan aquéllos del Dispensario, Sanatorio o Enfermería.

En el Dispensario, la investigación sistemática, tan preconizada, es su papel esencial, así como la determinación temprana entre las localizaciones no tuberculosas en sujetos que son francamente enfermos.

Tanto en el Dispensario, Sanatorio como en la Enfermería, la evolución de la enfermedad la registrará por los datos recogidos de la exploración laringológica, sin dejar tampoco de preocuparse ni un instante de los problemas de terapéutica.

En los Sanatorios de algunos países, y ya en algunos nuestros, se le adjudica al laringólogo, además de to-

das las actuaciones conocidas de su especialidad, la de ejecutar la broncografía y tratar endoscópicamente las supuraciones broncopulmonares de los cavitarios, así como también el practicar todas las frenicotomías que se planteen.

1.º SISTEMA DE LUCHA: TIPO INDIVIDUALISTA CON PREDOMINIO DE LA ACCIÓN PARTICULAR

Es característico de este tipo la *lucha antituberculosa de los Estados Unidos*. El creador de la lucha antituberculosa americana es Trudeau, en 1884, en que abrió un famoso sanatorio en Adirondack-Cottage; después de esta fecha se multiplicaron las instituciones de este tipo, todas ellas de origen particular, siendo todas ellas estimuladas e influenciadas por la Association Nationale de Laringologie.

La legislación americana sobre la lucha antituberculosa es variadísima y depende por entero del Gobierno de cada Estado, no interviniendo el Gobierno federal más que en lo referente a la protección de fronteras e higiene de las vías de comunicación.

Pero lo característico de toda esta complicada y difícil legislación es la de que apenas interviene el Estado en la lucha antituberculosa propiamente dicha, que está, en su mayoría, en manos de las Compañías de seguros, que comenzaron a internarse en este problema como un lucrativo negocio a partir de la famosa experiencia de Framingham, en 1916, llevada a cabo por la "Metropolitan Insurance Life Company", que ensayó todos los procedimientos de lucha sin escatimar ningún gasto en la ciudad de Framingham, pudiendo comprobarse que más del 16 por 100 de las defunciones prematuras eran debidas a la tuberculosis, y que por ellas habían de invertir anualmente más de 4.000.000 de dólares.

Las mismas Compañías de seguros de vida han organizado los exámenes periódicos de sus afiliados, y de este modo son ellos los que sostienen la lucha antituberculosa en los Estados Unidos.

El Estado obliga a que por cada 35.000 almas haya un sanatorio dotado de todas las especialidades, siendo la de laringología la primera que fué creada, y por cada 10.000 almas, un dispensario en las mismas condiciones de personal técnico.

En 1927, con una población de 108 millones de habitantes, con una mortalidad por tuberculosis de 87.567, o sea una proporción del 8,08 por 1.000, había 680 dispensarios, sin contar los servicios de consulta de los hospitales y dispensarios ambulantes, que sólo en especialidades sumaban unos centenares: 608 establecimientos hospitalarios, comprendiendo sanatorios, preventorios y servicios no hospitalarios para tuberculosos, alcanzando en total la cifra de 72.723 camas.

2.º SISTEMA INTERMEDIO: NI ESTATAL NI PARTICULAR

Dinamarca.—La lucha en este país se remonta al año 1875, en que el profesor Sophus Engelsted abrió el primer sanatorio marítimo para niños, en el que, por apenas disponerse de medios, se prescindió de todas las especialidades; pero comenzó a tomar verdadero incremento la lucha danesa en 1901, en la "Asociación Nacional Danesa contra la Tuberculosis", que pronto llegó a constar de 30.000 miembros, y se propuso desde el comienzo:

Primero. Crear sanatorios populares para tuberculosos pobres y debidamente dotados.

CONTIENE
LOS

MINERALES

INDISPENSABLES

SODIO

POTASIO

FOSFORO

CALCIO

HIERRO

MANGANESO

DURANTE LA PREÑEZ Y DESPUÉS DEL PARTO

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

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

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

MUESTRAS A PETICION

Distribuidores en España:

SOCIEDAD ANONIMA DE DROGUERIA VIDAL-RIBAS,

Cortes, 639 — Barcelona

JARABE de FELLOWS

DE LOS HIPOFOSFITOS

Antiateromatoso.
Hipotensor.
Desclorurante.
Diurético.
Modificador
de la endoarteria.
Modificador
mineralo-tejidualar.

Mx A
13.14

Mn A
7.0

GOTAS: en dosis de 10 a 25.
COMPRIMIDOS: de 3 a 6 por día.
AMPOLLAS: 5 cc. Inyecciones cada dos días.

Silicyl

Medicación
de **BASE** y de **RÉGIMEN**
Estados Arterioesclerosos
y **Carencias Silíceas**

Agente: PLANS-SINTAS Hijos, 136, Provenza, Barcelona. — Laboratorios CAMUSET, 18, rue Ernest Rousselle, Paris.

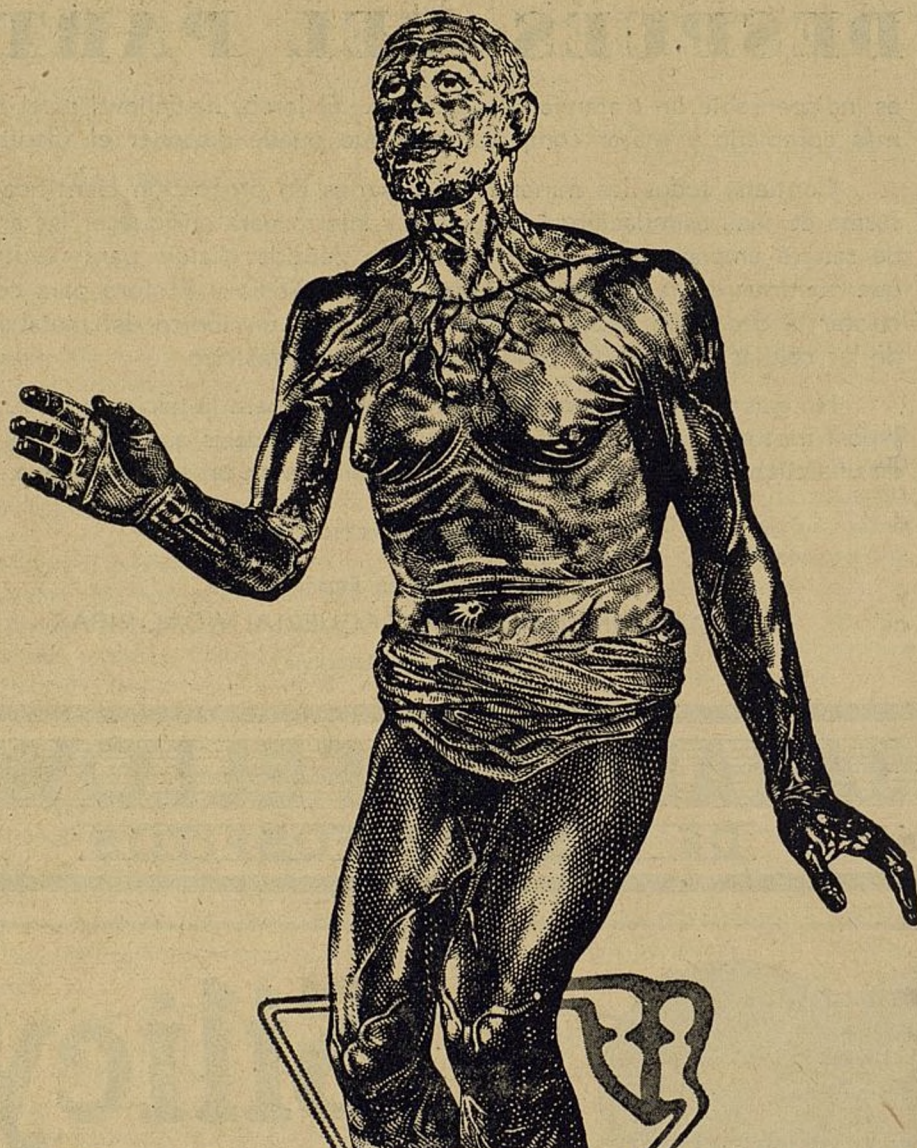
PYRÉTHANE

GOTAS

25 a 50 por dosis - 300 por día (agua bicarbonatada)
AMPOLLAS A: 2 cc. Antitérmicas.
AMPOLLAS B: 5 cc. Antineurálgicas
1 a 2 al día
con o sin medicación intercalar por las gotas

Poderoso Antineurálgico

Ayuntamiento de Madrid



IODAMELIS

IODOTANINO COMPLEJO

**MODIFICADOR TOTAL DE LA CIRCULACION
MODIFICADOR DE LA NUTRICION**

DOSIS . 20 a 40 gotas en las dos comidas

LABORATORIOS J. LOGEAS
AGENTE GENERAL, E. BOIZOT — LUIS CABRERA 47 — MADRID

Segundo. Dar subvenciones a los enfermos pobres que tuvieran que quedar en el seno de la familia.

Tercero. La propaganda higiénica a cargo de todo el Cuerpo médico por medio de carteles, conferencias, etc.

En 1905 se votaron en el Parlamento danés las dos famosas leyes que rigen la lucha antituberculosa. Estas leyes fueron redactadas y propuestas por una Comisión de técnicos nombrados al efecto, y de la que fué presidente el profesor Kund Faber.

La primera ley estableció las medidas relativas a la lucha contra la tuberculosis, y la segunda es la relativa a las subvenciones para el tratamiento de los tuberculosos. El Estado, con arreglo a esta segunda ley, dona los tres cuartos del precio del tratamiento de los tuberculosos indigentes en los sanatorios; pero hay que advertir que bajo el término de indigentes en Dinamarca se comprende:

Primero. A los miembros de las Sociedades de seguros mutuos, así como a sus hijos, menores de quince años (o sea más del 60 por 100 de la población total de Dinamarca).

Segundo. Los enfermos cuya situación de fortuna es tal que, según la ley, debieran pertenecer a las Sociedades de seguros mutuos.

Tercero. Los enfermos cuya situación es tal que la Comisión de la lucha tiene derecho de exigir un ingreso en el hospital.

Por la primera ley se fija una serie de disposiciones sanitarias minuciosas, referentes a escolares, obreros, nodrizas, etc., etc.

En 1925 contaba Dinamarca con 3.641 camas para tuberculosos, o sea 106 camas por cada 100.000 habitantes, y 129 camas por cada 100 defunciones ocurridas por tuberculosos; es decir, que sobrepasa en 25 la cifra que se considera como ideal, de 100 camas por cada 100 defunciones anuales.

Con esta lucha es Dinamarca el país de Europa que ha conseguido disminuir más la mortalidad por tuberculosis, que, de 30,3 por cada 10.000 habitantes en 1890, se ha reducido a 8,9 en 1926.

3.º TIPO SOCIAL NO ESTATAL

Las Mutualidades belgas.—En Bélgica concurren tres elementos en la lucha contra la tuberculosis: el Estado, las Mutualidades y las obras privadas; pero el papel de las Mutualidades es particularmente considerable. La intervención del Estado es casi puramente financiera; en realidad, no hay una legislación antituberculosa.

El Estado dona 2,5 francos por día en la hospitalización de cada tuberculoso, y 3.000 francos por cama en la construcción de cualquier centro hospitalario. Los dispensarios reciben del Estado el 70 por 100 de sus gastos.

Las Mutualidades son Asociaciones de dos clases: unas, que asisten al asociado enfermo durante los tres primeros meses de su enfermedad, con todos los servicios médicos y farmacéuticos. Estas reciben del Estado una subvención del 10 por 100; otras, que, en caso de enfermedad crónica o invalidez prematura, indemnizan a los enfermos a partir del cuarto-séptimo mes de la enfermedad, hasta por lo menos los dos años. Estas reciben del Estado el 60 por 100 de sus gastos.

Estas Mutualidades pueden federarse entre sí, for-

mando las "Uniones Nacionales", que actualmente son cuatro, muy poderosas: la socialista, la católica, liberal y neutra. Todas ellas han creado unas Cajas antituberculosas. La "Unión Socialista" ocupa 440.000 familias, que pagan 4,20 francos por año cada una, y posee 34 servicios médicos. La "Unión Católica" se compone de familias 260.000; la cotización es de 2,40 a 5,20 francos anuales, según su posición social. Posee cerca de 3.000 camas para tuberculosos.

La "Asociación Nacional contra la Tuberculosis" se dedica exclusivamente a la construcción y explotación de establecimientos de cura.

4.º SISTEMA PURAMENTE ESTATAL

Italia.—Representa Italia el esfuerzo más colosal y más rápido que se ha hecho en el mundo contra la tuberculosis.

En 1887, de que datan las primeras estadísticas, se encuentra una mortalidad del 52.000 a 60.000 personas de tuberculosis.

Casi absolutamente nada se hizo contra la tuberculosis antes de Mussolini. En 1917 se conceden 200.000 libras para construcción de sanatorios, que empiezan a funcionar apenas sin medios. Pero hasta 1922 no se crea en Italia un organismo de lucha antituberculosa. Este es la "Federación Nacional Italiana Fascista para la Lucha contra la Tuberculosis", con una serie de Comités provinciales que funcionaban con bastante independencia y que rindieron muy poca labor útil, hasta que, en 1927, se les centralizó en Roma y se les sometió a estrecha inspección. A partir de esta fecha se ha verificado un progreso notabilísimo en la lucha antituberculosa italiana.

La legislación antituberculosa italiana consta principalmente de dos leyes:

La primera ley, del 25 de junio de 1927, es la que reforma la organización de las Asociaciones provinciales.

Y la segunda es la ley de los regresos obligatorios contra la tuberculosis.

El regreso es obligatorio para todas aquellas personas de ambos sexos mayores de quince años y menores de sesenta y cinco que vivan de un salario, calculándose en unos ocho millones de trabajadores los acogidos a esta ley, que, contando sus familiares, ascienden a unos 14 millones, es decir, la mitad de la población de Italia.

La cotización es bimensual, y se eleva a una lira: la mitad pagado por el obrero y la otra mitad pagado por el patrono. Esta cantidad se eleva a dos liras cuando el salario pasa de ocho liras diarias.

Estos regresos sostienen los sanatorios debidamente dotados de especialistas, a los que se procura enviar al asegurado enfermo o a los miembros de su familia, mujer o niños, que enfermen de tuberculosis. Además, la familia recibe un subsidio de cuatro-seis liras diarias. Cuando, por falta de camas o por la naturaleza de las lesiones, el enfermo no ingresa en un sanatorio, recibe asistencia gratuita domiciliaria, con el correspondiente subsidio familiar.

Esta ley, del 18 de octubre de 1927, no ha empezado a regir hasta 1929, y en este corto tiempo (hasta 1932), se calculan en 300 millones de liras los gastados en construcción de sanatorios, y se ha conseguido dotar a Italia de 8.956 camas para tuberculosos de tres años, espe-

rándose que en el espacio de diez años se eleve este número a 20.000, suprimiéndose entonces totalmente la cura domiciliaria de los tuberculosos, poniéndose de este modo Italia a la cabeza del mundo en la organización de la lucha antituberculosa.

