

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

FRANQUEO
CONCERTADO

HISTORIAL

Fundadores: Sres. Delgrás, Escolar, Méndez Alvaro, Nieto-Serrano y Serret.

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

Boletín de Medicina, Gaceta Médica, Genio Médico-Quirúrgico, Fundador: Tejada y España.

Correspondencia Médica, Fundador: Cuesta y Ckerner.— La Sanidad Civil, Fundador: D. J. Albiñana.

PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN

En toda España, América y Portugal, 25 pesetas al año, 14 semestre y 8 trimestre. Los demás países, 50 pesetas.

Número corriente 1 peseta. — Toda suscripción se considera prorrogada, de no recibir aviso en contrario. — Pago adelantado. — Número atrasado 2 pesetas.

La correspondencia administrativa y giros al administrador. }

La científica y profesional al Director..... } Apartado de Correos, núm. 121.

PHOSPHORRENAL

ROBERT

Reconstituyente
granular, elixir e inyectable



NITRO-CITRAL

ROBERT

Antidispéptico
granulado y en comprimidos.

ADPHOS ROBERT

Reconstituyente inyectable.

PLURICARDIOL

ROBERT

Tónico cardíaco
Inyectable.

Arhéol

$C^{12}H^{24}O$

Principio activo de la Esencia de Sándalo
Superior a las Esencias de Cedro y de Sándalo

Gonorrea - Cistitis

Catarro vesical

Pielonefritis - Pielitis

Laboratorios P. ASTIER, 41-47, rue du Docteur-Blanche, Paris (16°)
Sucursal en ESPAÑA : 129, Bruch, BARCELONA.



CESTONA

AGUAS Y BALNEARIO DE CESTONA

(S. A.)

(GUIPÚZCOA) cerca de San Sebastián.

EL CARLSBAD DE ESPAÑA

Médico-director: Excmo. Sr. D. Amallo Gimeno.

Únicas indicadas con éxito maravilloso para las enfermedades del

HIGADO, INTESTINOS, ESTREÑIMIENTO, ARTRITISMOS, NEURASTENIA, etc., etc.

Se exportan en botellas de 1 litro. — De venta en todas las farmacias y droguerías.

Temporada oficial de 15 de Junio á 30 de Septiembre.

ITINERARIOS: Para viajeros procedentes de la línea del Norte, estación Zumárraga. — Para la línea de los Vascongados de Bilbao á San Sebastián, estación Zumaya. — El ferrocarril eléctrico del «UROLA», de Zumárraga á Zumaya, se une con el Norte en Zumárraga y en Zumaya con el de los Vascongados, pasando por Cestona, con estación en el mismo Balneario, llamada CESTONA - BALNEARIO

Pidanse noticias directamente á Cestona (Guipúzcoa).

**Anticalculina
EBREY**

EN PASTILLAS Y LIQUIDA

EXTRACTO PURAMENTE VEGETAL CONCENTRADO
EXENTO DE DROGAS DRÁSTICAS

Tratamiento soberano en las afecciones renales y hepáticas. Disuelve los cálculos urinarios y biliares, e impide los cólicos hepáticos y nefríticos.

«ANTICALCULINA EBREY» mantiene los riñones limpios, y es de gran valor después de las grandes operaciones, contribuyendo al descenso de la temperatura y a una rápida convalecencia.

Con el uso de «ANTICALCULINA EBREY» los sífilíticos sobrellevan el tratamiento mercurial y arsenical sin complicaciones renales

«ANTICALCULINA EBREY» es de inapreciable valor en cualquier enfermedad en que se requiera mantener baja la temperatura, por su gran poder en descongestionar los riñones y mantener expeditas las vías urinarias.

Dosis: 30 gotas de «ANTICALCULINA EBREY» en un vaso de agua azucarada, si se prefiere. En afecciones calculosas: una cucharadita de «ANTICALCULINA EBREY» en una botella que contenga un litro de agua, por vasos, o tres pastillas de «ANTICALCULINA EBREY» una antes de cada comida.

« Anticalculina EBREY » se expende en todas partes.

E. Durán, MADRID. — Vicente Ferrer, BARCELONA. — Dr. Cuesta, VALENCIA

Ebrey Chemical Works, New York.

Humacao, Porto Rico.

encuentra muy desarrollada por encima del ombligo, lo cual debe hacer pensar en una deficiencia de la circulación colateral de origen profundo. Se encuentra aumentada la temperatura local, si bien pocas veces se harán determinaciones de la misma. La palpación suele ser fácil y, al revés de lo que sucede con los casos precedentes, no provoca dolores, pero sí suele acusar un poco de hipersensibilidad en la palpación profunda. El dolor ligero se percibe más al retirar la mano con la que se ha estado haciendo una presión, como si esta descompresión sirviera para hacer un atrantamiento de las adherencias y de los plexos nerviosos. La palpación superficial demuestra que la pared es espesa y que tiene una consistencia desigual; algunas veces se siente al desplazar los dedos la misma sensación que si se desplazasen exudados produciendo un roce, por lo que se habla de una crepitación de nieve o de tejido almidonado. También demuestra la palpación profunda que el vientre no da la sensación elástica a que se está acostumbrado, sino la de cierta resistencia como la de una pasta espesa o la del vientre de un cadáver. En algunas zonas es este empastamiento más importante.

Hay casos en los que se observa un verdadero empastamiento bajo la forma de masas difusas y muy mal limitadas, desiguales, irregulares, jibosas. Se las encuentra en los hipocondrios y en las fosas ilíacas y corresponden unas veces a masas caseosas rodeadas de falsas membranas espesas y otras a ganglios hipertrofiados o a pequeñas bolsas ascíticas.

Pocas veces se llega a demostrar en ellas la existencia de la fluctuación. Conviene prestar atención para diferenciar estas masas duras de otra que se suele hallar extendida transversalmente, que es muy dura, pero que se encuentra menos profunda que las demás y que está formada por el epiploon infiltrado y retraído bajo la forma de cuerda. Peritiendo de forma que la mano que sirve de plexímetro de prima convenientemente la pared, se observa en seguida que alternan unas zonas mates con otras timpánicas. Con todos estos datos se puede hacer el diagnóstico de la exis-

reia y estreñimiento, con dolores abdominales, con cólicos y, a veces, con vómitos, sin que, a pesar de todo, haya motivo para pensar en la existencia de una enteritis tuberculosa. El líquido extraído por la punción tiene los caracteres de un exudado, o sea de un líquido que tiene el aspecto de un producto inflamatorio. La cantidad suele ser abundante (de cuatro a cinco litros), el color amarillo cetrino, transparente u opalino; algunas veces es hemorrágico y puede suceder que se coagule espontáneamente, aunque es raro que se coagule en su totalidad.

Esta tendencia a la coagulación demuestra que contiene una cantidad elevada de fibrina. Químicamente presenta este líquido gran cantidad de albúmina, que se puede valorar en 50 gramos por litro de líquido; la reacción de rivalta, que se hace dejando caer una gota de ácido acético en la probeta que contiene el líquido, y viendo cómo se produce una opalinidad a lo largo del trayecto que la gota recorre en su descenso y que demuestra la presencia de gran cantidad de nucleoproteínas, es positiva. Desde el punto de vista citológico abundan los linfocitos. En cuanto a los bacilos, lo más probable es que los exámenes den resultado negativo.

El número de ellos es muy escaso, y solamente por medio del cultivo, o por el de la inoculación al cobaya, se llega, y no siempre, a demostrar su presencia. Ahora bien; estos datos tienen especial valor cuando se trata de la primera punción que se hace al enfermo, porque después, en el sitio en que se había punccionado, se produce una reacción inflamatoria, como consecuencia de la cual el líquido adquiere los caracteres propios de una inflamación corriente con aspecto muy turbio y gran cantidad de leucocitos polinucleares. Ahora bien; como quiera que solamente en el caso de que se llegue a demostrar la presencia del bacilo de Koch se tiene la seguridad absoluta de que se trata de un proceso tuberculoso, hecho el diagnóstico de la ascitis con los caracteres del líquido que acabamos de exponer, queda aún en muchos casos la necesidad de determinar la causa de la producción de dicha ascitis. Los caracteres de la matidez



han permitido eliminar desde luego el quiste del ovario, la distensión de la vejiga y otra serie de procesos que dan un sonido mate con la convexidad hacia arriba.

Con el fin de no incurrir en error en cuanto al diagnóstico de la naturaleza de la enfermedad habrá que revisar las causas que han precedido a la aparición de la ascitis, los demás síntomas que la acompañan y la evolución que lleva.

El interrogatorio demostrará que esta ascitis se ha ido formando poco a poco, de una manera insidiosa, obligando al enfermo poco a poco a ir aflojando o ensanchando sus vestidos. La mayoría de los enfermos no recuerdan haber tenido en dicho período síntomas generales que les llamasen la atención. Algunos sí se habrán apercibido de fatiga fácil, fiebre ligera, algunos dolores abdominales y estado nauseoso con vómitos, estreñimiento y diarrea alternando.

La exploración proporciona mayor número de datos. El enfermo se suele encontrar pálido, delgado, aunque el estado general no se encuentre muy alterado; la temperatura, tomada varios días seguidos, demuestra la existencia de algunos brotes que llegan a 38°, el pulso es algo rápido y las orinas no presentan nada de anormal, si no es la gran cantidad de fosfatos que suelen contener. Poco a poco se suele ir precisando la idea de que se trata de una tuberculosis, pues si bien la auscultación de los vértices no suele acusar dato alguno digno de mención, en cambio, la de las bases acusa en la mayoría de los enfermos una reacción pleural. En la mayoría de los casos se trata de una pleuresía seca bilateral con toces más abundantes en el lado derecho. Llévido se encuentra pocas veces en la pleura y cuando se encuentra se absorbe rápidamente. Es una pleuresía calificada en otros tiempos de idiopática, pero de la que se sabe hoy perfectamente que es de naturaleza bacilar. La exploración demostrará con frecuencia en los niños la existencia de pequeños ganglios inflamados en la axila, en la ingle y por medio de la radiografía se verán también los traqueobronquiales.

Siguiendo la evolución de esta ascitis se la ve desaparecer poco a poco; se trata de un proceso subagudo o crónico. Puesto el enfermo en buenas condiciones, el vientre va es

amente convexa en todos sentidos y hacer creer en una distensión de la vejiga o en un quiste, especialmente si se trata de un mujer. Ahora bien, a diferencia de lo que sucede en los quistes, los límites son más borrosos, el líquido se encuentra más superficial y la movilidad lateral es nula o muy escasa. Además, el tacto vaginal demuestra la verdadera posición del útero, el cual no se halla muy elevado, como sucede en los casos de verdadero quiste del ovario. De todos modos, y a pesar de que en el quiste no suelen existir síntomas de depauperación y en la tuberculosis sí, el diagnóstico es con frecuencia muy difícil de hacer.

Cuando se trate de un hombre o cuando se haya eliminado con seguridad la existencia de un quiste del ovario, habrá que pensar en la existencia de un quiste hidatídico, cuyo diagnóstico se hará por los procedimientos habituales del mismo: palpación, radiografía, pruebas biológicas, etc. Ya hemos mencionado la peritonitis neumocócica, poco propensa a producir confusiones cuando afecta a los niños por la evolución aguda que suele adoptar, pero de todos modos, posible de confundir. Por último, la ascitis engastada en una sola bolsa, podría hacer creer que se trataba de una peritonitis localizada si no fuera porque va precedida de una fase en la que el proceso es francamente general.

La peritonitis fibrocásiosa es difusa y presenta un empastamiento profundo. Viene a constituir un término medio entre las formas ascíticas y las formas fibroadherentes. Consta de focos de pus muy pequeños y tabicados envueltos en el espesor de exudados muy abundantes y de franjas espesas. Todo ello da la impresión de un empastamiento profundo sin ascitis. Muchas veces son una forma avanzada de la peritonitis que acabamos de describir.

Lo primero que llama la atención es el abombamiento del vientre, por lo menos en las primeras épocas, lo cual contrasta con el aspecto de los miembros, que se encuentran más bien emaciados. La piel es pálida y terrosa, y se encuentra tensa y lisa, pero al cabo de cierto tiempo y fuera de los brotes agudos, se hace el vientre menos prominente. Algunas veces hay edema en la piel y la circulación colateral se

GRAN BALNEARIO DE MEDINA DEL CAMPO

Verdadero Sanatorio para la escrófula, según informe del Real Consejo de Sanidad.

Aguas cloruradosódicas, sulfurosas, bromoyoduradas de fuerte mineralización. Unicas en España que elaboran **AGUAS MADRES**, análogas y muy superiores a las de Salies de Bearn y Briscous, en Francia; de Kreuznach y Nauheim, en Alemania; de Lavey y Tarasp-Schulz en Suiza.

Eficacísimas para el **LINFATISMO ESCROFULOSO** en todas sus manifestaciones, tuberculosis locales, mal de Pott, artrocaces, coxalgias, oftalmías, corizas, ocnas, raquitismo, herpetismo, reumatismo, anemias, metritis, histerismo, corea, neurastenia y parálisis reflejas.

Manantial alcalino « ANITA »

Aguas cloruradosódicas bicarbonatadas. Variedad litínicas y bromuradas superiores a las tan famosas de Carlsbad en Austria Hungría. Indicadas en las afecciones crónicas del estómago e intestinos, infartos del hígado y bazo, cólicos hepáticos y nefríticos; catarrros de la vejiga, diabetes, gota y obesidad. Esmerado servicio de fonda y gran hotel. Espaciosas habitaciones con luz eléctrica, capilla para el culto. Automóviles a la llegada de los trenes.

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

Médico director: D. Clodoaldo García Muñoz, catedrático de la Facultad de Medicina de Valladolid.
Para más detalles y correspondencia, al administrador del Balneario.

LABORATORIOS CAMPOS FILLOL VALENCIA

LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal.

Simbiosis de fermentos lácticos y búlgaros en medio vegetal y al máximo de vitalidad.

Frasco de 250 gramos, 3,65 ptas. en toda España.

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día.

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

LACTOBULGARINA



EXTRACTO — DE — MALTA

“EUMALT”

Aceptado por R.O. del 2 Abril 1913 en los Hospitales Militares

SIMPLE
CON HIPOFOSFITOS
CON HEMOGLOBINA
CON PEPINA Y PANCREATINA
CON YODURO FERROSO
CON ACEITE HIG BACALAO
CON ACEITE HIG BACALAO E HIP



DIPLOMA DE MÉRITO
2.º Congreso de médicos de la lengua
catalana — Julio 1917 —

Dr. P. Andreu Lloberes
Esplugas (BARCELONA)



SANATORIO NEUROPÁTICO

CARABANCHEL BAJO (Madrid). — Teléfono 116 C.

Director: DR. GONZALO R. LAFORA

Plaza de la Independencia, 8. MADRID

Unico Sanatorio **misto**, con edificios y jardines independientes: uno, sólo para enfermos nerviosos ó psiconeuróticos y otros dos para enajenados.
Tratamientos modernos. — Vida familiar. — Dos Médicos internos.

Pidanse reglamentos á la Administración.

INSTITUTO MEDICO-PEDAGOGICO

CARABANCHEL BAJO, Calle de Manuel Cano, núm. 12. — Teléfono 71. C.

Edificio escuela y granja modelo independiente para niños retrasados de inteligencia y con enfermedades nerviosas. Profesorado especializado.

Tratamiento médico dirigido por el Dr. Gonzalo R. Lafora.

Ayuntamiento de Madrid

LABORATORIO FARMACÉUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

DIRECTOR: D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA
ESPAÑA

Jarabe Bebé

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

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

Tetradínamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

Insustituible en la terapéutica de las enfermedades infecciosas. Estimulante general de las defensas orgánicas a base de coles-terina, gomenol, alcanfor y estircnina.

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

Mutasán

(INYECTABLE)

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

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación de ferrocarril.

NUEVOS PROGRESOS EN ELECTROLOGIA

Entre los grandes inventos se nos presenta uno en **ELECTROMEDICINA** de trascendental importancia.

Uno de los más poderosos auxiliares por su eficacia en terapéutica y productor positivo.

15 DISTINTAS MODALIDADES ELECTROMEDICAS

ENTRE LOS MAS NOTABLES ofrece este nuevo invento el

ELEKTRA U. V. UNIVERSAL MODELO NUM. 2 A, del DR. STEIN

Tamaño pequeño. **Peso** reducido. **EFICACIA** LA MAS PODEROSA.

SUPERA A TODOS LOS EQUIPOS CONOCIDOS. **COSTO** INSIGNIFICANTE

LA EXCELENCIA DE UN PRODUCTO se prueba CON SU USO

Por detallada y perfecta que sea la descripción de un artículo en folletos, no se podrá comprobar prácticamente su valor real, el alcance de sus características, su eficacia en terapéutica, su solidez de construcción o indestructibilidad, si no se somete al uso profesional.

OFRECEMOS LA MAS SOLIDA GARANTIA CON EL ENVIO A PRUEBA

Enviamos el referido ELEKTRA U. V. UNIVERSAL MODELO NUM. 2 A, que produce 15 MODALIDADES ELECTROMEDICAS DISTINTAS, SIN NINGUN COMPROMISO DE COMPRA, al señor médico que desee probarlo en su clínica para comprobar prácticamente las excelencias de su construcción y efectos clínicos.

Precio: El precio de este aparato ELEKTRA UNIVERSAL es de 800 pesetas, puesto aquí fletes y derechos pagados. A los señores COLABORADORES CIENTIFICOS, que nombramos, tenemos autorización especial de la CENTRAL LABORATORIOS ELECTRICOS del DR. STEIN para otorgarles el derecho de adquisición por la mitad del precio oficial.

GRANDES FACILIDADES DE PAGO concedemos a los señores médicos que las soliciten, permitiendo el pago en pequeñas cuotas mensuales al alcance de todos.

MILES DE REFERENCIAS MEDICAS

Dirigir cartas, pedidos y remesas a la **Central ELECTROMEDICA**

LABORATORIOS. — Apartado de Correos 331, Sevilla.

TERTULIA MÉDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

— AMENIDADES —

7-V-1932

La correspondencia y la publicidad de esta sección deberá dirigirse con advertencia expresa de su destino TERTULIA MÉDICA, a D. José G.ª Sicilia, Apartado 121, Madrid.

Los Maestros de la Ciencia

JUAN MARTIN CHARCOT

Nació el 29 de Diciembre de 1825.
Falleció el 15 de Agosto de 1893.

Durante la segunda mitad del siglo XIX, Charcot fué la personalidad

Estreñimiento: Supositorios Evacuatil Ribalta. De eficacia infalible. Prospectos gratis. Preparación de óvulos y supositorios. Rambla Cataluña, 44, Barcelona

más pintoresca y sorprendente del mundo médico parisino. Acaso debió su fama tanto a sus adversarios como a sus discípulos. El Dr. Axel Munthe, autor de «La historia de San Michele», escribía a este propósito: «Era raro que faltara yo a las lecciones del maestro, consagradas entonces al estudio del Gran Histerismo y del Hipnotismo. El vasto anfiteatro se llenaba de un público heteróclito, compuesto de escritores, periodistas, artistas de teatro y mundanas elegantes, todos llenos de curiosidad por los sorprendentes fenómenos del hipnotismo, olvidados desde los tiempos lejanos de Braid y Mesmer.»

Si constituyeran los trabajos sobre el

hipnotismo el único título de gloria de Charcot, no se le colocaría entre los maestros de la Ciencia, pues aquéllos se basaban en gran parte en elementos que el tiempo no ha confirmado. Pero Charcot llevó a cabo inapreciables trabajos sobre las enfermedades cerebrales, de la médula y del sistema nervioso, y ésta es la parte fundamental de su obra que ha de perdurar.

Juan Martín Charcot nació en París, de padre carrocero, que supo pronto reconocer los dones del mozo y le dió a escoger entre el Arte y la Medicina. Aunque Charcot se decidió por la Medicina, siempre fué un artista, como lo revelan sus apuntes pictóricos, llenos de originalidad.

En 1844, a la edad de diecinueve años, Charcot empezó a estudiar la Medicina

tal que hoy, no se avenía bien con esta naturaleza sensible y emotiva. Además, Charcot quería tanto a los animales que le repugnaba hacer con ellos medicina experimental y vivisección. Prefirió estudiar sobre el cadáver las lesiones causadas por las enfermedades. Siendo profesor de Anatomía llevó a

Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.

Alcalá, 88. — Madrid.

cabo pacientes investigaciones sobre las afecciones pulmonares.

Casi a una mera casualidad se debe que Charcot se dedicara preferentemente a las enfermedades del sistema nervioso. En la Salpêtrière existía un servicio de Psiquiatría en donde estaban mezclados los enfermos más diversos sin ninguna clasificación, viviendo en las mismas salas epilépticos, locos e histéricos. Como la administración se dió cuenta de que este servicio no daba buenos resultados y como tenía que reconstituir una parte del hospital, decidió reservar un sitio especial para los epilépticos que no estaban locos y para los histéricos, confiando este servicio a Charcot.

