

la medicina aragonesa

PUBLICACIÓN MÉDICA MENSUAL  ADMINISTRACIÓN: COSO, 58, 1.º



EPIVOMIN SANAVIDA

Reconocido por los Sres. médicos que lo ensayaron como el más eficaz de los **ANTIEPILEPTICOS** (vómitos del embarazo-insomnios-tic-coqueluche)
Fórmula: Sales calc. (clor. calc.)-brom. potas.-ac. feniletilbarb.
Entusiásticos informes médicos españoles y alemanes

Muestras y literatura: LABORATORIO SANAVIDA - Apartado núm. 227 - Sevilla

PHOSPHORRENAL ROBERT
NOMBRE REGISTRADO
RECONSTITUYENTE
Los Sres. Médicos lo recetan en las tres formas:
GRANULAR - ELIXIR - INYECTABLE
FARMACIA ROBERT Lauria 74 BARCELONA

NATROCITRAL ANTIDISPEPTICO
COMPRIMIDO Y GRANULADO **ROBERT**
FARMACIA ROBERT LAURIA 74 BARCELONA

PEPTOYODAL MODO ORGANICO EN LIQUIDO e INYECTABLE
ROBERT
PREPARADO POR J. ROBERT MESTRE FARMACEUTICO
FARMACIA ROBERT LAURIA 74 BARCELONA

■ ESTREÑIMIENTO HABITUAL ■
CASCARINE LEPRINCE

Laxante perfecto, acción regular sin habituación, ni irritación consecutiva a su empleo.

— AFECIONES del HÍGADO —
 — ATONIA del TUBO DIGESTIVO —

Eumictine

Santalol, Salol, Hexamethylene-Tetramina

Antigonocócico
 Diurético
 Analgésico
 Antiséptico

Blenorragia —
 Cistitis —
 Nefritis —
 Pielitis —
 Pielo-Nefritis —
 Piuria —

FOSFOTERAPIA RACIONAL

por el **RHOMNOL**
 Píldoras y Sacacurro a base de Acido Nucleinico.
 Ampollas a base de Nucleinato de Sosa. y el

NEO-RHOMNOL
 a base

de Nucleinato de Eotricina } Ampollas
 y Cacodilato de Sosa, }
 de Nucleinato de Eotricina } Compri-
 y Metilarcinato de Sosa } midos

NEURASTENIA - INFECCIONES
 CONVALECENCIAS

TRATAMIENTO RACIONAL
 Y CIENTIFICO DE LA
DIABETES

por las
Píldoras del Dr. Sejournet
 a base de Santorina

ANTIDIABÉTICAS — RECONSTITUYENTES
 sin régimen especial.

Una Píldora en cada comida

Específico
 de la Hipertensión

GUIPSINE

en píldoras a los principios útiles
 del Muérdago (Gul)

REGULADOR DEL TRABAJO DEL CORAZÓN

Diurético — Antialbuminúrico
 Antihemorrágico — Antiescleroso

LABORATORIOS
 del Doctor

Maurice —
LEPRINCE

62, Rue de la Tour
 — PARIS —

y todas Farmacias

R. C. Seine 219325 B.

la medicina aragonesa

REVISTA MENSUAL DEL MÉDICO PRÁCTICO

ADMINISTRACIÓN: COSO, NÚM. 58, 1.º

DIRECTOR:

Dr. José Lorente Laventana

REDACTOR JEFE:

Doctor José Almarza

Corresponsal en Madrid: D. LUIS CODERQUE AMORÓS

REDACTORES

DRA. DIEGO ROSEL, DR. ECHEVERRÍA, DR. MACHETTI, DR. MIDÓN ANDÍA,
DR. PAMPLONA, DR. SANCHO CASTELLANOS, DR. SORIANO,
DR. VAL-CARRERES ORTIZ.

COLABORADORES

DR. ALVIRA: De la Facultad de Medicina. De la Beneficencia provincial.

DR. AZNAR: Académico. De la Facultad de Medicina. De la Beneficencia provincial.

DR. BASTERO: Catedrático de Medicina.
DR. DE GREGORIO: Académico. Director del Dispensario Antivenéreo.

DR. FERNÁNDEZ GARCÍA: De la Beneficencia provincial. De la Beneficencia municipal.

DR. GARCÍA BERSABÉ: De la Beneficencia municipal.

DR. GOTA: Director del Laboratorio municipal bacteriológico.

DR. ÍNIGO: Académico. Cirujano.

DR. JORDANA: De la Beneficencia municipal.

DR. LÓPEZ BUERA: Especialista del aparato respiratorio.

DR. LORENTE SANZ: Catedrático de Medicina.

DR. NÓAILLES: De la Beneficencia provincial.

DR. OLIVER: Académico. De la Facultad de Medicina. Subdelegado de Medicina.

DR. PALOMAR: Académico. De la Facultad de Medicina y de la Beneficencia provincial.

DR. ROYO - VILLANOVA MORALES, Catedrático de Medicina.

DR. SAMPIETRO: Académico.

DR. VIDAURRETA: Del Dispensario de la Cruz Roja. Cirujano.

Sumario: Sección científica: ENSAYOS DE CLÍNICA MÉDICA:

A) *Formas clínicas de las pneumonías*, por el

Dr. Mariano Alvira Lasiera. □ **Sección práctica:** *Un caso de condromas simples*, por R. Midón Andía. □ **Sección profesional:** ESTAMPAS PROFESIONALES. *Interviu frustrada: El programa electoral de un fuluro concejal*, por el Dr. Haz-hram-hla. □ **Sección dedicada a la Asociación Nacional de Inspectores Municipales de Sanidad:** *Reunión de los Médicos Titulares-Inspectores Municipales de Sanidad del Distrito de Zaragoza.* — *Comisión para el estudio de la reglamentación de la Igualta médica.* — *Pregunta suelta.* — *Contraste.* □ **Previsión Médica Nacional:** *Importantes acuerdos del Consejo.* — *ULTIMA HORA: Junta provincial de Zaragoza.* — *Un saludo a la República española.* □ **Bibliografía.**

Precio de suscripción, 12 pesetas

Hipertrofinasol

La característica esencial del *Coriza* es una marcada congestión inflamatoria de la mucosa rinal (Hipertrofia). Nuestro HIPERTROFINASOL es el medicamento por excelencia para su tratamiento; por un lado, la función vaso-constrictora y descongestionante del grupo *Anestestina* y *Adrenalina*, y por otro, el poder tan hondamente antiséptico y bactericida de la asociación *Resorcina* y *Gomenol*, hacen de nuestro preparado el único para el tratamiento racional de síndromes hipertróficos rinales en general, como son el *Coriza agudo* (Rinitis, romadizo), la *Rinitis catarral crónica simple*, la *Rinitis crónica hipertrófica*, la *Rinitis purulenta*, la *caseosa*, la *vaso-motora* y la *fibrinosa*. Habiendo tratado también con brillantes resultados infinitos casos de *Corizas espasmódicos periódicos, aperiódicos, asmáticos, infecciosos* y *Catarros de heno*.

Atrofinasol

Es un complejo de excitantes de la mucosa nasal, que la deterge y hace que sus costras se desprendan; es exclusivo tanto para el tratamiento de la *Rinitis atrófica simple*, como para la *Rinitis atrófica ocenatosa* (Ocena), llegando a tal extremo su acción terapéutica, que el enfermo ocenatoso tratado con ATROFINASOL, puede considerarse curado bajo el punto de vista social.



ENSAYOS DE CLÍNICA MÉDICA

POR EL DOCTOR

MARIANO ALVIRA LASIERRA

ACLARACIÓN

En el número anterior de LA MEDICINA ARAGONESA, al dar cuenta del ingreso del Dr. Alvira en la Real Academia decíamos: "siendo nuestro deseo publicar preferentemente todos los trabajos de autor aragonés y en especial los de sabor práctico, en números sucesivos iremos dando a conocer el de nuestro querido colaborador...".

De suponer es que al hacer tal ofrecimiento a nuestros lectores contábamos con la correspondiente autorización. Efectivamente, así era. De ahí nuestra extrañeza al ver publicado el discurso íntegro en una revista científica local. Extrañeza que subió de punto al saber que cuando el Director de dicha Revista pidió al autor de la Memoria permiso para publicarla, éste dijo a aquél que tenía comprometida su publicación con nosotros, y aún más, que, para no desairarlo, le envió otro artículo sobre gripe.

Estas necesarias aclaraciones las hacemos: para que cada cual quede en su lugar, para que conste que la citada Revista lo ha tomado de la Memoria leída en la Real Academia y para agradecer al Doctor Alvira la nueva forma (artículos sueltos) y ampliación (datos inéditos y radiografías) que da al interesantísimo trabajo que hoy comenzamos a publicar.

PLAN DE ESTAS PUBLICACIONES

Empiezo por el estudio de la pulmonía, porque entre todas las enfermedades del aparato respiratorio es la más frecuente, y aunque está perfectamente estudiada en todos sus aspectos, etiológico y clínico, creo siempre de oportunidad recordar aquellas modalidades y aspectos más genuinos y aquellas otras complicaciones que pueden enmascarar su típico cuadro clínico.

Sigo con la exposición de la gripe, pues aunque la gran pandemia sólo se presenta de tarde en tarde, en cambio en forma de focos regionales no faltó ningún año. Además es el agente de la pulmonía el que con más frecuencia se asocia al de la gripe para determinar sus complicaciones.

Por último continuaré con las formas de tuberculosis aguda, porque la gripe despierta la tuberculosis latente y agrava la que ya era evolutiva; además, muchos casos de tuberculosis son diagnosticados en su principio como ataques de gripe y, por otro lado, mi estadística de enfermos tuberculosos del Hospital demuestra todos los años una mayor mortalidad de los tuberculosos en los meses de primavera, debido a ser atacados en esa estación por procesos gripales.

Y si en la mortalidad global por tuberculosis no son precisamente estos meses, sino los del verano, según las estadísticas del doctor Gómez Salvo, cuando más tuberculosos mueren, cúlpese de esta discrepancia al hecho de que, indudablemente, cuando en la clientela particular un tuberculoso crónico es atacado por la gripe y muere, la certificación no se expide y con razón, como tuberculosis, sino como una enfermedad aguda sobreañadida del aparato respiratorio, cuya etiqueta varía con el juicio clínico del que ha asistido al enfermo.

Puesto que en la práctica encontramos entrelazadas estas tres infecciones del aparato respiratorio: procesos pneumónicos, gripales y tuberculosos, no considero desprovisto de interés estudiar estas tres enfermedades bajo su aspecto clínico en un trabajo de conjunto.

Nos concretaremos, por ahora, a exponer diferentes formas clínicas de las pulmonías, en el capítulo A). Más adelante, en otro capítulo B) nos referiremos a las complicaciones de las pneumonías y su diagnóstico diferencial con otras enfermedades, principalmente con la gripe y con la tuberculosis.

Casi todas las historias clínicas van expuestas en forma resumida y sencilla y los síntomas que en ellas se hace referencia, pueden ser recogidos a la cabecera del enfermo sin más medios de exploración que los que todo médico dispone.

Por otra parte, las enfermedades agudas del aparato respiratorio y las agudizaciones de las crónicas, son enfermedades de clientela particular más que de Hospitales. Por lo tanto, lo que yo intento manifestar es una clínica que hacemos todos los días, no solamente los médicos de los grandes centros, sino también los compañeros de todas partes.

Ahora bien; esta clínica parece que no existe porque nos da un poco de rubor publicar cosas al parecer tan sencillas y a primera vista desprovistas de la admiración que despiertan los medios de exploración extraordinarios y, sin embargo, no sólo existe, sino que es la de más valor.

Causará sorpresa el que pretenda decir algo nuevo acerca de la pulmonía. Sin embargo, yo tengo la seguridad de que todo médico ha encontrado en la Clínica algunos detalles que los retiene entre los recuerdos de su práctica profesional. Si no los ha publicado, es porque le parecieron de poca trascendencia, sin darse cuenta de que su modestia nos ha privado a los demás de conocerlos.

En cambio yo me atrevo a exponer los detalles que he visto en mi práctica y que no he leído en los libros, aun a trueque de que puedan servir para demostrar mi ignorancia.

La Clínica analiza precisamente los pequeños detalles, los matices y variantes de las enfermedades que la Patología nos enseña en cuadros sintéticos.