5.º TIPOS INDEFINIDOS

La lucha alemana.—Es muy difícil encajarla dentro de un tipo determinado, pues es variadísima, dependiendo de la legislación de cada Estado.

La legislación del Reich en esta materia consta de dos leyes: la primera es la ley de seguros sociales, muy complicada, y condenada en el Código de leyes sociales del 15 de diciembre de 1924. Siendo obligatorios los seguros, ponen todo los obreros, empleados o artesanos sujetos a un salario, sea cualquiera su cuantía, llegando a estar acogidos a esta ley unos 40 millones de personas.

La segunda ley es la relativa a profilaxis obligatoria, de la que se hallan encargadas las Oficinas de Asistencia y Previsión Social, organizadas por los diferentes Estados y Municipios libres, con completa independencia de organización.

La organización de sanitarios y dispensarios es variadísima, pero muy rica y perfectamente dotada de personal médico. En 1929 poseía Alemania 193 sanatorios para tuberculosos, con 21.133 camas; 415 establecimientos para niños, con 33.000 camas, y 31 casas de convalecientes, con 1.463 camas, 200 establecimientos de descanso, 35 escuelas de bosque y unos 474 servicios hospitalarios destinados a tuberculosos, y más de un centenar de laringólogos.

Sólo estas cifras dan idea de la poderosa organización antituberculosa de Alemania.

La organización francesa.—Si bien infinitamente superior a la nuestra, es bastante deficiente; tiene una legislación complicadísima, muy completa, bastantes centros destinados a la lucha antituberculosa, pero, en general, son muy deficientes y están mal dotados de personal médico.

Organización española.—La organización española, que data desde el 6 de octubre de 1751, en que Fernando VI decretó y firmó en el palacio del Buen Retiro, de Madrid, algo que aún persiguen naciones que van muy delante de la nuestra en sus progresos sanitarios; la dividiremos en dos etapas: primera, la realizada en tiempos de la Monarquía, y segunda, la organización republicana.

Fueron los doctores Espina, Capo y Verdes Montenegro quienes ejecutaron los primeros esbozos de esta campaña contra la tuberculosis en España. A este último debemos la creación en Madrid, en el año 1901, del primero de nuestros Dispensarios, así como la aplicación de tuberculina, que, poco más tarde (1908), se declara de terapéutica oficial.

En un tiempo breve se sucede la creación de otros centros análogos, correspondiéndole a Valladolid precisamente el número 17 de los Dispensarios creados merced a la gestión directa del Dr. García Durán.

En 1907 se funda un Real Patronato de Dispensarios, y poco más tarde se ponen en marcha algunos sanatorios, incluso con personal médico de especialidades. Los fondos para el sostenimiento de todas estas instituciones

eran recaudados en gran parte por obras benéficas, fiestas de la Flor, etc.

Al advenimiento de la República se hubiera conseguido mucho más si, en vez de preocuparnos de ese tejer y destejer constante de que ya hacíamos referencia al comienzo, se hubieran dotado debidamente de medios todas las instituciones antituberculosas que hoy funcionan, y quizá a estas fechas habríamos ampliado en la mayor medida posible, hasta conseguir una organización de la Lucha Antituberculosa Española que pudiera competir con cualquiera de las buenas organizaciones de los países que figuran a la cabeza.

De todos modos, queremos hacer constar que los créditos presupuestarios afectos a la Dirección general de Sanidad fueron elevados al advenimiento del nuevo régimen próximamente en 15.000.000, oscilando entre 30 y 35 millones los consignados en el presupuesto para el año vigente, de los cuales 15.000.000 se emplearán exclusivamente para la lucha antituberculosa.

Y ahora, para terminar, sin entrar para nada en el análisis de si conviene o no conviene la reorganización última, prescindiendo de que para la buena marcha de esta lucha, sean o no sean precisas las Comisiones Central y provinciales en trámite de formación, lo que a todos nos interesa es evitar esta enfermedad, y para ello no deben escatimarse en nada ninguna de las medidas de carácter general que contribuyen a ello indirectamente, ni tampoco, claro está, suprimir las intervenciones de los médicos generales ni regatear los *médicos especializados*, que, junto con el personal facultativo adscrito actualmente a la lucha antituberculosa, que también habrá de ampliarse, enfermeras-visitadoras, etc., formen el eje central de todas las instituciones antituberculosas, sin cuya actuación ningún paso eficaz podrá darse.

Divulgaciones científicas de actualidad

Sobre el bloqueo del aparato retículoendotelial del hombre en algunas formas de intoxicación por el sublimado y sobre la transplatación del riñón cadavérico como método de tratamiento de la anuria consecutiva a aquella intoxicación

Por el Dr. VORONOV

Del Instituto Ukraniano de Cirugía de Urgencia y Transfusión de Sangre (Ciudad de Jerson)

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

La causa del fracaso de los trasplantes reside en la existencia de mesénquima local y de una reacción inmunobiológica general con formación de anticuerpos específicos, que determinan la eliminación del trasplante. Esta reacción inmunobiológica puede ser pequeña, y hasta faltar, como en el caso del bloqueo del sistema retículoendotelial.

El retículo endotelial es un factor importante en la producción de anticuerpos. Según Bogomolez, Lehman y Tammann, Arnold, Rudizky, Morpurgo y Milone, es indudable la influencia del "bloqueo" del sistema retículoendotelial en la transplatación de órganos y tejidos en el sentido de una mayor supervivencia del trasplante. Así, en los casos de Lehman y Tammann, la homotrasplatación de pedazos de piel fué seguida de una super-

vivencia diez veces mayor en los casos con "bloqueo" del retículo endotelial. Rudizky, por su parte, ha podido observar que en los animales "bloqueados" se encuentran elementos glandulares en el órgano trasplantado (testículo) en un 65 por 100 de los casos, mientras que en los animales no bloqueados se observan estos elementos sólo en un 35 por 100 de los casos.

En los casos de intoxicación por el sublimado se produce un indudable estado de bloqueo del retículo endotelial con lesiones renales, que hacen precisa una trasplantación de otros riñones para suplir la insuficiencia de los del enfermo.

El sublimado, como sal de metal pesado, actúa localmente, y es absorbida por los órganos parenquimatosos y, en primer término, por el intestino y riñón. El tóxico se une ávidamente con la albúmina del plasma, formando un cuerpo coloidal electronegativo que lesiona selectivamente los elementos del retículo endotelial.

Si se examinan al microscopio los órganos lesionados por el sublimado (ganglios linfáticos, bazo, suprarrenales, corazón, etc., en el caso del autor) se observa que en los órganos ricos en elementos retículoendoteliales, éstos presentan signos de degeneración, si bien conservando ocasionalmente, como células parenquimatosas, su facultad de regenerarse.

Según los datos de Leytes y Rudizky, en el estado de bloqueo la absorción de sales de metales pesados de la sangre se verifica muy lentamente. Algo análogo ocurre en la intoxicación por el sublimado. Así, en el período agudo de la intoxicación, cuando aún no ha tenido lugar la completa degeneración de los órganos parenquimatosos, puede darse un período de oportuno bloqueo sin que se hayan perdido todavía las facultades regenerativas de los órganos. Si en estas condiciones se lleva a cabo la trasplantación de un riñón, parece lógico que éste contribuya a la más rápida eliminación del tóxico, supliendo, además, a los riñones lesionados hasta que éstos hayan de regenerarse más o menos.

Los ensayos de trasplantación, con estos fines, de órganos de primates (Unger) y, sobre todo, de animales domésticos, como la cabra y el cerdo (Jaboulet), han fracasado por completo. Williamson observó hasta la muerte del animal con fenómenos de anafilaxia inmediatamente después de restablecida la circulación en el órgano heterólogo trasplantado. Algo más optimistas son las conclusiones de Abramovich, después de la preparación previa de donante y recipiente por medio de una prolongada inmunización recíproca.

En los casos de intoxicación por el sublimado, en los que hay que actuar rápidamente, sólo es, pues, posible la homotrasplantación. La única fuente de trasplantes ha de ser el cadáver, ya que la invalidez que sufre el donante y lo problemático de la salvación del enfermo no autorizan la utilización de sujetos vivos.

Según nuestras observaciones, los órganos cadavéricos permanecen completamente estériles más de cuarenta y ocho horas. También se sabe por fisiología que los órganos cadavéricos inyectados con líquido de Ringer son capaces de seguir funcionando durante algún tiempo. Teniendo esto en cuenta, hemos operado un caso de intoxicación por el sublimado.

Observación.—Mujer de veintiséis años, que ingresa en nuestro Servicio por intoxicación por el sublimado (intento de suicidio) de veinticuatro horas de fecha. A

los tres días, y en vista de que la enferma no eliminaba ni una gota de orina, se decidió la trasplantación de un riñón del cadáver de un enfermo de encefalitis, que falleció de una manera tranquila. No se observaron signos de tuberculosis ni de sífilis. Se examinó la sangre, si bien el resultado del Wassermann no pudo obtenerse hasta el día siguiente.

Grupos sanguíneos.—Cadáver: B (3). Enferma: O (1). Considerando que la masa de sangre del recipiente (O) al pasar a los tejidos del cadáver (grupo B)—como donante universal—no sería aglutinada en los tejidos del trasplante, decidimos utilizar inmediatamente este cadáver.

Operación.—Incisión en cara interna del muslo derecho; se descubren los vasos femorales por encima del canal de Hunter y se extirpa el riñón del cadáver, suturándose los vasos renales a los femorales de la enferma, según la técnica de Carrel, modificada por el autor. Inmediatamente de inaugurada la nueva circulación se observó circulación capilar en el orificio externo del uréter del trasplante. Hay una pausa en el funcionamiento del riñón trasplantado, hecho que se observa siempre en los experimentos en animales.

No se observaron fenómenos anafilácticos. La concentración del tóxico en sangre era de 1,5 miligramos por 100. La enferma pasa la noche tranquila. La herida está en buen estado, y el uréter del trasplante muestra movimientos peristálticos y da salida a orina transparente. Los riñones de la enferma siguen sin dar orina alguna.

Con el fin de reforzar el bloqueo del retículo endotelial y hacer que fuese menor la concentración del tóxico en la sangre, se decidió practicar una sangría, seguida de transfusión masiva de sangre del donante de grupo (C) al final de las veinticuatro horas. Sin embargo, una nueva investigación del tóxico en sangre reveló (a las veinticuatro horas de la operación) una considerable disminución de su concentración, igual a sólo 0,15 miligramos por 100.

Inmediatamente después de la sangría (700 cc.) y de la transfusión de sangre (400 cc.) aumentó energicamente la peristalsis ureteral, pero también empezó a segregarse orina sanguinolenta. La enferma comenzó a mostrar excitación, presentándosele vómitos y convulsiones.

A los dos días de la operación la enferma empeora. La orina del trasplante es escasa y sanguinolenta, y contiene albúmina en gran cantidad, sangre y epitelio. La orina deja, finalmente, de salir, y la enferma muere después de una supervivencia de cuarenta y ocho horas.

Autopsia.—Lesiones degenerativas de los órganos parenquimatosos. Inflamación y necrosis de estómago e intestino. El riñón trasplantado muestra infiltración de glóbulos rojos, descamación epitelial y cilindros granulados. Las alteraciones de glomérulos y túbulos, así como las del endotelio de los vasos, indican contracción espástica de su luz. Los hematíes hemolizados y los leucocitos cargados de pigmentos indican alteraciones intensas de la sangre. Contrastando con estos signos degenerativos se observan fases mitóticas y fenómenos de regeneración en las células epiteliales.

Las alteraciones del riñón trasplantado recuerdan las lesiones de los riñones de la enferma, si bien más agudas y extensas.

¿Cómo explicar las intensas lesiones degenerativas del riñón trasplantado? Antes que nada es preciso tener en cuenta la acción del tóxico; luego, la influencia de la transfusión sanguínea sobre el trasplante. Sin embargo, es sobre el recipiente con veneno en sangre donde la reacción a la transfusión sanguínea es más notable: la resistencia de los hematíes transfundidos se afecta, de donde proviene la posibilidad de hemólisis, especialmente marcada en los capilares glomerulares del trasplante. Gesse y Filatof han descrito alteraciones renales consecutivas a la transfusión de sangre incompatible. Es posible también que las alteraciones más marcadas del trasplante, en el caso expuesto, dependieran de la existencia de una incompatibilidad parcial de grupo entre la sangre transfundida (A) y el trasplante (B). También ha de tenerse en cuenta la diferencia de grupo entre la enferma y el cadáver del que se tomó el riñón trasplantado; sin embargo, va en contra de esta hipótesis el hecho de que la hematuria sobreviniese, no después de la trasplantación, sino después de la transfusión. Ya se hizo notar que después de ésta la enferma empeoró bruscamente, y su orina—antes transparente—se hizo hematúrica.

Siendo preciso en estos casos de intoxicación por el sublimado eliminar lo más rápidamente posible el tóxico de la sangre, la trasplantación del riñón está perfectamente indicada, sin que este procedimiento excluya la decapsulación y demás medidas. En este sentido es preciso el practicar una sangría masiva, seguida de inyección de líquidos, y no de sangre pura.

Si bien en el caso observado fracasó el ensayo, creemos firmemente en la aplicabilidad del método como procedimiento terapéutico cuando se conozcan mejor los detalles de técnica y, sobre todo, las reacciones inmunobiológicas entre tejidos y sueros de donantes y recipientes.

BIBLIOGRAFIA

REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE LA HABANA.—Número jubilar de su XL aniversario.—Un volumen de 1.150 páginas en papel couché, con grabados.

Esta revista, que constituye una de las más importantes publicaciones científicas de aquella República, no ha encontrado mejor medio de celebrar el XL aniversario de su aparición sino lanzando un magnífico número extraordinario, que la Redacción dedica en una página de gran cariño a su director, el maestro de la Medicina cubana Prof. José Presno, a quien nuestra Academia Nacional de Medicina hizo ha poco académico de honor.

En el presente número, aparte de la historia científica del maestro Presno y de su bibliografía científica, se insertan un gran número de magníficos trabajos médicos y quirúrgicos, que sus autores, los más eminentes maestros de España y América, dedican al Dr. José Presno.

Entre los debidos a plumas españolas figuran uno del Prof. Gregorio Maraón, de un alto valor, como todos los suyos, y otro del Prof. Jiménez Díaz, realizado en colaboración con la Dra. Martina Bescós.

Nosotros, desde estas columnas, nos cumple el felicitar al Dr. Presno y a la Redacción de la *Revista de*

Medicina y Cirugía de La Habana por la esplendidez y cuidado con que han realizado la impresión de este número.—H.