Se le presentaba al gran psiquiatra la



y cuatro años más tarde ingresaba como interno en la Salpêtrière de París. El oficio de cirujano, entonces más bru-

Número de orden.	CONCEPTOS	Tipos al tanto por ciento.
	sión parcial, así como las entregas o adjudicaciones que también se hagan a los socios cuando tengan lugar por cualquier modificación o transformación de la Sociedad o por la disminución de su capital social...	0,60
	Las adjudicaciones que de los bienes sociales se hagan a otras personas tributarán por los tipos correspondientes a la transmisión de muebles o inmuebles, según el título por que se verifiquen y la clase de bienes en que consistan.	
60	Si en la disolución de Sociedades no se consigna el balance o no se hacen adjudicaciones del capital social a los socios o a terceras personas, se tomará por base el capital aportado y se liquidará la disolución al.....	1,20
62	Sociedad conyugal. — Las aportaciones directas hechas por la mujer en calidad de dote estimada y las adjudica-	

Número de orden.	CONCEPTOS	Tipos al tanto por ciento.
	caciones en pago de la misma o de cualesquiera otras aportaciones de los cónyuges cuando estas últimas no se paguen con los mismos bienes aportados.....	0,40
	Las aportaciones hechas a dicha sociedad por terceras personas pagarán con arreglo al título por que se verifiquen.	
	A la disolución de la sociedad conyugal por fallecimiento del marido no se exigirá el impuesto por los bienes parafernales ni por los dotales inestimados. Tampoco se exigirá por los bienes patrimoniales del marido cuando la disolución tenga lugar por el fallecimiento de la mujer.	
63	Las adjudicaciones de toda clase de bienes que se hagan al cónyuge sobreviviente, en pago de su haber de gananciales.....	0,60
	Disposición 2.ª Los conceptos de	

ocasión de revelarse, y pronto supo aprovecharla. Entre los epilépticos encontró muchachas que solamente padecían de histerismo y a quienes sus familias ha-

SARNA

Cúrase con SULFURETO CABALLERO

bían enviado al hospital por «quitárselas de encima».

Con pronta y penetrante intuición, Charcot se esforzó en clasificar los diversos elementos de semejante clientela y poner orden en el caos.

A menudo, cuando un enfermo entraba en la sala de consultas, le bastaba a Charcot una ojeada para descubrir la dolencia por un signo revelador que el psiquiatra analizaba largamente—a veces durante varias semanas—con admirable perseverancia, examinándolo en todos los aspectos y encargando a sus alumnos que prosiguieran el estudio de todas las cuestiones provocadas por la presencia de aquel signo. Investigaciones éstas que conducían a la biblioteca,

Intestínol
"Henning"
Dispepsia, Meteorismo etc.

o a las salas de enfermos, al servicio de autopsias.

De este modo Charcot y sus alumnos observaban la relación existente entre

ciertas lesiones del cerebro, de la médula y del sistema nervioso, así como coordinaban los síntomas que aquéllas ocasionaban.

Muchas veces semejantes enfermos padecían de parálisis con atrofia o contracción de ciertos músculos, pero entonces nadie había buscado metódicamente el origen de estos síntomas en el cerebro o en la médula. A menudo Charcot no llegaba a establecer la relación entre estos signos y las lesiones del cerebro o de la médula, hasta el día en que la víctima fallecía y la autopsia daba la solución del problema.

La personalidad de Charcot era sor-

Contra las neuralgias aconsejamos ad CEREBRINO MANDRI

prendente. Aunque pequeño, tenía un torso de atleta. Sus ojos penetrantes brillaban en un pálido rostro bien rasurado. Su nariz era aguileña y cuando se enojaba, su mirada adquiría un brillo terrible.

Para poder satisfacer a su clientela, que venía de todos los puntos del mundo a seguir sus investigaciones y su enseñanza en la Salpêtrière, Charcot necesitaba tener mucho método. Se despertaba cada mañana a la misma hora, cuando su perro saltaba encima de su cama. Mientras se vestía, su mujer le leía los periódicos. Tomaba su desayuno de pie y fumaba un cigarro en la biblioteca. A las nueve y media se trasladaba a la Salpêtrière. Terminadas las tareas de la mañana, regresaba a su casa, en su coche, sin interrumpir su lectura. A veces el coche se paraba delante de su domicilio sin que Charcot se diese cuenta donde se encontraba; continuaba su lectura, y solamente después de transcurridos diez minutos, el

cochero advertía a su amo que ya habían llegado.

Aunque una parte de los trabajos de Charcot sobre el histerismo y el hipno-

CARABAÑA: el mejor purgante.

tismo no haya resistido a la crítica, algunas de sus observaciones sobre el histerismo son absolutamente exactas. Charcot fué el primero que estudió el histerismo masculino y el histerismo traumático, consecutivo a los accidentes.

Los descubrimientos que todavía conservan su valor intacto son el de los cristales que llevan su nombre y el de una curiosa deformación articular conocida hoy día con el nombre de «enfermedad de Charcot».

En 1893, Charcot estaba dando una lección cuando le sorprendió una crisis de angina de pecho, enfermedad que muy a menudo ataca a los médicos. Al salir de la sala, abatido por la enfermedad, la asamblea entera manifestó espontáneamente su pesar ante el mal, de cuya gravedad se dió cuenta en seguida.

STROPHANTUM

PALLARÉS

XV gotas contienen $\frac{1}{2}$ miligramo de Estrofantina.

Charcot murió súbitamente el 15 de Agosto del mismo año, cuando se encontraba lejos de París, en compañía de dos fieles discípulos. Expresó el deseo de que sus honras fúnebres fueran muy

SIGUE A LA PÁGINA XX

Número de orden.	CONCEPTOS	Tipos al tanto por ciento.
	la misma tarifa referentes también a actos «intervivos», que a continuación se enumeran, quedan redactados como se expresa y con los nuevos tipos, al tanto por ciento que para cada uno de ellos se indica:	
20	Contratos de obras.— Los contratos de ejecución de obras de toda clase, ya se celebren por particulares o por el Estado y Corporaciones oficiales, aunque no se hagan constar en escritura pública.....	0,60
50	Permutas.— En las permutas de bienes inmuebles y Derechos reales pagará cada permutante por el valor de los que adquiera.....	5,00
51	En las permutas de bienes muebles pagará cada permutante por el valor de los que adquiera.....	2,50
52	En las permutas de bienes inmuebles y Derechos reales por bienes muebles, pagará:	

26

Número de orden.	CONCEPTOS	Tipos al tanto por ciento.
a)	El adquirente de los bienes inmuebles o Derechos reales.....	5,00
b)	El adquirente de los bienes muebles.....	2,50
	(Los conceptos números 50, 51 y 52 substituyen a los números 50 y 51 de la actual tarifa.)	
	El número 52 de la tarifa de la citada Ley se redactará en la forma siguiente:	
	«En las permutas de fincas rústicas cuyo valor no exceda de 200 pesetas, pagará cada permutante.....»	0,40»
	El número 53 de la tarifa de la expresada Ley quedará redactado así:	
	Préstamos.— Los préstamos personales y los títulos de reconocimiento de deudas, de cuentas de crédito y de depósito retribuido, cualquiera que sea la naturaleza del documento en que consten.....	0,40
	El número 61 de la tarifa actual	

CARDIOETIL Y CARDIOETIL ESTRÍCNICO

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

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

TRATAMIENTO CURATIVO DEL ESTREÑIMIENTO PETROSINA

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

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

No es irritante y no produce hábito en tratamiento prolongado.

NEUROTÓNICO

Elixir para vía gástrica. Inyectable para vía subcutánea.

Medicación gliceroarsenial fosforada, con nucleína y estricnina.

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

CIATICARINA

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

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

LABORATORIO GARCÍA SUÁREZ

Calle de Recoletos, 2, triplicado. — MADRID



SANOCAL
intramuscular

SANOTION
Tiosulfatos Alcalinos
Para inyección hipodérmica e intramuscular
Tratamiento de elección en las Litiasis biliar y renal, agudas o crónicas, Artritis, Reumatismo, Desensibilizante en general y cutáneo, etc.
Cajas de 10 ampollas de 2 c. c.

SANOCAL
CALCIOTERAPIA INTRAMUSCULAR INDOLORA
Tuberculosis en general, Adenopatías, traqueo-bronquiales infantiles, Raquitismo, Osteomalacia, Amenorreas, etc.
Único en aquellos casos que por dificultad de inyección no se puede usar la forma intravenosa. Indicado en los niños.
En cajas de 10 ampollas de 5 c. c.
De venta en las principales Farmacias y Centros de Especialidades Farmacéuticas.
MUESTRAS Y LITERATURA
HIJOS DE HONORIO RIESGO, S. A.
PRODUCTOS QUÍMICOS
Calle de la Flor Alta, 10 MADRID

laboratorios abelló



Recto-Serol
SUERO-HEMORROIDAL-MERZ

lo mejor contra las
Hemorroides

WALTER ROSENSTEIN, Suc.
BARCELONA - APARTADO, 712

Merz CHEM. FABRIK
MERZ & CO.
FRANKFURT AM MAIN
ZURICH
WIEN

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

Director-Propietario: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

Director honorario: Excmo. Sr. D. ANGEL PULIDO

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO | Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMÓN Y CAJAL | Ilmo. Sr. D. RAMÓN LOBO REGIDOR

VITAL AZA
Ginecólogo. Académico C. de la A. N. de M.
J. BLANC Y FORTACÍN
Del Hospital de la Princesa.
L. CARDENAL
Catedrático. Académico.
Cirujano del Hospital de la Princesa.
J. CODINA CASTELLVÍ
Académico. Médico de los Hospitales.
Dr. de los San. Antituberculosos.
J. L. ELIZAGARAY
Académico. Del Hospital General.
E. FERNÁNDEZ SANZ
Académico de la N. de Medicina.
FIDEL FERNÁNDEZ MARTÍNEZ
Director de los servicios de aparato digestivo de la Beneficencia general y de la Facultad de Medicina de Granada. Académico.
A. FERNÁNDEZ MARTÍN
Ex-interno de la Etad. y Hospitales.
S. GARCÍA VICENTE
Jefe del Servicio de Laringología de la Institución Antituberculosa Municipal.

A. GARCÍA TAPIA
Laringólogo. Académico.
J. GOYANES
Cirujano del Hospital General de Madrid. Académico.
B. HERNÁNDEZ BRIZ
Médico-Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.
T. HERNANDO
Catedrático. Académico.
J. M. HUARTE MENDICOA
Laringólogo.
F. HUERTAS
Del Hospital General. Académico.
C. JUARROS
Profesor de Psiquiatría del Instituto Criminológico. Académico.
E. LUENGO ARROYO
De la Sección de Parasitología del Instituto N. de Higiene y del Hospital de la Facultad de Medicina.
G. MARAÑÓN
Del Hospital General de Madrid. Profesor de la F. de M. Académico.

M. MARÍN AMAT
Oftalmólogo. Académico C. de la Nacional de Medicina.
M. MARTÍNEZ SALDISE
Publicista médico.
A. MORANA JIMÉNEZ
Medicina interna.
J. MOURIZ RIESGO
Jefe del Laboratorio del Hospital General. Académico.
B. NAVARRO CÁNOVAS
Médico-Director del Gabinete de radiografía y radioterapia del Hospital de la Beneficencia.
F. PECO
Medicina interna.
G. PITTALUGA
Catedrático. Académico.
A. PULIDO MARTÍN
Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.
J. Y S. RATERA
De las Beneficencias Provincial y Municipal de Madrid. Radiólogos del Hospital General y de San Juan de Dios.

G. RODRÍGUEZ LAFORA
Prof. A. de la F. de M. ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
R. ROYO VILLANOVA
Catedrático de Med. legal. Valladolid.
J. SARABIA PARDO
Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la N. de Medicina.
E. SLOCKER
Académico. Cirujano de la Beneficencia general (antes Hospital Princesa).
F. TELLO
Director del Instituto N. de Higiene.
J. M. TOMÉ Y BONA
Dermatólogo.
A. VALLEJO NÁGERA
Director del Sanatorio Piquiátrico de Ciempozuelos.
J. M. DE VILLAVEVERDE
Del Hospital del Buen Suceso. Del Instituto Cajal.
R. DEL VALLE Y ALDABALDE
Académico H. de la N. de Medicina.

Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES
Redactor Jefe: F. JAVIER CORTEZO COLLANTES

PROGRAMA CIENTÍFICO:

Lema: Progressi sumus, progredimur, progrediemur.

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

SUMARIO: Sección científica: El acortamiento muscular subconjuntival en la operación del estrabismo, por el Dr. I. Barraquer.—Información científica del IX Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía: La cirugía de los tumores espinales, por el Prof. L. Dominici.—Cirugía del esófago, por el Prof. Bircher.—Información científica: Estado actual de la etiología y tratamiento del raquitismo, por el Dr. Francisco Jamatob y Arranz.—Bibliografía.—Periódicos médicos.

El acortamiento muscular subconjuntival en la operación del estrabismo ⁽¹⁾

POR EL

DR. I. BARRAQUER (de Barcelona)

El acortamiento muscular subconjuntival en la operación del estrabismo es un procedimiento antiguo que empezó Heydt y que perfeccionó Brigg. Este procedimiento, como muchos otros, no se generalizó por deficiencias en la técnica y en el instrumental.

Nada nuevo diré sobre la operación del estrabismo, y únicamente os haré la presentación del instrumento nacido en este Hospital, pues quiero que, como parientes próximos, seáis los primeros en conocerlo. Este instrumento, que bautizaremos con el nombre de *Myocampter* (myos = músculo; campter = acción de doblar), simplificando el instrumental americano y la técnica de Brigg, permitirá la generalización de este método operatorio.

Antes de entrar en materia, y haciéndome cargo

(1) Comunicación al Cuerpo Médico Facultativo del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona, en la sesión de Febrero de 1932. Remitido expresamente a EL SIGLO MÉDICO.

de que estoy hablando con compañeros no especializados, creo necesario decir que siendo el estrabismo un vicio del desarrollo del aparato de la visión binocular que altera el buen funcionamiento de su parte sensorial y motora, impidiendo la convergencia de los dos ojos sobre un objeto, es fácil hacerse cargo de que el tratamiento ha de ir encaminado a corregir dichas alteraciones de funcionamiento sensorial y motor. Por lo tanto, cualquiera operación quirúrgica que coloque ambos ojos en posición no curará el estrabismo si al mismo tiempo no nos ocupamos de reorganizar el centro de la visión binocular, y esta reorganización es imposible si no corregimos primero los defectos que puedan existir en la formación de la imagen en cada uno de los dos ojos. De modo que vemos claramente la necesidad de tres indicaciones terapéuticas en el tratamiento del estrabismo:

1.^a Óptica: Encaminada a corregir los defectos del globo del ojo que impiden que las imágenes sean formadas con la misma precisión en uno que en otro.

2.^a Quirúrgica: Para corregir las modificaciones anatómicas que el vicio haya podido determinar en el aparato muscular extrínseco.

3.^a Educativa: Para reorganizar los centros de visión binocular.

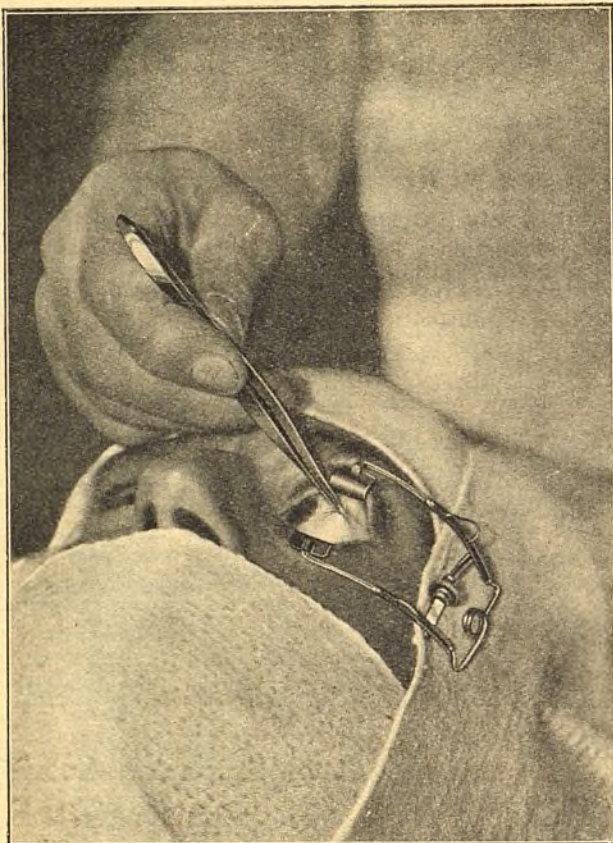


Fig. 1.ª - Con una pinza, a través de la conjuntiva, se levanta el recto externo.

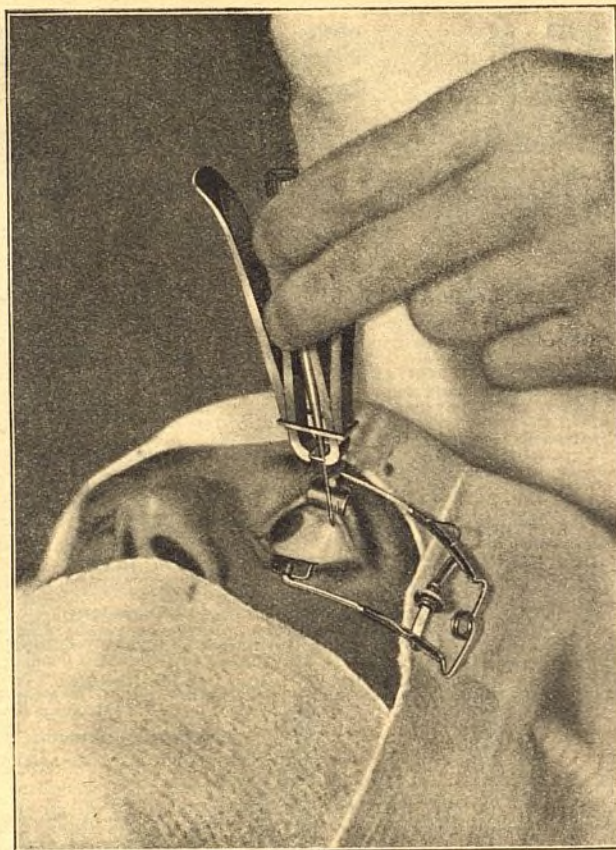


Fig. 3.ª - Enseña el anillo de plata colocado en el myocampter y el músculo recto externo levantado subconjuntivalmente por el gancho.

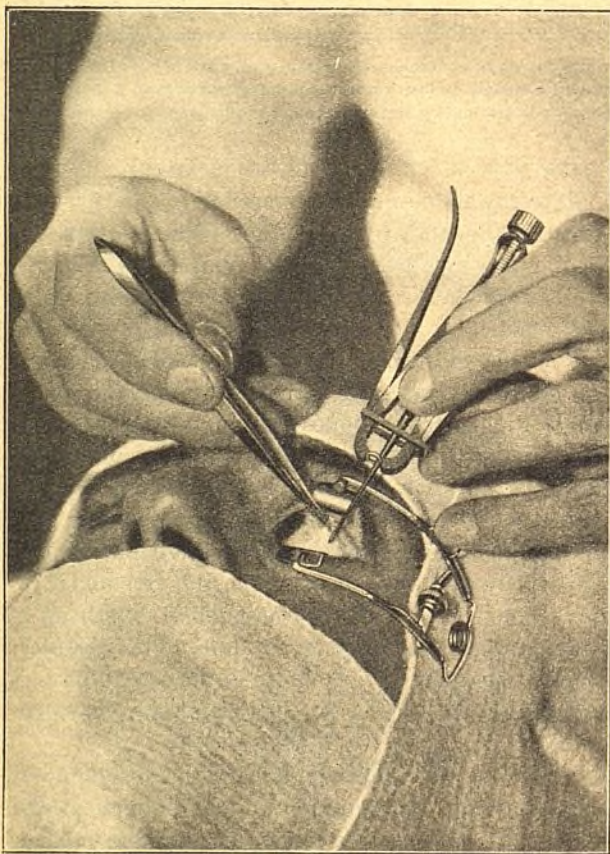


Fig. 2.ª - El gancho punzante del myocampter pasa a través de la conjuntiva por debajo del músculo.

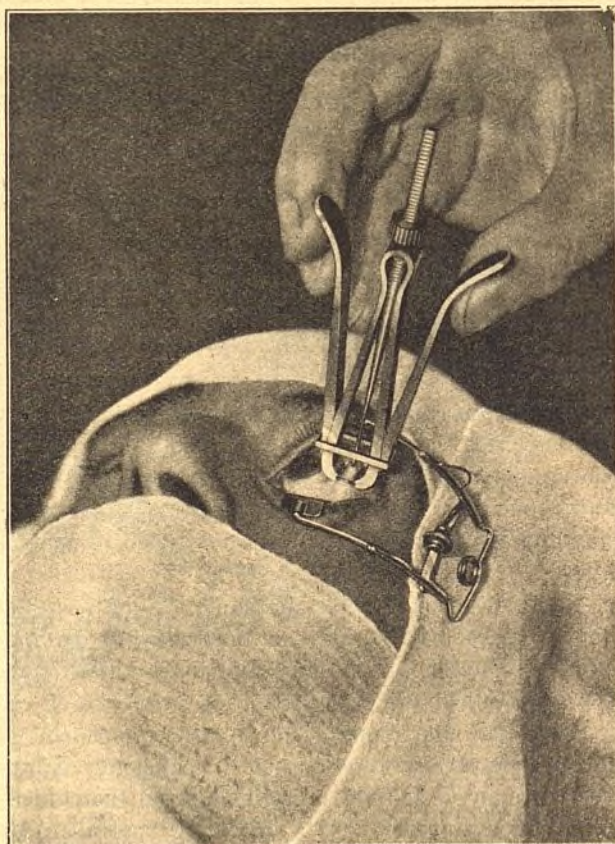


Fig. 4.ª - Con el tornillo del extremo superior del gancho se ha estirado el músculo hasta que el ojo tiene su posición normal.

Qué prescribir en los casos de
amenorrea, menstruaciones difíciles
o rebeldes, oligomenorrea, vómi-
tos incoercibles del embarazo ?

1 a 3 comprimidos 3 veces al día, ó
1 inyección 2 a 3 veces por semana, de

AGOMENSINA "Ciba"

Sustancia hidrosoluble del ovario

Qué prescribir en los casos de disme-
norreas funcionales, menorragias
sin lesión orgánica, hemorragias
de la pubertad y menopausia ?