Ahora bien; no me considero con dotes suficientes para exponer con amenidad esa riqueza de matices que todos los días nos ofrece la Clínica; *pero quiero hacer un ensayo en este sentido.*

El médico, a la cabecera de un enfermo de pulmonía, puede cometer dos faltas clínicas: La primera es la de creer que tratándose de una entidad nosológica, tan perfectamente conocida en cuanto a su etiología y tan exacta en lo que se refiere a su evolución, no exista en la Clínica no sólo la excepción, sino hasta la relativa frecuencia de casos atípicos. La segunda falta, en que se puede caer, es en cuanto al pronóstico: cuando se tropieza desde un principio con un caso que pudiera llamarse de libro, porque de ningún síntoma carece, nos inclinamos a suponer que lo que resta de la enfermedad continuará también con arreglo al mismo clasicismo.

Consecuencia de esto es que el médico se confíe, contribuyendo con ello a que no se vean pronto las primeras manifestaciones de alguna complicación.

Pomada CEREEO

Enfermedades de la piel



Varices

Eczemas

Quemaduras

A) Formas clínicas de las pneumonías

I

Pneumonías de evolución benigna en los viejos

Si bien es verdad que los viejos suelen padecer pulmonías gravísimas con manifestaciones locales poco ostensibles, no es menos cierto, que se dan algunos casos de neumonías benignas, debido a que sus reacciones de inmunidad se encontraban exaltadas por haber padecido otras pulmonías.

Ahora bien; estas pequeñas neumonías de los viejos no se diagnostican como no sea el mismo médico de cabecera, a la vez que clínico, hombre que haya vivido la práctica de laboratorio. De este modo está en mejores condiciones para relacionar los datos clínicos con los que le proporcionan el análisis de los esputos.

CASO CLÍNICO

S. B. De sesenta años, sin otros antecedentes patológicos que el haber tenido procesos pulmonares repetidas veces. El primero cuando era joven, con todos los síntomas de una pulmonía franca. De las siguientes enfermedades ya no hace un relato preciso. Un eminente médico que la visitó varios años la tenía diagnosticada de tuberculosa.

La primera vez que yo la visité tenía un proceso catarral de localización bronquial. Al explorarla pude apreciar un tórax abultado y no retraído, como se encuentra en las tuberculosis fibrosas. A la auscultación, evidentes signos de bronquitis, rous y estertores de gruesas burbujas en una de las bases del pulmón. Aquella bronquitis evolucionó con poca fiebre en unos siete días.

Yo interpreté que esta enferma tenía en sus pulmones algunas zonas con enfisema y con alteraciones bronquiales. Como cosas residuales de sus repetidas pulmonías, y por lo tanto predispuesta a enfermar del aparato respiratorio.

Trascurrieron tres meses y fuí llamado con urgencia; tenía la enferma 39 grados de fiebre y disnea. Además al referirme su estado me dijo: He sentido un dolor en este pulmón izquierdo, que me ha

hecho recordar otro parecido, pero más fuerte, que tuve cuando me empezó la pulmonía; ya se me ha aliviado; de todas formas no he podido dormir en toda la noche.

Por la exploración sólo pude apreciar disminución del murmullo vesicular en el sitio del dolor, comparándolo con el de las zonas inmediatas. Ordené que me recogiesen los esputos y aunque no tenían los caracteres típicos del esputo neumónico, mirados al microscopio no dejaba lugar a dudas de que procedían de un enfermo de pulmonía.

La monja enfermera puso en duda mi diagnóstico, fundándose en que no se había presentado el esputo herrumbroso y en que la enfermedad había hecho crisis antes del noveno día. Yo tampoco hubiese hecho el diagnóstico de no haber tenido a la vista la preparación microscópica, con los típicos neumococos capsulados.

Este caso lo comentaba con el compañero que había sido médico de cabecera de la misma enferma, durante varios años, y me dijo: Yo asistí a esa señora tres o cuatro veces por unos procesos, que me hacían pensar en un principio que pudiera tratarse de pulmonías, pero evolucionaban con tal brevedad que me hacían diagnosticar solamente una congestión pulmonar.

Y, en efecto, clínicamente, eran congestiones determinadas por neumococos, cuyas lesiones no habían evolucionado en todo su ciclo, y, por lo tanto, debían considerarse como pneumonías abortadas. El diagnóstico de estas congestiones de repetición, que se presentan cada tres o cuatro años en individuos que anteriormente tuvieron pulmonías típicas, debe hacerse con los brotes congestivos de la tuberculosis y con las congestiones de origen cardíaco. Estas últimas tardan más días en evolucionar y no van acompañadas de tanta fiebre. No obstante, debe tenerse presente que también los enfermos del corazón pueden tener pulmonías. Por lo tanto, sólo valiéndonos de todos los medios auxiliares de la clínica, podremos desentrañar las múltiples combinaciones que las enfermedades presentan en la práctica diaria.

El exceso de original nos hace imposible dedicar la extensión debida a reseñar el ingreso en la Academia de Medicina de los Dres. A. Marín Corralé y Midón Andía (Farmacéutico), teniendo que limitarnos a felicitarles cordialmente.

II

**No todas las pneumonías benignas de los viejos
son debidas a la inmunidad adquirida
por otras anteriores**

Ignoramos todos los factores que pueden influir para que unos casos de neumonía sean graves y otros benignos. La siguiente historia clínica lo demuestra: J. L. de setenta años, sin antecedentes de haber padecido enfermedad grave del aparato respiratorio; pero hay en su familia coincidencias patológicas especiales, dignas de nuestra atención.

Su mujer tuvo varias pulmonías. En época cercana a la que él enfermó, un hijo murió de pulmonía también. Más tarde a otro hijo se le presentó un proceso agudo del pulmón que le interesó todo el pulmón derecho y algo de la base izquierda.

El médico de cabecera pidió una consulta, y me encontré con un enfermo que además de la doble invasión pulmonar tenía una embolia séptica en la safena izquierda. La temperatura y los focos pulmonares estaban en principio de regresión, cuando se presentó un escalofrío seguido de alta temperatura y de dolor en el miembro inferior, que indicaba la verdadera causa del retroceso.

El estado general del enfermo era de gran inquietud, sin poder dormir apenas. La fiebre fué cediendo en los días sucesivos, para repetir en la misma forma, indicando claramente la existencia de un estado septicémico. A partir de esta segunda recaída se apreciaron en el enfermo síntomas de obnubilación cerebral con hemiparexia, que le produjeron la muerte.

Habrían transcurrido unos veinte días desde la muerte de este segundo hijo, cuando su padre, de edad de setenta años, empieza a quejarse de dolores en los miembros, acompañados de lengua saburral y de fiebre ligera. Sin que se hubiese quejado de dolor de costado, una noche tosió un poco y echó un esputo de sangre. La alarma en la familia fué la que correspondía a la triste experiencia adquirida por los enfermos anteriores. El diagnóstico lo habían hecho antes de llamarme y también se figuraban que el pronóstico sería fatal. Si los anteriores individuos de la familia, siendo jóvenes, habían sucumbido. ¿qué podían esperar de un viejo?

Lipocil
(INYECTABLE)

FORMULA

Cinematato de Bencilo
Colesterolina
Alcanfor
Gomenol
Eucaliptol
Guayacol
Estricnina
Aceite de Oliva. 2.5 cc

Indicaciones: Tuberculosis, Asma,
Bronquitis, Pneumonías, Catarros
crónicos, Gripe y sus complicacio-
nes, etc., etc.

Cacodil Intensivo

Inyectable de cacodilato de sosa anhidro
en dosis progresivas crecientes

INDICACIONES:

Tuberculosis, Linfatismo, Enfisema pul-
monar, Bronquitis crónicas, Neurastenia,
Anemia, Convalecencia, Eczemas crónicos,
Psoriasis, Prúrigo y Paludismo.

Ampollas de 0,10-0,20-0,25-0,30-0,40-0,50 y 0,60

Yodocaf

Compuesto iódico a base de yoduro de cafeína, 0,25 gr. por cucha-
rada de café, 2 a 4 al día.

NI INTOLERANCIA NI IODISMO

Indicaciones: Asma. Opresiones. Enfermedades de los vasos y del corazón,
Arterioesclerosis. Bronquitis crónicas. Angina de pecho Intoxicaciones.
Uremia.

Apartado núm. 35

Solicite muestras al
Laboratorio Saval

MALAGA

Comunicación del Dr. VERNET
a la Academia de Medicina de PARIS

Sesión del 18 de noviembre de 1924



TRATAMIENTO MODERNO DEL

**Asma, Coqueluche
y Tosas Espasmódicas**
por la

NEOPANCARPINE

(EXTRACTO TOTAL HIDROALCOHOLICOETEREO DE JABORANDI)

FÓRMULA DEL DR. M. VERNET

— Muestras y literatura: —

ESTABLECIMIENTOS ROCAFORT DORIA - Tuset, 20 - Apartado 718 - Barcelona

HEMOMETINA CUSI

Inyectables hemostáticos y antidisentéricos a base de clorhidrato de emetina 4 %



Afecciones pulmonares congestivas.

Disenteria amebiana.

Hemoptisis tuberculosas.

Hematurias.

Melenas.

Hemorragias en general.

Alcoholismo y morfínismo.

Psoriasis.

—
Consúltese Catálogo de las
Especialidades Cusi.

LABORATORIOS DEL NORTE DE ESPAÑA

Director: J. CUSI, Farmacéutico. — MASNOU, Barcelona.

Efectivamente, aquel viejecito tenía un foco neumónico en la base del pulmón derecho; pero no se apreciaban síntomas de gravedad: como síntomas focales, submacidez, a la auscultación, silencio respiratorio, en la zona central y algún estertor subcrepitante.

En el análisis microscópico de los esputos encontré típicos neumococos capsulados. La enfermedad evolucionó con toda regularidad y en la noche del séptimo al octavo día hizo crisis.

¿Qué pudo influir para que una pulmonía adquirida por un viejo, en un foco familiar de tanta gravedad, evolucionase en una forma tan benigna? Yo no creo otra explicación aceptable que la siguiente: Este viejo de setenta años vivió muchos, antes de este último contagio, con su esposa, que, como hemos dicho anteriormente, había tenido pulmonías de repetición. Indudablemente adquirió alguna inmunidad padeciendo en alguna ocasión infecciones pulmonares determinadas por el neumococo de tan leve intensidad que no dejó recuerdo en la historia patológica del individuo.

Sea por estas circunstancias, o por otras no conocidas, debemos repetir lo que se ha dicho al principio de este capítulo: Que si bien es verdad que los viejos suelen padecer neumonías gravísimas con manifestaciones poco manifestas, se dan en ellos algunos casos de poca gravedad.

Al clínico no se ocultan los enfermos de gravedad, si se fija en el aspecto de la lengua, parecida a la lengua de los urinarios, aun independientemente de algunos casos en que se asocian síntomas de este origen, ya que no es infrecuente que en los neumónicos graves se presente una retención de orina, fatal para el enfermo si no se diagnostica pronto. También la intensidad de la disnea y los síntomas cerebrales sirven de buena guía para el pronóstico.

Como resumen, he de manifestar que ante un viejo con pulmonía, nuestro pronóstico debe ser severo, pero no fatal, y nos guiaremos, lo mismo que en el adulto, por la evolución de la enfermedad apreciando cada día el aumento de intensidad o la regresión de los síntomas.

**Agobios de espacio nos obligan a retirar de este número
la continuación del interesante trabajo del Dr. Bastero,
cuya publicación seguirá en el próximo.**

III

Pneumonías del vértice del pulmón

La neumonía de vértice ha sido muy bien estudiada por los clínicos franceses del siglo pasado. Se la diferenciaba, por la gravedad de los síntomas generales y funcionales entre los que predominaban los del sistema nervioso. El aspecto de la lengua es, desde el principio, de mal pronóstico: seca y como tostada. Los síntomas físicos son atenuados o poco apreciables y esto contrasta con el delirio u otras veces con la intensa depresión que presenta el enfermo. La mortalidad es más elevada que en las neumonías de otra localización.

Truseau, en una de sus lecciones clínicas, reconoce la mayor gravedad de esta localización, pero, no obstante, describe dos casos de neumonías de vértice en individuos robustos que evolucionaron con regularidad y sin ningún síntoma grave del sistema nervioso, terminando por una franca resolución.

La dificultad en apreciar los síntomas focales estriba en que la condensación del lóbulo superior empieza por la línea axilar y, por lo tanto, tardan a ser notados los síntomas, si se ausculta a nivel de la región infraclavicular o de la fosa supra espinosa; en cambio pueden ser notados en la parte más alta del hueco axilar.