TRATADO DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS PARA MÉDICOS Y ESTUDIANTES.—G. Jochmann y C. Hegler. Publicado con la colaboración de los profesores Nocht y Paschen. Segunda edición alemana, ampliada para la edición española. Traducción del Dr. Francisco Piñero. Un tomo de 1.180 págs. con 464 figuras, la mayor parte de ellas en color. Editorial Labor. Barcelona. Madrid, Plaza de la Independencia, 4, 1935.

El año 1914, al comienzo de la guerra mundial, apareció la primera edición de esta obra, escrita por Jochmann. La obra tuvo en Alemania el éxito merecido, pero las circunstancias impidieron su divulgación, y más aún su traducción a otras lenguas. Recuerdo que fué el último libro alemán que recibí por correo directo. La obra era sencillamente magistral, y la edición esmeradísima y con cerca de 450 figuras, casi todas en color, verdaderamente impecables. Jochmann fué movilizado y sirvió a su patria, ofrendándole la vida en Serbia cuando combatía una epidemia de tifus exantemático, de la que fué una de sus víctimas. Su libro sigue siendo uno de los mejores manuales de enfermedades infecciosas.

Agotada la edición se pensó en hacer una nueva, y la casa Springer encargó de ello a Hegler, que conoce a fondo esta materia. Ha visto todas las infecciones que describe, excepto el sudor miliar y la tularemia, y de muchas tiene experiencia enorme. Hay que reconocer que cumplió su misión con acierto. Respetó lo muchísimo bueno del original, y completó y modificó con fortuna lo que por razón del tiempo debía modificarse o ampliarse. Supo hacer esto en tal forma, que la obra conserva la unidad de exposición y de criterio que tanto se echa de menos en las escritas en colaboración.

Hacia el año 1934, la editorial Labor pensó en traducir al español tan importante libro, y Hegler volvió a retocar la edición alemana para que la española no tuviera el tufo de diez años de retraso, sino que estuviera al día. De la traducción se encargó el doctor Piñero, que cumplió como bueno, y la editorial sirvió la obra con una esmerada impresión y con unas láminas bien presentadas. Los que quieran conocer bien esta parte tan importante de la Patología deberán leer este manual, para médicos concienzudos y estudiantes muy aplicados y deseosos de saber.—F. G. D.

TUMORS OF THE URINARY BLADDER, por el Dr. Edwin Beer.—Wm. Wood & C°. Baltimore, 1935.—Un tomo, 166 páginas, 52 ilustraciones.

La aparición de la obra que el Dr. Beer ha tenido la deferencia de enviarnos era esperada por muchos desde hace tiempo. No en balde es considerado el autor como una de las más destacadas autoridades en cuanto a los tumores vesicales y a su tratamiento se refiere. Veinticinco años dedicados especialmente a esta cuestión, con una treintena de publicaciones sobre la misma y unas setecientas observaciones personales, justifican sobradamente la expectación que la aparición de la obra del Dr. Beer había causado.

MORRHUËTINE

JUNGKEN

CARACTERES ESENCIALES

- A/** *Simplicidad de su composición*
Yodo. Hipofosfitos, cal. sosa, manganeso.
Fosfato sódico. Glicerina pura.
- B/** *Ninguna substancia de peligroso manejo para la infancia. Ni estrignina, ni arsénico*
- C/** *No es una emulsión, ni uno de los llamados extractos del aceite de hig. de bacalao. Es un licor no alcohólico, ni azucarado, de sabor gratísimo y tolerado perfectamente.*
- D/** *Medicación YODADA por excelencia. Depurativo. Reconstituyente*

SE EMPLEA EN TODAS LAS ÉPOCAS DEL AÑO.

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

Eficaz en el tratamiento de las

- Adenopatías
- Linfatismo
- Escrofulismo
- Raquitismo
- Diabetes
- Heredosifilis
- Ameno y Dismenorrea
- Convalecencias

Estados llamados Pretuberculosos



LABORATORIO MIRABENT BARCELONA

ESPECIALIDAD NACIONAL

Los Sres. Médicos pueden pedir muestras en Madrid a nuestro representante: D. Ruperto de Frutos, Almirante, 3. pral. Tel. 17193

BISMUTHOÏDOL

(Bismuto coloidal)

Nuevo agente contra la **SÍFILIS**

EN AMPOLLAS: Solución acuosa

Sin dolor

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

INYECTABLES

para el tratamiento de las afecciones de las vías respiratorias

OPTOBALSAN

(OPTOQUINA y BALSAMICOS)

Fórmula Adultos

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

Fórmula Niños

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

Representante para Madrid y provincia:

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

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

Doce capítulos forman la nueva obra. En el primero se hace un breve resumen histórico del diagnóstico y tratamiento de las neoplasias vesicales desde los tiempos de Hipócrates—algunos de cuyos aforismos son citados—hasta nuestros días.

En el segundo capítulo estudia el autor la frecuencia, etiología y las características histológicas de los tumores vesicales. Siguen después los dedicados a anatomía patológica, sintomatología y diagnóstico. Los restantes capítulos constituyen la mayor parte de la obra, y se refieren a los diversos procedimientos terapéuticos empleados en el tratamiento de los tumores vesicales (electrocoagulación, radioterapia, resección hipogástrica del tumor, cistectomía, con implantación de los uréteres en la piel o el colon, y roentgenterapia profunda). El autor publica una serie de tablas muy demostrativas, en las que se exponen los resultados obtenidos con los diversos procedimientos terapéuticos en sus casos personales. De ellas se desprende que la excisión radical del tumor, seguida de electrocoagulación, es la que mejores resultados parece proporcionar en el tratamiento del cáncer vesical. El autor cree que en un futuro próximo la cistectomía total será el procedimiento de elección en la terapéutica del cáncer de la vejiga.

La obra termina con una extensísima bibliografía (27 páginas), en la que se incluyen algunas publicaciones españolas.

Numerosas ilustraciones avaloran el texto, siendo, unas, microfotografías y radiografías, y otras, dibujos en "half-tone" y figuras cistoscópicas, debidas al excelente artista Netter.

Recomendamos la lectura de la obra del Dr. Beer a todo urólogo que desee conocer ampliamente la cuestión de los tumores vesicales, y tenemos la seguridad de que los que esperaban con impaciencia la aparición de esta nueva monografía no se verán en modo alguno defraudados.—DRES. A y E DE LA PEÑA.

DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL EMBARAZO, FUNDADO EN LA DOCTRINA HORMONAL, por el Dr. Segundo Sabaté Barján. 40 páginas. Imprenta Alqueró. Tortosa.

Este folleto del Dr. Sabaté es altamente útil para el médico general, porque en él se halla muy bien resumida la doctrina hormonal, que sirve de fundamento para conseguir el diagnóstico precoz del embarazo por los procedimientos de Aschheim y Zondek, de Hisaw, de Friedman-Paphan, de Simonet, etc., etc.

En estas pocas páginas acredita sus dotes de investigador, combinación de los muchos trabajos que sobre temas de obstetricia y ginecología tiene publicados.

DR. F. GÍAS BAYONA.

ALIMENTATION ET CONSTITUTION INDIVIDUELLE.—Fascículo III de la "Nutrition", por los Dres. Nicola Pende, Silvio de Candia y Martiny.—Editeur, Doin et Cie. Place de l'Odeon, núm. 5, París. Precio, 20 francos.

La ciencia médica italiana, bajo el intenso impulso del Prof. Nicola Pende, ha renovado la cuestión, antaño floreciente, y después tanto tiempo abandonada, de los temperamentos constitucionales, llamando la atención sobre las glándulas endocrinas y su balance hormonal sobre el sistema nervioso simpático y sobre el equilibrio electrolítico de los humores.

Toda terapéutica racional debe actualmente tener en cuenta, no sólo los trastornos mórbidos, sino también el biotipo, es decir, la personalidad morfológica, biodinámica, moral e intelectual que rige la reacción individual de cada sujeto.

Desde el punto de vista alimenticio, es muy conveniente conocer la acción dinámica específica de cada producto absorbido. Conocimientos semejantes a estos son también necesarios con respecto a la conducta de las medicaciones y de las curas termas, ya que el éxito en ambas está directamente relacionado a las variantes de las reacciones individuales.—J.

PERIODICOS MEDICOS

C. A. BAU.—*Nuestra experiencia en el tratamiento de Las estenosis laríngeas por difteria. Años de 1926 a 1934.*

El autor resume en este interesante trabajo sus observaciones, hechas en las clínicas de Düsseldorf. Al principio fué menos necesario recurrir al tratamiento cruento (traqueotomía); pero en el curso de los años se impuso esta operación. Hay que recordar que desde el año 1930 se padece en Alemania una grave epidemia de difteria que ha modificado los cuadros relativamente benignos observados en los dos primeros decenios de este siglo. En las estenosis laríngeas sigue el autor la siguiente regla de conducta: 1.º, tratamiento general, aislamiento del niño en un cuarto tranquilo y silencioso, vigilancia por una enfermera ilustrada que suprima toda causa de excitación del niño; 2.º, sueroterapia, 10.000 unidades al ingreso en la clínica, y 6.000 después, con intervalos de tres a seis horas, según la gravedad del caso, hasta que empiezan a desprenderse las falsas membranas; las inyecciones serán intramusculares; 3.º, sostener la circulación con estrofantina, cardiazol y simpatol; 4.º, sedantes para combatir la angustia de la asfixia (emplear sólo luminal y narcofina); 5.º, aspirar las membranas con la bomba de chorro de agua, y nada de "sprays", que se soportan muy mal.

No se intubarán ni se harán traqueotomías a los niños con estenosis ligeras o de mediana gravedad, ni tampoco a los crups con difteria o sarampión. En cambio, no se estimarán como contraindicaciones las difterias de curso descendente; se pueden salvar muchos niños con esta difteria mediante las traqueotomías bien hechas. Procurar, si es posible, no operar hasta que se inician los efectos curativos del suero. Si iniciados éstos la sofocación sigue, hay que operar sin perder tiempo. Si se hacen intubaciones, sostenerlas unas setenta y dos horas; el hacerlas precoces trae consigo el riesgo del edema de glotis a la nueva intubación. Hoy día se intuba en las clínicas más que antes; pero no olvidar que lo verdaderamente salvador en los casos graves es la traqueotomía. (*Klinisches Woch.*, 1935, número 50; aparecido en *Wiener Med. Woch.*, 1936, núm. 5.) F. G. D.

MASCHKILLEISSON y NERADOW.—*Treinta y tres casos de granulosis "rubra nasi" de Jadassohn.*

Después del estudio de 33 casos de granulosis "rubra nassi", no han encontrado los autores datos suficientes que les permitan colocar esta dermatosis entre las afec-

ciones tuberculosas. Sólo dos veces han encontrado tuberculosis en la familia, y ni una sola en los mismos enfermos; 14 veces, de 21, ha sido negativa la reacción de von Pirquet.

Consideran los autores que, en el origen de la granulosis "rubra nasi", intervienen diversos factores que debilitan la resistencia de los capilares periféricos, tales como las infecciones crónicas, entre las cuales, en ocasiones, puede intervenir la tuberculosis. Es por ello por lo que con frecuencia se observa esta afección asociada a los procesos de inflamación crónica de las vías respiratorias superiores.—(*Der. Zeits.*, tomo LXXI, fasc. 3, 1935, pág. 79.)—T. B.

PIERRE BOURGEOIS y L. FISCHER.—*La sífilis en los tuberculosos pulmonares.*

La frecuencia de la sífilis en los tuberculosos es alrededor de un 10 por 100. (En este punto nos atenemos de manera más particular a nuestro trabajo realizado en el Sanatorio de Brevannes, dicen los autores en su primera conclusión.) No parece que la sífilis sea más frecuente en los tuberculosos, y viceversa, ya que la misma no constituye un terreno de elección favorable al estallido de la tuberculosis.

La forma que en la gran mayoría de los casos hemos encontrado—dicen en la tercera conclusión—es una forma fibrosa y poco evolutiva. La afección sífilítica antigua juega el papel de factor esclerosante, realizando, en la asociación con la tuberculosis, formas híbridas y de aspecto muy particular y, a menudo, asociadas a aortitis sífilíticas latentes.

La sífilis reciente bien tratada es asimilable a la antigua en cuanto a su influencia sobre la evolución anatomoclínica de la tuberculosis.

Las manifestaciones sífilíticas tardías de los tuberculosos revisten rara vez una cierta gravedad por sí mismas. El pronóstico de la asociación sífilis-tuberculosis es relativamente benigno: se trata de sífilis, bien antigua o moderna, pero en ambos casos bien tratada.

Un tratamiento enérgico de una sífilis reciente siempre obra bien sobre la evolución de la tuberculosis. Hay que tener cuidado de los accidentes medicamentosos digestivos, que pueden causar el empleo del cianuro de mercurio a fuertes dosis. Las sales de oro gozan de muy poca importancia en el arsenal terapéutico del tuberculoso. Por último, en la última conclusión nos dicen que el cuadro clínico de los sífilíticos antiguos y en los tuberculosos pulmonares es a menudo dominado por la existencia de manifestaciones de insuficiencia cardíaca, que piden la abstención de todo tratamiento antisifilítico, y asimismo los medicamentos de índole tónico-cardíaca.

El trabajo se acompaña de extensa y moderna bibliografía.—(*La Presse Médicale*, núm. 100, pág. 2.029, 14 diciembre 1935.)—J. H.

J. A. COLLAZO, J. BARBUDO e ISABEL TORRES.—*Metabolismo muscular en la distrofia muscular progresiva.*

Dan cuenta los autores de los resultados obtenidos en las determinaciones de la cantidad de fosfágeno glucógeno y ácido láctico contenidos en los músculos, obtenidos mediante una biopsia que se realiza con gran facilidad en el músculo deltoides. Las determinaciones

han sido hechas en un grupo de seis enfermos afectos de distrofia muscular progresiva, y de la comparación de los valores hallados con los correspondientes a sujetos normales deducen que en esta enfermedad existe una degeneración adiposa conjuntiva de los músculos y una alteración del metabolismo muscular, que se caracteriza por una disminución de las dos sustancias: fosfágeno y glucógeno, que son necesarias para la contracción muscular. En los casos muy graves casi llega a desaparecer el fosfágeno. La cantidad de ácido láctico también está disminuida, así como el contenido de agua en relación con el residuo seco del músculo.

Señalan la relación de la disminución de estas sustancias en el músculo con la existencia de un aumento de la eliminación de creatina y de fósforo por la orina, sin que esté aumentada la cantidad de fósforo inorgánico que se elimina. (*D. Med. Woch.*, núm. 51, enero 1936.)—M. B.

JOSÉ MARÍA SACRISTÁN.—*El metabolismo hidrocarbonado en la psicosis maniácodepresiva endógena.*

Del muy extenso trabajo, cuyo título antecede, vamos a transmitir a nuestros lectores las conclusiones que del mismo hace su autor:

1.º En nuestro material de enfermos maniácodepresivos, el método microanalítico de Hagedorn-Jensen, en 19 casos típicos evidencia anomalías del metabolismo hidrocarbonado que confirman los resultados de los autores más modernos—Lange y Reiter—, que han empleado una técnica analítica equivalente a la nuestra.