1 a 2 comprimidos 3 veces al día,
1 ó 2 inyecciones al día en casos rebeldes, de

SISTOMENSINA "Ciba"

Hormona ovárica liposoluble

*Resuelven estos problemas que con
frecuencia se presentan al facultativo*

CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA



DE PRODUCTOS QUÍMICOS

Aragón, 285

BARCELONA

Apartado 744

Alimento fisiológico completo

VINO DE VIAL

Quina, carne, lacto-fosfato de cal.



Rigurosamente dosificado

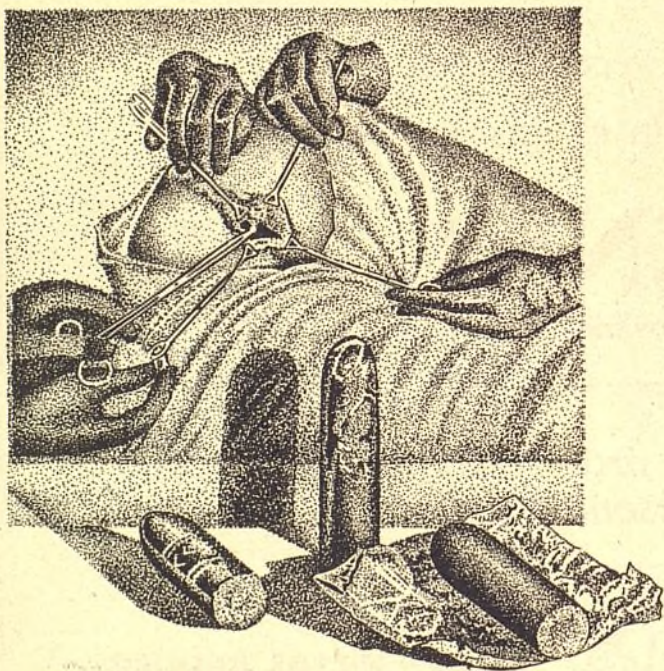
y asimilable, reúne todos los principios activos
del fosfato de cal, de la quina y de la carne.

Es el reconstituyente más enérgico en los casos
de desnutrición y de disminución de los fosfatos cálcicos.

De venta en todas las farmacias.

Depositorio general para España:

D. ANTONIO SERRA.—Apartado 26, Reus (Tarragona).



ANUSOL-
Goedecke

A N U S O L

disminuye el catarro de la mucosa inflamada y ejerce una acción astringente sobre la superficie secretante, por su gran poder antiséptico impide la infección de los nódulos hemorroidales y la formación de abscesos perirrectales,

provoca la granulación y estimula la reparación epitelial,

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

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

No mortifica los tejidos. No es tóxico.

GOEDECKE & CO., LEIPZIG, ALEMANIA

Para literatura y muestras gratuitas dirigirse a:

LABORATORIO Y COMERCIO SUBSTANCIA, S. A.
Apartado 410 Barcelona

No hablaremos del uso de midriásicos, de miósicos, de cristales correctores, de la oclusión temporal de un ojo, etc., de todos los medios de que disponemos para igualar la visión de ambos ojos, cumpliendo así la primera de estas normas terapéuticas.

Nada diré tampoco del uso de los prismas, ni del estereoscopio, ni del diploscopo, ni de ninguno de los procedimientos de gimnasia y reeducación de los centros de la visión binocular, para cumplir el tercer precepto.

Sólo hablaré, y muy someramente, del segundo, el quirúrgico.

Pero antes permitidme un ejemplo para mayor comprensión de lo que acabo de decir.

Todos sabéis que un ojo emétrope, o sea aquel que tiene la retina en el foco principal de su sistema dióptrico, no acomoda cuando los dos ojos miran paralelamente algún objeto lejano, y cuando acomoda para mirar un objeto cercano, los dos ojos han de converger, y que cuando más cercano es el objeto y más ha de acomodar, más ha de converger. De manera que cada grado de acomodación corresponde siempre al mismo grado de convergencia, y las dos funciones, acomodación y convergencia, son sinérgicas.

Un individuo hipermetrópe, o sea aquel que tiene la retina por delante del foco principal de su sistema dióptrico, ya sea porque tiene el eje anteroposterior corto, o porque el sistema dióptrico sea débil, necesita para ver los objetos lejanos cuando los dos ojos han de mirar paralelamente, hacer coincidir el foco de su sistema dióptrico con la retina, y como que el ojo no se puede alargar, no le queda otro recurso que aumentar la fuerza de su sistema dióptrico, lo que hace acomodando. Y como que cada grado de acomodación corresponde a un grado de convergencia, se comprende que es difícil mantener los ojos paralelos acomodando. Y si el grado de hipermetropía es diferente en un ojo que en otro, como que el que es más hipermetrópe tendrá que acomodar más, convergirá más que el otro, con lo que reciben una mala educación los centros de la visión binocular en aquel sujeto, determinando también alteraciones de innervación y funcionamiento muscular.

La miopía, los astigmatismos, las disminuciones de agudeza visual de un ojo son también factores del estrabismo, constituyendo el grupo etiológico ocular o periférico. La herencia y ciertos desórdenes cerebrales son también factores etiológicos. Pero, sea cualquiera la etiología, en la mayor parte de los casos no nos podemos escapar del acto quirúrgico, que

va encaminado a poner ambos ojos en posición paralela, ya sea alargando el músculo hacia donde está desviado el ojo, o acortando el contrario, o haciendo las dos cosas a la vez.

En el orden cronológico se empezó por la tenotomía, o sea, desinsertar el músculo de la esclerótica, que por sí solo cicatriza más atrás, toda vez que el antagonista estirando pone el ojo en su posición.

En oposición a este procedimiento de debilitación muscular surgió el de reforzamiento, adelantando la inserción del músculo que podríamos decir alargado, o acortándolo por excisión o plegamiento.

Si tenemos en cuenta que hemos de trabajar en músculos que apenas si tienen $\frac{1}{2}$ milímetro de grosor por 3 o 4 milímetros de ancho, y que para ser acortados o trasladados de lugar en su inserción es preciso coserlos con aguja y sedas, se comprende cuán difícil es de esta manera dejar el ojo definitivamente en la posición deseada, pues la sutura cede en el extremo muscular. Por otra parte, el punto de apoyo de la sutura en el ojo debe ser la esclerótica, lo que

representa poner un punto en un grosor de menos de 1 milímetro, lo que muchas veces no se logra, y entonces aquel punto de apoyo también cede, siendo ello un nuevo motivo de fracaso en dicha operación. Una lista interminable de modalidades de sutura en busca de un mejor punto de apoyo corrobora estas deficiencias. Además, los músculos del ojo se insertan en la esclerótica no sólo por su tendón,

si que también por las expansiones aponeuróticas de la cápsula de Tenón. Ello ha inducido al adelantamiento cápsulomuscular, que adolece, a más del defecto de falta de fijación sólida, el de facilitar la rotación del ojo si ceden más las suturas de arriba que las de abajo, o viceversa, con lo que se crea una nueva dificultad para la reeducación de los centros de la visión binocular. A pesar de todo, con experiencia y habilidad, combinando estos procedimientos de avanzamiento y tenotomía, se obtienen bastantes buenos resultados en la mayoría de los casos, aunque la operación es delicada y molesta para el paciente, puesto que debe ir muchos días con ambos ojos tapados, procurando evitar las contracciones musculares para que se aflojen lo menos posible las suturas.

Heydt fué el iniciador del procedimiento de Prigg, que es el que yo creo que con nuestra técnica es el más sencillo, más eficaz y menos molesto de los métodos existentes.

Heydt doblaba a través de la conjuntiva, con unas pinzas especiales, el músculo que quería acortar ha-

SUMARIO CIENTÍFICO DEL NUMERO PRÓXIMO

DR. JULIÁN RATERA.—Tratamiento Roentgen del cáncer de la mama.

DR. A. VALLEJO NÁGERA.—El papel del enfermero psiquiátrico.

DR. JAMATOBO.—Estado actual de la etiología y tratamiento del raquitismo.

Bibliografías.—Prensa extranjera.

ciendo un pliegue; pliegue que fijaba entre dos pequeñas planchas de metal con dos tornillos. Pero estas planchas y estos tornillos eran demasiado grandes, por pequeños que fuesen, para ser tolerados por el enfermo, y demasiado pequeños, por grandes que

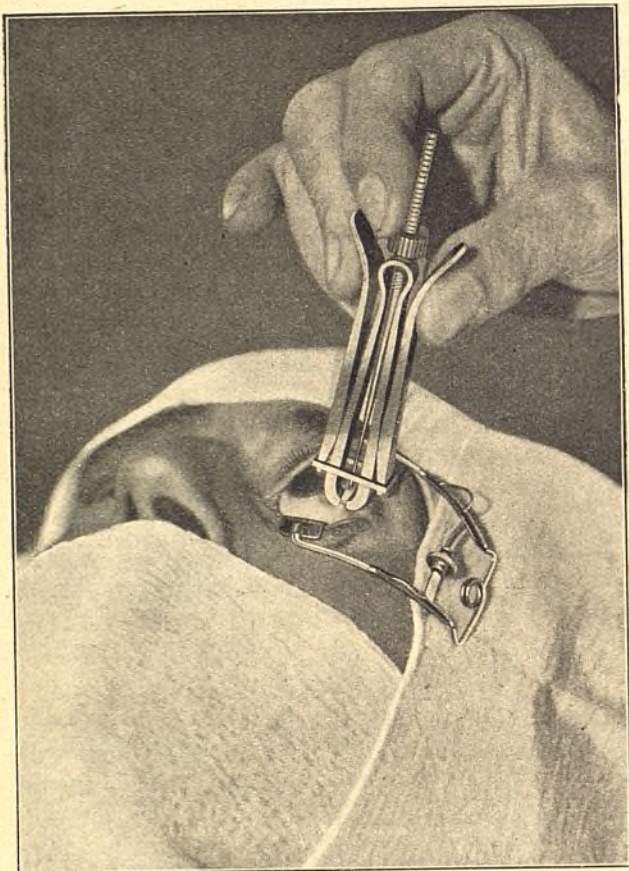


Fig. 5.*—Apretando sobre las dos ramas del myocampter se cierra el anillo de plata, quedando estrangulada subconjuntiva'mente la porción cápsulo-muscular.

fuesen, para ser colocados por el cirujano. El procedimiento no tuvo adeptos.

Brigg practica un corte conjuntival paralelo al borde superior y otro paralelo al borde inferior del músculo; pasa por estos cortes, entre el músculo y la esclerótica, un gancho romo; levanta el músculo, y con un anillo de alambre de plata de 7,10 milímetros estrangula por medio de unos alicates el pliegue del músculo y conjuntiva, más o menos grande, según estire más o menos el gancho hacia arriba. Una mano estira el músculo con el gancho; la otra con los alicates que sujetan el anillo de plata, aprieta el ojo hacia abajo cerrando el anillo cuando el pliegue alcanza la altura deseada. El pliegue de músculo y conjuntiva se aplana sobre el anillo de plata evitando al paciente las molestias del cuerpo extraño. Pero del trabajo de estiramiento del músculo y colocación del anillo hecho con las dos manos, resulta que muchas veces el anillo no queda perpendicular a la dirección del músculo, determinando una desviación de músculo hacia arriba o abajo, creando una nueva dificultad para la fusión de las imágenes.

El instrumento que os presento no es más que

unos alicates para colocar el anillo de plata, por dentro de los cuales, y de una manera centrada, sube por medio de un tornillo el gancho que estira el músculo para hacer el pliegue. Este gancho es punzante, por lo que no debemos incindir la conjuntiva. Basta levantar al través de ella el músculo con unas pinzas y pasar por debajo de él el gancho sin hacer más herida que la que haríamos con una aguja de inyecciones hipodérmicas. Por medio de la tuerca se estira el músculo hasta que el ojo tiene la posición deseada, y entonces, apretando los alicates, queda cerrado el anillo de plata que fija el acortamiento. Y siendo la tracción del gancho centrada al anillo de plata, que se mantiene completamente perpendicular a la dirección del músculo, no puede haber desviaciones de altura de la mirada. De modo que el enfermo al terminar la operación puede empezar fácilmente los ejercicios de reeducación, y en muy pocos días, si las funciones ópticas lo permiten, tiene restablecida la visión binocular sin haber llevado un solo día los ojos tapados.

El anillo de plata se saca con facilidad cortándolo con unas tijeras cuando la porción plegada de los tejidos se ha necrosado, lo que suele ocurrir a las tres o cuatro semanas de la intervención.

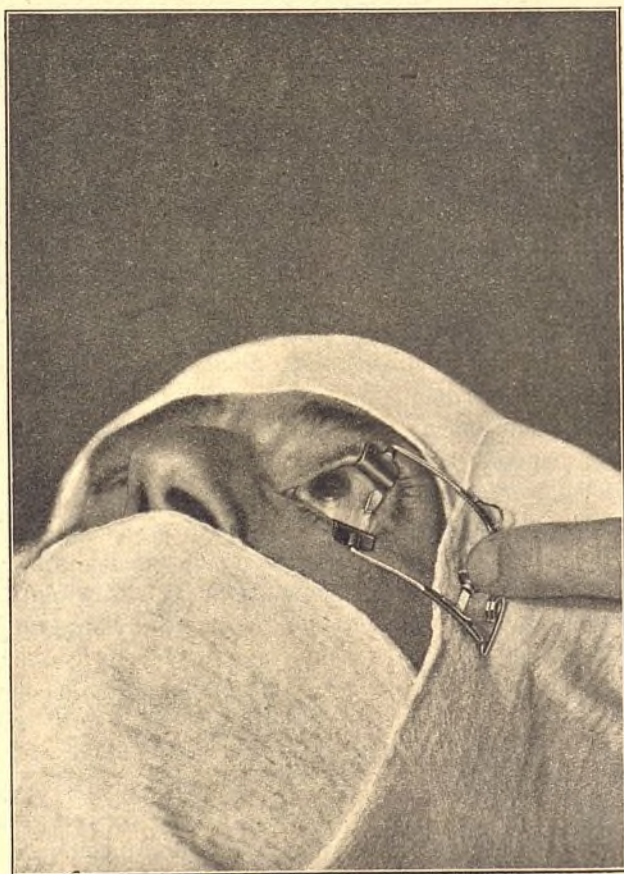


Fig. 6.*—Enseña el anillo colocado en su sitio y el pliegue cápsulo-muscular que ha derminado después de finalizar la operación.

En los casos de estrabismo muy graduados puede asociarse este adelantamiento muscular a una pequeña tenotomía del antagonista.

De una manera más clara que con mi explicación las seis fotografías anteriores os lo harán comprender.

GASTRITIS DOLOROSAS
HYPERCLORHIDRIA
ULCERAS

KAOLINASE

KAOLIN PURIFICADO EN POLVO FINO MUY ADHESIVO

CURACIÓN GÁSTRICA

LABORATORIO

TÍO

Torrente de las Flores, 73
BARCELONA



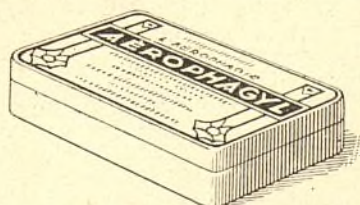
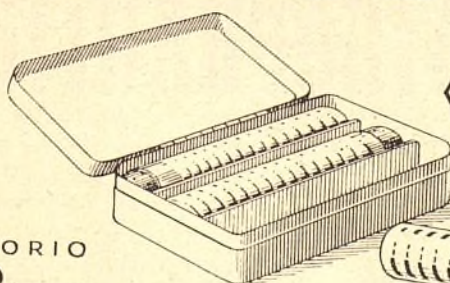
La caja de
20 dosis
de 10 gramos
5 PESETAS



TRATAMIENTO DE LA **AEROFAGIA** Y SUS CONSECUENCIAS:

INSOMNIOS
TRASTORNOS CARDÍACOS
TRASTORNOS NERVIOSOS
TRASTORNOS PULMONARES

AÉROPHAGYL

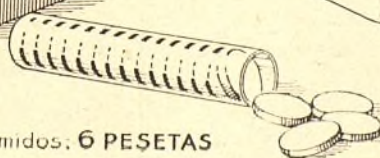


LABORATORIO

TÍO

Torrente de las Flores, 73
BARCELONA

La caja de 45 comprimidos. 6 PESETAS



MODO DE EMPLEO

1 á 2 comprimidos
disueltos en el agua
en medio de las comidas

Remedio fisiomédico

NORMACOL

para el tratamiento racional de la constipación crónica.

- ① *Provoca el peristaltismo fisiológico por el aumento de volumen que adquiere en el intestino.*
- ② *Ablanda, suaviza y esponja las materias fecales.*
- ③ *No irrita, no produce deposiciones diarréicas ni forma hábito.*

EL NORMACOL, de composición puramente vegetal, no constituye ningún purgante, sino el complemento adecuado de la alimentación moderna demasiado concentrada.



ENVASE ORIGINAL:
Cajas con 150 grs.
gránulos grageados.

PRODUCTOS QUIMICOS SCHERING S.A.

Central: Apartado 479, Madrid — Sucursal: Apartado 1030, Barcelona

ION - CALCINA PALLARÉS

Hemostático-reconstituyente
a base de **cloruro de calcio**.

Frasco. — Para uso interno.

Ampollas. — Inyección intravenosa.

Laboratorio M. PALLARES

Plaza Mosén Sorell, 6.

VALENCIA

STROPHANTIUM PALLARES

Tintura de estrofantus, especial-
mente preparada y exactamente
dosificada.

INFORMACIÓN CIENTÍFICA DEL IX CONGRESO DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

La cirugía de los tumores espinales ⁽¹⁾

POR EL

PROF. L. DOMINICI

Ponencia a la «Société Internationale de Chirurgie». IX Congreso. Madrid 15 18 Marzo 1932.

Adaptación castellana de M. Roaño. Exclusiva para EL SIGLO MEDICO

Si encontramos un tumor encapsulado se le extirpa. La extirpación se puede hacer en un tiempo y lo más fácil por disección roma mediante una pequeña espátula. De ser difícil esta maniobra se puede seguir el método que Elsberg aconseja en todos los casos: Incisión de la medula, sutura de la dura y partes blandas y se suspende la operación; pasada una semana se quita la sutura, y es frecuente que el tumor aparezca manifiesto y la extirpación se hace fácilmente.

Si se encuentra un tumor infiltrado, conviene abstenerse de toda maniobra consecutivamente a la incisión de la medula; la incisión de la medula permite su parcial exteriorización, y la laminectomía descompresiva mejora los síntomas. Ya hemos dicho que es exagerada y no aplicable la operación aconsejada por Potel y Veau en estos casos: sección transversal completa de la medula por encima y por debajo del tumor.

Alguna vez, después de haber quitado un tumor intramedular bien encapsulado la cavidad residual sangra; un ligero taponamiento con gasa mantenido algunos minutos cohibirá la hemorragia.

* *

Después de haber limpiado cuidadosamente la cavidad aracnoidea, y separado todos los coágulos, se hará una sutura hermética, en lo posible, de la dura mediante catgut fino en sutura continua. Los puntos separados dejan espacios libres; la seda es un cuerpo extraño siempre peligroso; además el catgut, hinchándose, oblitera el agujero de la aguja e impide mejor la salida del líquido cefalorraquídeo. Al hacer esta sutura evitaremos tirar demasiado de la dura porque tiene poca resistencia a la tracción.

Cuando se ha resecado una porción de duramadre, nos contentaremos con algunos puntos de aproximación o se recurrirá a una plastia.

En todos los casos se completa la operación con la sutura de las partes blandas, hecha generalmente en dos planos. La mayor parte de los cirujanos prefieren una sutura completa; a lo más se puede dejar una mecha o un desagüe fino en relación al plano de sutura musculoaponeurótica.

CAPÍTULO V

TRATAMIENTOS POSTOPERATORIOS

Cuando ha sido hecha una laminectomía cervical conviene inmovilizar toda la columna cervicodorsal por medio de una gran canal posterior. En los casos de laminectomía dorsal o lumbosacra no es necesaria la inmovilización.

El operado será transportado a una habitación oscura y mantenido en la más absoluta tranquilidad; estará extendido, según Adson, en posición ventral; pero en la mayor parte de los casos es preferible la posición dorsal, que es más cómoda. Durante tres o cuatro días se tendrán las ex-

tremidades inferiores del cuerpo más elevadas, en lo posible, que la extremidad cefálica, a fin de impedir la abundante salida de líquido cefalorraquídeo por la herida. Si evitamos al operado cualquier causa de enfriamiento, posiblemente se empleará menos morfina.

Si antes de la operación había retención de orina, se deja sonda permanente y se hacen lavados vesicales diarios con solución de ácido bórico al 2 por 100 introduciendo después en vejiga 15 c. c. de solución de argirol al 10 por 100 mantenidos media hora. Si el operado presenta síntomas de pielitis se administrará algún desinfectante de vías urinarias. Se vigilarán y tratarán las funciones intestinales; se tomarán todas las precauciones para prevenir la formación de úlceras por decúbito y si existían antes de la operación se tratarán con especial atención.

En general, si el curso postoperatorio es normal, el operado se levantará alrededor de las tres semanas; período variable entre dos a seis semanas o más.

CAPÍTULO VI

ACCIDENTES OPERATORIOS Y POSTOPERATORIOS DE LA LAMINECTOMÍA POR TUMORES ESPINALES

La laminectomía por tumores espinales puede dar varios accidentes; es raro que no se produzca uno u otro. Hoy, sin embargo, los peligros relativos han disminuido y son fácilmente reparables, especialmente cuando se opera ateniéndose escrupulosamente a la regla expuesta y sobre todo cuando se procede con lentitud y dulzura.