La mayor gravedad de las pulmonías localizadas en el vértice se la cree debida únicamente a la circunstancia de que tal localización se da con mayor frecuencia en los viejos y en los individuos debilitados; pero por un lado hemos descrito en el anterior capítulo dos casos de neumonías en viejos que se localizaron en la base del pulmón y fueron de evolución benigna, y por otro, de una de las dos historias que vamos a describir se deduce una nueva causa de mayor mortalidad, y *es la facilidad con que la neumonía de vértice se propaga hacia las regiones inferiores del pulmón.*

HISTORIA CLÍNICA.—El cuarto día de enfermedad soy llamado por un compañero para visitar a su padre. Se trataba de diagnosticar la enfermedad de un viejo de ochenta años que tenía vómitos: lengua seca, fiebre de 38 grados, alguna vez tos y expectoración aireada y no herumbrosa, disnea poco manifiesta y subdelirio. Nuestro compañero,

bacteriólogo ilustre, había encontrado neumococos en los esputos, pero no acertaba a comprender la enfermedad de su padre.

En la exploración encontramos silencio respiratorio en el vértice derecho y ligera submacidez. En el aparato urinario, retención incompleta de orina. El diagnóstico quedó precisado y el pronóstico de incurabilidad se cumplió también.

En el segundo caso que vamos a exponer no estuve tan acertado en cuanto al pronóstico en la primera visita. El enfermo era un hombre de cuarenta y cinco años, bastante agotado por exceso de trabajo y por preocupaciones familiares. Estaba asistido por un compañero que hizo pronto el diagnóstico de pneumonía de vértice. Se me llamaba para que viese si había algún remedio que pudiese mejorar un cuadro clínico de mucha gravedad, entre cuyos síntomas predominaban los cerebrales y la retención de orina.

El enfermo experimenta ligera mejoría al séptimo día de enfermedad, coincidiendo con un principio de resolución del foco del vértice. Al siguiente día nueva agravación de los síntomas, a la vez que se apreciaban signos de condensación en la base del pulmón. La evolución de este segundo foco fué la que produjo la muerte del enfermo.

Yo analicé los esputos, encontrando gran cantidad de neumococos, pero sin asociación alguna de otras bacterias. Fundado en este dato y en que el enfermo no era viejo, aconsejé al compañero esperar para dar el pronóstico de extrema gravedad hasta ver los efectos de la posición de digital con cafeína y de los treinta centímetros cúbicos de suero antineumocócico optoquinado que se le prescribieron al enfermo el día de la consulta.

Enseguida nos dimos cuenta que mis ligeras esperanzas resultaban fallidas por la aparición del nuevo foco. Por lo que hemos descrito se puede deducir una mayor gravedad de la pneumonía de vértice; pero no solamente por las malas condiciones orgánicas, sino también por el hecho de que dicha localización favorece la propagación de la enfermedad a las zonas inferiores del pulmón.

Bien es verdad que en los niños la pneumonía de vértice es mucho más benigna que la de los adultos, mas no creo que esté bien comprobado que sea también más leve que las pneumonías que padecen los mismos niños con otra localización. El diagnóstico diferencial de la pneumonía de vértice debe hacerse con la pneumonía caseosa de la misma región. Aquélla es producida por el neumococo; ésta por el bacilo de Koch, y el pronóstico de la pneumonía caseosa es todavía peor.

He observado bastantes casos de tuberculosis fibrosas de evolución lenta que durante muchos años han dado una sintomatología muy semejante a la de la bronquitis crónica hasta que al empezar la vejez se presenta un foco con degeneración caseosa localizado en uno de los vértices del pulmón.

Cuando la zona degenerativa es pequeña, generalmente se anuncia por una ligera hemoptisis, siguiendo un período febril que suele durar de dos a tres meses. Durante este tiempo se elimina el tejido caseificado mediante la expectoración, quedando formada la caverna.

Cuando el foco caseificado es mayor se presenta una sintomatología semejante a la pulmonía. En apoyo de esta apreciación exponemos el siguiente caso: S. P., de sesenta años, con antecedentes de haber padecido varios procesos pulmonares. Enfermó con fiebre elevada y síntomas gastro-intestinales de alguna consideración. En el vértice del pulmón izquierdo apreciaron durante unos quince días un soplo suave. Cuando yo vi al enfermo tenía estertores gruesos con timbre metálico, indicadores de la existencia de una caverna. El médico de cabecera me dijo confidencialmente: Creo que esta pulmonía, aunque de evolución anómala, terminará por resolución, porque donde ahora se aprecian estertores se oía antes un soplo y ha coincidido este cambio de fenómenos estetoscópicos con la mejoría de los síntomas generales.

No cabe ninguna duda que la evolución de los fenómenos estaba bien observada. Sin embargo, yo le expuse mi opinión contraria respecto del pronóstico. Me fundaba en que el enfermo tenía una lengua recubierta de gruesa capa de saburra, a la vez que trastornos digestivos y un estado de profunda intoxicación. Además, los caracteres de los estertores, que en lugar de ser subcrepitantes eran gruesos, con algún timbre metálico, indicaban que no se trataba de una pneumonía de vértice producida por el pneumococo, sino de una degeneración caseosa determinada por el bacilo de Koch.

A juzgar por este caso, extraña sobremanera que los libros no hablen del diagnóstico diferencial entre estas dos enfermedades: la pneumonía de vértice y la pneumonía caseosa de la misma región.

En la pulmonía de vértice de los niños debe hacerse el diagnóstico diferencial con las meningitis, con las otitis primitivas, pues las secundarias se dan como complicación de la misma pneumonía.

IV

Sobre algunas particularidades de la pulmonía de los niños

Aunque me dedico a visitar adultos, en una práctica de veinticuatro años he tenido que asistir a algunos niños, y cuando padecían del pulmón me he fijado, para comparar sus procesos pulmonares, con los que padecen los adultos.

He observado que frecuentemente comienza la pulmonía en los niños con trastornos gástricos, vómitos repetidos sobre todo. La propagación de la infección al oído, unido a algunos signos de meningismo, suele desorientar el verdadero diagnóstico. Las complicaciones purulentas de las pleuras y alguna vez del pericardio, creo que todavía son más frecuentes que en el adulto.

Todo esto parece indicar una mayor tendencia a la generalización del proceso pneumónico. Indudablemente el niño tiene más resistencia orgánica; pero carece de la inmunidad que el adulto se ha ido creando con anteriores infecciones. He visto algunos niños curarse de un empiema metapneumónico mediante punciones repetidas y también después de la evacuación del pus por una fístula bronquial. El proceso fibroso de la pleura consecutivo determina cierto grado de escoliosis, que también puede corregirse haciendo que el niño duerma en una cama dura con mayor elevación de los pies.

En cambio he tenido ocasión de comprobar acentuadas desviaciones de la columna vertebral en los adultos, consecutivas apleuresías purulentas del niño que no fueron diagnosticadas y se dejaron que evolucionasen espontáneamente.

Expondremos en resumen la historia clínica de tres casos de pulmonías en niños cuya edad oscilaba entre los tres y siete años, porque la diferente marcha del proceso parece indicar una mayor tendencia a las complicaciones, cuanto menos edad tiene el niño.

PRIMERA HISTORIA CLÍNICA

A. L., niño de tres años de edad, enfermó súbitamente con fiebre de 40 grados. Al segundo día de enfermedad se notaba disminución del murmullo vesicular en el hemitorax izquierdo y respiración vica-

riante en el derecho. En los días siguientes aqueja dolor cuando se le toca el vientre. Aumentan los gritos y la agitación, pero el signo de Koernig es negativo. A pesar de que no se quejaba cuando se le hacía tracción del pabellón de la oreja, o se le comprimía en la apófisis mastoides, un día se le perforó el tímpano, pudiendo desde entonces conciliar el sueño.

La fiebre seguía alrededor de 38 grados, y a los quince días del comienzo de la enfermedad, apreció una submacidez en el hemitorax izquierdo. Hice una punción y saqué unos cien gramos de pus cremoso que produjo una ligera mejoría. En los días sucesivos se acentuó la taquicardia, el color terroso de la cara y la tendencia al enfriamiento. En la región precordial encontramos una zona mate que llegaba en el lado derecho hasta la línea paraesternal. Cuando pensábamos hacer una punción del pericardio, murió el enfermito de un colapso.

SEGUNDA HISTORIA CLÍNICA

J. G., niño de cinco años de edad, enfermó con un proceso pulmonar agudo, y era asistido por un compañero que, según nos cuenta, presentó los síntomas de una pulmonía. Se inició alguna mejoría el noveno día, pero como el niño continuaba con un estado febril atenuado, decidieron llamarme en consulta.

Apreciamos una macidez de tabla en todo el pulmón derecho, y en el acto hicimos una punción extrayendo trescientos centímetros cúbicos de pus. A la familia se le aconsejó que se hiciese al enfermo una resección costal, mas por entonces no se decidieron a que fuese intervenido quirúrgicamente. Una semana más tarde repetimos la punción aspiradora, sustituyendo el pus por aceite gomenolado.

El estado general del enfermito mejoraba, pero no se pudo evitar que se perforase el absceso en el pulmón. La cantidad de pus que salía por la fístula pulmonar era cada día menor, a la par que se acentuaba la mejoría, pero la esclerosis que se iba formando en la pleura determinaba una desviación de la columna vertebral, que se le pudo corregir durmiendo en una cama dura. El niño se curó completamente de su proceso pneumónico y de la escoliosis.

TERCERA HISTORIA CLÍNICA

Un niño de siete años enfermó con brusquedad, con fiebre alta, tos y vómitos repetidos. La familia creyó que se trataba de una indigestión. Yo aprecié todos los síntomas de una pulmonía del lado izquierdo que hizo crisis el noveno día. A las veinticuatro horas de estar sin fiebre ascendió nuevamente la temperatura; como a nivel de la lesión seguía la macidez y a la auscultación había silencio respiratorio, manifesté a la familia la posibilidad de una complicación pleurética; pero en los días sucesivos todo volvió a la normalidad.

Indudablemente el segundo acceso de fiebre lo determinó la reabsorción de algún exudado pleural que no llegó a producir pus.

Si hemos expuesto los tres anteriores esbozos de historias referentes a los niños de diferente edad, es porque parece deducirse una menor tendencia a la generalización de los procesos pneumónicos a medida que se avanza de los tres años hasta los siete.

V

Pneumonías de los alcohólicos

En los alcohólicos se da la pneumonía de vértice cuando menos con tanta frecuencia como en los viejos, y además de las particularidades que ya han quedado consignadas en el apartado correspondiente, presentan los enfermos un estado de mayor agitación y de intranquilidad aun en el caso en que el alcoholismo no haya dejado huellas muy manifiestas.

Expondremos dos resúmenes de historias clínicas. En el primero de estos casos la evolución de la enfermedad tuvo lugar por focos sucesivos, y en el otro se desarrolló desde sus comienzos el *delirium tremens*.

El enfermo de pneumonía emigratoria era un estudiante, tipo excepcional, de treinta años, alcohólico inveterado desde los principios de su juventud, que ya había sido recluso por hechos delictivos cometidos en sus frecuentes estados de embriaguez.

Enfermó con una pneumonía atípica y un delirio referente a sus habituales ocupaciones, tal como la causa de sus repetidos suspensos y la de sus riñas. En la casa de la patrona no podían cuidarlo bien, porque

además era opuesto a cumplir los mandatos de su médico de cabecera. Algunos compañeros suyos, también estudiantes, se prestaron para cuidarlo, y a pesar de ello no podían impedir que el enfermo se levantara de la cama en las ligeras remitencias de la fiebre coincidentes con la resolución de alguno de los focos.

Cuando yo fui llamado aprecié un foco pneumónico, con soplo, macidez y esputos característicos; después de haber notado el enfermo alguna mejoría, debida a la incompleta resolución de la primera zona invadida, se manifestó una nueva invasión en otro sitio próximo, apreciando a su nivel una macidez bien manifiesta. Más tarde se apreciaron los mismos signos en el otro pulmón, y, por último, murió el enfermo en un estado de septicemia.

En realidad esta evolución serpigínosa es rara y tiene algún parecido con la broncopneumonía determinada por otros gérmenes; pero cuando estos focos sucesivos están producidos por el neumococo resultan más densos y con suficiente plasticidad para poder apreciarlos por la percusión. En los focos invadidos por otras bacterias la percusión poco nos dice; en cambio por la auscultación se aprecia la propagación a los sitios vecinos, por los estertores crepitantes indicadores de la existencia de una vesiculitis.