2.º En la psicosis maniácodepresiva endógena la reacción hiperglicémica es de diferente grado, observándose en ella desde curvas hiperglicémicas de tipo normal hasta curvas francamente patológicas.

3.º Que esta anomalía del metabolismo hidrocarbonado guarda relación de proporcionalidad con la intensidad sintomatológica psíquica de la fase del proceso psíquico patológico fundamental, variando en un mismo caso la intensidad de la reacción hiperglicémica en el sentido de normalidad cuando el proceso declina o entra definitivamente en un período intercalar.

4.º Que la influencia del afecto depresivo no puede considerarse en modo alguno como la causa de las reacciones hiperglicémicas anormales, las cuales se observan igualmente en fases de colorido maniaco.

5.º La psicosis maniácodepresiva endógena típica es la psicosis endógena donde con mayor frecuencia se observan alteraciones del metabolismo hidrocarbonado.

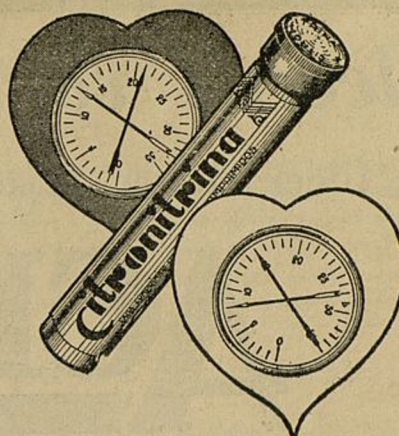
6.º Que el factor edad no juega en la génesis de las reacciones hiperglicémicas anormales observadas en la psicosis maniácodepresiva endógena un papel primario.

7.º Que la diversidad de los resultados depende muy verosímilmente de factores meramente constitucionales, siendo los pacientes de estructura somática pícnica y de círculo familiar sintónico-pícnico los que presentan en mayor proporción anomalías del recambio hidrocarbonado.

8.º Que puede admitirse con Roggenbau como causa de las alteraciones del metabolismo hidrocarbonado en la psicosis maniácodepresiva un estado de hiperexcitabilidad del sistema vegetativo, y que ésta, en nuestro sentir, sea a su vez consecuencia de la totalidad del proceso psíquopatológico maniácodepresivo. (*Archivos de Neurobiología*, tomo XIV, núm. 5, pág. 69.)—J. H.

*Para sus hiperkensos
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 nitrito sódico y la hipoviscosa del citrato.

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

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

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

VERGÉS & OLIVERES
Laboratorio Quimioterápico del Ebro
TORTOSA

MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS



LINITUL

Compresas de tul engrasado y esterilizado a 120°

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

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

PÍDANOS MUESTRAS Y LITERATURA

LABORATORIO QUIMIOTERÁPICO DEL EBRO
VERGÉS & OLIVERES - Tortosa

"Geve"

es la mejor marca
de

Aceite de Hígado de Bacalao

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

— Porque para extraerle se emplea simplemente la presión suave.

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

Muestras gratis a
los señores médicos

VERGÉS & OLIVERES
Laboratorio Quimioterápico del Ebro
TORTOSA

Úlceras varicosas. Llagas atonas

Ulceraciones - Escaras - Llagas desunidas - Dermatitis

ACÉCOLEX

PASTA TROFICA CON ACÉCOLINE

LABORATORIOS CHEVRETIN-LEMATTE

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

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

ALCALA 9, APARTADO 310
MADRID

CONSEJO DE CIENTO 341 Y 343
APARTADO 698 - BARCELONA

CALCIOTERAPIA INTENSIVA

MÉTODO TERAPÉU-
TICO PROGRESIVO

SU DOSIFICACIÓN SE
ADAPTA A TODAS
LAS NECESIDADES
TERAPÉUTICAS



SANOCAL
INTRAVENOSO
de 10 ampollas
Cajas seriadas

TIOSULFATO DE CALCIO DE FABRICACIÓN NACIONAL

FORMA DE VENTA:
(Cada caja contiene)

1 ampolla de Sanocal de 0,05 grs.
2 „ „ 0,10 „
3 „ „ 0,25 „
4 „ „ 0,50 „

Que permiten inyectar las siguientes dosis:
Primera inyección, de 0,05; segunda de 0,10;
tercera, de 0,25; cuarta, de 0,35 (una de 0,25
y una de 0,10); quinta de 0,50; sexta, de 0,75
(una de 0,50 y una de 0,25), y séptima, de
1,00 gramo (dos de 0,50).



MONOTION

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

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

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.—Contra el paro médico (continuación), por el Dr. Ariete.—Hablemos claro, por Cláritas.—Homenaje a cinco catedráticos.—Instituto Nacional de Previsión.—Facultad de Medicina de Madrid.—Liga Internacional contra el reumatismo.—Congreso de la Gota y del Acido Úrico.—Sección oficial.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Tertulia.

BOLETIN DE LA SEMANA

Un homenaje de significación excepcional

En la Sala de Tapices del Ministerio de la Guerra se celebró el sábado último, a las doce, el anunciado homenaje que el Ejército y la Marina dedican al eminente cirujano militar teniente coronel D. Mariano Gómez Ulla, con motivo de habersele concedido la gran cruz del Mérito Militar como recompensa especial por su brillantísima y abnegada labor científica y sanitaria en los Institutos armados.

Asistieron el ministro de la Guerra; el subsecretario de la Marina de Guerra, en representación del señor Giral; el inspector general del Ejército, general Rodríguez del Barrio; el inspector general de la Guardia civil, general Pozas; el inspector general de Carabineros, general Queipo del Llano; el ex subsecretario de Guerra y diputado a Cortes general Fanjul; el subsecretario de Guerra, Sr. Mena; los generales Peña, Cabanellas (D. Virgilio), López Gómez, Cruz, Del Buey, Pothús, Jiménez Bosch, Agustín; el ex subsecretario de Fomento, general Vives; nutridas comisiones de jefes y oficiales de la guarnición y del Ejército y la Armada; muchos jefes y oficiales del Cuerpo de Inválidos; el teniente coronel ayudante del presidente de la República, Sr. Riaño; el jefe de la Escolta Presidencial; dos cabos y cuatro soldados del grupo de Infantería que guarnece el Ministerio, en representación de los de igual clase de todo el Ejército; una comisión del Cuerpo de Suboficiales; otra del Centro general de Pasivos de España; otra de la Confederación de retirados de Guerra, y numerosas personas del elemento civil, entre las cuales se encontraba una representación de la Sociedad Española de Higiene, del Colegio Médico y de antiguos enfermos y operados del Dr. Gómez Ulla.

El aspecto de las Salas de Tapices y de Ayudantes era en verdad imponente. Jamás se había visto en el Ministerio de la Guerra una concurrencia tan extraordinaria. Puede decirse que lo más distinguido y caracterizado del Ejército y la Marina se había congregado en el Palacio de Buenavista.

El ministro de la Guerra, general Masquelet, pronunció breves frases para sumarse al agasajo tributado al teniente coronel Gómez Ulla, y anunció que el general Rodríguez del Barrio, como presidente de la Comisión organizadora, haría uso de la palabra para ofrecer el homenaje.

El general Rodríguez del Barrio pronunció un elo-

cuentísimo discurso. Hizo, en primer término, historia de la concesión de dicha recompensa y de la organización del citado agasajo.

Dijo que dicho acto no era un homenaje más, sino que tenía un alto sentido de idealidad por la devoción y el cariño que todos los allí reunidos sentían hacia el Dr. Gómez Ulla, una de las figuras más preclaras que tenía el Ejército. En este tributo de admiración, se habían unido espontáneamente todos los individuos del Ejército y la Marina, desde el más alto al más bajo, los cuales habían colaborado en la medida de sus fuerzas con cantidades que oscilaban entre la de diez céntimos, para los soldados, y una peseta, para los oficiales. Añadió que las firmas de 165.000 personas que habían contribuido con su óbolo se pensó reunir en un artístico álbum, proyecto que no se ha podido llevar a efecto, porque ello suponía la confección de 25 tomos de 500 páginas.

Ensalzó a continuación la figura del teniente coronel Gómez Ulla como hombre de ciencia, cuyo prestigio había rebasado las fronteras de la patria; sus méritos como hombre todavía superaban a los contraídos por el sabio cirujano en su especialidad, por su abnegación, su hombría de bien y su caridad inagotable. La historia del Dr. Gómez Ulla está íntimamente ligada a la historia del Ejército. Su llegada a los campamentos de Africa era señal de júbilo para los soldados, que veían en su mano expertísima de su celo de cirujano la salvación de sus vidas.

Terminó diciendo el general Rodríguez del Barrio que el teniente coronel Gómez Ulla podía considerarse orgulloso, porque seguramente era el único español que en estos momentos no tenía un solo enemigo. Pidió, por último, un fervoroso aplauso para el ilustre médico militar. La ovación fué tan prolongada como emocionante y unánime.

Un hermano del doctor agasajado, que se hallaba presente, se abrazó al Dr. Gómez Ulla durante breves momentos, en medio de grandes aplausos.

Seguidamente, el ministro de la Guerra, general Masquelet, impuso la banda y la condecoración de la gran cruz del Mérito Militar al teniente coronel Gómez Ulla e hizo entrega de una placa de plata.

El agasajado, hondamente emocionado, dió lectura a un discurso de altos vuelos patrióticos. Dijo que se honraba en trasladar aquel homenaje a sus compañeros del Cuerpo de Sanidad Militar, de cuya abnegación y competencia hizo grandes elogios. Dedicó un cariñoso y justo recuerdo al Sr. Gil Robles, a cuya propuesta se debía el que le hubiera sido concedida dicha recompensa, y expresó su gratitud a la Comisión organizadora y a los representantes del Ejército



EN EL MINISTERIO DE LA GUERRA.—Homenaje al ilustre cirujano militar D. Mariano Gómez Ulla por las Instituciones armadas de tierra, mar y aire, agradecidas a su labor, e imposición por el Ministro de la Guerra de la Gran Cruz del Mérito Militar.

de tierra y de mar. Aludió después a la presencia en dicho acto de un grupo de soldados, cuya significación —dijo— tenía dos aspectos: uno, por haber mandado soldados y conocer el grado de su lealtad y su disciplina, y después, como médico, en cuyo cargo había podido apreciar que estos muchachos sabían afrontar con gran serenidad los mayores riesgos, incluso el de perder la vida.

Terminó el Dr. Gómez Ulla con un emocionado recuerdo para las Hermanas de la Caridad, que con tanta abnegación y espíritu de sacrificio habían colaborado a su lado y a las cuales el Gobierno había concedido análoga recompensa, homenaje que hacía extensivo a todas las mujeres españolas, igualmente capaces de rendir las mismas virtudes.

“Gracias a todos, y tened la seguridad de que esta condecoración me servirá de estímulo para la lucha, pensando solamente en el engrandecimiento de nuestra querida patria.”

El Dr. Gómez Ulla fué aplaudidísimo y felicitado, desfilando todos los allí congregados para estrechar su mano.

El ministro de la Guerra, general Masquelet, dispuso que la cruz del Mérito Militar que había de ser impuesta en aquel mismo acto a tres Hermanas de la Caridad, que desde hace muchos años colaboran en la labor quirúrgica del Dr. Gómez Ulla, fueran entregadas a dichas monjas por el citado doctor en el Hospital Militar de Carabanchel, del que el ilustre cirujano es actualmente director.

Nuestro comentario

Breve ha de ser éste, y dirigido a los dos aspectos fundamentales que se someten a la meditación del crítico.

Ni que decir tiene que nos sumamos con el máximo fervor y la más cálida emoción a este nuevo

homenaje que se rinde a Mariano Gómez Ulla. No podemos ni debemos pasar en silencio algo que acaso no sea del todo grato a nuestro muy querido amigo en estos momentos, y es ello el subrayar cuánto tiene para nosotros, y seguramente para todos los médicos españoles, de beneficiosa esperanza el que se rinda este homenaje a quien en todos, absolutamente en todos los aspectos, científicos, profesionales, sociales y morales, tan justamente lo merece. Estamos hartos de reseñar un día y otro día fiestas, banquetes y demás cuchipandas a gentes en quienes no diremos que esté injustificado el que los amigos celebren su alegría o su beneficio, pero que resulta a todas luces ridícula la exaltación exagerada de sus méritos. Cuando, como en esta ocasión, toda la clase médica y toda la sociedad española, todos los partidos políticos y todas las confesiones ideológicas coinciden en la alabanza de unos méritos impuestos a todos por su propio peso, creemos que es llegada la ocasión de que muchos ambiciosuelos e intrigantes sientan el freno que la comparación ante el juicio público les impone.

Es un consejo más que damos desde estas columnas. A los homenajes públicos no se puede ni se debe llegar más que como llega D. Mariano Gómez Ulla o como llegarían o llegarán justamente un Laureano Olivares... No queremos poner más nombres, ante el temor de que no lleguen a cuatro. Lo demás es farsa, pura farsa, y en el juicio y el interés de todos está el suprimir de una vez tanta necedad publicitaria, que llega a avergonzarnos cada vez que abrimos un periódico diario.

El otro comentario que queremos hacer es sobre cuanto significa el aplauso rendido a las Hermanas de la Caridad en estos momentos en que el bárbaro atropello de las masas cretinas arremete contra las virtudes y los merecimientos dignos del mayor respeto. En este aspecto, sólo queremos decir que ab-

solvemos de todo corazón a las masas ignorantes y a los políticos de bajo vuelo que se entregan al simple éxito de atropellar a monjas y frailes y ponerse en franca cuestión personal con Dios y con todos los santos. Les absolvemos de todo corazón, porque estamos convencidos de que la culpa no es suya, sino de la necia torpeza de quienes, forjándose un mito falaz y una moral engañosa, sembraron desde las cumbres derechistas republicanas la mística electorera, cuando por encima de todos los combates políticos están ciertos principios inmutables y verdades absolutas, que es inconsciencia suma someter a las veleidades del veredicto multitudinario.

Y después de sumarnos a estas hermosísimas frases del gran político español D. José Calvo Sotelo, añadimos que, soberbia por soberbia, la de los dos bandos es igualmente perjudicial a la patria, porque la soberbia de las clases poderosas es necedad, y la soberbia de las masas populares es barbarie.

Nueva Junta directiva

La Sociedad Española de Hidrología Médica ha elegido la siguiente Junta directiva:

Presidente, D. Víctor M. Cortezo; vicepresidente primero, D. José de Eleizegui; vicepresidente segundo, D. Isidoro R. Triguero; secretario general, don Alfredo de Piquer; secretario de actas, D. Sanitago Ratera; tesorero, D. Federico G. Deleito; presidente de la Comisión de honor, D. Segundo de Olea; presidente de publicaciones, D. Eduardo M. del Caño; presidente de estadística, D. Sebastián Pamplona. Representativos: Valencia y Murcia, D. Ramón Vila Barberá; Valladolid y Salamanca, D. Luis Infante; Granada, D. Antonio A. Cienfuegos; Santiago, don Antonio Novo; Zaragoza, D. Saturnino Mozota; Barcelona, D. José Pala Soteras; Cádiz y Sevilla, don Leonardo R. Lavín.