Los accidentes en relación con la operación y que se pueden ver durante la intervención o después, son:

1.º *Trastornos respiratorios y circulatorios*, con variaciones más o menos graves de la presión arterial, que, como hemos dicho, se verifican siempre en determinados momentos de la intervención. Sólo un descenso acentuado de la presión arterial puede obligar al cirujano a suspender la operación y proseguirla en un segundo tiempo. En algunas intervenciones sobre medula cervical, a pesar de una técnica exacta, se han observado muertes por síncope cardíaco (Krauss y Mac-Guire) y por síncope respiratorio (Helsberg, Frazier).

2.º *Hemorragia operatoria*. — La hemorragia musculoaponeurótica se cohibe fácilmente con el taponamiento; la ósea en general no es muy abundante (si es necesario se recurre a la pasta de Horsley o similares); la hemorragia intrarraquídea y, sobre todo, endoneural son más peligrosas, porque dada la lesión de un vaso que va a la medula espinal, secundariamente se pueden producir trastornos circulatorios medulares. Además, la sangre que se acumula en el canal raquídeo puede dar secundariamente paroplejía y dolores radicales. Hemos manifestado las particularidades técnicas a seguir para evitar estas lesiones vasculares, y la necesidad de eliminar sangre y coágulos de la cavidad intrarraquídea antes de proceder a la sutura.

3.º *Muerte por colapso, por síncope o por shock*. — Después de algunas horas por *parálisis respiratoria*, la cual se observaba especialmente cuando ha sido extirpado un tumor cervical alto. Como ya hemos dicho, algunos cirujanos aconsejan, cuando se ha hecho laminectomía sobre primeras vértebras cervicales, reseca también el borde posterior del agujero occipital para prevenir una posible compresión del bulbo, aumentado de volumen por el edema que se produce.

4.º A veces, estando el enfermo antes de la operación en condiciones generales excelentes y no ocurriendo accidentes durante la intervención, horas después de la operación la temperatura se eleva rápidamente, el pulso y la respiración se vuelven frecuentes, mientras que la presión ar-

(1) Véase el número anterior.

terial baja de modo alarmante y el operado muere en las primeras veinticuatro horas. En otros casos este síndrome es menos agudo; se inicia más tarde; se desarrolla más lentamente. Cuando el operado se encuentra en tal situación la adrenalina puede proporcionar efectos beneficiosos y salvarlo.

Estas complicaciones se observan especialmente cuando ha sido hecha una operación sobre la mitad superior de la medula, y parece que estén en relación con una perturbación de los centros y fibras simpáticas que siguen la vía de la medula cervicodorsal.

5.º Después de la operación puede ocurrir un derrame del líquido cefalorraquídeo en los planos musculomeníngeos y también una fistulización más o menos lenta al exterior. La fistulización no ocurre si la sutura ha sido realizada cuidadosamente (es conveniente no dejar mecha ni desagüe). Pero la colección del líquido cefalorraquídeo en los tejidos profundos es siempre posible y puede provocar cefaleas, vómitos y accesos convulsos. Si el líquido derramado es escaso, puede reabsorberse espontáneamente, pero si es abundante conviene eliminarlo por punción (Leriche, Cotte) o haciendo una incisión en algún punto.

Si se produce la fístula, el derrame prolongado del líquido cefalorraquídeo puede provocar contracturas pasajeras, hipertermia (40° a 41°), coma y a veces también la muerte; hechos éstos que parecen debidos a la congestión de los centros nerviosos sin que se produzca verdadera meningitis (Chipault) o bien a una irritación de las meninges (Krause). Cuando la fístula permanece y no se cierra espontáneamente conviene intentarlo quirúrgicamente.

Alguna vez después del cierre de la fístula se pueden observar síntomas bastante violentos por la brusca tensión del líquido: Sensación de peso en la herida, dolores lancinantes en el abdomen y en los miembros inferiores, a veces acompañados de sacudidas convulsivas; en algún caso estos síntomas irritativos se propagan al cerebro ocasionando cefalea, agitación, disnea, delirio, taquicardia, etc. Apenas se vuelve a dejar salir el líquido los trastornos mejoran.

6.º *Inyección purulenta de las meninges y de la medula:* Precoz en las primeras cuarenta y ocho horas, tardía al quinto o sexto día.

7.º Oppenheim, Elsberg y De Martel han observado en algunos casos dolores abdominales, a veces muy fuertes, meteorismo y cierre intestinal que hace pensar en una oclusión.

Este síndrome se observa especialmente después de la laminectomía dorsal baja (de la VIII a XII dorsal) y no es bien conocida su patogenia; acaso se trata de trastornos del simpático.

En general, para que desaparezca es suficiente el tratamiento médico: Enteroclisia, atropina y morfina.

8.º A veces, después de la laminectomía aparecen trastornos vesicales aun sin existir anteriormente. En general, se manifiestan como retención de orina que desaparece pasado cierto tiempo y que, según algunos, dependería de los cambios de presión intradural por la salida de líquido cefalorraquídeo y entrada de aire. En otros casos aparece incontinencia, la cual puede ser producida por una considerable hemorragia pial o aracnoidea, y en tal caso desaparece pasados unos días o algunas semanas más tarde. También puede explicarse por lesiones eventuales durante la intervención medular y a veces puede durar meses o hacerse permanente.

9.º Elsberg ha llamado el primero la atención sobre las alteraciones de los reflejos consecutivos a una laminectomía, sin existir anteriormente. Probablemente dependan del

cambio de presión intradural debida a la salida del líquido cefalorraquídeo y entrada de aire, o bien a las manipulaciones medulares. En casos excepcionales se han observado después de la operación paraplejas flácidas, cuando antes no existían, o bien trastornos espásticos.

10. Delageniere dice que un caso de muerte de Robineau, de los casos de tumor perimedular, por él operado, fué por hemorragia postoperatoria, que, aparte de la infección, es el verdadero peligro de la cirugía medular, el mayor, aun cuando se siga técnica cuidadosa.

11. Sicard y Laplane refieren que en dos casos los operados, cuando caminaban y estaban para reanudar su vida normal, presentaron bruscamente un *síndrome de compresión medulocerebral* que en uno de los enfermos terminó por coma. La punción lumbar dió un líquido, primero hemorrágico y después, pasados unos días, xantocrómico sin microbios. En doce días desaparecía todo el síndrome. Seguramente se trató de una hemorragia raquídea postoperatoria tardía y por ello aconseja gran prudencia antes de que los operados por tumor espinal reanuden su vida normal.

12. Hertwel y Setevenson dicen que en un caso en el cual ha sido extirpado un neuroepitelioma superficial de la medula adherente a la pia y a las raíces posteriores de la octava cervical y primera y segunda dorsal, el operado, muere a las siete semanas de la operación; en la autopsia se halló un segundo nódulo neoplásico inadvertido en la operación, una gliosis central de la medula en relación al punto donde fué extirpado el tumor; gliosis que valoran como producida postoperatoriamente por un foco de hematomielia provocado por las manipulaciones operatorias y transformado en gliosis. Leriche, Babinski y Barre refieren haber visto producirse focos de hematomielia, que atribuyen a la descompresión o a la ligadura de vasos importantes.

Los accidentes inherentes a la operación por tumores espinales son, por tanto, muchos; algunos de ellos reparables en cierto modo; otros más graves. Hay que tener presente como todos, o casi todos, dependen de algún error de técnica; de hemorragia que pudo evitarse, sobre todo de manipulaciones poco delicadas del contenido raquídeo, falta de técnica en las suturas, etc., etc. La mayor parte, pues, de estos accidentes pueden ser evitados si se siguen escrupulosamente las reglas que deben guiar una intervención sobre medula espinal, sobre todo si se procede con delicadeza y lentitud.

CAPÍTULO VII

CURSO POSTOPERATORIO Y MORTALIDAD DE LAS OPERACIONES POR TUMORES ESPINALES

Hemos tenido ocasión de apuntar los resultados obtenidos en el pasado y los mejores que se obtienen hoy consecutivamente a una intervención operatoria para extirpar un tumor espinal.

Si en las estadísticas antiguas había una mortalidad del 50 por 100, hoy ha disminuído notablemente; es importante revelar que en la estadística particular de cada cirujano la mortalidad disminuye según aumenta la estadística, según el propio cirujano mejora la técnica. El mismo Krause en una estadística referida por años, a una mortalidad total del 43,7 por 100, opone el 25 por 100 en los últimos doce casos operados.

Berard, en el II Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía, Bruselas 1908, da una mortalidad del 45 por 100, variable según la región vertebral sobre la cual fué practicada la operación, siendo 55,65 por 100 para la región cervical, 40 por 100 para la región dorsal y manteniéndose en 50 por 100 para la región lumbosacra.

En las estadísticas más recientes estos resultados han mejorado.

De Martel, en 1923, refiere una estadística personal de 36 operados, con mortalidad operatoria del 36,12 por 100; pero mientras para los primeros seis casos operados, como ya he recordado, había tenido seis muertos, en los otros 30 operados los muertos sólo fueron siete.

Sergent, en 1920, da una mortalidad operatoria del 18,52 por 100 sobre 27 casos operados; Adson (de la «Mayo-Clinic») en 1924, en 130 casos, la mortalidad fué 25,59 por 100; Elsberg, en 1925, la mortalidad fué del 10 por 100; Robineau (estadística referida en 1928 por Delageniere) ha tenido cuatro muertes operatorias en 52 casos, que requirieron 54 intervenciones (7,4 por 100); además tres operados murieron doce días a cuatro meses después de la intervención, uno por causa no imputable a la operación.

En la estadística italiana que he recogido, la mortalidad es del 12,30 por 100.

No se puede negar que los resultados operatorios marchan gradualmente mejorando y que hoy semejan los obtenidos después de intervención quirúrgica de cierta importancia.

Ya he fijado cómo según nuestra estadística, la mortalidad operatoria es mayor para los tumores de la región dorsal que de otras regiones y más para los intradurales que para los extradurales.

El pronóstico es más grave todavía después de operaciones por tumores intramedulares, y es fácil comprender las razones. Pero estamos lejos del concepto que dominaba hace pocos años, o sea de la absoluta imposibilidad de actuar y extirpar los tumores intramedulares. Hoy los tumores intramedulares se operan con resultado. En la estadística italiana, que, sin embargo, comprende número limitado de tumores intramedulares, no hay ninguna muerte operatoria.

Es de tener en cuenta que la mortalidad operatoria es mucho menor cuando se encuentra un tumor completamente extirpable, cualquiera sea su localización, mientras alcanza límites máximos ante tumores que no se pueden quitar completamente o cuando es inextirpable y en el fondo la operación se reduce a una simple laminectomía.

Tiene grandísima importancia para el pronóstico postoperatorio el estado de la enfermedad en el momento de la intervención y la duración de la enfermedad. En la fase preparapléjica los resultados son extraordinariamente mejores que cuando se interviene en la fase parapléjica; en el estado de paraplejía flácida los resultados son desastrosos.

La causa de las muertes operatorias son la parálisis respiratoria, especialmente después de haber quitado un tumor cervical alto; la neumonía postoperatoria; la infección; el shock; la hemorragia postoperatoria.

Ya he revelado cómo, según todos los cirujanos del sistema nervioso central, el pronóstico operatorio es mucho más grave en los casos en los cuales no se puede eliminar completamente el tumor, y también en los casos en los cuales no se ha realizado, de tal modo que la operación se reduce a una simple laminectomía exploradora, que no cuando el tumor se quita completamente. Finalmente, en la estadística italiana, de cinco enfermos en los cuales no fué encontrado o no pudo extirparse el tumor, tres murieron en seguida de la operación.

•••

Los operados que no mueren en seguida de la intervención presentan, en cuanto hace a los trastornos funcionales,

efecto de la compresión medular, un curso diverso que lleva esquemáticamente a la curación, mejoría, el mismo estado o agravación.

Decimos que un operado por tumor espinal ha curado cuando puede volver y cubrir sus ocupaciones habituales, aunque tenga algún síntoma funcional.

La intensidad de la curación depende fundamentalmente del tiempo que dure la enfermedad espinal antes de la operación. Se comprende fácilmente recordando lo dicho a propósito de la patología de los tumores espinales; si está en un principio, determinan en la medula sólo un éxtasis venoso por compresión de venas; prosiguiendo el tiempo, se producen hechos degenerativos y necróticos; si los trastornos circulatorios fácilmente se reparan quitado el tumor, no sucede otro tan o con los procesos destructivos. Es difícil decir en tal caso cuánto tiempo se precisa; pero en general, si se opera el enfermo dentro del primer año de enfermedad, puede curar completamente; si se opera dentro del segundo y el tercer año, puede obtener una notable mejoría que representa la curación; si se le opera pasado el trienio, es difícil obtener aunque sea ligera mejoría.

Después de la operación frecuentemente se observa una agravación de la parálisis que existía antes, especialmente de la motora, y más particularmente los síntomas paralíticos se extienden a zonas anteriormente no paralizadas. Cuando esto sucede es debido a pequeños traumatismos realizados sobre medula y también al edema postoperatorio. Así, también, después de la operación pueden manifestarse dolores que antes no existían. Para el pronóstico definitivo es síntoma grave la parálisis flácida que substituye a la parálisis espástica; cuando existen los reflejos tendinosos se debe esperar el retorno funcional.

Entre los síntomas primeros en desaparecer tenemos, en general, los trastornos de la sensibilidad, fuera de aquellos de sensibilidad de posición que a veces persisten durante mucho tiempo; los trastornos de motilidad se restablecen en general con mayor lentitud. Los trastornos de los esfínteres se comportan de diversa manera en cada caso.

Ordinariamente estas mejorías no aparecen de manera continua, sino en períodos alternados, a veces con agravaciones, porque según Krause, la anomalía de secreción del líquido cefalorraquídeo determina, en algunos momentos, un edema que hace regresar el proceso de reparación de las vías conductoras.

Si en algunos casos la curación apareció de modo sorprendentemente rápido (de quince a diecinueve días: caso 44 de Uffreduzzi), en general reclama un largo período de tiempo y tanto más largo cuanto más ha sido la duración de la enfermedad antes de la intervención.

Cuando se opera demasiado tarde, aunque se encuentre un tumor completamente extirpable, casi siempre el síndrome funcional permanece inalterable, en el mismo estado que antes. Aun así, en estos casos la intervención no ha sido completamente inútil en cuanto ha impedido la progresión de la enfermedad dando al enfermo una prolongación de vida, no obtenida sin la intervención.

Relativamente raras son las agravaciones postoperatorias del síndrome funcional, las cuales se presentan sobre todo cuando no se ha podido hacer una extirpación completa del tumor.

También son raras las recidivas y hemos hecho notar en el capítulo de la patología de los tumores espinales que son menos malignos de los tumores malignos de los restantes del organismo, porque difícilmente dan metástasis y difícilmente recidivan.

CAPITULO VIII

INDICACIONES DE LA RADIOTERAPIA EN LOS TUMORES ESPINALES

En 1927 Saenger da a conocer tres casos de tumores medulares irradiados: dos mejorados notablemente y uno, en el cual antes de la radioterapia el cirujado había extirpado incompletamente un neuroepitelioma gliomatoso, curado después de dos años de irradiaciones locales.

Brunschweiler, Eiselsberg, Porges, Belot y Tournay, July Sicard, Laplane, Beclere y Lemaitre han referido, posteriormente, otros casos de sarcomas y de metástasis cancerígenas, irradiados sin intervención quirúrgica y después de la intervención quirúrgica incompleta, y notablemente mejorados, a veces después de una agravación transitoria.

Flatau, de 22 casos irradiados, observó 12 mejorías o curaciones.

Según Fischer, la radioterapia en algún caso concede beneficiosos efectos; de ordinario no produce mejorías y a veces determina agravaciones.

Babinski dice que en dos casos, después de una agravación transitoria consecutiva a la irradiación, fué necesario recurrir a la operación; en un tercer caso de metástasis cancerígena por cáncer primitivo de la mama se tuvo una agravación; en el cuarto caso ningún efecto.

Schaefer y Jacob, Divry, Beriel, Bergmann y Spilman han observado enfermos con tumores espinales que no han obtenido beneficio de las irradiaciones y que también han empeorado consecutivamente a este tratamiento o han presentado síntomas graves de reacción meníngea.

Hoy por hoy, los resultados de la radioterapia en los tumores espinales son muy inciertos.

Lo incompleto de las observaciones, la falta de comprobación anatómica, la diversidad de técnica radioterápica, el estudio diverso de los casos a tratar, etc., no permite deducciones muy exactas.

Por lo dicho se comprende que en los tumores espinales, sólo en casos excepcionales, como en el de Bellot y Mournay, es posible determinar antes de iniciar el tratamiento la radiosensibilidad del tumor, elemento que puede ser importante para fijar la indicación.

La radioterapia puede reconocerse útil como complemento de la intervención quirúrgica, según lo han preconizado en 1925 Flatau y Sawick; especialmente en los tumores intramedulares que no se pueden extirpar completamente.

Contribución a la ponencia 3.^a

CIRUGÍA DEL ESÓFAGO

POR EL

PROF. DR. BIRCHER

Adaptación directa del alemán por el Dr. F. G. Deleito,
exclusiva para EL SIGLO MEDICO

En esta ponencia nos limitamos a estudiar la cirugía de las siguientes afecciones del esófago:

1. Estrecheces y dilataciones.
 - a) Totales. Cardiospasmo.
 - b) Locales. Divertículos.
2. Tumores del esófago y esofagoplastias.
3. Cuerpos extraños del esófago.

I. ESTRECHECES Y DILATACIÓN DEL ESÓFAGO.
CARDIOESPASMO.

Las dilataciones pueden ser completas o casi completas; abarcar grandes extensiones del esófago, muy raras

en la práctica, o localizarse en un punto determinado, los divertículos.

Las dilataciones se dividen en dos grupos, según las causas productoras:

a) Consecutivas a estenosis: Las causas principales que las determinan son la compresión, la obturación por un cuerpo extraño, las cicatrices consecutivas a úlceras o de origen inflamatorio, las compresiones traumáticas, las debidas a torsión, las diverticulares, las consecutivas a hipertrofia muscular espástica y las congénitas.

b) Las dilataciones idiopáticas, entre las que se encuentran: el cardiospasmo primitivo o dilatación espástica difusa, las ectasias paralíticas consecutivas a la difteria y las dilataciones congénitas.

Las del primer grupo no requieren intervenciones quirúrgicas, basta con el empleo repetido y continuado de la sonda para combatirlas; en cuanto a las del segundo, sólo merece atención especial el cardiospasmo primitivo.

Para intervenir precisa conocer la causa determinante y si existen o no conjuntamente lesiones anatómicas. Muchas veces se trata de neurosis vagotónicas asociadas a trastornos psíquicos, pero otras muchas existen lesiones (fisuras y úlceras gastroesofágicas) que provocan el espasmo consecutivo. Además intervienen en su aparición factores hormonales, tóxicos e infecciosos, inflamaciones, ganglios antracósicos de la pequeña curvadura, úlceras del ventrículo, pericolicitis adhesivas y septicemias. Cuando el factor etiológico vagal no es muy importante, el cardiospasmo cesa tan pronto como desaparece la causa desencadenante; pero si el trastorno del vago es lo esencial, se observan los cuadros sintomáticos de la disfagia espasmódica intermitente y de la disfagia hipertónica permanente. Estas son rebeldes, resisten a la psicoterapia, farmacoterapia (atropina, papaverina, nitrato de plata, bromo), a la galvanización, a la faradización y a la diatermia, obligando a la intervención cruenta. Los métodos operatorios propuestos son:

I. Causales:

- a) Sobre el vago: vagolisis y resección del vago.
- b) Suprimir las lesiones ulcerosas, pericolicitis, etc.

II. Sintomáticas paliativas:

- a) Distensión.
- b) Plástica.
- c) Esofagolisis.
- d) Esofagoplicatio.
- e) Esofagostomia.
- f) Excisión de la pared.

III. Radicales:

- a) Anastomosis mediante esofagogastrostomía subdiafragmática o esofagogastrostomía supradiafragmática transpleural.
- b) Esofagoyeyunostomía.
- c) Resección del cardias.

Con las operaciones del primer grupo se han obtenido resultados variables; mejores se consiguen con las intervenciones en órganos vecinos cuando están lesionados. Las operaciones sobre el frénico han fracasado.

La distensión de la cicatriz por métodos cruentos se ha substituido con la digital, bien a través de las paredes del estómago, sin abrir éste, ya abriendo el estómago previamente, en cuyo caso puede hacerse un sondaje retrógrado. Los éxitos se ven amargados muchas veces por la aparición de recidivas.

Las plastias del cardias, seccionando todo el esófago con la mucosa longitudinalmente y haciendo una sutura



transversal, son peligrosas por la frecuencia de la infección. Por ello se ha recomendado la operación extramucosa transpleural, que parece haber dado resultado en el cardiospasma de los niños de pecho. La cardiotomía—liberar el esófago en el hiato, sacarlo al exterior y seccionar las fibras longitudinales primero y las transversales después—es una operación muy difícil de hacer, en la que la mucosa se lesiona con facilidad y que apenas si da un 50 por 100 de éxitos.

La esofagolisis, liberando el esófago del hiato, es operación peligrosa. Gregoire la hace desde la pared posterior para no abrir tórax ni abdomen. La excisión de la parte de esófago dilatado requiere una previa mediastinotomía, operación bastante peligrosa.

En 1910 recomendó Hegroosky la esofagogastrotomía transperitoneal. Según el estado del enfermo se hace o no una fistula gástrica preliminar. La elevación del arco costal y, si precisa, su resección agranda el campo operatorio. Es fácil liberar el esófago en el hiato, y la anastomosis con el estómago se hace de ordinario a nivel de la región cardial. Seguir la vía supradiafragmática como quiere Sauerbruch, es mucho más peligroso. Últimamente se ha recomendado unir el esófago liberado en la porción cardial del fundus y el espolón que se forma se secciona con una pinza o a cielo abierto. El ponente recomienda como procedimiento de elección la cardioesofagoanastomosis.