Este caso se presta para hacer algunas consideraciones acerca de las relaciones entre las pneumonías y las bronconeumonías.

En realidad, estas pneumonías migratorias establecen el punto de tránsito entre una y otra enfermedad.

Las bronconeumonías son casi siempre consecutivas a bronquitis crónicas o a enfermedades infecciosas, tales como el sarampión y la gripe y se diagnostican precisamente por auscultación, apreciando cada día los estertores por donde se va propagando la enfermedad. También hay disnea persistente y fiebre irregular.

Las pneumonías generalmente son primitivas; la fiebre es en ellas más regular y el diagnóstico se hace mejor por la percusión. Las regiones invadidas dan casi siempre sonido mate. No obstante los focos broncopneumococcos se conglomeran a veces en tan gran cantidad, que forman bloques denunciados también por la percusión.

La segunda historia es la referente a un individuo alcohólico en el que se presentó desde el primer momento un gran delirio que llegó a alcanzar los caracteres del *delirium tremens*.

Este enfermo tenía la cara congestionada, los ojos de espanto, a veces se ponía de pie en la cama y quería huir de sus visiones terro-

A los Sres. Médicos españoles

me es grato comunicar que no pudiendo efectuar hasta dentro de unos meses (probablemente tres) la anunciada rebaja de precios en los productos SERONO y especialmente

Bioplastina Serono,
Peptopancreasi Serono,
etcétera, etcétera,

con el fin de que sus clientes más menesterosos no queden perjudicados por dicho retraso, desde hoy hasta aquella fecha, mi casa Central de Barcelona y todas mis Delegaciones de España anotadas al pie están autorizadas para la entrega de muestras gratuitas de **BIOPLASTINA SERONO** **contra presentación de receta médica firmada** en la que deberá constar la palabra «gratis» escrita por el propio médico.

Los señores Médicos residentes en las capitales donde tengo instaladas mis Delegaciones, podrán pasar sus peticiones por teléfono si así lo prefieren.

L. Lepori.

LEPORI - Casa Central: Cardenal Vives y Tutó (SARRIÀ) - BARCELONA

LEPORI - Tres Cruces, núm. 7 - MADRID

LEPORI - Conde de Salvatierra, 37 - VALENCIA

LEPORI - Martín Villa, 7 - SEVILLA

LEPORI - Ercilla, 16 - BILBAO

LEPORI - San Agustín, 32 - LA CORUÑA

SIL = AL

Metahidrosilicato de aluminio fisiológicamente puro

Muestras y literatura: A. GAMIR || Sustituye al bismuto
Padre Jofré, 9 -:- Valencia ▽ en terapéutica gástrica

Existe el SIL-AL belladonado

Aguas Minero-Medicinales Termales Belascoain (Navarra)

Clorurado-sódicas, bicarbonatadas, nitrogenadas, variedad litínicas.

Eminentemente radio-activas.

Especialísimas en la litiasis renal y hepática, gota y reuma gotoso.

Curación segura de los cólicos del riñón y el hígado, cálculos (mal de piedra) y arenillas.

Las aguas de **Belascoain**, por su calidad de alcalinas débiles, su fácil digestión y por la acción de la litina que contienen, se consideran como insustituibles **aguas de mesa** para el régimen de los **artríticos**, revelando su análisis ser superiores a las más renombradas de su clase y confirmando sus resultados. Disuelven los uratos y el ácido úrico del organismo, aumentando desde el primer día el residuo seco de la orina, evitando se deposite en los tejidos y produzca la gota, los cálculos, diabetes, albuminuria y demás enfermedades originadas por el artrismo.

Si la enfermedad se ha producido ya, unas cuantas tomas abundantes para que los cálculos y arenillas sean expulsados, siendo de notar, sobre todo cuando se usa al pie del manantial, que la expulsión suele ser exenta de dolor, hecho comprobado infinitas veces y no explicado aún satisfactoriamente.

Gran Balneario de BELASCOAIN (Navarra)

Montado con todos los adelantos modernos

Temporada: del 15 de junio al 30 de septiembre

Auto diario de Pamplona
Precios moderados

Se remite a solicitud la «Memoria-Guía del bañista en Belascoain».

Venta por menor en Farmacias, Droguerías y Ultramarinos de toda España. Para pedidos e informes dirigirse a la Sociedad Anónima **Burlada y Belascoain**, Pamplona (Navarra). — Cod. usado, A. B. C., Quinta edición. La Sociedad posee también el acreditado manantial de **BURLADA**, la mejor agua de mesa; aumenta el apetito, hace más rápidas las digestiones, cura el estómago y tonifica el organismo.

ríficas. Si se le llamaba con energía, contestaba acorde, por un momento, para volver enseguida al estado de delirio. Pasadas así cuarenta y ocho horas, cayó en una profunda postración.

Entonces se apreciaban los síntomas físicos de una pulmonía al parecer de poca extensión, pero debido a las pocas resistencias del enfermo, le ocasionó la muerte.

Estas particularidades de las pneumonías de los bebedores las conocen muy bien los médicos que ejercen en los pueblos.

VI

Pneumonía de la base del pulmón

Las pneumonías de la base del pulmón, sobre todo del derecho, representan más de la mitad de todas las otras y suelen ser casos de pneumonías típicas. Sin embargo, el dolor se refiere algunas veces a nivel de la vesícula biliar y debido a esto he visto confundirla en algunas mujeres con la colecistitis. En los niños todavía está el dolor más bajo y alguna vez se ha pensado en la existencia de una apendicitis.

Además, en algunas ocasiones los enfermos tienen ictericia. Esta complicación es explicada por los autores de diferente manera: unos la creen producida por influencias mecánicas, ya sean por dificultades circulatorias creadas en el hígado como repercusión de las existentes en el pulmón, o por la propagación del catarro gastro intestinal a los conductos excretores de la bilis, o bien por la paralización del diafragma, ya que normalmente influye con sus movimientos en la salida de la misma secreción.

Otros atribuyen la ictericia a causas biológicas, influyendo, por una parte las alteraciones determinadas en la célula hepática, y por otras la abundante destrucción de los glóbulos rojos, principalmente en el foco pneumónico.

Considerando la aparición de la ictericia desde el punto de vista clínico, no agrava el pronóstico cuando es atenuada, o si a pesar de estar muy manifiesta no va acompañada de otros síntomas graves, pero cuando conjuntamente aparecen intensos trastornos digestivos y alteraciones del sistema nervioso, nos encontramos ante la forma de pneumonía asténica y biliosa de los antiguos clínicos, de pronóstico gravísimo.

En la clínica del doctor Royo Villanova hemos podido observar el siguiente caso: Ingresó una enferma con ictericia intensa, fiebre alta y dolores que refería con mayor intensidad a nivel de la vesícula biliar.

No precisó bien el principio de su enfermedad y, por lo que cuenta, parece una colecistitis. En la exploración apreciamos macidez en la base del hemitórax derecho, de donde extraje por punción un poco de pus cremoso, en donde encontré pneumococos muy diminutos con una cápsula poco manifiesta.

A los cuatro días presentaba la enferma estrabismo y el signo de Koernig; hice una punción lumbar y obtuve un pus no tan cremoso como el de la pleura, pero en él encontré un cultivo puro de pneumococos con la particularidad de que las cápsulas eran mucho más manifiestas que la de los pneumococos encontrados en la pleura.

Antes de hacer el análisis del pus pleural dejamos iniciado el diagnóstico diferencial entre un principio de colecistitis con propagación de la infección a la pleura diafragmática; un quiste hidatídico supurado con doble localización hepática y pulmonar, y tal vez, como tercera probabilidad, el que la enferma hubiese padecido una pulmonía, a pesar de que no refería antecedentes que a esta enfermedad se pareciesen, y como complicación de esta enfermedad se determinase una pleuresía diafragmática y un proceso supurado de hígado.

Una vez encontrados los pneumococos en el pus que extraje de la pleura, a esta última interpretación había que atenerse, quedando desechadas las dos anteriores.

La rápida muerte de la enferma y la imposibilidad de hacer la necropsia nos impidió comprobar la verdadera causa de la ictericia, pero yo me inclino a creer fuese determinada por una atrofia amarilla aguda del hígado determinada por la intensa septicemia pneumocócica.

Además del interés de este caso de proceso pneumocócico por lo que a la ictericia se refiere, quiero insistir sobre el diferente aspecto microscópico con que aparecían los pneumococos encontrados en la pleura y los del líquido céfalo-raquídeo, porque este detalle parece darme la razón de la idea que expuse al hablar de la etiología de las pneumonías y de lo que repito en el capítulo siguiente referente a la mayor virulencia de microbios que pueden ser pneumococos sin cápsula.

VII

Pneumonías con pneumococia; asténicas y contagiosas

Es indudable que una pequeña infección pulmonar de pneumococos puede determinar una septicemia; lo mismo pasa con las infecciones de estreptococo y de estafilococo, pero si atendemos a lo que vemos en la clínica, esto no suele pasar más que en los niños de poca edad, o en los adultos muy debilitados.

Lo que generalmente observamos es que las pulmonías que se acompañan de pneumococia son las que han invadido a todo un pulmón. Se pueden presentar unos casos en los que los síntomas generales sean los primitivos y otros en que la infección generalizada sea consecutiva a la presentación de los síntomas denunciadores de que se ha formado un gran bloque patológico en el pulmón; pero en definitiva, en el período de estado de las pulmonías con septicemia se encuentran juntas las dos clases de síntomas.

No obstante, en estas pneumonías asténicas predominan los síntomas generales sobre los focales, manifestándose tres o cuatro días antes por trastornos digestivos y por subdelirios con fiebre irregular. Los focos patológicos del pulmón aparecen al principio separados, pero enseguida dan lugar, por confluencia, a un gran bloque de pneumonía. Como consecuencia se aprecia una macidez intensa y abolición del murmullo vesicular.

Pero sobre todo, el carácter que las diferencia de las otras pulmonías es que son contagiosas, determinando epidemias familiares, de mucha gravedad. Clínicamente se suelen diagnosticar de pneumonías gripales. El problema está en determinar si a esta entidad clínica corresponde una misma etiología.

Yo en estos casos he encontrado en gran abundancia un diplococo Gram positivo, pero sin cápsula, que lo considero como un pneumococo modificado. En otros enfermos es el coco bacilo de Peiffer el que se encuentra casi en cultivo puro.

Sea uno u otro el agente determinante de esta esplecnización pulmonar, en cuanto alcanza en extensión todo un pulmón, generalmente produce la muerte, porque además de las dificultades circulatorias que

se crean, no es infrecuente que los síntomas de septicemia queden comprobados al encontrar las bacterias en la sangre; pero lo que nosotros deseamos dejar bien especificado en esta ocasión es que hay dos clases de pneumonías asténicas: unas con pneumonía consecutiva a una lesión pulmonar producida por pneumococos capsulados, y otra de carácter marcadamente contagioso, generalmente con síntomas asténicos primitivos y en las que he encontrado un tipo de bacteria de morfología y de caracteres tintóreos iguales a los del pneumococo, pero está desprovista de cápsula.

Ahora bien; el problema a determinar es si este diplococo, que se encuentra de un modo exclusivo y en enorme cantidad en las pneumonías asténicas y contagiosas, es o no una variedad de pneumococo. Para esto es necesario obtenerlo en cultivo puro y realizar todas las pruebas biológicas diferenciales. Por otro lado, una vez comprobada su identidad con el pneumococo capsulado era preciso demostrar su mayor poder contagioso.

El diagnóstico diferencial de estas formas septicémicas de las pneumonías debe hacerse con la grippe, con el pneumotifus, la pneumonía pestosa, el tifus exantemático y con la psitacosis. La diferenciación con la grippe sólo es posible en tiempos de epidemia, y aun entonces he visto yo casos de pulmonías confundidos con aquélla. La completa diferenciación sólo se hará cuando estemos de acuerdo respecto del agente causal de la grippe.

En la fiebre tifoidea se encuentran siempre síntomas de bronquitis; pero en estas formas se aprecian también petequias en la piel del vientre. No obstante, existen casos de difícil diferenciación, como el siguiente: Se presentó en mi consulta una enferma con muestras de gran decaimiento, 39 grados de temperatura, lengua roja, 120 pulsaciones y con estertores de bronquitis en el pulmón izquierdo.