Las oposiciones al Cuerpo de la Beneficencia Pública Domiciliaria

Con profundo pesar cumplimos el deber de información a nuestros lectores acerca de la marcha de las oposiciones a las vacantes en el Cuerpo de la Beneficencia Pública Domiciliaria.

El resultado de las pruebas no puede ser más desastroso. Los tribunales, llenos de buena voluntad, se ven forzados a suspender numerosos opositores y a limitar la puntuación a términos ridículos, dentro del margen que les señala el Reglamento.

Está siendo motivo de los más calurosos comentarios el espectáculo tristísimo que se da con los ejercicios que hasta la fecha se vienen verificando. Se está poniendo en evidencia el deplorable nivel cultural de las juventudes médicas, y aunque ello no es nuevo, pues desde hace bastantes años se venía reflejando en otras oposiciones, a las que especialmente concurren los noveles médicos, el escándalo es mayor en estas circunstancias, y nuestro consejo, en buen servicio de la opinión de la clase, y para evitar que se malogre cuanto puede intentarse en beneficio de todos, es que se abstengan de concurrir ante los tribunales de oposición quienes al menor examen de conciencia repudiarán en sí mismos la preparación que tienen para exponerse al examen de condiciones.

Ha de ser un arma magnífica para nuestros enemigos el poder llevar a los debates del Parlamento y a las campañas de Prensa los episodios lamentables que se están produciendo en los ejercicios de estas oposiciones.

Nadie podrá estimar en nosotros deseo de herir el amor propio de los concursantes; con noble sinceridad lo decimos: "¡Cuidado todos, no demos argumentos a la parte contraria de nuestro pleito!"

DECIO CARLÁN.



HOMENAJE AL DR. BOZAL URZAY.—Momento de ser entregada al Dr. Bozal Urzay, Director del Dispensario Municipal Antituberculoso de la Guindalera, la placa de plata que los enfermos curados por él le regalaron como muestra de agradecimiento.

ACADEMIAS Y SOCIEDADES

ACADEMIA MEDICOQUIRURGICA ESPAÑOLA

Presidencia: Dr. Enrique Slócker

(Sesión del 16 marzo 1936.)

El Dr. Slocker agradece con gran emoción al Dr. Víctor Manuel Nogueras el honor que le hace al conferirle en la tarde de hoy la presidencia de la Academia.

TUBERCULOSIS RENAL Y CALCIFICACIÓN, por los doctores Alfonso y Emilio de la Peña y Pineda.

A pesar de ser la infección y retención de orina en las cavidades pielorreñales, las que determinan la formación de cálculos y concreciones urinarias en las mismas, por la precipitación de los componentes de la orina a que dan lugar, se observa en la clínica con gran constancia que la infección tuberculosa del aparato génitourinario raras veces coexiste con concreciones, precipitaciones o cálculos verdaderos.

Dice cómo los únicos casos existentes de tuberculosis y calcificación son los de los Profs. Braasch, Brongermesen, Tardo y otros, los cuales observan las siguientes cifras de calcificaciones en casos de tuberculosis cerradas: 30 por 100 el primero y 10 por 100 el último. Del segundo nada dice respecto a la estadística.

El mecanismo de cómo se producen las precipitaciones de las sustancias calcáreas no es bien conocido. Según muchos autores, las sales de la orina se precipitan, en ciertas formas de tuberculosis renal, dando lugar a la formación de una masa caseosa al mezclarse con los detritos del tubérculo, pudiendo rellenar el riñón completamente destruido y, a veces, la pelvis y el uréter.

Aun cuando en la tuberculosis renal la orina es de reacción ácida, que impide la precipitación de sus sales, ésta tendría lugar, sin embargo, según Gottstein y Von Oppel, a consecuencia de existir una infección mixta secundaria. Sin embargo, esta infección secundaria no es, a nuestro juicio, la regla y, además, ella no determina una reacción alcalina de la orina, que pudiera explicar la precipitación de las sales.

En general, durante la fase de actividad de un riñón con la eliminación de orinas de reacción ácida, la formación de calcificaciones es muy rara, encontrándose la mayor parte de éstas en las tuberculosis renales cerradas, como señalábamos anteriormente. Parece lo natural, pues, pensar que, si durante la fase activa o de hiperactividad funcional irritativa del tejido renal, la lesión no tiende a calcificarse, esta calcificación no debe tener lugar por el mecanismo de precipitación de sales de la orina. Por el contrario, presentándose las calcificaciones con más frecuencia en los riñones completamente destruidos, y aun excluidos, es lógico pensar que el aporte de calcio a la lesión se verifique por la sangre. Dicen después cómo, a su juicio, el hecho de la calcificación tendría una resistencia del sujeto a lesión, y cómo por suponer la calcificación la destrucción del riñón tendría el valor de que el otro habría sufrido un proceso de hipertrofia. Las observaciones clínicas de los autores, cuyos casos clínicos exponen a continuación acompañados de radiografías, así como los de Braasch, corroboran estas observaciones.

RADIOPELVIMETRÍA OBSTÉTRICA, por los Dres. Vital Aza y Gálvez Armengaud.

Dice cómo los estudios de la medición de la pelvis se han realizado desde hace infinidad de años con cuidado sumo por el valor de resolver bien el parto, y expone sucintamente algunos compases y pelvimetros, haciendo resaltar entre los últimos, bien no sea obstétrico, el ideado por el Dr. Agustín Ferre. Para él y su compañero de comunicación, el Dr. Gálvez, no sólo tenía de interés el obtener estas mediciones, sino más aún: el de lograr la cabeza del feto, que ha de pasar por el estrecho pélvico, y con respecto a estas medidas, recuerda los trabajos del eminente ginecólogo francés Pinard, muerto no hace dos años sobre la palpación mensuradora.

Hace resaltar la diferencia de operar antiguamente la cesárea y hoy, y dice cómo antes se operaba a muchas mujeres que luego hubieran parido normalmente; hoy, antes de hacer la cesárea, se espera a ver el trabajo del parto durante cierto tiempo.

Dr. Gálvez Armengaud.—Diserta ampliamente acerca de las varias técnicas de la radiografía obstétrica, y expone varias radiografías logradas con el método que él siempre usa.

Dr. Jesús García Orcóyen.—Dice cuánto es el valor de este método, si bien lo teme por la influencia que en el mismo juegan las matemáticas; expone su experiencia del método con el sillón de desagüe que trajo a Madrid hace ya muchos años el Prof. Recaséns.

Dr. Enrique Slocker.—Agradece en nombre de la Academia a los autores que le hayan brindado a ésta las primicias de esta comunicación.

LAS INTERVENCIONES SOBRE MASTOIDES POR VÍA ENDO-AURAL, por el Dr. Carlos Hinojar.

Expone muy detenidamente la anatomía de esta región, y dice cómo el valor de esta intervención se halla en la rapidez, la sencillez y la rápida curación de los enfermos.

Dr. Enrique Slocker.—Estima muy bueno el método, si bien es muy de especialista ducho en su rama.—J. H. S.

CONTRA EL PARO MÉDICO

II

El malthusismo profesional

Desde 1910 se viene denunciando en todo el mundo un aumento anómalo en el número de médicos que se lanzan cada año a la lucha profesional. Al principio, la progresión de aumento era discreta, pero desde el año 20 acá el problema se planteó a todas las naciones de modo abrumador.

Con esa tendencia a las soluciones simplistas y al examen fácil de los problemas, vicio que no es sólo propio de los españoles, el asunto comenzó a tratarse por periodistas y sociólogos bajo el enunciado de *plétora médica, surgiendo*, de un modo casi unánime, la propuesta *salvadora* de la limitación del número o el aumento de las dificultades y el costo en el estudio de la carrera médica. Sobre todo durante los últimos ocho o diez años, se ha escrito y se ha perorado en torno a la

SPASMOSÉDINE

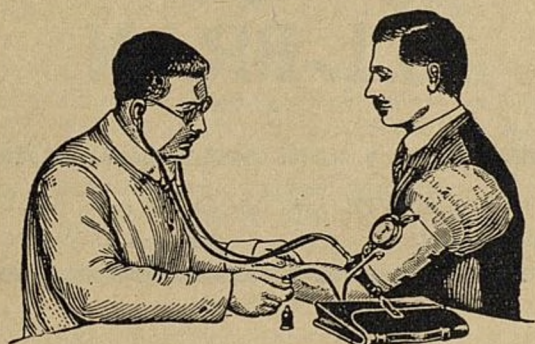
Antiespasmódico - Sedante nervioso

El primer sedante y antiespasmódico estudiado especialmente para la

TERAPIA CARDIO-VASCULAR

Laboratorios DEGLAUDE
Medicamentos cardíacos especializados
15, Boulevard Pasteur. - P A R I S

Muestras y Literaturas
JOSE M.^a BALASCH CUYÁS (Farmacéutico)
Avenida 14 de Abril, 440. - BARCELONA



VISITE NUESTRO ALMACEN
ANTES DE HACER SUS COMPRAS

“OSCILOFON”

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

OSCILATORIO, AUSCULTATORIO Y PALPATORIO

LA CASA EXCLUSIVAMENTE DE LOS MEDICOS
INSTRUMENTAL Y MOBILIARIO CLINICO

LA COOPERACION MEDICA ESPAÑOLA

Apartado 406 - MADRID - Mayor, 21, moderno

TRATAMIENTO BIOQUIMICO DE LAS ULCERAS GASTRODUODENALES

LAROSTIDINA “ROCHE”

Solución al 4% de clohidrato de histidina en ampollas de 5 cc.

Inyección indolora, intramuscular o subcutánea.

Una ampolla al día durante tres semanas aproximadamente.

Sedación rápida del dolor.

Ninguna contraindicación.

BARCELONA
Caspe, 26

MADRID
Santa Engracia, 4

LEÓN
Avenida de Méjico, 4

El mejor libro del ilustre Dr. D. Manuel Martín Salazar

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

Es su obra
sobre higiene

INMUNIDAD

(Con un folleto del
Dr. MARAÑÓN)

20 PESETAS EJEMPLAR LIBRE DE GASTOS



PEDIDOS AL APARTADO 121, MADRID

Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

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

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

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

FORMAS FARMACÉUTICAS :

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

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

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

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

Concesionarios Generales para la Exportación :

André GUERBET & C^{ie}
22, Rue du Landy
Saint-Ouen - París

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

**LIPIODOL
LAFAY**

En España : Sr. Juan MARTIN, Calle de Alcalá, 9,
Madrid y Consejo de Ciento, 341, Barcelona.

Islas Canarias : B. APOLINARIO Farmaceutico, Las Palmas.

**Suministra el volumen necesario
para la debida eliminación**



El régimen alimenticio corriente hoy día tiende más y más a la exclusión de alimentos de volumen. A esta tendencia se puede achacar la mayoría de los casos de estreñimiento.

En el tratamiento de esta afección, para conseguir el debido volumen en la alimentación, puede prescribirse el

salvado, cuya eficacia en la mayoría de los casos ha sido refrendada por ensayos de laboratorio. Los pocos casos en que no logró el resultado apetecido fueron debidos a la incapacidad por parte del enfermo para tolerar alimentos de volumen, tales como la fruta, las legumbres o el salvado.

Los enfermos toman el ALL-BRAN de Kellogg con fruición, a causa de su delicioso sabor. Se sirve con leche fría o con nata. A cualquier médico que lo solicite se le enviará gratis un paquete entero.

**Kellogg's
ALL-BRAN**
(TODO SALVADO)

el remedio benigno y natural contra el ESTREÑIMIENTO

Depósitos: Casa SANTIVERI, S. A., Calle del Call, 22-BARCELONA

Plaza Mayor, 24-MADRID

Campaneros, 26-VALENCIA

HAPTINOGENOS

"MÉNDEZ"

NEUMO

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

GONO

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

ECZEMA

Curativo del Eczema agudo y crónico.

ESTAFILO

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

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

Laboratorios biológicos Doctor Julio Méndez.-Buenos Aires.

Ayuntamiento de Madrid

PLETORA MEDICA con una profusión digna de alcanzar otros resultados que no los absolutamente nulos que se lograron hasta hoy, para, no ya resolver, sino atenuar siquiera el *paro médico*.

Aquí en España recordamos algunas valientes intervenciones en este asunto, como fué un comentadísimo discurso del director actual de esta Revista, pronunciado en la primavera de 1925 en la Real Academia de Medicina. De aquella fecha a hoy día, en Congresos, Asambleas y Prensa profesional se ha llegado a agotar la paciencia de los lectores y del público discurriendo y perorando en torno a la PLETORA MEDICA.

No vamos nosotros aquí a comentar trabajos, artículos, conferencias y discursos más o menos afortunados; de modo general, nos interesa como única afirmación decir que, siendo muy estimable la buena voluntad de cuantos trataron el problema de la PLETORA MEDICA, lo creemos equivocadamente planteado por todos, y buena prueba de ello es que ninguna solución ha podido darse como eficaz.

Opinamos firmemente que no se debe hablar más de tal *plétora médica* ni se debe en ningún momento y modo alguno intentar que se limite el número de médicos, fuera del mantenimiento y el refuerzo de las normas lógicas y legales que deben regir la conquista del título de médico, dentro de una capacidad estimable y de una moralidad profesional rígida.

Es indiscutible que el número de médicos, o, mejor dicho, de licenciados en Medicina, que salen hoy de las Facultades de España resulta temerosamente mayor que el que con arreglo a la organización profesional del país puede permitir la colocación y la vida digna de estos titulados. Pero lo primero que hay que preguntar es si se puede afirmar que cuantos licenciados en Medicina salen hoy día, y *hace ya muchos años*, de las Facultades de España, pueden llamarse razonablemente médicos.

Nunca fué, es cierto, el estudio de la carrera de médico un modelo en nuestra patria. En la memoria de todos los que contamos el medio siglo está el gran ejemplo que en la enseñanza de la Medicina eran para España las escuelas austríaca y alemana, francesa, inglesa y norteamericana. Pero es indudable que el estado actual de la enseñanza de la Medicina se ha pervertido en todo el mundo, y que en España es en la actualidad un desastre. ¡Un verdadero desastre! Para confirmarlo no hay más que asomarse al resultado de las oposiciones, que pueden servir de control en la cultura de las juventudes médicas de hoy día. ¡Qué ejemplaridad para tanto catedrático nefasto como se cuenta en las Facultades de Medicina españolas sería el presenciar los ejercicios de esos cientos y cientos de muchachos que acuden a tales oposiciones, que fueron siempre la primera prueba para los licenciados noveles!