Tratamiento quirúrgico de los divertículos del esófago.—Es el capítulo más satisfactorio de la cirugía esofágica. Los progresos de la radiografía y radioscopia nos han permitido hacer diagnósticos muy precisos de la forma, extensión y asiento exactos de los divertículos y han facilitado la tarea del cirujano. La radioscopia nos enseña igualmente cuál fué el resultado funcional de la intervención que se practicó. La esofagoscopia auxilia algo, pero muy poco en relación con la radioscopia.

Con Lotheissen podemos condensar las indicaciones en la siguiente forma:

Divertículos por tracción.—Lavados del divertículo; rara vez se curan con la intervención operatoria.

Divertículos que asientan profundamente.—Tratamiento con el dilatador metálico de Brüning. La excisión operatoria no se aconseja por el enorme riesgo que trae consigo.

El tratamiento quirúrgico se limita casi exclusivamente a los *divertículos de pulsión de Zenker*. Cuando el diagnóstico se ha comprobado conviene ensayar las sondas para dilatar, pero sin prolongar este tratamiento a fin de no agotar las fuerzas del paciente. Por ello dejo el sondaje para los divertículos pequeños. Recomendando las sondas de Gottstein o la de Lotheissen.

Si el enfermo está muy agotado, hacer antes una gastrotomía. Recientemente se recomienda recurrir, siempre que sea posible, a la operación en un solo tiempo sin gastrotomía previa (Moore y Marjautschik). Los principales métodos operatorios son:

1. La diverticuloplexia.
2. La invaginación según Girard.
3. Su ligadura según Goldmann Beck.
4. La resección del divertículo.
 - a) En un solo tiempo.
 - b) En dos tiempos.
 - c) Limitando la operación al esófago.
 - d) Haciendo una anastomosis entre estómago y divertículo (Maisipogastrostomía.)

1.º La diverticuloplexia no ha dado resultados demasiado satisfactorios y es inferior a los restantes métodos

operatorios. Los divertículos se han fijado a los músculos del cuello, a los de la faringe, al hioides, al tejido conjuntivo, que se encuentra a los lados de este hueso, etc.

2.º Las invaginaciones son un método aséptico con tal de no herir la mucosa. Se hacen hacia afuera o hacia el interior del esófago formando una especie de pólipo esofágico que al cabo del tiempo se retrae y aun se desprende. No es método apropiado para divertículos grandes. Se han practicado aproximadamente unas 20 operaciones de esta clase con dos recidivas y dos fistulas, o sea un resultado muy bueno.

3.º Método de Goldmann-Beck. Se diseña el divertículo y se liga en su base una o dos veces con seda fuerte. Se tira del saco hacia fuera y se fija en la piel. Para substituir a la seda se han ideado asas metálicas. Es grande el riesgo de las fistulas consecutivas, el de la infección y el de precisar nuevas intervenciones.

4.º El método ideal es el resecar el divertículo, pero no siempre es fácil y además lleva consigo todos los riesgos de una intervención operatoria. Los divertículos del cuello (los más frecuentes) son los más adecuados para este tratamiento. Como el riesgo de la infección no es pequeño, hay que extremar todas las medidas profilácticas. Se mejorará en lo posible el estado general del paciente alimentándolo con sonda duodenal o haciendo una gastrotomía previa, se hará una limpieza a fondo de boca y dientes, se vaciará y desinfectará el saco mediante cuidadosos y repetidos lavados con agua borica, y dando al enfermo mucha agua después de las comidas para lavarlo mecánicamente. Antes de operar se hace una inyección intravenosa de suero glucosado al 10 por 100 o tutofusin.

La anestesia local tiene enormes ventajas; sólo en los muy miedosos se reforzará con escopolamina, avertina o pernoctón. Tras un corte de la piel del cuello, elegido entre los muchos recomendados, se liga la tiroidea inferior, y si precisa la superior en las proximidades del tiroides, se reseca una parte de éste si estorba para operar y se diseña el saco, lo que no siempre es fácil, sobre todo en las proximidades del recurrente. Para precisar el sitio del saco recomiendan algunos introducir en el esófago una sonda, un esofagoscopio, y algunos hacen ingerir al paciente, tres días antes de operar, un hilo provisto de una bolita de plomo. Hasta aquí el método es igual en todas las operaciones, pero desde este instante cambia, según se haga la operación en uno o en dos tiempos.

Si se hace en un tiempo se preconiza cuidarse mucho de cómo se prepara el muñón: las suturas deben hacerse en el tejido del divertículo y nunca en el esófago, para evitar estenosis. Se toma el muñón entre dos pinzas, la proximal mucho más fuerte, y se secciona con un diatermo-cauterio, próximamente de 1 ½ a 2 centímetros del esófago. Se toca con un antiséptico y se hace doble sutura con cagut y seda, suturando sólo la muscular y nunca la mucosa. Hay que dejar drenaje tres o cuatro días.

Cuando se hace en dos tiempos se fija el saco circularmente al esternocleidomastoideo y a los músculos del cuello, se lleva hacia la piel y se sutura con crin. Al cabo de unos diez días se abre la herida cutánea, se reseca el divertículo, se sutura el muñón y después los músculos y la piel. Hay ciertos detalles que precisa no olvidar, entre ellos los de prepararse un campo operatorio muy amplio, el de fijar al final del primer tiempo el divertículo en forma tal que su fondo quede más alto que el orificio de entrada, el de suturar en forma que no se disloque el esófago, no perforar las paredes del saco al diseccionarlo, y en los pequeños fijarlos bien para que no se retraigan y se nos

pierdan en los diez días que de ordinario se dejan transcurrir entre las dos fases de la operación.

El alimentar a los operados es cosa muy importante. Debe evitarse la sonda, que siempre irrita y roza la sutura favoreciendo la formación de fistulas. Mejor es recurrir a la sonda nasal. En las primeras cuarenta y ocho horas, no dar nada por la boca, sino enemas de suero artificial y de suero glucosado. Al tercer día se empezará a dar agua esterilizada con un poco de alcohol. Sólo excepcionalmente se recurrirá a la gastrotomía secundaria para alimentar a los operados.

Cuando el divertículo es muy profundo o epifrenal, las dificultades y los riesgos operatorios se acrecientan. En los epibronquiales da medianos resultados la mediastinotomía. Sauerbruch, en uno de estos casos recurrió a la vía transpulmonar. Los epifrenales se operan por vía trans o retropleural, resecando las costillas décima y undécima.

Lotheissen recomienda, en estos divertículos, anastomosarlos con el estómago, bien sea llevando éste hacia la cavidad pleural o introduciendo el divertículo en la abdominal. Esta operación la denomina *maesipogastromía*; se ha practicado muy raras veces y no siempre con éxito.

Nunca debe omitirse la radioscopia para comprobar si todas estas intervenciones han dado el resultado apetecido o si se inician las recidivas.

II. TUMORES DEL ESÓFAGO. CÁNCER.

No obstante los esfuerzos, ensayos, experimentos y operaciones ideadas para combatir el cáncer del esófago, los resultados son tan pobres y deficientes que se ha pensado en substituir las intervenciones quirúrgicas por otros medios como el radio y los rayos Roentgen. Los métodos utilizados hoy en día son:

- a) Resección total del cáncer.
- b) Gastrotomía paliativa.
- c) Tratamiento por intubación.
- d) Radio y roentgenterapia combinadas al tratamiento quirúrgico.

Resección total del cáncer. Esofagoectomía.—Dada la gravedad de la intervención, hay que mejorar el estado del enfermo por todos los medios posibles. Esta preparación es tanto más precisa cuanto mayores sean las probabilidades de éxito. Para ello se utiliza el reposo, alimentación, etc., y además conviene mejorar la limpieza del tumor por lavados. La gastrotomía previa tiene las siguientes ventajas:

Permitir una alimentación más rica que mejore el estado general.

Dejar en reposo el órgano enfermo favoreciendo su limpieza y disminuyendo los riesgos de infección.

Permitir que el paciente se alimente bastante bien después de operado.

Evitar tener que hacerla de un modo tardío en casos en que precisa interrumpir la operación o hacerla en dos tiempos.

Cuando el tumor asienta en el cardíaco se puede explorar de un modo directo.

Hoy día se discute si no será preferible la duodenotomía o la yeyunostomía previas, pues en los casos en que precisa utilizar el estómago para plastias, la gastrotomía es un estorbo.

Como el choque operatorio ha de ser grande, se recomienda exigir que el enfermo tenga una tensión arterial máxima no inferior a 125 milímetros y un 60 por 100 de hemoglobina. Como tónicos previos recomienda el ponente la tutofosina por vía intravenosa.

En los cánceres del tercio superior está contraindicada la anestesia general, en los restantes es imprescindible. El cloroformo y éter tienen sus riesgos y debe pensarse en la avertina y en el pernoctón, sobre todo en el último, pues hay que anestesiarse contra las quemaduras y en esta operación se usa bastante el termo.

En la resección hay que distinguir tres grupos de operaciones, según que el cáncer asiente en la porción cervical del esófago, en la torácica o en la toracoabdominal. Los cánceres de la porción superior son los más asequibles, pero aun así los resultados son muy malos, pues casi siempre están afectos los órganos vecinos.

Los problemas que tiene que resolver el cirujano—aparte del de la anestesia, que forzosamente ha de ser local—son: la resección del cáncer y sutura de los dos muñones; el tratamiento y cuidado de esta herida; el cuidado de la tráquea y el de la herida cutánea.

La gastrotomía previa es ineludible.

No hay que olvidar que el objeto primordial de la operación es la extirpación total del tumor y que todo hay que subordinarlo a ello. A pesar de tratarse de un trozo corto se han podido resecar hasta 9 centímetros de esófago. Casi nunca es posible suturar los dos cabos del esófago, sutura que además traería consigo estenosis cicatriciales. Precisa hacer una plastia posterior o sondar durante mucho tiempo. En algunos casos favorables se puede suturar la pared posterior y dejar que el resto cicatrice por granulación. Visto que prácticamente no puede pensarse en suturar los cabos del esófago, hay que cuidar de hacer la sección de la piel en forma que después sean posibles las plastias. Para obtener buen resultado hay que extraer totalmente el tumor antes de abrir la tráquea, y la sección del esófago debe ser el final de la extirpación. El cabo superior se lleva hacia afuera y arriba y su mucosa se sutura con la piel. El cabo inferior conviene suturarlo al ángulo esternal de la herida. Si no fuera posible, nos conformaríamos con un taponamiento. Los cabos deben limpiarse con antisépticos. Se hará un drenaje con goma para favorecer el desagüe de las mucosidades.

Cuando hay que llevarse tráquea y laringe, preservar las vías respiratorias de posibles contaminaciones. La traqueotomía previa no resuelve nada.

Los cuidados ulteriores se dirigen a evitar la mediastinitis, la pulmonía secundaria y las hemorragias tardías. Si ha de hacerse plastia posterior cuidaremos de no radiar, pues las radiaciones secundarias dificultan las plastias.

Siendo muy deficientes los resultados obtenidos con las intervenciones en los carcinomas de la porción superior, son peores todavía los que se alcanzan en los del tercio medio, tanto que se hacen grandes esfuerzos para ver de utilizar combinaciones de la cirugía con el radio.

Podemos llegar al esófago por el lado izquierdo del tórax o por el derecho. Por el lado izquierdo tenemos las cuatro vías: transpleural por fuera de la aorta; transpleural por dentro de la aorta; extrapleural por fuera de la aorta y extrapleural por dentro de este vaso. En el lado derecho se marcan cinco vías: entre la columna vertebral y los arcos costales, por dentro de la vena ácigos; extrapleurales por dentro y por fuera de la ácigos y transpleurales también por fuera o por dentro de dicha vena. Basta con esta enunciación para darse idea de las dificultades que esta intervención tiene que vencer. En la práctica sólo hay tres vías útiles: la retropleural, la transpleural y la transpulmonar. Debemos evitar buscar el esófago por la izquierda, pues la presencia de la aorta aumenta todas

las dificultades, mientras que por el lado derecho sólo tropezamos con la vena ácigos que puede ligarse.

Es indispensable la gastrotomía previa y se extremarán cuantas medidas indicamos antes para levantar previamente las fuerzas del paciente. Alguna vez podrá ser necesario hacer yeyunostomía en vez de gastrotomía. Ha de preocuparse el cirujano de estas tres cosas: hacer camino para llegar hasta el esófago y el tumor, aislar y extirpar éste y restablecer la continuidad del esófago o crear uno nuevo mediante la correspondiente plastia. Se hará anestesia con éter y oxígeno, procurando insuflar y colapsar alternativamente el pulmón, lo que es una buena gimnasia cardíaca.

He aquí la marcha de la operación: Incindir desde la espina del omoplato a lo largo de la columna vertebral hasta llegar al séptimo espacio intercostal, y entonces seguir la incisión a lo largo de éste. Seccionar los músculos y hacer hemostasia muy minuciosa; seccionar la extremidad posterior de las costillas cuarta y séptima y abrir la pleura; echar las costillas hacia afuera y aparece el mediastino. Atirantar y abrir la pleura desde el diafragma hasta la parte inferior del cayado aórtico, y de este modo se libera bien el esófago con los dedos. Sostener el esófago con un asa. Aislar el tumor de los órganos periféricos; si se propaga por la pared de la aorta no debemos seguir la operación. Si hubiera que abrir la otra pleura, colocar una compresa húmeda para evitar accidentes respiratorios y cerrarla en seguida. Aislado el esófago con el tumor, se secciona la pleura hasta la cúpula y se libera el esófago de nuevo. En estos momentos no es raro que aparezca el choque y nos veamos obligados a interrumpir la operación y dar oxígeno al paciente. Ligar el esófago por debajo del tumor y seccionar con el termo o electrocauterio. Se sutura el cabo inferior, y el superior con el tumor se lleva hasta el cuello. Cerrar provisionalmente el tórax, incindir por delante del esternocleidomastoideo, rechazar los grandes vasos y buscar y liberar el esófago; sacarlo con el tumor al exterior.

Se vuelve a abrir el tórax, se sutura la pleura, se cuida de que el mediastino quede bien cerrado, y luego por planos se suturan la pleura parietal con el tejido intersticial, los músculos y la piel, cuidando el anestesista de tener el pulmón distendido durante todas estas operaciones para evitar el neumotórax. Casi siempre hay que dejar un drenaje inferior. Desde la herida del cuello se hace un túnel subcutáneo hasta el segundo espacio intercostal, y aquí se secciona la piel para abrirlo. Se hace pasar el esófago por ese túnel y se saca al exterior. Se sutura a la piel y se secciona el tumor con el termo. El cabo debe quedar abierto para que fluya la saliva.

Dar en seguida todos los remedios para combatir el choque, inminente siempre, y algo de morfina para evitar el dolor. En las primeras veinticuatro a cuarenta y ocho horas dar líquidos por enemas o por vía subcutánea; después, líquidos por la fistula gástrica, y tan pronto como creamos consolidado el muñón del cabo inferior del esófago, unir el superior con la fistula gástrica mediante un tubo y alimentar por vía oral al paciente.

Los resultados no son buenos, y son tanto peores cuanto más se tardó en intervenir.

Se han ideado modificaciones para evitar alguno de los riesgos de esta intervención; otros han preconizado operar en dos tiempos. Muchas de las técnicas preconizadas sólo se basan en experimentos llevados a cabo con animales. En otras el número de casos es bien corto y los resultados bien malos para recomendarlas. La posición

especial del tumor y sus conexiones y adherencias obligan a veces a modificar la técnica mientras se opera.

En resumen—dice el ponente—, si consideramos las enseñanzas de los 100 casos publicados, debemos confesar que, no obstante dos éxitos registrados, la cirugía del cáncer del segundo trozo del esófago ha fracasado hasta la fecha y que hay que pensar en nuevos métodos o nuevos procedimientos para ver de lograr nuestros deseos.

Mejores resultados se obtienen con los cánceres de la porción inferior. El tumor puede buscarse por vía torácica o por vía abdominal; hoy día sólo se utiliza esta última para evitar la infección de la pleura. El ponente preconiza reseca la porción cardíal del estómago y la parte inferior del esófago restableciendo la unión entre ambos órganos. Si hubiera cáncer del estómago, puede combinarse esta operación con la resección total del estómago. Puede utilizarse esta operación para combatir el cardioespasmo intenso y la torsión de esta viscera.

No precisan lavados previos de estómago, basta con hacer ingerir abundantes cantidades de agua y dar un poco de atropina para inhibir la secreción gástrica. Utilizar la anestesia total por inhalación. Se secciona la piel, y entonces, a la vista de las lesiones, se decide cuál va a ser la extensión y alcance del acto operatorio. Si nos decidimos por la resección del cardíal, es preciso proceder en primer término a separar el estómago y el esófago de sus adherencias peritoneales, comenzando por seccionar la porción de peritoneo que rodea al esófago y va a formar más tarde el ligamento gastrohepático. Liberado este cabo esofágico se atrae esta viscera unos pocos centímetros hacia el abdomen, procurando evitar crear un neumotórax y separar al mismo tiempo el neumogástrico. Se fija entonces con unos puntos de sutura al peritoneo y se procede a ocluirlo. Se ligan todos los vasos vecinos con doble o triple ligadura, y con una pinza se aísla la parte de estómago que pensemos reseca. Se ligan todos los vasos del ligamento gastroesplénico; se refuerzan las ligaduras que ocluyan el esófago y se procede a la resección de la parte enferma. El esófago puede suturarse en la parte reseca del estómago, o bien cerrar ésta por completo y crear una nueva abertura en la pared posterior o en la anterior. Para asegurar el reposo de la herida y ulterior cicatrización, se hace una yeyunostomía, que se prolonga ocho a diez días.

Zaaijer y Hedblom preconizan la operación en tres tiempos, a saber:

- 1.º Laparotomía para comprobar cómo es el tumor y gastrotomía.
- 2.º (Al cabo de tres semanas.) Resección extrapleural de las costillas sexta a undécima.
- 3.º (Tres a cuatro semanas después.) Liberar el tumor a través del diafragma, llevar la porción distal del esófago al estómago y cavidad pleural, cerrar el diafragma. La porción proximal del esófago con el tumor se sutura en la piel y se cierra la herida. Más tarde se hace una plastia esofágica. El método sólo da resultados poco duraderos.

Métodos paliativos.—Se reducen a tres:

- a) La gastrotomía.
- b) El entubado.
- c) La esofagoplastia.

La gastrotomía. Es operación sencilla; se hace con anestesia local, y se consigue alargar la vida del enfermo de cuatro a seis meses, rara vez más.

El entubado de la parte estenosada se encuentra abandonado hoy día.

La esofagoplastia es sólo una operación paliativa que apenas tiene indicaciones en los casos de carcinoma grave.

Ni la electrocoagulación ni el radio han dado resultados hasta la fecha. Menos aún se consigue con la farma coterapia.

Pasa el ponente después a estudiar los métodos de plastias utilizados para reponer el esófago, eliminado en una operación, estudiando las ventajas y desventajas de cada uno. Las plastias pueden hacerse:

A expensas de la piel.

Utilizando un asa del intestino delgado.

Sirviéndose del intestino grueso.

A expensas del estómago.

Los métodos son múltiples en cada caso, y apenas existen estadísticas de cada uno que llegue a los seis o siete casos; son raras las que pasan de diez. De su estudio minucioso de todos ellos, saca el ponente esta conclusión:

La creación artificial de un esófago capaz de funcionar puede considerarse hoy día como una operación utilizable con técnicas bastante bien establecidas. Poseemos diversos métodos y todos ellos dan resultados bastante apreciables y satisfactorios. El más simple, menos peligroso y que en estos últimos años va utilizándose cada vez más, es la plastia dermatoesofágica. La coloplastia es el método que más se acerca a aquél por su falta de grandes riesgos. En cambio, las plastias a expensas del yeyuno traen consigo riesgos no despreciables y su técnica es bastante más complicada. Las gastropplastias son operaciones grandes que sólo se utilizan excepcionalmente.

III. CUERPOS EXTRAÑOS EN EL ESÓFAGO.

Los cirujanos han sido los más interesados en extraer los cuerpos extraños por sus vías naturales, y ellos han creado la esofagoscopia. Mas reconociendo los extraordinarios servicios que ha prestado y presta, no podemos por menos de reconocer que a veces fracasa y hay que recurrir a las intervenciones quirúrgicas.

El diagnóstico debe confirmarse siempre con el esofagoscopio o la radiografía.

El cirujano debe informarse, antes de intervenir, acerca de los siguientes puntos:

1.º Forma del cuerpo extraño; pudiendo dividirse éstos en dos grupos:

a) Cuerpos ásperos, puntiagudos o cortantes, que pueden producir heridas secundarias, incluso cuando se extraen mediante operación.

b) Cuerpos de superficies lisas y de calibre moderado, que no hacen más que obstruir la luz del conducto.

2.º Sitio del esófago donde el cuerpo se encuentra detenido, y con ello además:

a) Posición.

b) Si el esófago es normal o se encuentra alterado (estrecheces patológicas).

3.º Si se han presentado complicaciones. Las principales son:

a) Hemorragias de los vasos esofágicos o de los vecinos (aorta, carótida, arterias y venas del cuello, vena ácigos).

b) Abscesos y ulceraciones locales.

c) Necrosis de laringe o tráquea por compresión.

d) Infecciones de mediastino, pleura, pericardio o pulmón.

e) Fistulas.

f) Intentos de extracción del cuerpo por otros médicos o por profanos.

Con todos estos datos, el cirujano verá lo que le conviene hacer, que nunca será recurrir a los cestos, pinzas, etcétera, tan utilizados antes.

Las vías para llegar al cuerpo extraño pueden ser:

La esofagotomía cervical.

La gastrotomía.

La esofagotomía torácica

La primera sirve sólo para cuerpos extraños, que no hayan llegado más allá de 25-27 centímetros de la arcada dentaria. Se hace por el lado izquierdo, haciendo la incisión a lo largo del borde anterior del esternocleidomastoideo. Casi siempre hay que abrir el esófago. Se evitará suturar; es mejor que cicatrice la herida por segunda intención.