Da como antecedentes el que estaba enferma durante un mes y el haber hecho cama unos ocho días. Por radioscopia no se apreció nada en el pulmón. Le ordené que hiciese reposo y al día siguiente encontré en la piel del vientre algunas petequias características, con lo que se puso en claro un diagnóstico que en la primera visita quedó fluctuando entre una granulía, la fiebre tifoidea y un caso de fiebre de Malta grave. Lo que más apartaba el diagnóstico de la fiebre tifoidea era el que hubiese taquicardia y el que la enferma, después del primer período febril estuvo levantada durante doce días. La fiebre continuó irregular, con escalofríos, llegando después hasta 41 grados, a cuyas

elevaciones seguían grandes sudores, que hacían dudar del diagnóstico hasta que a los cuatro días de estar sometida a mis cuidados se presentó una copiosa hemorragia intestinal. A partir de este momento evolucionó la enfermedad con más regularidad hacia la curación. Hoy, que está en plena convalecencia y sin fiebre, aún persiste la frecuencia del pulso.

Vemos cómo hay casos de fiebre tifoidea en los que faltan los síntomas más característicos: lengua seca y fuliginosa, vientre timpánico, diarrea y retardo del pulso en relación con la temperatura. Si en circunstancias parecidas se acentúan los síntomas del aparato respiratorio, se pueden confundir con los de neumonía de tipo asténico o tifoideo.

La confusión con el tifus exantemático sólo puede darse al principio de la enfermedad, pues después aparece el exantema característico, muy semejante al sarampión, pero más oscuro y persistente.

La peste de forma pneumónica se da principalmente en el personal de los laboratorios que trabajan con bacilos de Yersin.

Referente a los casos de psitacosis presentan lesiones del aparato respiratorio de tipo broncopneumónico y se puede demostrar la relación de los enfermos con los papagayos ya contaminados o portadores de gérmenes.

Uno de los médicos titulares de Nerva (Huelva), D. Cristóbal Roncero, solicitó del Ayuntamiento de dicho pueblo el que incluyera en sus presupuestos una consignación a favor de «La Previsión Médica Nacional». La proposición fué aceptada y la Comisión permanente acordó consignar ciento cincuenta pesetas. Aunque el Consejo general de Colegios acordó acordó, el 14 de Diciembre pasado, recomendar a todos los Colegios la publicidad del caso en sus «Boletines», nosotros no queremos dejar de felicitar también al compañero y municipio citados. Hablando todos de ello puede que cunda el ejemplo.

“Ceregumil” Fernández

ALIMENTO COMPLETO VEGETARIANO

Insustituible en las intolerancias gástricas y afecciones intestinales.

FERNÁNDEZ & CANIVELL - MÁLAGA

Un caso de condromas simples

POR

R. MIDÓN ANDÍA

Médico Radiólogo del Hospital Provincial de Zaragoza

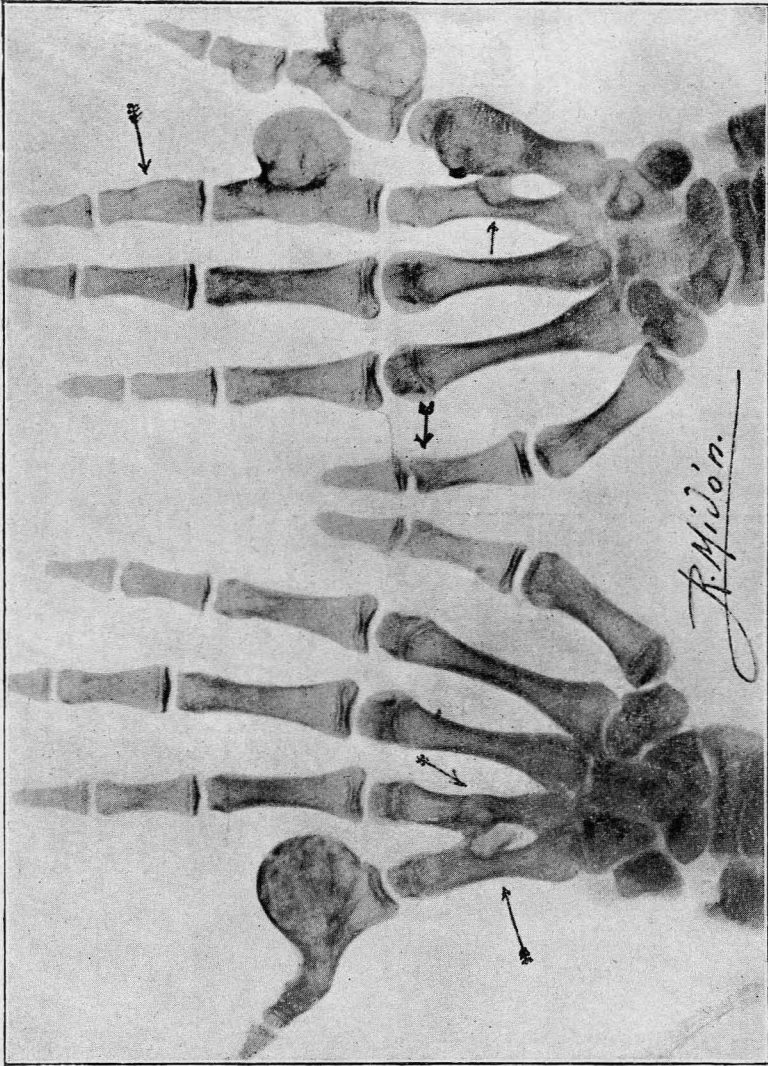
Muy pocos y muy contados son los casos de condromas múltiples que hemos visto citados y publicados y muy poquísimos los que encontramos en la práctica diaria de la Medicina; por eso nos decidimos a publicar éste, recientísimo, que en ocho años de práctica es el segundo, por nosotros visto, además de las causas que luego hemos de citar.

Trátase de un joven de veinte años de apariencia normal, con buena salud y estado general excelente. No presenta antecedentes patológicos dignos de tener en cuenta. No hemos podido encontrar en él antecedentes sifilíticos, tuberculosos, raquíticos, escrofulosos, etc. Únicamente encontramos unas tumoraciones del tamaño de nueces grandes, en los dedos meñiques de ambas manos y anular de la derecha, cubiertas por la piel y sin presentar ningún aspecto exterior extraño más que el que de por sí representa la deformidad tumoral.

Practicada una radiografía nos encontramos con que esas tumoraciones parten de las epífisis de las falanges de los dedos correspondientes y además nos pone de manifiesto, la radiografía, otras nuevas localizaciones en metacarpianos y falanges, caracterizadas por un enrarecimiento del tejido óseo, que no pudieron ser diagnosticadas, aunque sí previstas, de otro modo. Es de hacer notar en el caso que nos ocupa y esto quizás haya sido la causa principal por la que nos hemos decidido a publicarlo, que contrariamente a los demás casos publicados y al por nosotros señalado años atrás, en éste se observan condromas y focos condromatosos, *de las diáfisis en lugar de las epífisis*, lo cual rompe por este motivo la regla general de estas formaciones tumorales.

De la etiología nada podemos decir, pues muy poco o nada se ha dicho de ello, por lo menos hasta 1930 (1), que son los últimos datos recogidos por nosotros y coincidimos también con los demás autores en

(1) *Journal de Radiologie et d'Electrologie*, núm. 11, noviembre de 1931.



no encontrar jamás datos patológicos ni antecedentes hereditarios que hagan entrar en sospecha tan siquiera de las causas de estas formaciones tumorales. En lo único que discrepamos es en cuanto a localización, como dejamos anteriormente apuntado y comprobado con la radiografía adjunta.

Su evolución es lenta e indolora y los primeros síntomas de su aparición es la elevación de la piel en los puntos donde comienza el desarrollo tumoral, después de haber atravesado la capa cortical del hueso. Esta evolución tórpida e indolora, nos hace pensar en su afinidad con el sarcoma y, por tanto, que el tratamiento de elección no había de ser precisamente el quirúrgico, como hasta ahora se instituye sin excepción, sino el Roentgen o Curieterápico, el cual será tema para una nueva nota en su día, después de observados los resultados obtenidos.

Pero el periodismo médico, como todo periodismo, no puede al mismo tiempo, como ha dicho nuestro compañero Cruchet, prescindir de la publicidad. Es la ley moderna, un cambio de recíprocos servicios. La Prensa médica ofrece a los industriales la voz potente, el altavoz de su reclamo y de la difusión mundial, y viceversa, recíprocamente, el aporte financiero permite al periódico reducir al mínimo su precio de abono, mejorar su labor tipográfica, acrecentar el volumen de sus informaciones, aumentar su capacidad de instrucción y de expansión. —(Dr. Forgue, de Montpellier, en «Gaceta Médica Española»).

BOROLUMYL

—→ SIN BROMUROS ←—

Unico medicamento racional y científico para combatir la

EPILEPSIA

Vómitos del embarazo, Estados convulsivos, Eclampsia, Manías,
Parálisis y toda clase de trastornos nerviosos.

Medicación: eficaz, inocua y de tolerancia absoluta.

Para muestras y literatura, dirigirse a

I. BENEYTO - Apartado 648 - MADRID



Estampas profesionales

POR EL

DR. HAZ-HRAM-HLA

INTERVÍU FRUSTRADA:

El programa electoral de un futuro concejal.

No habiendo Juntas generales cuyo comentario hacer, resulta difícil encontrar *cliché* interesante y de actualidad para imprimir la *estampa* del mes. Sobre todo no queriendo meterse a destripar... cuentos de vecindad, a ensuciar el solar... con más tinta, a averiguar si se celebrará o no el hace tiempo proyectado homenaje al doctor Saldaña, del Distrito de La Almunia, a comentar, antes de saberlo por el Boletín—no importa que ya se sepa por un periódico médico local—lo de la nueva casa que ha de servir de domicilio social al Colegio, ni a hablar, en fin, de... cosas parecidas.

La dificultad sube de punto estos días de inquietudes en que tan difícil resulta sustraerse a las dos grandes preocupaciones nacionales; aludimos a las inauguraciones de las temporadas taurina y electoral.

Si cuando menos alguno de los dos temas encajase en esta sección, el problema estaba resuelto.

Veamos: el de los toros, poca relación tiene con la clase; el de las elecciones... ya es otra cosa. De aquéllos sólo le es dable sacar *tajada* — si el torero cogido es de postín — a un cirujano; de estas, en cambio, pueden salir varios colegas — *torean* muchos — si no cogidos, cuando menos, revolcados.

¿Por qué, pues, no aprovechar el *cliché* electoral para la *estampa* de *tanda*, ya que los médicos son los que en mayor proporción—aproximadamente un veinte por ciento de la cifra total de candidatos—han acudido a este llamamiento de la ciudad a la ciudadanía?

Poco importa que cuando estas líneas aparezcan, las elecciones, que

prometen ser históricas, se hayan celebrado. Por mucho tiempo han de durar los comentarios.

Pero es el caso que para escribir de un asunto hace falta estar enterado de él, comprenderlo, aún mejor, sentirlo, y la verdad, ni estamos enterados para qué sirven a la clase los concejales médicos, ni comprendemos el por qué hay tantos médicos que quieren ser concejales, ni sentimos... el que lo sean los demás, ni mucho menos... el no serlo nosotros.

Ante tamaña ignorancia no queda otro remedio que optar entre desistir de esta cuestión o buscar alguien que lo dé todo por hecho.

Lo primero no es fácil, por la dificultad de encontrar otro tema de tanto interés y actualidad. Lo segundo no parece difícil, contando con la facilidad que suelen dar los candidatos. Optemos, pues, por lo segundo, o sea por entrevistar a uno de ellos.

¿A cuál?

¿A uno de izquierdas porque la mayoría parece inclinarse hacia ese lado? No. Podrían molestarse los de enfrente y no se trata aquí de hacer política ni cosa perecida.

¿Al de más edad? ¿Al de menos? Tampoco. El uno pudiera tener demasiada... experiencia; el otro, excesivas... ilusiones.

¿De la Facultad? ¿De la Beneficencia provincial? ¿Médico libre? ¡Lagarto! ¡Lagarto! ¡Lagarto!

Para no tropezar con estos u otros inconvenientes, y a fuer de imparciales, decidimos que la suerte se encargue de designarlo.

Elegida una entre las diecinueve papeletas surge el nombre de... don X. ¡Qué suerte! Ha salido el más indicado por todos conceptos. Su único *pero* es el de no presentarse por nuestro distrito. Es lástima porque de haber sido así, su *caza* la hubiéramos hecho *a espera* en lugar de *a la andada*, como tendremos que hacerla.

Y ¡vaya caminatas! Ocho días dedicados a su busca y captura, perdidos inútilmente.