Si no bastara a algunos cuanto se dice a todos los vientos por quienes forman en los tribunales de oposición, pueden experimentarlo en estos mismos días que vivimos acudiendo a los ejercicios que se están celebrando en Madrid con verdadero pasmo de las gentes, por las cosas que en ellos se escuchan y el número de suspendidos, y para remate examínese el resultado de una primera vuelta de esos tribunales, en que con un margen de *sesenta puntos* no ha sido posible, en el mejor de los casos, pasar de una calificación de *veintiséis*! Medítese en el hecho de que antes gran número de esa

juventud que ha manifestado tan claramente su precaria preparación para ejercer, se colocaba sin prueba ninguna al frente de una asistencia médica. Medítese esto y medítese en la responsabilidad que de ello dimana.

La responsabilidad grandísima de este estado de la juventud médica hay el deber de exigirla a los catedráticos, y *únicamente a ellos*, que son los formadores de la aplicación, el comportamiento y la experiencia de los jóvenes médicos.

¿Es que se ha hecho algo para remediar esto? ¿Es que puede achacarse la ignorancia, *a veces hasta lo absurdo* de estas juventudes médicas a otra cosa que a la labor del profesorado? Esos mismos malthusianos, defensores de limitar la producción de médicos, son los que después se comportan en sus cátedras en forma tal que resulta obligada la salida fácil de los alumnos a engrosar el número de los parados con el título en el bolsillo.

No hace aún dos meses que un ministro lanzó el nuevo plan de reforma de la enseñanza de la Medicina. Ningún mérito encontramos al plan, porque no tiene ni el de la originalidad ni el de revelar un trabajoso y ponderado estudio; pero sí cuenta con todas las características posibles para debilitar aún más los escasos conocimientos de la juventud médica y facilitar aún más su salida de las Facultades en número mayor y con más grande ignorancia.

Este buen Sr. Villalobos, y cuantos le hayan ayudado en la confección de la reforma, idearon ésta, de modo indudable, sin pasar de más lectura que la del trabajo del Dr. Burnet y sin detenerse a meditar en las dos facetas del problema que más debieron influir su proyecto, si había de ser éste aplicable y beneficioso en España: los medios posibles para la enseñanza en nuestra patria y la condición psicológica del estudiante español.

Respecto a lo primero, con todo el esfuerzo y la distribución desordenada del caudal nacional que se aplica a la enseñanza de la Medicina, no es posible la práctica implantación de la reforma, como no sea para conseguir una más débil preparación en los médicos futuros, y con referencia al tipo psicológico del estudiante español, nada puede ser menos aplicable que el plan que se propone. Añadamos a esto que el Cuerpo de Profesorado ni tiene condiciones de asiduidad ni de amor a la enseñanza para desarrollar el plan propuesto, y, en suma, si ello se lleva a la práctica, los resultados serán fatales.

Cada vez se enseñan más cosas a los alumnos de Medicina, y éstos aprenden menos, y cada vez los profesores tienen mayor caudal de pedantería que de pedagogía. Salvo excepciones, que acaso no lleguen a más del par, entre los profesores de las Facultades de Medicina españolas aún no se han dado cuenta de la evolución de la filosofía médica en el mundo. Continuamos atiborrando teorías y experimentación en curso a alumnos ajenos de la más simple preparación anatómica, fisiológica y clínica. Muchachos de veinte y de veintinueve años llegan constantemente a nosotros teorizando y discutiendo sobre cuestiones que más les valiera ignorar, y que la práctica y la experiencia les harán desechar en un próximo futuro, e ignorando totalmente la anatomía más gruesa, la fisiología más esencial y la sintomatología más firmemente establecida para el diagnóstico de las enfermedades.

En este estado las cosas, el buen Sr. Villalobos, que en nada se parece a su gran homónimo del siglo XVI, ha venido a plasmar en su reforma todo el lamentable estado mental del profesorado médico español: mucha pedantería y la más escasa filosofía pedagógica.

He aquí por qué insistimos en este artículo en que lo primero que hay que combatir en la *lucha contra el paro médico* es el malthusianismo profesional. Dejemos que acudan a las Facultades cuanto mayor número de alumnos sea posible, y demos en las Facultades de Medicina una enseñanza de tal modo correcta, que por sí sola lleve la consecuencia de la selección. Evitemos ese sinnúmero de catedráticos que con su plaza ganada andan sin prestar servicio, y en situaciones más o menos legales, ocupando puestos y destinos ajenos a la enseñanza, a la que parecieron obligarse con su deseo de alcanzar la cátedra. Evitemos esos profesores, que limitan su interés de enseñanza a la docena de alumnos que les acompañan de modo inmediato en los servicios, desentendiéndose del resto, como no sea para utilizarlos como mesnadas en beneficio de sus intereses políticos. Evitemos que esos alumnos que se forman en torno a los maestros acudan de modo exclusivo a sus enseñanzas, con desdén para el resto de las disciplinas de la carrera, y sometidos a una asiduidad inmoral, porque no lleva más empeño que aquel que se refleja en una frase, hoy muy popular en San Carlos: "*Formar cola para alcanzar una cátedra en su día.*" Evitemos todo esto, procuremos que salgan médicos, muchos médicos, pero éstos de verdad, capacitados para el ejercicio profesional, sin que les atemorice la competencia de la lucha noble y digna en asistir a los enfermos, porque este temor es el que les lleva de modo voraz y decidido a acaparar los puestos del Estado dos, tres, cuatro y hasta cinco en la misma persona, porque en el cobro de la nómina, una vez conseguido el derecho, no hay competencia, y desde el puesto se adquieren méritos para conseguir otro y otro en esos concursos incalificables, donde constantemente se falla a favor de un mérito que consiste en demostrar con los puestos que se tienen que no será posible desempeñar correctamente el nuevo a que se aspira.

En artículos sucesivos expondremos casos verdaderamente ejemplares de médicos con tres y más servicios hospitalarios, y aun otros cargos por añadidura. De profesores auxiliares que formaron generaciones de especialistas, y cuando llegó el momento de demostrar en pública oposición su capacidad para cuanto venían desarrollando, se retiraron abochornados de su incompetencia en medio de la rechifla de las gentes, y aun después de esto consiguieron por la intriga política colocarse en puestos notorios de una especialidad que ellos mismos habían confesado públicamente ignorar.

Con enseñanza fundamentada en tal forma, sin que se piense, aun en el estado actual del progreso de las ciencias médicas, en la separación absolutamente precisa de las Facultades de Medicina de todo contacto con la Universidad para formar escuelas libres; con ministros de Instrucción pública que no se deciden a poner mano de hierro en la disciplina del profesorado, y con una sola y única idea para luchar contra la mal llamada *plétora médica*, consistente en la aplicación del malthusianismo profesional, no se lucha contra el paro médico, como lo demuestra el que en unas oposiciones como las que en estos días se están verificando habrán de sobrar plazas,

porque la incompetencia de los concursantes no permite concederlas ni aun a la mayor liberalidad de los tribunales.

DR. ARIETE.

Médico y diputado a Cortes.

HABLEMOS CLARO

Leemos con singular interés un considerable grupo de compañeros los vibrantes artículos del distinguido compañero Dr. Borroy; el último, inserto en esta excelente Revista EL SIGLO MÉDICO, fecha 29 de febrero próximo pasado, sobre el "Seguro de enfermedad", y si bien estamos conformes con el fondo de sus justas apreciaciones, no así con la forma de explanarlas en algunos puntos.

Dice usted, amigo Borroy, en unos párrafos de este artículo del 29 febrero, que si respetables son los intereses del titular, no lo son menos los del libre que ejerza en la misma localidad, y por ello se opone usted rotundamente a que el titular tenga preferencia para concertar con el Seguro.

¡Vayamos a cuentas! ¿Será posible que usted, discurrendo serenamente, crea usted sinceramente que en una titular legalmente adquirida y honradamente desempeñada, que no exceda de unas 300 familias (1.500 habitantes), sean tan respetables los intereses de su titular que los de un libre? ¿No tiene indiscutible preferencia el titular en su partido a todos los... seguros e inseguros en comparación de un libre? ¿Seremos los titulares médicos de peor condición que todos los demás hombres de ciencias en sus carreras respectivas, en cuyas titulares nadie pretende entrometerse, "quitándoles el derecho a vivir decorosamente", que es el principio primordial de *deontología profesional*, como usted dice?

¿Ignora usted ahora, por alguna ofuscación, la enorme diferencia que existe entre un titular y un libre, desde el punto de vista de las responsabilidades, en la labor de clínico, epidemiólogo, higienista, forense y hasta de auxiliar de la estadística general del Estado, que tiene el titular, mientras que el libre sólo debe responder de su conducta profesional ante el jefe provincial de Sanidad y el Colegio respectivo, como atinadísimamente dice la brillante pluma del Dr. Polo y Fiayo?

Repase usted tantísimos artículos de compañeros eruditísimos, que le probarán hasta la saciedad los derechos preferentes de un titular en su partido con relación a un libre, que le va a quitar el pan de los hijos a un compañero ignominiosamente: ¡no cabe un derecho contra otro derecho!

Harto sabemos que usted, compañero Borroy, opina a ciencia y conciencia como la totalidad de los titulares en este punto; pero conviene... que hable usted claro, que no ponga ni en tela de juicio este asunto tan debatido, no sea que alguno forme un concepto erróneo de usted con sólo leer su último artículo mencionado.

Sin embargo, algunos, que recuerdan su programa y los múltiples artículos suyos, deducen aún de su último artículo que en el párrafo que habla usted de las 600 y 300 familias, quiere usted decir que con 600 pueden vivir decorosamente el titular y el libre; pero que con sólo 300, ÚNICAMENTE EL TITULAR: ¡muy conformes así con usted todos los titulares!



Grupo de concurrentes a la comida en honor de los Dres. Alday, Herrera, Díaz Rubio, Laguna y Pérez Círrera.

En prueba de que *seguramente* opina usted de este modo, bástenos reproducir aquellos hermosos párrafos de un artículo publicado en esta misma Revista el 14 de abril de 1934, en los que decía usted: "No vamos a defender, *sino todo lo contrario*, a aquel médico que, sabiendo que existe un titular legítimo en un *pueblo pequeño*, mete allí la cuña de su nariz para colarse entero y hacer un *mal tercio* a su compañero." Más tarde, con fecha 28 de abril 1934, en el mismo SIGLO MÉDICO, en un artículo titulado "No, no", repetía usted que una de las pretensiones de su *organización* es "lograr una *titular por cada 1.500 habitantes* e IMPEDIR que los *interinos* contraten las *iguales*". ¡¡Admirablemente!! Pues con este programa le repito cordialmente con todos mis amigos (que somos una legión) lo que el compañero Guireguma le decía a usted en su artículo del 5 de mayo de 1934: "¡Adelante en su campaña, que no le faltarán adheridos!"

CLÁRITAS.

Marzo, 1936.

Homenaje a cinco catedráticos

El Claustro de la Facultad de Medicina de Madrid ha rendido un cordial y sincero homenaje, consistente en un banquete, a los Dres. Pérez Círrera, Laguna Serrano, Díaz Rubio, Herrera Bollo y Alday Redonet.

El Dr. Manuel Díaz Rubio alcanza, tras una carrera brillante como investigador y clínico, la cátedra de Patología médica, de Cádiz; es este joven profesor discípulo del Dr. Jiménez Díaz y auxiliar de su cátedra.

El Dr. Ciriaco Laguna Serrano, auxiliar del profesor Suñer, en su cátedra de Pediatría, va a regentar igual cátedra en la Facultad de Medicina de Cádiz; ha sido becario de varias fundaciones y ha publicado trabajos de gran interés.

El Dr. Miguel Herrera Bollo, que es auxiliar de la cátedra del maestro Tello y agregado del Instituto Cajal, va de catedrático de Histología a Cádiz; es uno de los

médicos que llevaron a cabo trabajos de investigación en la expedición de Iglesias al Amazonas.

El Dr. Tomás Alday Redonet ha logrado la cátedra de Farmacología de Salamanca; ha sido encargado de algunas ponencias para la Sociedad de las Naciones; es, a más, autor de trabajos experimentales en ramas de extraordinario interés y auxiliar de la cátedra del profesor Hernando hace ya muchos años.

El Dr. Ramón Pérez Círrera es auxiliar del Prof. Negrín, y va de catedrático de Farmacología a la Facultad de Medicina de Valladolid; autor de trabajos de investigación en fisiología, ha regentado en las ausencias del Prof. Negrín la cátedra con gran brillantez científica y pedagógica.

Instituto Nacional de Previsión CLÍNICA DEL TRABAJO

CONCURSO PARA PROVEER TRES PLAZAS DE MÉDICOS CONSULTORES DE ESPECIALIDADES DE MEDICINA DEL TRABAJO

Por acuerdo de la Junta de Gobierno del Instituto Nacional de Previsión se convoca a concurso de méritos para proveer tres plazas de especialidades referentes a Oftalmología, Sistema nervioso y Aparato circulatorio y respiratorio, con arreglo a las siguientes condiciones principales:

- 1.ª Los servicios que han de prestar estos especialistas son los consignados en el proyecto de contrato, que pueden examinar los interesados en la Secretaría de la Clínica del Trabajo del Instituto Nacional de Previsión, Avenida de Pablo Iglesias, 21, siendo el principal el de evacuar consultas e informes de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, teniendo la obligación de dedicar a esta función tres sesiones semanales, de una hora cada una, como mínimo, en la Clínica del Trabajo, de acuerdo con su médico-jefe. Será mérito preferente para obtener la plaza el acreditar la especialidad aplicada a la Medicina del Trabajo.
- 2.ª La retribución por estos servicios será la con-

signada en dicho proyecto de contrato, de la que forma parte una indemnización anual de 4.000 pesetas.

3.^a El concurso será resuelto por la Junta de Gobierno del Instituto Nacional de Previsión, a propuesta, unipersonal para cada plaza, de una Comisión técnica, compuesta por el decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, el director del Instituto Nacional de Sanidad y el asesor médico del Instituto Nacional de Previsión. La Junta de Gobierno podrá declarar desierto el concurso.

4.^a Los especialistas nombrados formalizarán un contrato por diez años, que podrá ser renovado por mutuo acuerdo, y rescindido al término del primer año de servicio.

5.^a Las instancias, acompañadas de los certificados y comprobantes de los méritos alegados, serán dirigidas al señor consejero-delegado del Instituto Nacional de Previsión y presentadas en su Secretaría general, Sagasta, 6, Madrid, hasta las siete de la tarde del día 26 del corriente.

Madrid, 9 de marzo de 1936.

Facultad de Medicina de Madrid

Curso de preparadoras de laboratorio

Durante los meses de abril y mayo se dará un curso teórico-práctico en el Laboratorio Central de Investigaciones Clínicas, que dirige el Prof. Pittaluga, en la Facultad de Medicina de Madrid, destinado a la preparación de señoritas que deseen dedicarse a auxiliares técnicas de laboratorio. El número de plazas está limitado a un máximo de 24.