La vía gástrica se reserva para cuerpos extraños, situados de 40 centímetros para arriba de la arcada dentaria, pero de todos modos, incluso cuerpos situados en el medio de la porción torácica se extraen mejor a través del cardias que por la esofagotomía. Para que el diafragma se eleve lo más posible, precisará a veces seccionar los frénicos. El riesgo principal es el de herir la pleura. También debe pensarse en la posibilidad de impulsar hacia el estómago cuerpos extraños situados en plena porción torácica, sea desde la boca, sea previa una esofagotomía cervical.

Si la mortalidad es relativamente elevada, se debe a que casi siempre se operan casos muy malos, que llegan tarde a manos del cirujano, y que ya están complicados.

Se reservará la vía torácica para los casos en que haya fracasado la abdominal. De ordinario se recomienda hacer una incisión de la tercera a la novena vértebras dorsales, reseca las costillas octava, séptima, quinta y sexta, y buscar pacientemente el esófago y el cuerpo extraño. Hay que evitar herir la vena ácigos y el neumogástrico.

Las complicaciones más frecuentes son: las hemorragias primarias o secundarias, muchas veces mortales; los flemones del cuello; los del mediastino y la perforación del esófago con el esofagoscopio.

Estado actual de la etiología y tratamiento del raquitismo

POR EL

DR. FRANCISCO JAMATOBO Y ARRANZ

I

El raquitismo, según la reciente definición de Marfan, es una afección crónica de la infancia, caracterizada esencialmente por una hinchazón, reblandecimiento y deformación de los huesos. Estas alteraciones son por lo general múltiples y simétricas.

Los conocimientos sobre el origen y el tratamiento de esta enfermedad tan singularmente frecuente, han sufrido recientemente modificaciones considerables que suponen una transformación tan fundamental, que nos ha parecido oportuno realizar un trabajo de conjunto en el que dejaremos bosquejado desde el punto de vista elemental y puramente práctico estas interesantes cuestiones.

I

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA DEL RAQUITISMO

En el año 1930, el profesor Marfan, una de las más distinguidas figuras de la Pediatría mundial, ha publicado un

**Rompa el
circulo vicioso**



Insuficiencia de los minerales indispen-
sables—Sodio, Potasio, Calcio, Hierro y
Manganeso—inevitablemente conduce al
agotamiento de la vitalidad.

En los casos de Neurastenia, Debilidad,
Anemia, Caquexia, falta de resistencia y
otros estados de agotamiento, el Jarabe de
Fellows suple esas sales tan indispensables
en forma asimilable, además de fósforo,
quinina y estricnina que son estimulantes
de primera necesidad.

Dosis: Una cucharadita tres veces al día.

Fellows Medical Manufacturing Co., Inc.
26 Christopher Street, Nueva York, N. Y.

Jarabe de FELLOWS

DE HIPOFOSFITOS

MUESTRAS
A
PETICION

SUMINISTRA LOS MINERALES INDISPENSABLES

Salicitiro

SALICILATO DE SOSA Y TIROIDINA EN SOLUCION FUERTEMENTE ALCALINIZADA
2 gramos de salicitato de sosa por cucharada

PERFECTAMENTE TOLERADO POR VIA BUCAL

Evita los trastornos gástricos.

Aumenta la eficacia salicílica.

Normaliza el terreno hipometabólico reumático.

**EN EL REUMATISMO
POLIARTICULAR AGUDO, CRONICO, etc.**

MUESTRAS Y LITERATURA - DEPARTAMENTO MEDICO DEL
LABORATORIO JUSTE - Francisco Navacerrada-3-Hotel
Teléfono 55.386-Apartado de Correos 9030-MADRID



Ayuntamiento de Madrid

ANTALGOL DALLOZ

Granulado

Neuralgias - Jaquecas - Gripe - Lumbago - Ciática
Gota - Reumatismo agudo o crónico

J. DALLOZ, 13, Boulevard de la Chapelle, PARIS

Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

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

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

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

FORMAS FARMACÉUTICAS :

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

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

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

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

Concesionarios Generales
para la Exportación :
LECZINSKI & C^o
67, Rue de la Victoire
Paris

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

**LIPIODOL
LAFAY**

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

LACTOLAXINE FYDAU

COMPRIMIDOS de FERMENTOS LÁCTICOS LAXANTES
son base de Fermentos Lácteos seleccionados,
Sales biliares, Agar-Agar, Maltel Holsina.

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

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

LABORATORIOS BIOLÓGICOS de ANDRÉ PARIS

*Farmacéutico de 1^{er} Grado,
Em-interno y Jefe de Laboratorios de los Hospitales de Paris,
4, Rue de La Motte-Picquet, PARIS (Francia).
SE ENCUENTRA EN TODAS LAS DROGUERIAS Y FARMACIAS
DEPOSITARIOS en ESPAÑA
E. y J. A. RIERA, Nápoles, 166, BARCELONA.*

interesante y documentadísimo opúsculo dedicado al estudio de la etiología, patogenia y tratamiento del raquitismo, en el cual se realiza una de esas labores de conjunto en las que son maestros los médicos de lengua francesa. Sobre el patrón de este trabajo hemos de realizar nuestra tarea de dar a conocer a los lectores el estado actual de estas interesantísimas cuestiones. Seguiremos la pauta por él marcada añadiendo únicamente algunos otros trabajos aparecidos en época posterior a la de la publicación del mencionado estudio.

Como causas eficientes del raquitismo deben considerarse todas las infecciones o intoxicaciones crónicas aparecidas en ciertas fases del período de osificación. Para dar lugar a este síndrome deben actuar las mencionadas causas en el período que va desde los últimos meses de la vida intrauterina y la edad de la soldadura de las epífisis, la cual se produce aproximadamente a los dieciocho años. Sin embargo, el momento en que actúan prácticamente estos factores eficientes de la producción del raquitismo, es entre las últimas semanas de la vida fetal y los diez primeros meses de la vida. Los raquitismos llamados tardíos no son, por lo general, más que raquitismos prolongados o recidivantes.

El factor eficiente que con más frecuencia actúa en la producción del raquitismo es la sífilis. De este modo, obsérvese con frecuencia casos de esta distrofia en individuos sometidos a lactancia materna, con buena higiene, sin trastornos digestivos e indemnes de tuberculosis y en los que, sin embargo, coexisten con las manifestaciones raquíticas otra serie de estigmas propios de la sífilis congénita.

Es necesario indicar en este lugar, que la infección sífilítica puede producir en el niño dos clases de alteraciones óseas: unas propiamente específicas, osteocondrales o periostóticas, que en grados avanzados pueden dar lugar a la enfermedad de Parrot, y otras de apariencia no específica que pueden igualmente ser producidas por otras causas y que constituyen el raquitismo. Según Marfan, el raquitismo de origen sífilítico puede considerarse como muy próximo en su significación clínica a lo que Fournier consideraba con el nombre de parálisis. Estas dos clases de lesiones pueden presentarse aisladas o asociadas sobre el mismo hueso. Las primeras están producidas por la acción directa del treponema y las segundas son debidas, al parecer, a una reacción general del organismo que se produce de modo muy semejante en todas las infecciones.

La tuberculosis, en sus formas tórpidas y no graves, es también, aunque con menos frecuencia, un factor en la producción del raquitismo. La prolongada evolución de las formas atenuadas de la tuberculosis conocidas clínicamente con el nombre de «escrófula», da tiempo para que se produzcan las alteraciones de la médula ósea y del cartílago que conducen al raquitismo. La tuberculosis congénita, producida por los virus filtrantes, puede igualmente ser causa de raquitismo, aunque actualmente la interpretación de su mecanismo sea particularmente oscura y difícil.

Otra serie de infecciones de evolución lenta, aparecidas en el primer año de la vida, pueden ser factores causales del raquitismo. Las bronconeumonías de evolución prolongada y con recaídas, la difteria larvada de la nariz o del cavum faríngeo, las piodermitis prolongadas y extensas, y, según Le Dantec, el paludismo de los lactantes, pueden ser otros tantos agentes etiológicos del raquitismo.

Por lo tanto, repetimos que todas las infecciones de evolución prolongada que pueden aparecer en el niño en el período de mayor actividad de la osificación, o sea durante todo el primer año, pueden dar lugar al raquitismo, siendo,

sin embargo, de todas ellas la que con mayor frecuencia la produce, la sífilis.

Entre las intoxicaciones crónicas que pueden dar lugar al raquitismo, merecen citarse en primer lugar aquellas que son consecuencia de una alimentación defectuosa o de trastornos del aparato digestivo muy prolongados.

La lactancia artificial instituida inmediatamente después del nacimiento, y sin necesidad de que vaya seguida de trastornos digestivos, puede dar lugar al raquitismo. La leche animal, por la que se reemplaza la de la madre, es, según Mouriquand, un alimento incompleto y desequilibrado, por lo cual ha de establecerse en el niño sometido muy precozmente a esta alimentación un mecanismo de nutrición diferente del que tiene el niño lactado al pecho. Aun cuando su aspecto clínico sea normal, el trastorno del metabolismo se pone en evidencia por el análisis de las heces y de la orina. Este trastorno metabólico pone en libertad sustancias que actúan como veneno sobre el organismo infantil. Existe, por lo tanto, en el niño prontamente privado de su alimentación natural una autointoxicación, que Marfan ha llamado «distrepsia», y que se manifiesta por una «trofotoxemia» que puede ser causa de un grado mayor o menor de raquitismo.

Según Lesné, si a la alimentación con leche animal se añaden harinas y, sobre todo, pan, aumenta el poder raquitígeno de la trofotoxemia mencionada. Cuando se trata de un régimen carente, el raquitismo toma una forma clínica especial que constantemente acompaña a la enfermedad de Barlow y que es un ejemplo claro del raquitismo debido a una alimentación carente de vitaminas.

Los autores americanos han demostrado experimentalmente en ratas sometidas a un régimen alimenticio falto de fósforo, la producción de una distrofia ósea semejante al raquitismo. Trátase, por lo que se ve, cuando no de un raquitismo, por lo menos de una osteopatía raquitiforme producida también por una deficiencia alimenticia.

Cuando un organismo está sometido a un régimen carente prodúcese en él un trastorno del metabolismo, en el cual se liberan sustancias nocivas. A los efectos propios de la carencia en sí misma, se unen los de una autointoxicación, que produce, entre otras consecuencias, el raquitismo.

Sin embargo, el raquitismo se produce de un modo particularmente frecuente cuando la alimentación artificial da lugar a trastornos digestivos crónicos. De entre todos éstos, el que actúa más frecuentemente es la diarrea común muy prolongada o de evolución por recaídas, cuando aparece después de los tres meses y el niño, por lo tanto, puede sobrevivir a ella. Cuando ocurre antes, el niño muere antes de que se hayan podido desarrollar los trastornos propios del raquitismo. En general, repetimos, todas las afecciones digestivas prolongadas determinan una autointoxicación por las sustancias anormales que la viciosa digestión y el microbismo intestinal ponen en libertad. En el niño privado del seno materno, a esta intoxicación se añaden los efectos de la autointoxicación distrépsica que resulta de esta privación misma, y las dos causas unidas producen el raquitismo.

A estas intoxicaciones productoras de raquitismo, debemos añadir en este lugar las de los niños nacidos de madres eclámpicas, algún caso descrito de diabetes congénita productora de raquitismo, lo que ha recibido el nombre de enanismo renal, con lo que se quiere indicar las alteraciones óseas con enanismo, producidas a consecuencia de nefropatías congenitadas aparecidas clínicamente en el curso de la primera infancia. Igualmente puede incluirse en este grupo

la distrofia raquitiforme producida por Remond y sus colaboradores, extirpando el bazo en las ratas jóvenes.

En la especie humana no ha podido demostrarse la intervención de las intoxicaciones exógenas en la producción del raquitismo, seguramente por la rareza con que éstas pueden producirse en el curso del primer año de la vida. Sin embargo, en los animales, las sales de talio y estroncio, el fosfato potásico, etc., han dado lugar al raquitismo experimental.

Todos estos hechos, someramente expuestos, sirven para indicar que, tanto las infecciones crónicas como las intoxicaciones prolongadas, cuando actúan sobre el organismo en el curso del primer año de la vida, que es el período más activo de la osificación, pueden dar lugar al raquitismo.

Aparte estas causas productoras y eficientes del raquitismo, debemos señalar en este lugar algunas otras que actúan únicamente como factores predisponentes.

En primer lugar, debemos recordar la predisposición hereditaria al raquitismo que claramente puede observarse en algunas familias. La estancia prolongada en habitaciones oscuras donde difícilmente entra la luz del sol, está considerada por ciertos autores alemanes y americanos como la causa esencial y única del raquitismo. La ausencia de los rayos ultravioleta, que no atraviesan los cristales de las ventanas, es para éstos el factor más importante. Sin embargo, en opinión del mencionado Marfan y como resultado de sus investigaciones de muchos años, la carencia de rayos solares no debe considerarse como causa fundamental en la producción del raquitismo. Igualmente debe considerarse como factor predisponente para el raquitismo la falta de aireación y la inmovilidad prolongada.

Existen, al parecer, condiciones individuales o colectivas que protegen a determinados niños de la acción raquitígena de las infecciones o intoxicaciones.

Las que pudiéramos llamar inmunidades individuales frente al raquitismo, son todavía en esencia desconocidas, pero su existencia es indudable en casi todas las regiones y países donde de un modo endémico se padece esta distrofia.

Para explicar las inmunidades colectivas se han emitido diferentes teorías, pero, en realidad, el hecho es extraordinariamente complejo y caben en él las más dispares interpretaciones. Cada uno ha pretendido deducir de estas inmunidades conclusiones favorables para su particular punto de vista en estos problemas.

Patogenia del raquitismo.—Los autores americanos han venido efectuando, desde el año 1921, investigaciones experimentales y químicas que han modificado fundamentalmente el concepto sobre las causas y mecanismo de producción del raquitismo. Las investigaciones de todos ellos han tenido como precedentes las observaciones efectuadas por Vogel, Fischl y Kassowitz, en las que se hacía notar que los casos de raquitismo se presentan con mayor frecuencia al final del invierno y comienzo de la primavera y que en los meses de Octubre y Noviembre es cuando más escasa es su presentación. Este hecho fué interpretado en el sentido de considerar que como en los meses de invierno los niños podían salir menos de sus habitaciones, recibían en menor intensidad la acción de la luz.

En el mencionado año de 1921, Pappenheimer, Hess y Mac Cann, demostraron que se puede producir de un modo absolutamente constante una distrofia raquitiforme en las ratas blancas, sometidas a una alimentación desprovista de fósforo. Estos hechos, que fueron comprobados por otros autores, llevaron a los americanos a considerar cómo la causa inmediata de la producción de las lesiones raquíticas era una disminución del fósforo inorgánico en la sangre. El

calcio, según afirmaban estos autores, no se fija en los huesos más que con la ayuda del fósforo, y si éste falta, no puede en consecuencia éste producirse y se produce el raquitismo. Esta teoría ha sido objeto de duras críticas por multitud de autores, pudiéndose afirmar como resumen que el raquitismo humano no está producido por una alimentación pobre en fósforo.

Huldschinsky anunció en el curso del año 1919, que la aplicación de los rayos ultravioleta modifica de una manera notable y con rapidez las lesiones óseas y aun el estado general de los raquíticos. Hess comprobó que la aplicación de estas irradiaciones impide o cura la distrofia raquitiforme de las ratas blancas, producida por la falta de fósforo. Estas experiencias parecieron traer de nuevo la idea del origen lumínico del raquitismo. Esta acción antirraquítica de los rayos ultravioleta ha adquirido en estos últimos tiempos una importancia considerable.

Una serie de investigaciones emprendidas por Hume en el año 1922 han demostrado que la irradiación ultravioleta es capaz de conferir a ciertos alimentos o medicamentos propiedades tales que su ingestión produce el mismo efecto que la irradiación directa. Hess, Kramer y otros, han demostrado que es suficiente hacer ingerir a los raquíticos leche irradiada para obtener resultados idénticos a los que producen directamente estas radiaciones. En la prosecución de estas investigaciones sobre los alimentos irradiados se ha visto que únicamente los que contienen colesteroína animal o vegetal son capaces de ser sensibilizados por los rayos ultravioleta.

La colesteroína pura, sin embargo, no es activable, lo que ha llevado al convencimiento de que son las substancias vecinas de este producto, llamadas esteroides, de funciones etilénicas, las que contienen las propiedades de activarse. En 1927, Windaus demostró que uno de estos esteroides, la ergosterina, era muy fácilmente activable. Esta substancia, descubierta hace muchos años en el cornezuelo de centeno, ha sido encontrada también en la levadura de cerveza, de donde se la extrae actualmente. Actúa como una previtamina, que se convierte en vitamina por la acción de los rayos ultravioleta. Este producto, administrado a la dosis de 3 a 4 miligramos por día durante algunas semanas, ejerce una acción semejante a la de la aplicación directa de los rayos ultravioleta. En el aceite de hígado de bacalao se encuentra el ergosterol con todas las propiedades del producto ya irradiado, causa que explica las propiedades antirraquíticas que desde antiguo se le venían concediendo.

Existe en el organismo un principio preciso para la formación del tejido óseo, que es en opinión de la mayoría de los autores la vitamina D, y cuya falta en el momento del crecimiento da lugar al raquitismo. Este producto ha sido identificado posteriormente con el ergosterol irradiado, y se ha demostrado su presencia en la sangre, en la piel y en las glándulas. Este se transforma en elemento antirraquítico por la acción de los rayos solares.

Tal es la última forma de la teoría patogénica solar del raquitismo.

Contra esta teoría se han opuesto multitud de objeciones. Cuando estudiemos la parte referente al tratamiento referiremos algunos argumentos en este sentido.

Admitiendo con Marfan que las infecciones e intoxicaciones crónicas son las causas eficientes del raquitismo cuando actúan en el período de mayor actividad osificadora, puede explicarse igualmente la acción favorable que sobre este estado tienen los rayos ultravioleta y del ergosterol irradiado.

El ergosterol natural no irradiado existe en el organis-

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARIS

PREMIO ORFILA
1872



PREMIO DESPORTES
1904

DIGITALINE NATIVELLE

CRISTALIZADA

**Obra más regularmente que todas
las preparaciones de Digital**

Gránulos al 1/10 de miligramo. — Solución al milésimo.
Ampollas al 1/4 de miligr. para inyecciones intramusculares.
Ampollas al 1/5 de miligr. para inyecciones intravenosas.

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession — PARIS (XV^e)

Draeger.

MEDICACIÓN ANTIANAFILACTICA POLIVALENTE

GRAGEAS
Inalterables sin olor

PRURIGO de los NIÑOS
GRAGEAS INALTERABLES
GRANULADOS

GRANULADOS

PEPTALMINE

4

PEPTONAS
de
CARNE y de PESCADO

PEPTO-ALBUMINAS
y
HARINA DE TRIGO
en la
envoltura

EXTRACTOS
de
HUEVO y de LECHE

CONGESTION del HIGADO INSUFICIENCIA HEPÁTICA
**PEPTALMINE
MAGNESIADA**
4 PEPTO-ALBUMINAS
y Sulfato de Magnesia
COLECISTITIS CRONICAS MIGRAÑAS
COLITIS

GRAGEAS
y
GRANULADOS

GRAGEAS
y
GRANULADOS

COLAGOGO

Laboratoire des Produits Scientia D^eE Perraudin. Ph^e del^e Cl^e #21, rue Chaptal, Paris (9^e)

— BARACHOL —

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

LABORATORIOS HISPANIA.—VILLAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)

SPASMOSÉDINE

ANTIESPASMÓDICO — SEDANTE NERVIOSO

El primer sedante y antiespasmódico estudiado especialmente para la

TERAPIA CARDIO - VASCULAR

Laboratorios DEGLAUDE
Medicamentos cardíacos especializados.
PARÍS

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



De venta en todas las farmacias.

Única Medicación de las **ENFERMEDADES del HIGADO**



reuniendo las
OPOTERAPIAS HEPÁTICA Y BILIAR
con los **COLAGOGOS** más activos.
2 a 12 PILDORAS al día ó **1 a 6 cucharaditas** de postre de **10 Gr. de SOLUCIÓN**

ESTREÑIMIENTO Y AUTOINTOXICACIÓN INTESTINALES



Tratamiento Racional según los últimos trabajos científicos.

EXTRACTO de BILIS glicerinado y PANBILINE
SUPOSITORIOS Y ENEMA

1 supositorio cada día ó **1 a 3 cucharaditas** de las de café de Rectopanbiline en solución en **160 gramos** de agua hervida caliente. Mitad en los niños

Muestra y Literatura: **LABORATOIRE de la PANBILINE, ANNONAY (Ardeche) FRANCE.** Representantes en ESPAÑA: Giménez Salinas y C.ª, Sagüés, 2 y 4. **BARCELONA (S. G.)**

LABORATORIOS CORBIÈRE - PARIS

SUERO ANTI-ASMÁTICO DE HECKEL

MUESTRAS GRATIS

AMPOLLAS de 5 Cent. cúbicos para **ADULTOS**
AMPOLLAS de 2 Cent. cúbicos para **NIÑOS**

LA EXCITACIÓN DEL NEUMOGÁSTRICO ESPASMA LOS BRONQUIOS Y CAUSA LA CRISIS DE ASMA. SI POR MEDIO DEL SUERO de HECKEL, SE EXCITA EL GRAN SIMPÁTICO, LA ACCIÓN DEL NEUMOGÁSTRICO QUEDA ANIQUILADA Y EL ESPASMO CESA

FERNAND BEJAR, Agente G^{al} para **ESPAÑA**, 20, Ruiz Perello, **MADRID** (9)

mo animal y procede probablemente como los otros esteroides y como la colesteroína misma, una parte de la alimentación y otra del organismo en sí. En estado natural, como ya hemos dicho, el ergosterol no tiene ningún poder antirraquítico, adquiriéndolo cuando sufre la influencia de los rayos ultravioleta. Este producto se almacena en el organismo, principalmente en el hígado, y de él sale según las necesidades lo requieren. Existen igualmente teorías que tratan de demostrar la producción espontánea, fuera de la influencia de los rayos solares, del esterol antirraquítico.