En su casa, a cualquier hora, dicen siempre que no está, y a las de comer, que hace días no come ...con la familia, sino con electores influyentes en restaurantes del distrito.

En la calle no se le ve más que... en letras de molde, pegado a una pared, y allí únicamente habla... por boca de su partido.

Por teléfono tampoco es posible comunicarse con él. Invariablemente contesta... el aparato con su monótono: no, no, no, indicador de que están comunicando.

Ninguna de las cartas enviadas obtienen contestación. Sin duda no le queda tiempo de escribir... más que a los electores.

Hasta el recurso de acudir a su consulta, dispuestos a invertir dos duros si es preciso con tal de hablar con él, nos falla, porque al frente de ella encontramos otro colega candidato... a tener tantos clientes como su maestro.

Cuando convencidos ya de que no es posible conseguir la interviú apetecida, nos disponemos a maldecir de *su estampa* por habernos impedido hacer la *nuestra*, el hada protectora de los periodistas—permitid que inmodestamente nos adjudiquemos tan honroso título—se encarga de sacarnos del apuro, poniendo en nuestras manos la carta siguiente:

“Sr. Dr. Haz-hram-hla.
Ciudad.

Distinguido compañero: Enterado de que busca usted un colega candidato a concejal para interviuarlo y que no puede darle un alcance, me permito, yo que también lo soy, remitirle, por si le sirven, estas líneas, fiel reflejo de lo que contestaría a lo que me preguntasen si me hicieran las preguntas que he pensado pudieran hacerme.

Desde luego, usted dará a este escrito la forma que quiera, le antepondrá las interrogaciones que mejor le parezcan, lo arreglará como desee para que resulte un diálogo de verdad... simulando que sin preparación imprevisto las contestaciones. Es decir, queda usted autorizado para hacer lo que ordinariamente suele hacerse en estos casos.

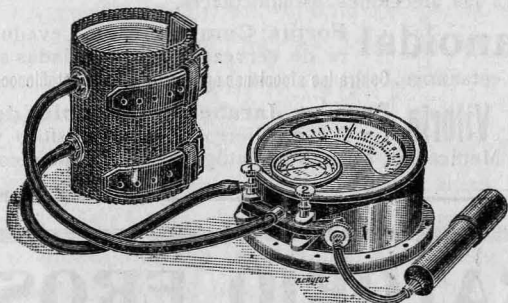
Si en todas partes abundamos los médicos, es lógico que en el Ayuntamiento también estemos muchos.

Hay más candidatos de izquierdas que de derechas, sencillamente porque por algo es la nuestra una profesión liberal.

He aceptado mi designación por sacrificio y por disciplina. Por sacrificio—así dicen todos los que van a un cargo que están deseando lograr y yo no quiero ser menos—, porque a ellos estoy habituado; me costó muchos el hacer la carrera y me está costando más el poder vivir con ella. Por disciplina... de partido porque la de clase, como no la he visto practicar a nadie, la desconozco.

Voy al cargo (si no me quedo con las ganas de alcanzarlo) animado de los mayores entusiasmos, y, puede creerlo el que quiera, no lo ambiciono por lucir la banda en los actos públicos, ni porque los guardias me saluden y los periódicos publiquen mi nombre con frecuencia, ni por entrar gratis en el Teatro Principal y en los toros, ni

Oscilómetro diferencial del Dr. Pachón



con oscilaciones
cambiantes en las
fases de la presión



Esfigmanómetros, Espirómetros, Aparatos Fenolsuftaleína,
Metabolismo basal, Manómetros de Claude, etc., etc.

JUAN SERRALLACH

Provenza, 323 BARCELONA Teléfono 71877

S. A. CLAUSOLLES

BAZAR MEDICO

Alfonso I, núms. 7, 9 y 11 -::- ZARAGOZA

Casas en BARCELONA: Rambla de Cataluña, 8 (Central). Fernando, 8. Rambla del Centro, 2.—MADRID: Carretas, 35. — VALENCIA: San Vicente, 6.—SEVILLA: Velázquez, 18.—BILBAO: Bidebarrieta, 1.

La casa mejor surtida en instrumentos y aparatos de Medicina y Cirugía en general, artículos para la higiene, perfumería, etc., etc.— Fábrica de artículos para la curación y aparatos ortopédicos de goma. Especialidad en Fajas y Bragueros, *lo más moderno*, y sobre medida. Mobiliario clínico en salas completas.

**Proveedores de Hospitales, Sanatorios, Clínicas,
Cuartos de Socorro y Botiquines.**

A los señores Médicos y estudiantes de último año que lo soliciten se les regalará un catálogo de mobiliario, con precios muy ventajosos.

CLAUSOLLES, Alfonso I, 7-9-11, es la Casa que más barato vende.
TELÉFONO NÚM. 3-4-0-2

Recomendamos a los señores Médicos esta Casa, especializada en fajas para estómago, vientres caídos, riñón flotante y bragueros de todas clases.

LABORATORIO BIOQUIMICO VITORIA

Aurasa Vitoria Forma: **Elíxir**. Solución en simbiosis de las levaduras de vino y cerveza. Contra las afecciones estafilocócicas.

Aurasa estanoidal Forma: **Comprimidos**. Levadura de cerveza y vino asociadas al estaño químico y óxido estannoso. Contra las afecciones agudas debidas al estafilococo

Fosfo-Hemoglobina Vitoria Formas: **Jarabe e Inyectables de 1 y 2 c. c.** Hierro coloidal, Fósforo y Arsénico orgánicos. - Medicación dinamo-hematógena. - Anti-anémico.

LABORATORIO EROS

de MADRID, o sus preparados

Tetracal { Simple. Ferruginoso. Fluosado.
Adrenalinado. Arseniado.

ELICAL :- EGASTRIL

superan y mejoran los extranjeros

Bario X ■ Preparación emulsionable y agradable de tomar, de sulfato de bario químicamente puro para radioscopia y radiografía del aparato digestivo.

PRECIO: 4 PESETAS CAJA, preparado en el

Laboratorio farmacéutico de **R. Clemente Alloza**

MAYOR, núm. 9 - ZARAGOZA

NUTREINA



EL MEJOR ALIMENTO
— PARA NIÑOS —

por creer que ha de proporcionarme más clientela, sino sencillamente por el honor que para mí significa el poder servir a la ciudad, aunque me lo pague tan mal como todos a los que he servido hasta ahora.

Programa personal, independiente de mi partido, llevo uno que si me atreviera a parodiar al gran Costa, lo resumiría en el lema: "Higiene y Sanidad".

Higiene: en la vía pública, en la vivienda y en los alimentos comestibles y bebestibles, para lo cual pienso trabajar en contra del polvo, de las moscas, de los caseros, de los acaparadores y, por tanto, de los médicos..., quitándoles quehacer. Esto último, claro es, será culpa de la Higiene y no mía.

Sanidad: proporcionando gratis al verdaderamente necesitado servicios médicos en todos sus aspectos, de igual calidad que los que pueda proporcionarse cualquier multimillonario. Para esto sólo podrán disfrutar de ello los que sean vecinos pobres de la ciudad, y los médicos cobrarán lo necesario para dedicarse exclusivamente a esta obra, que debe de abarcar desde la profilaxis hasta la aplicación de los más modernos medios terapéuticos.

Como compañero me propongo no imitar a los que nada hicieron por la clase cuando ocuparon puestos análogos, y en cambio intentaré, por todos los medios, superar a los que más hayan trabajado en ese sentido. Eso, sí, por mucho que consiga, no estoy dispuesto a admitir banquetes ni pergaminos.

Rogando disculpe el que no le dé mi nombre, queda de usted affmo. s. s. y compañero, q. e. s. m.,

EL CANDIDATO MÉDICO DESCONOCIDO".

Ciudad, 1 abril 1931.

Perdone el colega *candidato desconocido* que no atendamos a lo que nos indica en el párrafo segundo de su carta. Nada mejor que lo natural, ni más cómodo para nosotros que copiarla literalmente.

¿Que esto no es manera de corresponder a la atención que ha tenido sacándonos de un apuro? Ya lo sabemos; pero, aparte de que no debe ignorar que en este mundo los desagradecidos son legión, para una persona que, como usted, está decidida a sacrificarse por la ciudad, ¿qué mayor satisfacción puede desear que la de haber hecho el segundo sacrificio—primero el de aceptar su designación—en favor de un convecino y por añadidura compañero!

**SECCIÓN DEDICADA A LA ASOCIACIÓN NACIONAL
DE INSPECTORES MUNICIPALES DE SANIDAD**

Reunión de los Médicos Titulares-Inspectores Municipales de Sanidad del Distrito de Zaragoza

Previa convocatoria se reunieron, a las tres de la tarde del día 8 del mes actual, en el Colegio de Médicos, los Médicos Titulares-Inspectores municipales de Sanidad que componen el Distrito de la Capital, con el fin de cambiar impresiones y tomar los oportunos acuerdos sobre los tres asuntos que comprende la circular últimamente publicada por la Junta Provincial.

Tratados los tres citados extremos con la extensión que merecen, se acordó lo siguiente:

Primero. Aprobar la actuación de la Junta Provincial, recordando a los Ayuntamientos interesados la forma cómo deben cubrirse las vacantes de Médicos Titulares-Inspectores Municipales de Sanidad con arreglo a la R. O. que regula estos nombramientos, y encargar a las Juntas distritales que presten atención y vigilancia, dando cuenta de los casos en los que no sea hecho el nombramiento con arreglo a lo dispuesto en la mencionada R. O.

Segundo. Reclamar que no sean autorizados los farmacéuticos, por razones que no son del caso citar en esta corta reseña, para realizar análisis citológicos, epidemiológicos, etc., ya que éstos deben ser de la exclusiva competencia del médico o del veterinario, igual que la desinfección, no pudiendo intervenir los farmacéuticos más que en los análisis físicos y químicos, para los que únicamente les autoriza su título. Obrar de otro modo sería invadir el campo estrictamente clínico de la profesión médica, lo que habría de ocasionar enojosos incidentes.

Tercero. Adherirse al criterio de la Junta Provincial, solicitando que no sean despachadas las especialidades farmacéuticas sin receta, no permitiéndose en ningún caso sean expendidas sin ella, y rogar a la Provincial para que interese del Colegio médico el apoyo necesario en esta campaña, así como en lo referente a la iguala médica.

LA JUNTA DISTITAL.

Comisión para el estudio de la reglamentación de la Iguala médica

Esta Comisión ha terminado la labor que le fué encomendada con las reuniones celebradas en Madrid durante los días 24, 25 y 26 de marzo último, habiendo sido condensada aquélla en un informe que fué entregado al Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación.

Pudo enterarse la Comisión durante su actuación de que la implantación en España del seguro de enfermedad, haciendo honor a compromisos internacionales adquiridos, será un hecho en plazo relativamente breve, quizá dentro del año próximo, así como de los trabajos que viene realizando el Consejo general de los Colegios médicos con gran interés, para estudiar una organización adecuada y conveniente de dicho seguro de enfermedad, buscando una fórmula que coordine los intereses de clase con los de la Nación.

Dichos trabajos no es oportuno exteriorizarlos en estos momentos, para evitar la creencia de que la clase médica es opuesta sistemáticamente a la implantación del seguro de enfermedad, aun cuando por dolorosa experiencia, obtenida en la mayor parte de las naciones que han establecido este régimen de servicios, conozcamos sus perniciosos efectos.

Las organizaciones del Instituto Nacional de Previsión son hasta ahora algo deficientes; por ello, las que realice la clase médica han de tender a suprimir los elementos intermediarios para no hacer tan gravosos los dispendios a exigir, reduciendo al *mínimum* los gastos de administración y siendo los aseguradores los propios médicos por intermedio y con la decidida colaboración de sus organismos colectivos.

Dicho esto, huelga manifestar que la reglamentación de la iguala médica, que después de todo no es más que una modalidad del seguro de enfermedad, pasa a ocupar un primer plano dentro de los asuntos de palpitante interés de clase y al que habrá de dedicarse de ahora en adelante un preferente estudio por parte de la colectividad médica.

Ha sido hecha una clasificación de la iguala individual, familiar y colectiva, subdividiendo esta última en partidos cerrados, juntas de vecinos, Sociedades benéficas de tipo mercantil y de tipo mutualista, asistencia a dependencia y servidumbre por cuenta del patrono, etc., etc.