Al final del curso para obtener el certificado de aptitud será necesario un examen práctico.

Matrículas: 25 pesetas, haciéndose las inscripciones en este Laboratorio de once a doce, dándose por cerrada la admisión el día 30 de marzo.

Liga Internacional contra el reumatismo

Tendrá lugar el V Congreso de dicha Sociedad del 3 al 8 de septiembre del presente año en la ciudad de Estocolmo. Las ponencias oficiales acerca de la alergia en las enfermedades reumáticas, la naturaleza de la mialgia, lectura de radiografías en el reumatismo, la ayuda del ortopédico en las enfermedades reumáticas y el alojamiento de los reumáticos han sido dados a los principales especialistas europeos.

Coincidiendo con el programa científico, el Comité organizador ha realizado un amplio programa de fiestas y excursiones.

Para toda clase de datos deben dirigirse los interesados a la Secretaría del Congreso del Reumatismo: Doctor Prof. C. Kahlmeter.—Birgerjarlsgatan, número 36. Estocolmo (Suecia).

Congreso de la Gota y del Acido Urico

Las actas de este Congreso de la Gota y el Acido Urico celebrado en Vittel del 14 al 16 de septiembre del pasado año, acaban de aparecer en un lujoso volumen de más de 650 páginas.

Los trabajos que aparecen en el mismo son de un gran

interés, no sólo por sus temas, sino por la calidad científica de los autores de los mismos.

Estas actas se enviarán gratuitamente a todos los médicos que se dirijan pidiéndolas a la Sociedad general de Aguas Minerales de Vittel. — Vittel (Vosgos).—Francia.

SECCION OFICIAL

"GACETA" DEL 28 DE FEBRERO:

Ministerio de Justicia.—Se halla vacante la forensía de Albocácer, de entrada. A proveer por turno entre sustitutos. Instancias, durante treinta días.

"GACETA" DEL 18 DE MARZO:

Ministerio de Justicia.—Se hallan vacantes las forensías siguientes:

La del Juzgado de Morón de la Frontera, de ascenso, a proveer por antigüedad entre los de entrada.

Idem de Guernica, ídem íd.

Instancias, en el plazo de treinta días.

GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 705,9; ídem mínima, 691,3; temperatura máxima, 12,4°; ídem mínima, 2°; vientos dominantes, N., SO. y NE.

Se han presentado algunos casos de glomerulonefritis difusas agudas y otros de estafilococias de diferentes localizaciones, pero especialmente óseas, y aun dominando los procesos de los huesos del pie.

En los niños, el proceso más común fué la bronconeumonía, que, en bastantes casos, adoptó la modalidad descrita por Suñer con el nombre de "falso garrotillo".

CRONICAS

Permuta.—Por haber ganado oposición el médico que la desempeña, se permuta titular de tercera categoría, en la provincia de Cáceres, por otra en cualquier punto de España.

Produce más de 10.000 pesetas; no tiene anejos ni más médicos, y está bien comunicada. Es urgente.

Para datos, escribid a "Sección Consultas" de EL SIGLO MEDICO.—Apartado 121.—MADRID.

Neumonías. Nuevo preparado.—Adjuntamos con el presente número prospecto de los Laboratorios Abelló anunciando su nuevo producto Canfo-quino-cal. Recomendamos su lectura.

Médico se ofrece para substituciones. Dirigirse a don Florencio M. Caballero, residente en Navasfrías (Salamanca).

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

BARDANOL

Compuesta de extracto de raíces de LAPPAMAJOR L. y Estafío coloidal.

Laboratorio Gamir. San Fernando, 34. - Valencia

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

La medicación clásica de la **EPILEPSIA**

JARABE ANTI-EPILEPTICO URGELL

Excelentes resultados en la gran mayoría de afecciones nerviosas (Corea, Histerismo, Convulsiones, Neurosis, etc. etc.)

Pureza de componentes. Tolerancia máxima.

De venta en farmacias y centros de específicos.

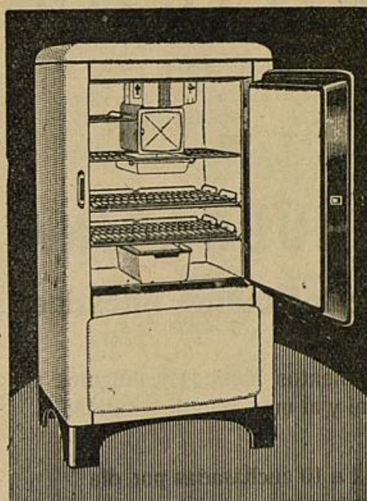
FORMULA:

Por cucharada de jarabe:
ho. agr. 16,48 grms.
Brom. potásico 3,50 grms.
Brom. zinc 0,02 grms.

NEVERAS ELECTRICAS

Warner

presenta los modelos 1935



© Las de
más garantía
más capacidad
más rendimiento

© Las de
menos coste
menos consumo
menos desgaste

EL FRIO GLACIAL
AL SERVICIO DEL
HOGAR CON UNA
NEVERA
ELECTRICA

Warner

DISTRIBUIDORES EXCLUSIVOS PARA ESPAÑA:

VIVO, VIDAL Y BALASCH - Ingenieros

MADRID BARCELONA BILBAO VALENCIA
P. Recoletos, 14 Cortes, 589 Los Heros, 32 Pizarro, 14



SANATORIO NEUROPATICO

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

Director: Dr. GONZALO R. LAFORA

Plaza de la Independencia, 8 • MADRID • Teléfono 11380

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

PIDANSE REGLAMENTOS A LA ADMINISTRACION

AGUAS MINERALES NATURALES
DE

CARABANÑA

«LA FAVORITA»

PURGANTES ~ DEPURATIVAS ~ ANTIBILIOSAS ~ ANTIHERPETICAS

PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI

== MADRID ==

Ayuntamiento de Madrid

LABORATORIOS
CAMPOS FILLOL
VALENCIA

LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal

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

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día

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

LACTOBULGARINA

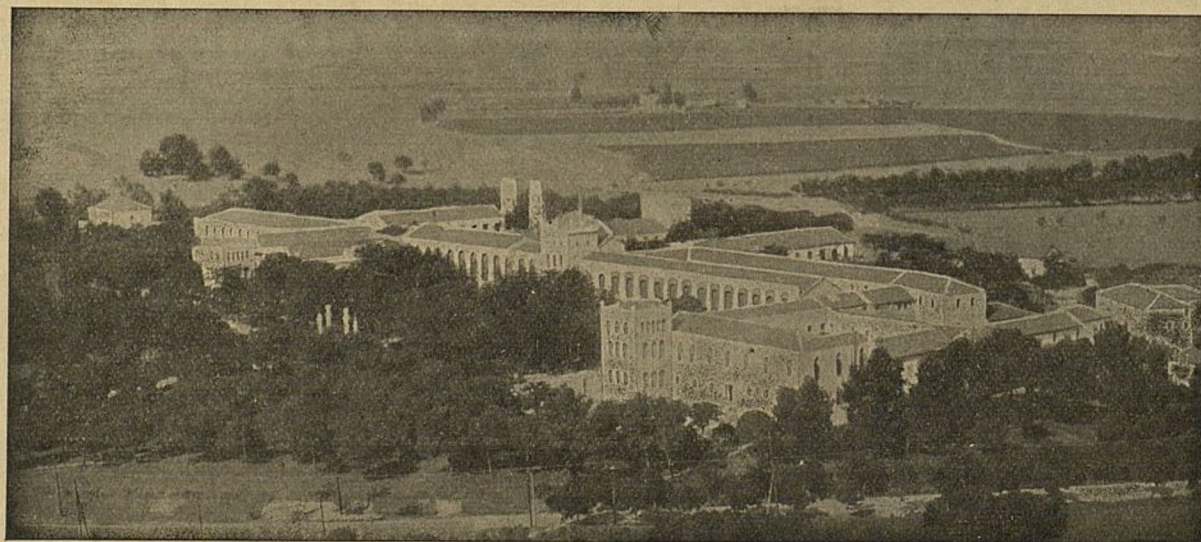
Vías respiratorias

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



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

que no exista más que una sola probabilidad entre mil de salvar una vida humana, vale la pena de estudiar un conjunto de medidas tan sencillas, que no se concibe el retraso aportado en su elaboración.

Aquí se integra esta organización de socorros escalonados a lo largo de las carreteras, que reclamamos desde hace tiempo en los aeródromos y en los puertos.

Las líneas aéreas transcontinenta-

los alrededores, víctimas de incendios, terremotos, epidemias y guerras.

Al lado de la aviación sanitaria —parte transporte—, la organización de los aeródromos debe ser una de nuestras preocupaciones. Esta estructura puede establecerse fácilmente por medio de un acuerdo entre las Cruces Rojas y las organizaciones internacionales de turismo y automovilismo.

Por otra parte, las líneas aéreas han estudiado ya la cuestión y han instalado un servicio médico sanitario en la mayoría de sus aeródromos, asegurándose el concurso de los médicos de las formaciones sanitarias vecinas.

Según las posibilidades, estos médicos son civiles, coloniales o militares; las formaciones hospitalarias son privadas u oficiales, según los trazos de las líneas europeas, asiáticas o sudamericanas.

En Nápoles, por ejemplo, existe un puesto sanitario en el aeródromo, un dispensario para accidentes leves y accidentes del trabajo, que tiene un acuerdo con un hospital para los accidentes graves, y un acuerdo con los hospitales provinciales y los puestos de Cruz Roja.

En Corfú, el aeropuerto posee un botiquín de curas, y tiene un acuer-

S A R N A

Cúrase con SULFURETO CABALLERO

tales, que unen Europa al Africa Occidental, Central y Oriental, existen ya con su estructura de aeródromos, y, por lo menos, en parte, en una de ellas, esta organización médica, cuyo establecimiento debía llevarse a cabo en todas las grandes arterias. El aire y la carretera, funcionando paralelamente, deben prestarse una ayuda mutua.

Los aeródromos, preparados como centros de socorro y provistos de todas las comodidades, concebidos en gran escala, constituirían otros tantos refugios, que podrían intercambiarse de distancia en distancia entre los puestos ordinarios de socorros en carretera, supliendo a estos últimos en los casos graves.

Esto permite colocar la aviación en un plano más hermoso aún: muchos aeródromos de las líneas transcontinentales están instalados, a causa de las necesidades de las etapas, en países poco civilizados, donde la higiene, la prevención de las enfermedades y la asistencia en caso de epidemias son extremadamente primitivas.

El día en que cada aeródromo sea la sede de un centro sanitario, dispensario y sala de operaciones, permanencia médica donde exista una reserva de medicamentos, siempre repuestos, que respondan a las necesidades del país como a las de los turistas, estos aeródromos, forzosamente conocidos, disponiendo de medios de transporte o de comunicación insubstituíbles, serán un centro donde no sólo los turistas podrán recurrir, sino también la población de

Los Maestros de la Ciencia

CARLOS RICHEL

(1850-1935)

Los profanos que hoy hablan corrientemente de la sueroterapia, ignoran en general que el mundo debe a Carlos Richet este gran descubrimiento.

Richet poseía una diversidad de dotes verdaderamente extraordinaria. La fisiología, la patología, la bacte-

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

(Véase anuncio, página XX)

riología, la psicología y la metafísica, materias que conocía a fondo, le dejaban aún tiempo libre para hacerse ingeniero y consagrarse a las estadísticas y a las letras. No sólo estudió Richet estas ramas diferentes de la ciencia, sino que contribuyó a su progreso con importantes descubrimientos. Para los que combaten la exagerada especialización que tanto se practica en nuestra época, la carrera de Richet es un ejemplo vivo de lo que el hombre puede realizar ensanchando constantemente el radio de sus conocimientos.

Richet nació en una familia de intelectuales, dándose el caso de que tres profesores del mismo nombre enseñasen a un tiempo en Francia: el padre, Alfredo Richet; su hijo, Carlos Richet, y su nieto, Carlos Richet, hijo del anterior. ¡Beneficiosa influencia de la herencia!

Carlos Richet obtuvo su primera cátedra en 1887, dedicándose entonces al estudio de los problemas de la fisiología y realizando numerosas investigaciones. También estudió la fisiología de la respiración y del calor de los animales en sus diferentes aspectos.

En aquella época, las investigaciones experimentales de Richet sobre el cáncer no le permitieron descubrir nada nuevo sobre esta grave cuestión, pero le revelaron, en cambio, el tratamiento de las enfermedades por medio del suero. Seguramente, éste es el mejor ejemplo que se puede encontrar de un gran descubrimiento hecho por un sabio buscando una solución completamente distinta. Richet

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

do con un médico, un cirujano y una clínica.

En Saigón hay un puesto en el aeródromo que tiene un abono con el eminente Dr. Montel, con una clínica especial y con tres médicos, uno de ellos radiólogo.

La línea Toulouse-Agadir está dividida en siete etapas: Toulouse, Barcelona, Alicante, Tánger, Rabat, Casablanca y Agadir. En cada sector, un médico-jefe de servicio es el corresponsal de la Compañía, y trabaja a las órdenes de un médico inspector de Sanidad; cada escala posee una clínica quirúrgica muy visitada, existiendo una comunicación constante entre todos sus órganos.

En Barcelona, dos médicos están a la disposición de la línea, con un establecimiento francés de asistencia.

Valencia, Alicante y Málaga disponen de medidas análogas, y el mismo sistema, con tarifas establecidas de antemano, existe en Gibraltar, Tánger, Rabat, Casablanca y Agadir.

TROMBYL
COAGULANTE NACIONAL
LABORATORIOS MORATÓ

DULCIMIDA
PASTILLAS DE 0.03 gr.
DULZOR DE RÉGIMEN
LABORATORIOS MORATÓ

TERTULIA MEDICA

chet, que empleaba para sus experiencias perros y conejos, observó que estos últimos resistían una inyección, generalmente mortal, de cierto microbio, si previamente el microbio había sido inyectado a un perro, cuya sangre, después de curado, se introducía en el cuerpo de los conejos. En otros términos: la inmunidad adquirida por un animal podía transmitirse a otro más sensible por medio de una inyección de la sangre del primero, siempre que éste hubiera recibido una dosis que no fuera mortal del microbio.

Este descubrimiento sensacional fué comunicado a la Academia Francesa de Ciencias el 5 de noviembre

sigue apasionando a los sabios, pero su solución sigue siendo desconocida.

Los estudios que hizo Richet sobre la metafísica y la ciencia psíquica le

PAIDOTROFO

TONICO INFANTIL

inspiraron una obra conocidísima, que lleva por título «Nuestro sexto sentido».

La producción literaria de Richet es abundante y variada. Además de numerosas obras científicas escribió varios estudios filosóficos, sociológicos y hasta una comedia.

Su sed insaciable de aprender le llevó hasta los terrenos de la aviación, y para asimilarse mejor esta nueva ciencia hizo los planos de un avión.