Las deficiencias de ergosterol pueden proceder de una falta de producción o de una falta de conservación. Por analogía con lo que pasa con la colesteroína, puede pensarse lógicamente que las enfermedades infecciosas o tóxicas impiden la formación del ergosterol o favorecen su eliminación o su destrucción. Igualmente estos procesos patológicos pueden actuar en el organismo ya en déficit de ergosterol irradiado, produciendo reacciones en los huesos y cartílagos que dan lugar a la producción del raquitismo.

Por lo tanto, y ésta parece la hipótesis única, capaz de explicar todos los hechos de observación, una enfermedad infecciosa o tóxica aparecida en los primeros meses de la vida y suficientemente prolongada es capaz de producir el raquitismo por el doble mecanismo de disminuir la producción del ergosterol en el organismo del niño y afectar los huesos y los cartílagos.

Ahora bien; aunque la carencia de los rayos solares no es capaz por sí sola de producir el raquitismo, fácilmente se comprenderá que es un poderoso predisponente. Esta influencia ha sido comprobada por todos los autores, aunque en buena lógica no debe valorarse más allá de lo que es debido.

Cuando se somete a un niño raquítico a la acción de los rayos ultravioleta, lo que se consigue es un aumento en la actividad de la porción de ergosterol no destruida, sin aumentar la ya existente, y proteger la célula cartilaginosa contra la acción raquítica de las infecciones e intoxicaciones. Con esta teoría emitida por Marfan, como ya hemos indicado, queda perfectamente explicada la acción de la actinoterapia en el raquitismo.

Con estas palabras hemos pretendido brevemente desarrollar de un modo práctico el concepto actual que se tiene sobre el raquitismo, abandonando sin querer un poco el aspecto objetivo de la cuestión y exponiendo nuestro personal criterio, que en un todo coincide con el del profesor Marfan, en cuyas buenas fuentes hemos encontrado la explicación más plausible y lógica en el conjunto de complicados hechos que a diario nos ofrece la observación de niños raquíticos. En el próximo número, y sirviéndonos de precedente las palabras dichas en esta información, procuraremos sintetizar igualmente las cuestiones referentes al interesantísimo punto del tratamiento.

27 Febrero 1932.

BIBLIOGRAFIA ⁽¹⁾

LA DENTITION CHEZ LES ENFANTS, par Emile Cassonte. Charsé du Cours de Clinique Médicale Infantile à la Faculté de Médecine de Marseille. Médecin des Hôpitaux.

Acaba de enriquecerse la Biblioteca de Pathologie Infantile que dirigen los profesores P. Nobécourt y R. Cruchet con este interesantísimo libro sobre la dentición en los

(1) Sólo haremos el estudio crítico de las obras de que nos sean remitidos dos ejemplares.

niños, debido a la pluma del profesor Cassonte, libro dedicado a los médicos y a los odontólogos.

Modernamente se ha demostrado la gran importancia que tiene el examen detenido de la cavidad bucodentaria en todas las edades, pues muchos procesos patológicos de oscuro origen son producidos por alteraciones y enfermedades locales en esta región, muy abandonado su examen y estudio en la actualidad.

Divide esta interesante y práctica obra en catorce capítulos, en los que se estudian: La anatomía de los dientes y su morfología; La evolución de la primera dentición, su orden cronológico de aparición, las erupciones tardías y las anomalías; Reabsorción y caída de los dientes temporales; Anomalías de erupción y de las caídas de los dientes; Erupción de los dientes permanentes; Los accidentes de la dentición locales y generales; Las erosiones dentarias, capítulo muy interesante que indica diversos procesos patológicos: la sífilis con el diente de Hutchinson, raquitismo, etc.; Malformaciones dentarias; Caries dentaria, etiología, síntomas y tratamiento profiláctico y terapéutico. Y termina con un interesantísimo y práctico capítulo sobre La septicemia bucodentaria en la etiología de las enfermedades infecciosas, septicemia que proviene de infecciones focales de origen bucodentario.

Sabemos que los microbios son abundantísimos en esta cavidad, y no solamente penetran en la boca y en las cavidades nasales, sino también las infecciones gingivodentarias consecutivas a caries o piorreas pasan a la sangre, produciendo diversos procesos patológicos generales; estas infecciones siguen al nivel de los dientes cariados y, sobre todo, al nivel de los dientes obturados, y, como dice gráficamente Hunter, estas obturaciones son muchas veces «verdaderos mausoleos de oro sobre las masas de infección». Los americanos que describieron el pseudorreumatismo de origen dentario, etc., etc., hacen una campaña contra estas obturaciones, prefiriendo la extracción de estos dientes y una buena prótesis después.

En resumen: es éste un libro de muchas enseñanzas que no debe faltar en la biblioteca de todo médico.

DR. B. HERNÁNDEZ BRIZ

ELEMENTOS DE FISIOLÓGIA GENERAL, por el Dr. V. Morros Gordá. Prólogo del profesor Dr. G. Marañón. Madrid, 1931.

La presente obra—que llega a nuestras manos con gran retraso, pues apareció hace próximamente un año, según creemos—constituye, sin duda alguna, un libro de orientación moderna, conforme a los propósitos que manifiesta el autor en unas palabras preliminares. Un buen criterio de selección de datos y hechos domina en todos los capítulos.

Siguiendo un plan preconcebido, el autor ha dado cabida a puntos que no son en absoluto o apenas tocados en otros manuales análogos (véase en Herencia, Constitución, etc.)—nos referimos a obras extranjeras, pues, desgraciadamente, en nuestra literatura médica de fisiología no hay a este respecto objeto de comparación—; asimismo se tratan aquí sucintamente algunas cuestiones de bioquímica pura, que aun cuando, claro es, inseparable del aspecto fisiológico puro, muchos la consideran disciplina, en lo que cabe, aparte. Así, pues, con esto son ofrecidos aquí al estudiante y al no puesto al día en estos temas los puntos de apoyo indispensables, dispersos muchos de ellos en distintas materias, para la perfecta comprensión de tan fundamentales problemas.

En resumen, un buen libro donde bajo un plan deter-

minado se tratan escuetamente los distintos temas, sin ambages, con perfecta claridad y, sobre todo, con un espíritu moderno.

A. MORANA JIMÉNEZ

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

Fraser y Menton. ESTOMATITIS GONOCÓCICA.—La estomatitis gonocócica es una afección rara en el recién nacido, pero, sin embargo, puede adquirirse, como la infección ocular, en el acto del parto. En el adulto, los casos señalados pueden considerarse como excepcionales y están favorecidos en su aparición por ulceraciones preexistentes de la mucosa bucal o lingual.

Los autores hacen referencia de un caso en un hombre de veintitrés años que el día 13 de Marzo tuvo un coito sospechoso. El día 15, por sufrir náuseas, metióse los dedos en la boca para provocar el vómito. El día 16 notó los primeros síntomas de una uretritis gonocócica y una conjuntivitis. El día 17 notó inflamación de las encías y las amígdalas estaban cubiertas de una pseudomembrana grisácea. Encontróse el gonococo en los exudados bucal, uretral y conjuntival. Después de un tratamiento local con permanganato potásico e inyecciones de vacuza antigonocócica mejoró la uretritis que se había mantenido únicamente anterior y curaron la estomatitis y conjuntivitis sin complicaciones.

Con motivo de este caso discuten los autores la puerta de entrada de la estomatitis. No parece que se trate de un origen metastásico, ya que no ha tenido propagación posterior de su uretritis, el gonococo se ha encontrado fácilmente en la boca y el suero no aglutinaba con el mencionado germen. Piensan que el gonococo ha sido introducido directamente en la boca por los dedos del enfermo, contaminados en la uretra, ya que la fecha de dos días es suficiente para dar gonococos a nivel del meato sin producir todavía supuración.

Es preciso, para efectuar correctamente un diagnóstico de este género, identificar cuidadosamente el gonococo, distinguiéndole de los otros gérmenes Gram negativos que existen en la mucosa bucal. (*British Med. Jour*, 13 Junio de 1931).—TOMÉ.

Dimalesscu. DIABETES INSÍPIDA POR LESIONES ESCLEROSAS ESPECÍFICAS LOCALIZADAS EN LAS REGIONES DE LA SILLA TURCA Y POSTERIOR.—Se trata de una observación efectuada en Abril de 1931 en un hombre que en el año 1913 había padecido una sífilis que no había sido tratada nunca. En 1923 comenzó a presentar polidipsia y poliuria. Dos años más tarde, dolores fulgurantes en los miembros inferiores. Poco antes de ser observado por el autor sufrió una pérdida de conocimiento, seguida de hemiparesia izquierda y de ictus congestivos pasajeros seguidos de confusión mental y de agitación ligera.

El examen clínico ponía de manifiesto desigualdad pupilar en signo de Argill Robertson; en el fondo del ojo, atrofia postneurítica derecha de naturaleza específica; la papila del lado izquierdo, un poco decolorada. Paresia facial izquierda, ligera ataxia de los miembros inferiores; marcha normal. Signo de Romberg. Reflejos tendinosos y óseos de los miembros inferiores, abolidos. Trastornos sensitivos casi nulos. Polidipsia muy acentuada, de ocho a nueve litros por día; orinas limpias, de densidad 1.001, sin glucosa. No hay polifagia y sí marcados trastornos psíquicos.

El examen radiográfico muestra una silla turca oval de diámetro longitudinal alargado en el sentido posterior. Apófisis clinoides anteriores normales; borrosas las anteriores. Senos de la cara aumentados de volumen. En la región posterior de la silla se ve claramente una zona de aspecto reticular muy marcado y del tamaño de una nuez pequeña.

Como tratamiento se efectuó una terapéutica antisifilítica, seguida de malarioterapia, inyecciones intramusculares de leche y, por último, inyecciones subcutáneas de extracto posterior de hipófisis. Únicamente una de las inyecciones de extracto hipofisario hizo descender temporalmente la poliuria y la polidipsia; pero al cabo de veinticuatro horas alcanzó de nuevo la misma intensidad.

En suma, un síndrome de diabetes insípida en un anti-guio sífilítico tabético, a consecuencia de una lesión escleromosa localizada en la región infundibular. (*Spitalul*, Bucarest, 9 de Septiembre de 1931).—TOMÉ.

Pallasse, Dechaume y Arnaud. LESIONES DE LA CADENA SIMPÁTICA EN LA ENFERMEDAD DE RAYNAUD.—Una enferma de cincuenta años que presentaba un comienzo de gangrena a nivel del pie derecho y acusaba trastornos circulatorios a nivel de las extremidades de los miembros, murió al cabo de un año de asistolia.

Los autores han extraído los ganglios de la cadena simpática laterovertebral, el ganglio cervical inferior derecho y el ganglio lumbar izquierdo.

En estos dos ganglios, el examen microscópico ha demostrado algunas infiltraciones linfocitarias en la vaina conjuntiva en el contacto inmediato con el ganglio y en medio de las células ganglionares algunos nódulos o sectores linfoplasmocitarios. A nivel de las arterias tibial, anterior, pedia y colateral, se encuentra una proliferación de la endarteria, conduciendo casi a la desaparición de la luz del vaso, sin afectación de las otras tunicas. En la medula suprarrenal se observan también nódulos linfoplasmocitarios y manguitos perivascuales.

Las lesiones de los ganglios simpáticos de la cadena laterovertebral en la región cervical, igual que en la región sacra, permiten admitir a los autores que se trata de lesiones primitivas, causas de los trastornos vasomotores que se observaron en esta enferma. Para ellos las lesiones vasculares observadas, de carácter no inflamatorio, son lesiones secundarias consecutivas a las del ganglio simpático.

Estos hechos vienen en apoyo de la teoría nerviosa, que dejando de ser puramente funcional, ocuparía el primer lugar, por delante de la teoría vascular, en la patogenia del síndrome de Raynaud. (*Lyon Medical*, núm. 30, 1931).—TOMÉ.

Pardo Duany. EPITELIOMA DE LA PALMA DE LA MANO. El enfermo que presenta en este relato muestra un epitelio ma de la palma de la mano. Lesión ésta interesante por su localización poco frecuente.

Respecto a la estructura del tumor es digno de notarse la producción exagerada de células córneas que vemos en el interior de los cordones neoplásicos. Si bien es verdad que aspectos análogos los vemos en epitelomas del mismo tipo situados en regiones que no son la planta de los pies y palmas de la mano, en este caso particular nos parece propio considerar que el exceso de producciones córneas obedece sin duda a la biología del epitelio que recubre esta región, que como sabemos se distingue por la propiedad que tiene de producir una capa córnea superior en espesor a las demás regiones del cuerpo. (*Vida Nueva*, Habana, 15 de Mayo de 1931.)



Complicaciones Furunculares y Flemonosas de la **DIABETES**

En casos aparentemente incurables, si la condición general, metabolismo y procesos locales no ponen en peligro la vida, deberá aplicarse un tratamiento sencillo y moderado, recurriendo a la ayuda de cautelosa y persistente cirugía menor.

Los cirujanos se inclinan más y más al tratamiento conservativo de furúnculos y carbunclos, especialmente en personas diabéticas, y algunos facultativos llegan en muchos casos hasta abstenerse de hacer incisiones y depender de aplicaciones externas.

La *Antiphlogistine*

acelera la desintegración de los exudados y toxinas, y al estimular la actividad celular, constituye una aplicación local adecuada que produce reacciones fisiológicas determinadas que son la base de toda curación.

DEPAUPERANTE

RESOLVENTE

La ANTIPHLOGISTINE se fabrica en España.

The Denver Chemical Mfg. Co., 163 Varick St., Nueva York, N. Y.

Agentes exclusivos de venta para toda España:

HIJOS DEL DR. ANDREU.— Calle de Folgarolas, 17.— BARCELONA

POR UNA PESETA Y CINCUENTA CÉNTIMOS

puede adquirir uno de los siguientes tomos de la

Biblioteca de EL SIGLO MEDICO—MONOGRAFIAS

- I. **Hemoptisis tuberculosas y no tuberculosas**, por el Dr. Valdés Lambea.
- II. **La demencia precoz**, por el Dr. Vallejo Nágera.
- III. **Diagnóstico y tratamiento de las dermatosis más frecuentes**, por el Dr. Javier María Tomé y Bona.
- IV. **Los problemas clínicos de la úlcera del estómago**, por el Dr. Fidel Fernández Martínez (de Granada).
- V. **La blenorragia aguda y su tratamiento**, por el Dr. Angel Pulido Martín.
- VI. **El médico rural ante las distocias más frecuentes**, por el Dr. Vital Aza.
- VII. **Los problemas clínicos del estreñimiento rebelde**, por el Dr. Fidel Fernández Martínez (de Granada).
- VIII. **La Epilepsia**, por el Dr. José M.^a de Villaverde.
- IX. **El médico práctico ante la difteria y sus complicaciones. Intubación laríngea**, por el Dr. García Vicente, y **Alteraciones de la voz, laringitis y ronquera**, por el Dr. Huarte Mendicoa.
- X. **El tratamiento del reumatismo**, por Federico Peco y Manuel M. Sellés.

Los envíos a reembolso llevan un aumento de 0,75 pesetas, por lo cual conviene el previo pago de 1,50 pesetas en sellos de correo o giro postal.

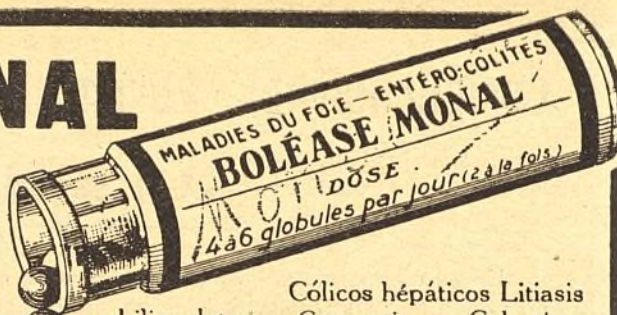
BOLEASE MONAL

Globulos glutinizados de extractos completos
— et inalterables de Bilis et de boldo —

COLAGOGO - TÓNICO - HEPÁTICO - ANTI-TÓXICO

Enfermedades del Hígado
y del Intestino

DOSIS : 4 à 6 glóbulos por día



Cólicos hepáticos Litiasis
biliar, Icterias, Congestiones, Colemias,
Enteritis. Estreñimiento crónico,
auto-intoxicaciones

LABORATOIRES MONAL & C^{ie}, 6, RUE BRIDAIN, PARIS

Muestras y Literatura : M. BENEYTO. Representante. Antonio Maura 5 y 7, Apartado 648, MADRID

Vias respiratorias

JARABE FAMEL
à base de Lactococcus soluble

ACCIÓN
RÁPIDA
Y
SEGURA

calma la tos
facilita la expectoración
reanima el estado general

Depósito general para España
Candel y Morán-Aragón 228 - Barcelona

Lysoform

PRODUCTOS ANTISÉPTICOS

1. DESINFECTANTE de olor agradable para usos clínicos y terapéuticos. Desinfección del instrumental, ginecología, dermatología, partos cirugía y para el cuidado de enfermos infecciosos. Secante y cicatrizante rápido de heridas. Adoptado por las Facultades de Medicina.
2. ELIXIR DENTRIFICO único verdadero antiséptico de la boca y para el cuidado de la dentadura. Evita infecciones.
3. JABON ANTISEPTICO medicinal, de tocador neutro y perfumado, para cutis sensible.

R. TESCHENDORFF. - Serrería, 9, Grao (Valencia)

VACANTES

—La de Carrión de los Condes (Palencia), p. judicial de Carrión de los Condes; por oposición; juzgada por Tribunal especial; tercera categoría; vacante por nueva creación; dotación 2.200 pesetas y 125 familias de Beneficencia; censo 8.331 habitantes. Hay otra titular.

Tribunal: Presidente: D. Mauro Martín de Prado, inspector provincial de Sanidad.

Vocales: D. Juan Pérez Ortega y D. Angel González Gutiérrez, médicos titulares inspectores municipales de Sanidad de Villaherreros y Revenga de Campos, respectivamente; y secretario, D. Teodomiro Rodríguez López, secretario del Ayuntamiento de Carrión de los Condes.

—La de San Ildefonso (Segovia), p. judicial de Segovia; por oposición; Tribunal ordinario; tercera categoría; vacante por nueva creación; dotación de 2.000 pesetas y 150 familias de Beneficencia; censo 4.317 habitantes.

Tribunal: Presidente: D. Santiago Colomo de la Villa, inspector provincial de Sanidad.

Vocales: D. Agustín Moreno Rodríguez, médico del Instituto provincial de Higiene; D. Leopoldo Moreno Rodríguez, subdelegado de Medicina de Segovia; D. José Apellániz y D. Felipe Pérez, médicos titulares inspectores municipales de Sanidad, y

Secretario: el del Ayuntamiento de San Ildefonso.

—La de Oza de los Ríos (La Coruña), p. judicial de Betanzos; por oposición; Tribunal especial; segunda categoría; vacante por defunción; dotación 2.750 pesetas y 300 familias de Beneficencia, censo 5.609 habitantes.

Tribunal: Presidente: D. Ramón Fernández Cid, inspector provincial de Sanidad.

Vocales: D. José Fernández Rodríguez y D. Andrés Regueiro, médicos titulares inspectores municipales de Sanidad de Santiago y Carballo, respectivamente; y

Secretario: D. Guillermo Sevane Sánchez, secretario del Ayuntamiento de Oza de los Ríos.

—Por nueva creación, la de Lugros (Granada) y sus anejos Policar y Beas de Guadix, p. judicial de Guadix, con el haber de 2.750 pesetas por 125 familias de la Beneficencia, Población, 2.600; categoría 2.^a; instancias hasta el 24 de Mayo.

Observaciones.—Antigüedad.

Datos.—L. a 14 km. de la c. de p., cuya est. es la más próx., y a 49 de la c. Policar, 350 hab., y Beas, 500; Lugros resto.

(Continúa en la página siguiente.)

sencillas, pero era tan grande el ascendiente que este hombre extraordinario, de poderoso rostro, ejercía sobre sus conciudadanos y sobre los hombres de su época, que todo París siguió su fétetro.

(Comunicado por el Secretariado de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, 2, Avenue Velázquez, París.)

Más de once mil médicos recetan y toman ellos o sus familias el
ELIXIR CALLOL

La cartera de «Decio Carlan»

Hay muchas gentes en quienes el dolor de cabeza es una variedad del acto de reflexionar y lo evitan cuidadosamente haciendo gala de ello.

Ich.

En literatura el medio más seguro de tener razón es haberse muerto.

V. Hugo.

Los elementos de uno y otro mundo son nuestras representaciones, productos de nuestra inteligencia sana o enferma; y si es difícil hallar una nota que

“MALTOPOL”

Extracto de malta en polvo; contiene diastasa y vitaminas en forma concentrada. M. F. Berlowitz.—Alameda, 14, Madrid.

permite distinguir en general las representaciones sensibles y reales de las representaciones poéticas imaginarias, es sin duda imposible, en muchos casos,

decidir si una representación dada es real o imaginaria, como se confunden también sin que haya frontera delimitada que los separe, el mito, la leyenda y la historia.

Este mundo imaginario, creación subjetiva del hombre, adquiere cierta adjetividad real por medio del arte, que esculpe en piedra las esfinges, funde en bronce los dragones, fija por la escritura las leyendas dramáticas en ritos imponentes, la mitología, etc.; mas todavía adquiere una mayor y más intensa realidad por la colaboración social, la traducción y la enseñanza.