Teniendo en cuenta que a un precio fijo previamente determinado

ha de corresponder necesariamente un trabajo limitado, se crea lo que pudiéramos llamar jornada médica, indicando los servicios que deben incluirse y excluirse de la iguala; entendiéndose por jornada médica el trabajo prestado durante doce horas del día, dejando a los Colegios Médicos la libertad de señalarla en cada provincia, teniendo en cuenta factores y características variables en cada región.

Se ha procurado reglamentar la iguala en sus diferentes modalidades, definiendo con carácter bastante restrictivo a los beneficiarios, señalando la retribución mínima tope según sea individual, familiar o colectiva, proponiendo se faculte a los Colegios médicos en cada provincia para señalar tanto las tarifas retributivas de las diversas categorías que se establezcan, como los honorarios extraordinarios por los servicios profesionales excluidos de la iguala.

Para establecer las diferentes categorías de iguala, se propone la creación de organismos mixtos reguladores, formándose los de distrito por vocales nombrados por la Junta de vecinos o por el Ayuntamiento respectivo, según los casos, y otro número igual de vocales pertenecientes a la sección de médicos de iguala del Colegio; estos organismos tendrán función informativa para ilustrar al Colegio en cada caso y delegada para ejecutar lo que aquél acuerde en Junta general.

Fué objeto de estudio y de discusión la centralización en los Colegios Médicos de la recaudación de igualas, acordándose proponerlo así a la superioridad, solicitando con este objeto sea concedida a aquellos organismos personalidad jurídica de que ahora carecen, y que se dé en los Comités paritarios (cuya modificación está en estudio) y las Comisaría sanitarias la debida representación a la clase para la conveniente fiscalización de los contratos de servicios médicos, los que necesariamente habrán de llevar para su validez el control del respectivo Colegio provincial.

Finalmente fué redactado un modelo de contrato de igualas con carácter uniforme, dando normas generales de aplicación, pero reservando siempre a los Colegios facultades para establecer, dentro de esas normas generales, las diferentes modalidades adaptables a cada provincia.

Terminado el trabajo de la Comisión, toca a los Poderes públicos llevar a la práctica estos acuerdos, complaciéndonos en manifestar que el Director general de Sanidad indicó a aquélla pondría el mayor interés en la favorable resolución de un asunto de tanta importancia para la clase médica.

PREGUNTA SUELTA

España Sanitaria, en el editorial de su segundo número, titulado "La Unión de Municipios y los titulares", da el grito de alarma ante la ofensiva iniciada por dicha entidad contra las normas del 11 de noviembre—positiva conquista de los médicos titulares— y principalmente en lo que hace referencia a permutas, ausencias y licencias.

Lo grande del caso es que "los ayuntamientos de Madrid y Zaragoza—no afectados por las normas por tratarse de capitales de provincia y como tales no afectadas por el Reglamento de 2 de agosto ni por sus normas—han iniciado la ofensiva e interpuesto el recurso, recurso *ad cautelam*, perfectamente legal, pero completamente inútil para las citadas corporaciones y que es un alarde de hostilidad a los médicos titulares, ya que, sin beneficio moral ni material para ellos, pondrán en peligro—peligro que no debemos ocultar a la clase—una parte de la conquista que las normas representan".

Esto habiendo médicos en el Ayuntamiento de la capital. ¡Y luego hay quien presume de laborar por la clase!

UN TITULAR.

CONTRASTE

"Habiendo aparecido en el *Boletín Oficial* de la provincia el anuncio de provisión de esa plaza de Médico Titular e Inspector municipal de Sanidad, tengo el honor de recordar a ese Ayuntamiento la R. O de 14 de noviembre último que contiene las normas de provisión de vacantes, y como en el anuncio de convocatoria de esa plaza vacante se expresa taxativamente que ha de ser provista por antigüedad, esta Junta Provincial ruega a usted se atenga a esa norma, pues de no hacerlo así habría que entablar el oportuno recurso de alzada.

Lo que me complace en comunicar a usted como presidente de ese Municipio, esperando confiadamente en que cumplirán lo estatuido.

Dios guardé a usted muchos años.

La Puebla de Alfindén (Zaragoza), a 21 de marzo de 1931.

EL PRESIDENTE,
ENRIQUE GONZÁLVEZ.

Sr. Alcalde presidente del Ayuntamiento de Osera de Ebro”.

* * *

“Núm. 34.

Recibida en esta Alcaldía su comunicación de 21 del actual, por la que da normas a esta Corporación municipal de mi presidencia, para la provisión en propiedad de la Inspección municipal de Sanidad de esta villa, llegando incluso en ella a conminarla con un recurso de alzada, para su conocimiento hago constar :

Primero. Que esa Presidencia no tiene personalidad jurídica alguna para dirigirse a esta Alcaldía en la forma que lo hace.

Segundo. Que tampoco tiene derecho ni autoridad para conminar a este Ayuntamiento por asunto alguno, pues todos sus actos se ajustan a la legislación vigente y expedito tiene el camino todo aquel que con sus acuerdos pueda perjudicarle; y

Tercero. Que la vacante de Inspector municipal de esta villa se anunció para adjudicar la plaza al solicitante que, a juicio de esta Corporación reuniese más MERITOS y no por antigüedad como ha sido anunciada en la *Gaceta* y *Boletín Oficial*.

Lo que participo a usted para su conocimiento y demás efectos.

Osera de Ebro, a 23 de marzo de 1931.—El Alcalde, *José Maynar*.

Sr. Presidente de la Asociación de Inspectores municipales de Sanidad del Distrito de Zaragoza.—La Puebla de Alfindén”.

* * *

Brindamos al Sr. Director general de Sanidad, sin comentario alguno, estos dos oficios cuyo contraste salta a la vista. De un lado la invitación correcta al cumplimiento de la ley; del otro la contestación *atenta* prometiendo “no dar la plaza por antigüedad como ha sido anunciada en la *Gaceta* y en el *Boletín Oficial*”.

Los demás alcaldes a los que el presidente del Distrito se ha dirigido en el mismo sentido han sido menos atentos, pues ni siquiera han contestado.

PARA EL ESTÓMAGO E INTESTINOS

Elíxir Clorhidro-pépsico Amargós

DIGESIL (Nombre registrado) :- Tónico digestivo.

De ácido clorhídrico, pépsina, colombo y nuez vómica.

Delicioso medicamento que suple en los enfermos la falta de jugo gástrico.

MEDICACIÓN INYECTABLE E INDOLORA DE EFECTOS RÁPIDOS Y SEGUROS

Suero Amargós

TÓNICO RECONSTITUYENTE

Existente vital, regenerador del organismo y antineurasténico

COMPOSICIÓN.—Cada ampolla contiene: Glicerofosfato de sosa, 10 centigramos.—Cacodilato de sosa, 5 centigramos.—Cacodilato de estricnina, 1 mg.—Suero fisiológico, 1 c. c.

PARA LAS ENFERMEDADES NERVIOSAS

Elíxir Polibromurado Amargós

BROMURANTINA (Nombre registrado)

Que calma, regulariza y fortifica los nervios.

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

Alimento Vegetal Completo

Plátano-Cereasa

EXTRAIDO AL VACIO

LACTOSEPTOL

— BARBERÁ —
CULTIVO LIQUIDO
DE LOS FERMENTOS
BULGARO
Y
LACTICO
—•—

Cuando V. desee recibir muestras, llame al Teléf. 11514

o mande al Laboratorio BARBERA,

Gran Vía Germanías, 32 y será debidamente atendido.

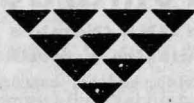
Adquiera las dos últimas obras

del

Dr. Royo-Villanova Morales

Catedrático de Medicina legal

de Valladolid



“Los Médicos Donjuanes”



**“La responsabilidad médica
y el nuevo Código Penal”**

Importantes acuerdos del Consejo

El día 4 de los corrientes, bajo la presidencia del director general de Sanidad, doctor Palanca, tuvo lugar la reunión del Pleno del Consejo de Administración de la Previsión Médica Nacional, asistiendo su presidente, doctor Pérez Mateos, y los consejeros de Madrid, Valencia, Zamora, Salamanca, Guadalajara, Navarra y Lugo.

Se aprobaron cuentas y pagos, y un voto de gracias para los Colegios de Valencia, Alava y Cáceres, por los brillantes actos que han organizado con motivo de la primera entrega de subsidios a las familias de los fallecidos en sus respectivas provincias.

Se da cuenta del fallecimiento de los médicos don Francisco Oliva, de Jabugo (Huelva); don Angel Rabadá, de Tarragona, y don Vicente Miranda, de Caminreal (Teruel), todos ellos con derecho a subsidio; de don Ignacio Cañadas, de Puertollano (Ciudad Real), sin derecho, pero con familia muy necesitada, y de don Pedro Solís, de Madrid, inválido después de una intervención quirúrgica. Acuérdase librar las 15.000 pesetas, importe del subsidio de los primeros, y también las 2.500 para socorrer a los segundos, en la misma medida que en anteriores casos.

Se fija la derrama para este mes en pesetas 3'20, y atendiendo la petición de numerosos asociados se acuerda, en vista de la buena marcha, estabilizar la cuota mensual en cuatro pesetas, lo que facilita a un tiempo los pagos de los socios, la organización y la fiscalización. Esto se complementará con liquidaciones semestrales.

El señor Pérez Mateos da cuenta del estado de los fondos de garantía, deduciendo que para el día 1.º de junio podrán ponerse en función los grupos segundos de ambas ramas.

Se da lectura a un escrito de la Asociación Nacional de Veterinaria Española, dirigido al ministro, pidiendo se autorice el ingreso de sus asociados en la Previsión Médica, pasando a estudio de una ponencia redactar el oportuno informe.

Se hace constar en acta la gratitud al Colegio de Madrid, que ha

acordado hacer un donativo de 1.000 pesetas a la Previsión, con destino a la Caja de Beneficencia.

Se fijan las líneas generales para la redacción del informe que ha de darse a un escrito de la Diputación de Navarra, ofreciendo la fórmula de mantenimiento de su Montepío, mediante la cual podrían, además, ingresar todos los médicos navarros que lo soliciten en la Previsión Médica Nacional.

A ruego de varios consejeros y Colegios, que coinciden con la petición de representantes de importantes Asociaciones sanitarias, se acuerda que la obra de divulgación por regiones que se propone organizar el Consejo de la Previsión Médica, comience con una conferencia del doctor Pérez Mateos, el día 25 del corriente, en el Colegio de Madrid.

El doctor Palanca termina la sesión expresando su satisfacción por que en este acto se haya adoptado el importante acuerdo de señalar la fecha de la puesta en marcha de los grupos II de Invalidez y II de Vida, reiterando su propósito de favorecer con cuanto le sea posible esta obra, de tan extraordinario interés para todas las clases sanitarias.

Los médicos catalanes van a edificar su Casa, de la cual han puesto ya su primera piedra.

Los madrileños, en reciente reunión de su Colegio, han hablado también de hacer un edificio social.

Los de Zaragoza... corramos un velo.



ÚLTIMA HORA

JUNTA PROVINCIAL DE ZARAGOZA

Con motivo del cambio de régimen operado en la nación, esta Junta ha decidido permanecer en actitud espectante; y en el momento oportuno, que se decidirá de acuerdo con las Juntas distritales, se intervendrá cerca de los Poderes públicos para lograr nuestras ansiadas reivindicaciones.


Como primera medida se ha dirigido al ministro de la Gobernación el siguiente saludo y felicitación:

“Asociación nacional Médicos titulares Inspectores municipales Sanidad provincia Zaragoza, felicitan calurosamente V. E. y se adhieren con entusiasmo nuevo Gobierno constituido.


Por las Juntas provincial y distrital de Zaragoza. — *Gonzálvez y Frutos*”.

Habiéndose recibido acto seguido el siguiente atento telegrama del ministro de la Gobernación:

“Tengo gusto acusar recibo telegrama esa Asociación, adhesión nuevo régimen republicano, que tanto puede contribuir a su consolidación beneficio Patria y me complazco saludar a todos cordialmente”.



**LA MEDICINA ARAGONESA saluda a la
naciente República española, hace fer-
vientes votos por que a su actuación
acompañe el acierto y confía en que a
los asuntos sanitarios y de clase les
concederá la atención que merecen.**



BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOTECA DEL DOCTORADO EN MEDICINA.—*A. Gilbert y L. Fournier.*—ANATOMIA, por los Doctores *R. Gregoire y Oberlin.* Editorial Salvat, S. A., Barcelona.