Los cincuenta años de vida científica de Carlos Richet fueron celebrados en 1926 en presencia de Paul Painlevé y del mariscal Foch, que le hizo entrega de las insignias de Gran Oficial de la Legión de Honor.

Paso del Duero por las hoces del "Pozo de los Buitres" (Salamanca)

POR

ALBERTO GARCÍA VICENTE

Hundiéndose en la llanura de tierra de Salamanca, en insospechada grieta de formidable hondonada, con riscos y precipios que no bajan ni las cabras, con vacíos espantosos en que el vértigo anonada, con ecos que se repiten y breñas tan escarpadas que sólo a los lobos sirven para hacerse la camada, y viene a ser cementerio de las reses despeñadas, que los pastores, prudentes, a recogerlas no bajan, siendo pasto de los buitres, que descienden a bandadas, veloz, raudo, impetuoso, en corriente desbocada, que choca, salta, golpea, ruge, empuja, brama, estalla, abriéndose, audaz, camino por entre rocas y lastras, y estrechos desfiladeros y más estrechas gargantas, espumante, torturado, en vorágine que espanta, dando sólo breve idea adónde llega y alcanza el poderío de Dios, queriendo salida marcha siempre abajo, abajo siempre, el Duero, que desde España,

donde en la altura nació, buscando el mar, baja, baja..., y al encontrarse con él, el mar como a un hijo abraza. Barcelona.

ROMANCE DE LA NIEBLA

POR EL

DR. ANTONIO MAYOL

Por senderos infinitos, caudillo de mil silencios, cabalgando potro de humo invadió la niebla el pueblo.

Ahogó las calles dormidas bajo el terror de los cielos;

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

hundió sus puñales húmedos en los tibios aposentos, veló luces, borró límites bajo su pendón guerrero.

Vencedora de colores, efuminando, escondiendo, diligente y cautelosa, quebró los ángulos diedros de las callees ateridas que se le fueron rindiendo. Gallardetes desplegados, le moja el llanto del cielo. Algodón deshilachado puso en los oídos del viento: para acuchillar la luz la venda con sucios lienzos y mordaza—dura y fría—al viejo heraldo del Eco.

Huyó la noche aterida sobre los montes erectos, se perdió en valles remotos, se diluyó en ríos negros, sin que dijeran su huída clarines ni timbaleros, gentiles flores de pluma del alba tierna, voceros.

El Sol despertó muy tarde se encaramó sobre el cielo, de dos zarpazos de luz rasgó el ambiente de acero. Tendió el arco, lanzó flechas doradas de rubio fuego,

OPTOBALSAN

(Optoquina y balsámicos)

● INYECTABLE ●

acometió en amplio círculo, de cada golpe certero clavó una saeta de luz en la tropa de silencios...

La niebla, triste, en derrota, sobre su potro ligero —casos de sucio algodón— se desmelanaba huyendo.

La Carolina y febrero 1936.

CALCINHEMOL ALCUBERRO

Poderoso antianémico

ALCALA, 88. — MADRID

de 1888 por Richet y Héricourt. Dos años más tarde, el 6 de diciembre de 1890, Richet aplicaba en el hospital del Hôtel-Dieu, de París, la primera inyección de suero a un ser humano.

El mismo Richet ha contado cómo se equivocó de dirección en este período de su carrera. Vacilando al escoger la enfermedad a la que debía aplicarse primeramente su descubrimiento, cedió a las instancias de Héricourt, que le persuadió de que la tuberculosis estaba más indicada que la difteria o el ántrax. Richet dedicó varios años a estudiar sin ninguna utilidad el tratamiento de la tuberculosis por medio del suero. Durante este tiempo, otros sabios adelantaron sus trabajos, y Richet perdió el honor de haber sido el primero en descubrir el tratamiento de la difteria por el suero antitoxina.

El nombre de Richet va unido también al descubrimiento de un fenómeno llamado anafilaxia, teoría opuesta a la de la inmunidad. Cediendo a su inclinación incoercible, por lo que otra persona hubiera considerado como una parte secundaria de la cuestión, Richet emprendió en un momento dado un estudio sobre las propiedades venenosas de la anémona de mar, comprobando que el veneno

CARABAÑA: el mejor purgante

de esta planta, inoculado a un perro, producía en el animal reacciones mucho más fuertes si se hacía una segunda inyección quince días más tarde. Los estudios sobre la anafilaxia, que Richet y Potier emprendieron en 1902 son célebres, y una obra publicada por Richet en 1912 sobre este tema le valió el premio Nóbel de Medicina. Desde esa época, la anafilaxia

Mixtura para uso externo:

Benjuí de Siam..... } aa la cantidad que se desee.
Alcohol de 80°..... }

D. Déjese reposar y decántese.—Indicaciones: como mixtura oclusiva para las caries dentarias.

Estoraque.—Procede del “liquidambar orientalis”. Al interior ya no se emplea, por ser muy irritante, y al exterior, aunque alguna vez se recete el unguento de estoraque, también tiende a dejar de emplearse.

BÁLSAMO TRANQUILO

(Véase Belladona.)

BAÑOS

El estudio del tratamiento por los baños, llamado balneoterapia o balneación, es una parte de la hidroterapia, consistente en sumergir en agua, bien el organismo entero (baños generales), bien una porción de él tan sólo (baños locales, como baños de asiento, pediluvios, maniluvios, etc.). Pueden ser muy fríos, de 10 a 15°; fríos, de 15 a 20°; frescos, de 20 a 25°; templados, de 25 a 30°; tibios, de 30 a 35°; calientes, de 35 a 40°, y muy calientes, de más de 40°. Pueden ser los baños simples, o sea con agua sola, que debe estar lo más aséptica que sea posible, y obra por su temperatura o por su presión, y también pueden ser medicamentosos, o sea que el agua lleve disueltas sustancias diversas.

La duración corriente de los baños es de diez a treinta minutos, pero a veces se prolonga dicha duración a más de una hora, como cuando se trate de reducir hemorroides o de relajar un espasmo uretral.

Baños calientes.—Se entienden por tales los que se dan con el agua a una temperatura superior a 35°, y sobre todo cuando excede de 40°. El efecto que producen sobre un punto cualquiera del organismo sumergido en el baño es insignificante, y se tolera perfectamente; en

se aplique inexactamente a otras sustancias que carecen de estas propiedades.

Bálsamo del Perú.—Se obtiene por incisiones practicadas en el tronco del “*Toluijera pereirae*”. Es líquido, de color pardo oscuro, transparente, de sabor acre, insoluble en agua, soluble en alcohol, cloroformo, bencina y éter. Contiene ácido cinámico y una esencia.

Se usa al interior para fluidificar las secreciones bronquiales y también como antiséptico urinario. Al exterior se da en fricciones como antiparasitario, siendo muy activo contra la sarna.

Píldoras balsámicas:

Bálsamo del Perú.....	} aa 25 diezmiligramos.
Azafrán.....	
Goma arábica.....	5 miligramos.
Acido benzoico.....	2 centigramos.
Goma amoniaco.....	3 —
Regaliz	4 —

Para una píldora. Háganse 30 iguales, para tomar de cuatro a 12 al día.—Indicación: bronquitis crónica. (Farmacopea española.)

Mezcla:

Bálsamo del Perú.....	8 gr.
Mentol	2 —
Tintura de benjuí.....	120 —

M. Para poner una cucharada de las de café con un poco de agua hirviendo, para inhalaciones.—Indicaciones: antiseptia respiratoria, laringitis catarral.

Bálsamo del Perú.....	15 gr.
Oxido de cinc.....	10 —
Vaselina	50 —

M. Para fricciones ligeras.—Indicación: sarna.

Pomada de Foulard:

Bálsamo del Perú.....	10 gr.
Naftol α	1 —
Grasa de cerdo.....	50 —

M. Para fricciones.—Indicación: sarna.

El tratamiento de esta enfermedad por el bálsamo del Perú comprende los siguientes tiempos: primero, baño jabonoso con fricciones enérgicas en todo el cuerpo; segundo, fricción general con una de las pomadas indicadas o simplemente con L gotas de bálsamo del Perú puro. A la mañana siguiente, baño de aseo. Esta fricción se repite las veces necesarias, que son, generalmente, cuatro o seis.

Bálsamo de tolu.—Se obtiene también por incisiones en el tronco del "balsanum toluifera". Es una sustancia sólida, frágil o blanda, de color rojizo obscuro, de olor y sabor agradables; insoluble en agua, soluble en alcohol y cloroformo. Contiene ácido cinámico puro y resinas. Se emplea mucho como modificador de las secreciones bronquial y urinaria. La dosis es como la del bálsamo del Perú: de 50 centigramos a dos gramos diarios. El jarabe de tolu se da de 30 a 120 gramos diarios.

Inhalaciones:

Tintura de bálsamo de tolu..... aa 15 gr.
Tintura de benjuí..... }
Agua 1 litro.

M. Para evaporar en una cacerola a la llama de una lámpara de alcohol.

Indicaciones: bronquitis aguda, tuberculosis pulmonar.

Mixtura para uso externo:

Timol 1,50 gr.
Bálsamo de tolu..... 5 —
Goma laca pulverizada..... 60 —
Alcohol de 90°..... 50 —
Eter ordinario..... 100 —

Filtrese. Para emplear en iguales condiciones que el colidión (en pústulas variolicas y grietas del pezón).

Píldoras:

Bálsamo de tolu..... aa 4 gr.
Terpina.....

M. y d. en 40 píldoras. Para tomar de cuatro a ocho al día.—Indicación: bronquitis, cistitis purulentas.

Benjuí.—Es otro bálsamo, el cual procede de las incisiones practicadas en el "styrax benzoin". Lo hay de dos clases: el de Siam, que es de color ambarino y se presenta en lágrimas, y el de Sumatra, que es pardo grisáceo y se da en masas. Sólo se emplea el primero, que es insoluble en agua, pero soluble en el alcohol. Contiene ácido cinámico y resinas.

Tiene acción local irritante y acción general estimulante; se elimina por la mucosa respiratoria, fluidificando las secreciones, acción que se hace sentir especialmente cuando se administra en inhalaciones o fumigaciones. También se le tiene por afrodisíaco, pero sin resultado. Al exterior se emplea para favorecer la cicatrización de las úlceras atónicas, sobre todo de los sabalones.

La dosis diaria de benjuí es como la de los otros balsámicos: de medio a dos gramos.

Para las fumigaciones—hoy ya poco empleadas—se echaba el benjuí sobre una placa metálica caliente.

Inhalaciones:

Creosota 15 cc.
Tintura de benjuí de Siam..... 25 —
Esencia de trementina..... 80 cc.
Alcohol de 90°..... 200 —

M. Para poner un par de cucharadas de las de sopa en una cacerola que contenga unos 200 centímetros cúbicos de agua hirviendo. Se mantiene la ebullición, se cubre la mencionada cacerola con un embudo y se aspiran los vapores que se desprendan.—Indicación: bronquitis, asma, tuberculosis pulmonar.

Píldoras:

Benjuí de Siam pulverizado..... aa 3 gr.
Breia purificada..... }
Polvos de Dover..... 1,50 —

M. Para hacer 20 píldoras, envueltas en magnesia. Para tomar de dos a cinco al día.—Indicación: bronquitis crónicas.

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

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

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

SEVILLA
Pi y Margall, 9

MADRID
Fuencarral, 39

Indicaciones del FORCEPS y técnica operatoria del mismo

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

«Incompetente para hacer del libro meritisimo del Dr. Pons, titulado «Indicaciones del forceps y técnica operatoria del mismo», una critica circunstanciada y digna, me contraeré a manifestar que, sin hipérbole alguna, reputo dicha obra como la más sencilla, completa y práctica que se ha publicado hasta ahora sobre tan interesante argumento.

Aunque el autor anuncia en el corto proemio que precede a su disertación que su propósito se reduce a realizar una labor meramente recopiladora, el lector se convencerá pronto de que el Dr. Pons ha logrado realizar más altos objetivos, puesto que, en bastantes ocasiones, su obra aparece realizada por conceptos originales y exornada también con atinados juicios y felices comentarios.»

4 pesetas ejemplar - Pedidos al Apartado 121-MADRID

Correspondencia administrativa

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

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

D. Francisco Gutiérrez, pagado fin diciembre 1936.

D. Andrés Martínez, ídem íd.
D. José Gallego, ídem íd.
D. Rafael Cuervo, ídem íd.
D. Antonio Hueso, ídem íd.
D. Valeriano Cid, ídem íd.
D. Arsenio Martín, ídem íd.
D. José Mejías, ídem íd.
D. José Conde, ídem íd.
D. Pablo Pita, ídem íd.
D. Gregorio Beltrán, ídem íd.
D. José Bergardá, ídem íd.
D. Isabelino Rubio, ídem íd.
D. Cristino Herrero, ídem íd.
D. José Luis Viñuelas, ídem íd.
D. Manuel Cámara, ídem íd.

ELIXIR ESTOMACAL
SAIZ DE CARLOS
(STOMALIX)

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

ESTÓMAGO .
INTESTINOS

Vente en Farmacias-Frías de Leiva e Laboratorio S.A. de Carlos, Serrano, 20-MADRID

D. Alejandro Hernando, ídem íd.
D. Marcelino Conesa, ídem íd.
D. Antonio Delgado, ídem íd.
D. A. Puigarnau, ídem íd.
D. Eduardo Carrillo, ídem íd.
D. Salvador Esteban, ídem íd.
D. Emilio Vila, ídem íd.
D. Cándido Oyamburu, ídem íd.
D. Marcelino Sayans, ídem íd.
D. Teodoro Arraiza, ídem íd.
D. Felipe García, ídem íd.
D. Mancio Mulero, ídem íd.
D. Arminio Guajardo, ídem íd.
D. Gonzalo Roqueta, ídem íd.
D. Emiliano Agudo, ídem marzo 1936.

(Continuará.)

ANALISIS

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

Laboratorio del Dr. E. ORTEGA

Sucesor del Dr. CALDERON

Carretas. 14.-Madrid

FUNDADO EN 1866

○ PAN INTEGRAL INSOJA ○

EL PAN DE MAS ALTO VALOR NUTRITIVO Y SABOR AGRADABLE

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

Panificadora de Usera

Francisco Mora, núm. 40
Teléfono 74548 - MADRID

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

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

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 estricnina.

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

Mutasán

(INYECTABLE)

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

AL PEDIR MUESTRAS INDÍQUESE ESTA REVISTA Y ESTACIÓN DEL FERROCARRIL



B A R A C H O L



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)

III Congreso Internacional de Paludismo

Madrid, 12-18 de octubre de 1936

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

Apellidos y nombre

Título o cargo

Dirección

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

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

Envío por { cheque s. Madrid } pesetas
giro postal

(Firma.)

(Se ruega escribir con la mayor claridad.)

Sr. D. Manuel G. Ferradas, Secretario del Comité Organizador del III Congreso Internacional de Paludismo.—Instituto Nacional de Sanidad.—Calle de Recoletos, 19.—MADRID, 6 (España).

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

Ayuntamiento de Madrid