Los autores han hecho una obra de Anatomía para estudiantes, y partiendo de esta idea han realizado todo el trabajo. La Anatomía se estudia sobre el cadáver, y por ello el tamaño de la obra ha de ser tal que resulte fácil de manejar y de trasportar. Pensándolo así han acoplado los conocimientos en dos tomitos de poco volumen.

Cada día es más extenso el número de conocimientos médicos indispensable para la actuación y esto hace que la Anatomía tenga que ser estudiada con menos extensión que antaño, pero mirando más a la aplicación de los conocimientos adquiridos. No apartándose de la concepción inicial de que ha de estudiarse en cadáver, las láminas indispensables en todo estudio anatómico las presentan en otros dos tomos que sólo las contienen, para poder tenerlas a la vista mientras realizan disección.

Los órganos van estudiados por regiones, por ser así como se estudia en la sala de disección. En todas las regiones va estudiando sucesivamente los huesos, aponeurosis y músculos, arterias, venas, linfáticos y nervios. Por último las articulaciones.

Los que estudiamos la Anatomía en una obra muy extensa, recordamos con desagrado, al cabo de años, la angustiosa labor de memoria que nos veíamos obligados a realizar, para recordar aquella cantidad de detalles todos nuevos, todos desconocidos para nosotros en los primeros pasos que dábamos en la Facultad. Y con más tristeza aún comprendíamos, pasado el tiempo, la inutilidad de aquel esfuerzo.

La obra de Gregoire produce placer al estudiarla por su sencillez y claridad y porque con ella puede estudiarse toda la Anatomía, sin salir de la sala de disección, único modo que los datos que se van adquiriendo no se olviden fácilmente.

Una vez más el acierto ha acompañado a la Casa Salvat, al elegir esta obra y pensamos será adquirida en lo sucesivo por los estudiantes que quieran iniciarse en la Anatomía.

J. L.

* * *

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA BLENORRAGIA,
por el Dr. Julio Janet.—Primera edición.—Editorial Salvat.

La blenorragia, como dice muy bien este autor — cuyo solo nombre hace innecesario elogio alguno—, además de ser una de las enfermedades más frecuentes, es de las peor tratadas. Causas de ello son: su carácter secreto, que convierte al enfermo en materia abonada para su explotación por empíricos y charlatanes, y los errores científicos momentáneos “emitidos con la mejor buena fe del mundo”.

Combate Janet en esta obra la creencia muy generalizada de que todos los procedimientos clásicos habituales tienen, sólo por estas razones, que ser forzosamente buenos en todas las ocasiones y el plan de su libro es demostrar todo lo contrario, o sea que hay que supeditar la utilidad de los mismos a la oportunidad de su aplicación.

Así lo promete en el prefacio: *Trataré en este trabajo de individualizar hasta el límite todos los casos que se nos pueden presentar hasta en sus variedades más finas, de modo que nos permita oponer juiciosamente a cada uno el arma que le conviene.*

Lo promete en el prefacio y lo cumple en toda la obra, haciendo una minuciosa labor descriptiva, en la que desmenuza hasta atomizar todo lo que en esta materia puede decirse, dándole al mismo tiempo un “cachet” tan personal y un sabor tan práctico, que más que leyendo parece que se le está viendo hacer una cosa distinta para cada caso.

Comienza enumerando detalladamente todo el material necesario, parte de él de su invención.

El diagnóstico y tratamiento de la blenorragia y sus complicaciones en el hombre y en la mujer constituyen una serie de lecciones clínicas y de laboratorio documentadísimas que demuestran ser fruto de una labor de muchos años llevada a cabo por una inteligencia privilegiada puesta al servicio de la especialidad y cuyo compendio es este libro engendrado con verdadero amor y cariño de padre.

Prueba el detalle con que todo está tratado la sola enunciación del capítulo: “Lo que debe ser una clientela de blenorragicos”.

A las cuestiones de profilaxis, sueroterapia y vacunoterapia les dedica todo el espacio y atención que requieren.

Al tratar del tema *Blenorragia y matrimonio*, describe todos los métodos conocidos del diagnóstico de curación de la blenorragia: Motz, Alexander, Clarkson, Muller, Reoucyrol, Renaud-Badet y Marselos.

Termina pasando revista a los métodos nuevos de tratamiento, to-

avía en estudio, tales como: Autopioterapia, Antohemoterapia, Proteinoterapia, Químicoterapia, Darsonvalización y Dilatación gaseosa (método de Maisler).

Ilustran la obra 143 grabados y editorialmente, con decir que está hecha por la Casa Salvat está dicho todo.

J. A.

* * *

LOS MEDICOS DONJUANES, por el *Dr. Royo Villanova Morales*, Catedrático de Medicina legal de Valladolid.

Habla el autor:

"Quizá la más honda y palpitante actualidad de la ciencia moderna esté constituida por el afán y las preocupaciones de los sabios en torno a la investigación biológica del problema amor.

"En los campos de la literatura, de la filosofía, del arte y del periodismo abundan cada día más los escritores médicos.

"El galeno actual sabe juzgar las pasiones y los sacrificios sin dureza ni amargura.

"En el problema sexual, el médico moderno ha llegado a ser más poeta que los propios artistas.

"Conoce mejor los secretos de la belleza y de la vida.

"Y es que el problema del amor es cuestión más científica que sentimental.

"Creo con Ramiro Maeztu que Don Juan es un mito.

"Por lo que se refiere a los médicos, que han tratado de destruirlo, el antidonjuanismo médico no sería más que la expresión subconsciente del donjuanismo que desde tiempo inmemorial arraigó en nuestra profesión.

"Siempre fué agradable para los médicos merecer no sólo el aprecio, sino también el afecto y reconocimiento de los clientes femeninos.

"Hoy día, los despachos de los médicos famosos tienen más de confesonario que de gabinete de consulta.

"Al galeno de moda acuden muchas mujeres menos para buscar remedio a sus dolencias físicas que consuelos humanos a sus almas atormentadas".

Resumiendo: "El médico donjuán es el Don Juan por antonomasia.

"Ya de estudiante sueña con ser doctor, para rasgar los siete velos impenetrables que encubren el secreto maravilloso de lo sexual.

"Pero, realmente, es después de los primeros años de carrera cuando se inicia en la seducción y en el donjuanismo.

"Luego, cuando en el transcurso del ejercicio profesional haya adquirido alguna experiencia de la mujer, entonces habrá definitivamente vencido a todos los posibles contrincantes.

"Basta todo lo dicho para comprender por qué el médico reúne en sí las más altas cualidades para ser un verdadero Don Juan.

"Si censurable y canallesco es el Don Juan popular, incalificable resulta el médico donjuán.

"El médico debe ignorar por igual la galantería y la indiferencia".

Como en todas las publicaciones de Royo se aprecia la excelente documentación, el gracejo sin igual que le hacen uno de los escritores médicos más apreciados.

BORDSAL
SOL. DE TARTRATO BORICO SODICO
SUSTITUYE CON VENTAJA LOS BROMUROS
EPILEPSIA-COREA-HISTERISMO
 Incontinencia nocturna de orina ——— LAB. GELART. BARCELONA.

Bismuto PONS - Antiluético indoloro.

Valerianato amónico PONS - Desodorizado.

Argol - Antiblenorrágico.

Yodofosfol PONS - Escrofulosis-Raquitismo.

Fisiogenol - Elíxir, gotas, inyectable, ferruginoso, progresivo y bronquio-pulmonar.

Laboratorio PONS * Lérida

Formulario práctico de especialidades

<i>Alimento vegetal</i>	Plátano Cereosa.
<i>Afecciones estafilocócicas</i>	Aurasa estanoïdal Vitoria.
<i>Alimento ideal para los niños</i>	Nutreína.
<i>Anemias</i>	{ Phosphorrenal Robert, con hierro. Fosfo-hemoglobina Vitoria. Arrhen-Globulina.
<i>Blenorragia</i>	Eumictine.
<i>Catarros</i>	Neumocol.
<i>Convalecencias</i>	Enofosforina Serra.
<i>Coqueluche</i>	Neopancarpine.
<i>Corea</i>	Borosal.
<i>Coriza</i>	Hipertrofinasol Graiño.
<i>Desinfectante intestinal</i>	Lactoseptol.
<i>Diabetes</i>	Píldoras del Dr. Sejournet.
<i>Diarreas verdes</i>	{ Cerealine. Ceregumil Fernández.
<i>Dispepsias</i>	Natrocitral Robert.
<i>Eczemas</i>	Pomada Cereo.
<i>Escrófula</i>	Morrhüetine Jungken.
<i>Estreñimiento</i>	Cascarine Leprince.
<i>Epilepsia</i>	{ Epivomin Sanavida. Borolumyl. Borosal.
<i>Fiebre tifoidea</i>	{ Cerealine.
<i>Fiebres intestinales</i>	{ Ceregumil Fernández.
<i>Forunculosis</i>	Aurasa estanoïdal Vitoria.
<i>Heredo-sífilis</i>	Morrhüetine Jungken.
<i>Hemorragias</i>	Hemometina Cusi.
<i>Hipertensión</i>	Guipsine.
<i>Insomnios</i>	Epivomin Sanavida.
<i>Intolerancia gástrica</i>	{ Ceregumil Fernández. Cerealine.
<i>Litiasis hepática</i>	{ Cura hidromineral:
<i>Litiasis renal</i>	{ Aguas de Belascoain.
<i>Neurastenia</i>	{ Enofosforina Serra. Neo Romnol.
<i>Raquitismo</i>	Yodofosfol Pons.
<i>Reconstituyente</i>	Bioplastina Seroño.
<i>Sífilis</i>	Bismuto Pons.
<i>Tic</i>	Epivomin Sanavida.
<i>Tos</i>	Neumocol.
<i>Tuberculosis</i>	Tetracal Bros.
<i>Úlcera del estómago</i>	Sil-Al Gamir.
<i>Vómitos del embarazo</i>	{ Epivomin Sanavida. Borolumyl. Yoduros Bern.

Jarabe CASTAN

Remedio ideal de las bronquitis agudas y crónicas (catarros), asma, tos ferina y en todas las afecciones de las vías respiratorias.

Compuesto de extractos vegetales y desprovisto de creosota y otros productos similares.

No ensucia el estómago, no deprime el corazón y no congestiona los pulmones. :: ::

Propaganda exclusivamente médica

LITERATURA Y MUESTRAS:

Laboratorio CASTAN - Zaragoza

MORRHUÉTINE • JUNGKEN •

EL TÓNICO DE LA INFANCIA

Substituye con ventaja al aceite de hígado de bacalao

SE USA TODO EL AÑO

SABOR AGRADABLE · PERFECTAMENTE TOLERADO · LICOR NO ALCOHÓLICO NI AZUCARADO

DOSIS POR CUCHARADA SOPERA = YODO 0.015 Gr. - HIPOFOSFITOS COMPUESTOS 0.15 Gr.,
FOSFATO SÓDICO 0.15 Gr., GLICERINA PURA.



EFICAZ EN ADENOPATIAS. LINFATISMO. ESCRÓFULA. RAQUITISMO. BRONQUITIS CRÓNICA. DIABETES. HEREDOSÍFILIS. AMENOY DISMENORREA. CONVALECENCIAS ETC.

DEPURATIVO RECONSTITUYENTE

MUESTRAS GRATIS AL CUERPO MÉDICO

LABORATORIO MIRABENT - BARCELONA.



Anemia - Clorosis - Tuberculosis

TRATAMIENTO CIENTÍFICO CON

ARRHENO-GLOBULINA

Sangre-Yodo-Arrhenal-Nuez vómica
Glicerofosfatos en perfecta solución orgánica y en forma de agradable jarabe

Exacta dosificación :: Inalterable :: Preparado español

Cerealine

Alimento concentrado. Verdadero extracto de cereales y leguminosas. Sustituye con ventaja a la leche y caldo, para enfermos, ancianos y niños.

Indicado durante el período de lactancia en los niños, diarreas verdes, infecciones gastro-intestinales, enfermos de estómago, fiebres tifoideas, etc., y, muy especialmente, para la mujer, durante el período de embarazo.

Neumocol

JARABE E INYECTABLE

Preparado a base de tiocol, gomenol, benzoato de sosa, lactofosfato de cal, dionina y jarabe de eucaliptus.

Insustituible en todas las enfermedades del aparato respiratorio y de efectos altamente reconstituyentes.

Indicaciones principales: Catarros, tos, bronquitis agudas y crónicas, asma, tos ferina, etc.

Muestras y literatura: Laboratorio Cerealine - Ramón y Cajal, 27, ZARRAGOZA