En este mundo, compuesto de representaciones reales e imaginarias, se mezcla y confunde lo que es realmente con lo que podría ser y lo imposible; lo que sucede en efecto, con lo que nosotros deseáramos que sucediera y lo que concebimos que debiera suceder.

Simarro.

GOTAS SANGUINEAS ROYEN

Peptonato de Hierro, Cuasía y Strophantus.

Renovación del aire.

La renovación del aire debe consistir en algo más que en una ventilación casi teórica que consista en abrir los balcones y ventanas. La ventilación es una cosa, y otra la renovación del aire. Hay veces que sería preferible dejar cerrada una habitación si el aire no se notara enrarecido, tal es la impureza del que nos llega de la calle. En cambio, colocando en varios rincones de la habitación recipientes de cloruro de cal y ver-

tiendo sobre el cloruro de cal ácido sulfúrico diluido en agua, se obtendría una purificación notable del ambiente.

En el comercio se expenden bolsitas o paquetitos convenientemente preparados, con los cuales se desinfectan las habitaciones; pero puede conseguirse lo mismo rociando el pavimento con cloruro de cal líquido, haciendo fumigaciones o vertiendo una onza de ácido sulfúrico sobre dos onzas de cloruro de cal seco.

CATARROS. TOS JARABE MADARIAGA. benzocinámico.

El derecho del público a criticar las obras teatrales.

Los Tribunales franceses acaban de dictar una sentencia curiosa, en la cual se decide que toda persona que haya adquirido una localidad para ver una obra teatral, tiene derecho a ocupar esa localidad hasta que termine la representación y a manifestar, si lo estima conveniente, su desagrado por la obra.

Esta sentencia de los Tribunales franceses ha sido determinada por los siguientes hechos:

Se representaba una comedia en Dunkerque. En uno de los entre actos, pasaron al café del teatro dos espectadores.

Jarabe Bebé. - Tetradinamo. - Septicemiol. - Purgantil (Jarabe de Frutas) Véase anuncio, página IV.

res, los cuales censuraron la obra. El empresario, que tomaba una cerveza en una mesa próxima a la que ocupaban los dos improvisados críticos, oyó los

Número de orden.	CONCEPTOS	Tipos al tanto por ciento.	Número de orden.	CONCEPTOS	Tipos al tanto por ciento.
	se substituye con la numeración que le corresponda, por los siguientes conceptos, que tributarán por los nuevos tipos que se establecen:			y aprovechamiento de todas clases y los de servicios personales, con la única exclusión de los contratos de trabajo en que el salario estipulado no exceda de 6.000 pesetas, incluso los arrendamientos a tanto alzado o en otra forma, de la recaudación de contribuciones, impuestos o arbitrios, cualquiera que sea la naturaleza del documento en que consten, excepto los de arrendamientos de fincas urbanas que se hagan mediante documento privado y las prórrogas, subarriendos, subrogaciones, cesiones y retrocesiones de los arriendos sujetos al impuesto	0,60
	La emisión, transformación, amortización o cancelación de obligaciones simples emitidas por Sociedades mercantiles o industriales, incluso las cédulas del Banco Hipotecario de España y las de Crédito Local, tributarán al	0,60		También se comprenden en este número los contratos de arrendamiento de las adjudicaciones de proyectos de ordenación de montes públicos.	
	Los mismos actos, cuando se trate de obligaciones hipotecarias emitidas por Sociedades de las clases indicadas, tributarán al	1,00		«49.—Las pensiones, gratificacio-	
	Disposición 3.ª Los conceptos de los números 7 y 49 de la actual tarifa quedan redactados, sin modificación de tipo tributario, en la forma siguiente:				
	«Arrendamientos.—La constitución de arrendamiento de bienes, derechos				

comentarios y montó en cólera. Intervino en la conversación y acabó por depositar sobre la mesa de los espectadores el importe de sus localidades,

Para las **Estafilococlas de todas clases** forúnculos, ántrax, erupciones de primavera y verano **BARDANOL.**

dando, al mismo tiempo, orden de que se les impidiese volver al teatro.

Los que así eran tratados protestaron enérgicamente ante la policía, y al otro día ante el juez, quien dictó sentencia condenando al empresario a pagar cien francos de indemnización a cada uno de los demandantes y las costas del juicio, declarando, además, muy explícitamente el derecho del público a criticar la obra que se represente, fuera o dentro del teatro, y aun durante la representación.

La naranja y la salud.

He aquí tres autorizadas opiniones médicas favorables a la naranja:

«Está admitido hoy—dice el doctor Lucien Flament—que los niños, en su período de lactancia, soportan fácilmente la leche esterilizada y aun la con-

ANTIPHLOGISTINE

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

centrada, si se tiene cuidado de darles de tiempo en tiempo un poco de jugo de naranja.»

El doctor Dauphin dice:

«Las naranjas contienen el máximo de vitaminas y no contienen nada de alcohol.»

Por su parte, el doctor Imbert manifiesta lo siguiente:

«Muy rica en vitaminas, la naranja evita las enfermedades llamadas de carencia, como el escorbuto y la enfermedad de Barlow, siendo éste el motivo por el cual se debe dar a los niños de pecho todos los días dos cucharadas de las de café de jugo de naranja bien madura. La acción de la naranja es particularmente eficaz en la higiene de los dientes y de las encías. Comiendo muchas naranjas se evita la caries. Para tener una boca bella, unos dientes blancos y unas encías sanas y frescas, hay que comer naranjas en abundancia.»

EL CHOCOLATE ZORRAQUINO

por su pureza y poder nutritivo constituye una eficaz ayuda en los enfermos y convalecientes, y por su exquisita elaboración, es una deliciosa golosina para los sanos.

De venta en Madrid: Mantequillas Leonesas y principales establecimientos, provincias, y Zaragoza: Despacho, Coso, 56.

Homenaje al Dr. Cheynet.

La Beneficencia pública ha decidido favorablemente sobre la proposición de M. Bouchet, director del Hospital de la Piedad, pidiendo para el Dr. D. Emilio Cheynet, médico del mismo, el grado de caballero de la Legión de Honor.

El Dr. Cheynet tiene actualmente treinta y cuatro años. Primeramente estuvo externo, después interno en la maternidad de la Piedad permaneciendo como asistente en el servicio que dirige el profesor Jeanin.

Estando en este servicio M. Cheynet, en Julio del 1930 fué llamado a practicar con urgencia y sin guantes un parto artificial. Desgraciadamente tenía una pequeña cortadura en el dedo pulgar, la cual al romper una ampolla se envene-

nó. Al siguiente día el mal había progresado horriblemente y fué diagnosticado de asepticemia estafilocócica; por esta razón podría decirse que el

Borolumyl (sin bromuro), medicamento racional y muy activo contra la epilepsia, vómitos del embarazo. Tolerancia absoluta. Sedante del sistema nervioso.

Dr. Cheynet recibe la cruz que le conceden a título de homenaje póstumo.

Luchó siempre con energía ejemplar a pesar de los atroces sufrimientos que tuvo que pasar. Durante dos meses fué curado en su casa, pero al fin tuvo que ingresar en el Hospital de la Piedad en el servicio del Dr. Loepez. Por siete veces le intervinieron con transfusión de la sangre y veintisiete con el bisturí; y el desgraciado, a los nueve meses, agotado en todas sus fuerzas, se levantó (si así puede llamarse) con una parálisis que le cogía por completo las extremidades inferiores. La parte espiritual se conservaba en perfecto estado, y sin duda alguna ello le había ayudado a resistirse. A fines de Junio, fecha en la que pudo volver a su casa, tuvieron que darle masajes diariamente para que sus músculos cobrasen estabilidad.

El Dr. Cheynet es hoy un hombre válido; gracias a los médicos que prodigaron sus cuidados y gracias a su te-

JARABE ALMERA

a base de fosfato de cal gelatinoso, el más asimilable.

nacidad abnegada, juntamente con la que su madre le manifestó en cada minuto, ha podido escapar de la muerte. La cinta roja que en adelante lucirá la botonera de su solapa le recordará siempre que la voluntad de curar es un gran polo de resistencia.

M. P. B.

Número de orden.	CONCEPTOS	Tipos al tanto por ciento.	Número de orden.	CONCEPTOS	Tipos al tanto por ciento.
	nes, jubilaciones u orfandades concedidas por Corporaciones y por Sociedades y Asociaciones que no sean de carácter mutuo, sostenidas por las cuotas de sus socios o por ellas y por donativos benéficos, aunque la entrega se verifique de una vez, pagarán:			meramente fines instructivos o de mejoramiento de las condiciones del trabajo, y por las Asociaciones cooperativas de Socorros mutuos que, formando un fondo social con las entregas o cuotas periódicas de sus asociados y con los donativos benéficos que reciban, se limiten a repartir pensiones o auxilios a los mismos socios o a sus familias en casos determinados de paralización del trabajo, enfermedad o muerte, o al sostenimiento y educación de los descendientes de los asociados, tributarán, según su cuantía, por el tipo que corresponda de los señala:	
a)	Desde 1.000 a 2.000 pesetas anuales.....	0,50		dos para las herencias a favor de los hijos.»	
b)	Desde 2.000,01 pesetas.....	1,00		«Corporaciones locales. — Las adquisiciones de bienes y derechos de todas clases por herencia, legado o donación que se realicen por las Cor-	
	Disposición 4. ^a Se incluye en la tarifa del impuesto de Derechos reales, con la numeración que les corresponda, los dos siguientes conceptos:				
	«Asociaciones obreras y cooperativas.—Las adquisiciones de bienes y derechos de todas clases, por herencia, legado o donación, que se realicen por Asociaciones obreras legalmente constituidas y que persigan				

SANATORIO PEÑA-CASTILLO

SANTANDER

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

Director: EXCMO. SR. D. M. MORALES
HOZNAYO. — La mejor agua de mesa.

GOBERNACIÓN. — Orden. — Por Orden de este Ministerio fecha 13 del corriente mes inserta en la *Gaceta* del 17, se convocó concurso oposición para cubrir, entre otras, una plaza de médico residente en el Sanatorio marítimo de La Malvarrosa (Valencia), dotada con el haber anual de 2.500 pesetas, con sujeción a las normas fijadas en la convocatoria de esa Dirección general, inserta en la propia *Gaceta*, y creada otra plaza más de médico residente en el mismo Sanatorio, con igual dotación,

Este Ministerio ha dispuesto que la convocatoria antes mencionada se en tienda para dos plazas de médicos residentes del Sanatorio marítimo de La Malvarrosa, dotadas cada una con el haber anual de 2.500 pesetas, juzgándose el concurso oposición con arreglo a las normas contenidas en la circular de esa Dirección general de 17 del actual, antes citada. (*Gaceta* del 27 de Abril.)

—Por renuncia, la de San Pedro de Riudevitlles (Barcelona), p. judicial de Villafranca, con el haber de 1.650 pesetas por 00 familias de la Beneficencia. Población, 1.560; categoría 4.ª; instancias hasta el 24 de Mayo.

Observaciones. — Antigüedad.

Datos. — V. a 12 km. de la c. de p. y a 36 de la c. Estación más próx. San Sadurni de Noya, a 8 km.

— Por defunción, la de Montmayor (Barcelona), p. judicial de Berga, con el haber de 1.375 pesetas. Población, 772; categoría 5.ª; instancias hasta el 24 de Mayo.

Observaciones. — Antigüedad.

Datos. — L. a 72 km. de la c. La est. más próx., Navas, a 13 km.

— Por renuncia, la de Oria (Almería), p. judicial de Purchena, con el haber de 2.750 pesetas por 300 familias de la Beneficencia. Población, 3.496; categoría 2.ª; instancias hasta el 24 de Mayo.

Observaciones. — Antigüedad. Hay otra titular.

Datos. — V. a 10 km. de la c. de p. y a 78 de la c. La est. más próx., Cantoria, a 20 km.

— Por renuncia, la de San Miguel de Salinas (Alicante), p. judicial de Orihuela, con el haber de 1.650 pesetas por 50 familias de la Beneficencia. Población, 1.522; categoría 4.ª; instancias hasta el 24 de Mayo.

Observaciones. — Antigüedad.

Datos. — L. a 19 km. de la c. de p. y a 57 de la c. La est. más próx., Benijofar y Torrevieja, a 11 km.

(Continúa en la página siguiente.)



✦ TRATAMIENTO EFICAZ ✦

REUMATISMO	ESQUIZOFRENIA
YODOVISAL	MANGAN-ARSENIL
Salicilato sosa.	Cacodilato de manganeso.
YODURO potasa.	Cacodilato de sosa.

Muestras y literatura:

D. FENOLLOSA
PAZ, 26 VALENCIA

Balneario de Carlos III

TRILLO Temporada de 1.º de Julio
— a 15 de Septiembre. —

Médico-director en propiedad: Excmo. Sr. D. Victor M.ª Cortezo.

Nervios. - Reuma. - Escrófula. - Piel.

Deliciosa estación de verano. — Gran parque y monte.
Clima de montaña, 780 metros.

Servicio directo desde Madrid en tres horas.

Informes y folletos:

HOTEL LEONES DE ORO, Carmen, 30, Madrid.

FOSFOTIOCOL

TOSES Y CATARROS

—Por renuncia, la de Almuradiel (Ciudad Real), p. judicial de Valdepeñas, con el haber de 1.650 pesetas por 25 familias de la Beneficencia. Población, 1.303; categoría 4.ª; instancias hasta el 24 de Mayo.

Observaciones.—Antigüedad.

Datos.—V. a 30 km. de la c. de p. y a 80 de la c. Ferr.

—Por renuncia, la de Villahermosa del Río (Castellón), p. judicial de Lucena del Cid, con el haber de 2.750 pesetas por 65 familias de la Beneficencia. Población, 2.521; categoría 2.ª; instancias hasta el 24 de Mayo.

Observaciones.—Antigüedad.

Datos.—V. a 20 km. de la c. de p. y a 48 de la c., cuya est. es la más próx.

—Por incapacidad justificada, la de Balluércanes (Burgos), p. judicial de Miranda de Ebro, con el haber de 1.375 pesetas por 00 familias de la Beneficencia. Población, 428; categoría 5.ª; instancias hasta el 24 de Mayo.

Observaciones.—Antigüedad.

Datos.—V. a 22 km. de la c. de p. y a 55 de la c. La est. más próx., Pancorbo, a 7 km.

—Por renuncia, la de Anna (Valencia) y su anejo Esteber, p. judicial de Enguera, con el haber de 2.750 pesetas por 107 familias de la Beneficencia. Población, 2.477; categoría 2.ª; instancias hasta el 24 de Mayo.

Observaciones.—Antigüedad.

Datos.—V. a 70 km. de la c. y 6 de Enguera. La est. más próx., Alcudia, a 8 km.

—Por defunción, la de Benifairó de Valldigna (Valencia), p. judicial de Alcira, con el haber de 2.200 pesetas por 110 familias de la Beneficencia. Población, 1.403; categoría 3.ª; instancias hasta el 24 de Mayo.

Observaciones.—Antigüedad.

Datos.—L. a 14 km. de Alcira y 55 de la c. Ferr.

—Por renuncia, la de Estercuel (Ternel), p. judicial de Aliaga, con el haber de 2.750 pesetas por 30 familias de la Beneficencia. Población, 2.611; categoría 2.ª; instancias hasta el 24 de Mayo.

Observaciones.—Antigüedad.

Datos.—V. a 24 km. de la c. de p. y 80 de la c. La est. más próx., Utrillas, a 6 km.

INSTRUCCIÓN PÚBLICA Y BELLAS ARTES. — En el capítulo 9.º, artículo único, concepto 18 del presupuesto vigente de este Departamento, figura una plaza de inspector técnico de servicios de la Facultad de Medicina de Madrid, y debiendo recaer el cargo en quien ofrezca las mayores garantías para el mejor desempeño de su cometido,

Este Ministerio ha resuelto autorizar a la expresada Facultad para que por el medio que estime más conveniente proceda a la provisión de la mentada plaza, remitiendo en su día propuesta unipersonal en la que conste los méritos y demás circunstancias del que haya de ser nombrado. (*Gaceta* del 29 de Abril.)

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD.—Habiendo aparecido un error en el anuncio publicado en la *Gaceta de Madrid* de fecha 28 de Marzo último, para proveer en propiedad la plaza de médico titular-tocólogo del Ayuntamiento de Chamartín de la Rosa (Madrid), mediante oposición, ante Tribunal especial

PREPARADOS DE SOLVENCIA CIENTIFICA

FILOBIOL: Elixir dinamógeno en cuya esencial composición entra verdadera Nucleína específica, Fósforo y Arsénico orgánicos, Thioocol, Pepsina y extractos estabilizados de Kola y de Nuez Vómica. (Cuando le hayan fracasado todos los reconstituyentes, ensaye el FILOBIOL, que ponemos a su disposición.)

YODASEPTOL: Medicamento de uso tópico para la terapéutica de las mucosas.

Yodo, ácido tímico, Láudano, Yodhidrato potásico, en solución glicérica.

Utilísimo en otorrinolaringología y ginecología (toques, tapones, gargarismos.)

Muestras a disposición de los señores médicos, previa demanda, indicando con toda claridad la dirección y estación del ferrocarril, al

Laboratorio LUNA PEREZ
LUCENA (CÓRDOBA)

ANTIASMÁTICO PODEROSO

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES

Jarabe-Medina

de Quebracho.

Médicos distinguidos y los principales periódicos profesionales de Madrid: *EL SIGLO MÉDICO*, la *Revista de Medicina y Cirugía práctica*, *El Genio Médico*, *El Diario Médico Farmacéutico*, *El Jurado Médico Farmacéutico*, la *Revista de Ciencias Médicas de Barcelona* y la *Revista Médico-Farmacéutica de Aragón*, recomiendan en largos y encoimásticos artículos el **Jarabe-Medina de Quebracho** como el último remedio de la Medicina moderna para combatir el Asma, Disnea y los Catarros crónicos, haciendo cesar la fatiga y produciendo una suave expectoración.

PRECIO: 6,50 pesetas frasco.

Depósito central: Sr. Medina, Serrano, 36, Madrid, y al por menor en las principales farmacias de España y América.

ALMORRANAS



Producto español a base Hamam-virg.ª. *Æsculus hippocast*; novocaína, anestésina, etc. Cura Hemorroides internas, externas, sangrantes y padecimientos del recto. Tubo con cánula, 3,50 pesetas; correo, 4. De venta en farmacias.

Esta Dirección general ha tenido a bien aprobar la propuesta del Tribunal, modificado por jubilación del vocal, que, como subdelegado de Medicina, figuraba en el anterior, quedando, por tanto, constituido en la siguiente forma:

Continúa en la página siguiente.

de una cirrosis hepática bivenosa. Al principio el líquido ascítico se encontraba libre, como corresponde a la patogenia de la ascitis en la cirrosis, pero luego, a medida que se desarrolla la tuberculosis peritoneal. El abdomen se hace doloroso, tanto a la presión como espontáneamente. La pared está blanca y reluciente, se edematiza. La percusión permite comprender que el líquido ya no se encuentra libre como se encontraba anteriormente, la percusión lo demuestra, y al mismo tiempo se inician los síntomas generales de la tuberculosis y principalmente el adelgazamiento y las oscilaciones febriles. Tras de la punción se descubren masas designales y abombadas que se describen con los nombres de plastrones peritoneales, a veces hasta se tiene la sensación de la crepitación de nieve. En cuanto a los caracteres del líquido, en los casos puros se va viendo la transformación que sufre desde el trasudado al exudado.

En las personas de edad se sospechará la existencia de cánceres peritoneales que también producen masas irregulares en la profundidad del abdomen y ascitis tabicada. La exploración, incluso hecha después de la punción para que la palpación sea más eficaz, no suele servir para zanjar las dudas. Estas se resolverán por la marcha general de la enfermedad, que es más rápida en el carcinoma que en la tuberculosis del peritoneo. En ocasiones, la gran intensidad de los dolores abdominales y el carácter hemorrágico del líquido ascítico permitirán este diagnóstico. Se buscarán los ganglios inguinales y los ilíacos y la existencia de masas tumorales en el estómago, en el páncreas y en el hígado. Tampoco se dejará nunca de hacer el tacto rectal ni el tacto vaginal, que pueden demostrar la existencia de un tumor maligno en estas regiones. Algunos procesos raros, como son la degeneración sarcomatosa de los órganos abdominales, el sarcoma renal, que se encuentra con frecuencia en el niño, y el linfadenoma del apéndice con generalización a los ganglios, son procesos sumamente difíciles de diferenciar de la peritonitis tuberculosa.

Si la ascitis se encuentra completamente enquistada en una bolsa única, la matidez que produce puede ser perfec-

tando cada vez menos abombado, el líquido se va absorbiendo y se produce poco a poco la curación por brotes y al cabo de varios meses, sin que queden huellas de la enfermedad padecida. En la mayoría de los casos esta forma es benigna, pero puede suceder que se transforme en un proceso fibroso o fibrocáscoso; otras veces se trata simplemente de una remisión, y pasados unos meses, se vuelve a poner en actividad la tuberculosis, sea en el peritoneo, sea en algún otro sitio. Sin embargo, estos casos no son los más corrientes y, en general, la tuberculosis peritoneal es benigna.

La peritonitis tuberculosa con ascitis se puede confundir con todos los procesos viscerales que engendran ascitis, y como quiera que muchas veces ésta es la consecuencia de procesos larvados, en un principio habrá que hacer una exploración muy detenida de las vísceras abdominales y en especial del hígado. En gran número de casos, la aludida exploración solamente se podrá hacer tras de la evacuación del líquido. En general las ascitis que dependen de una causa renal o de una causa hepática, son fáciles de aislar de las demás a consecuencia de que son sencillamente una parte de una hidropesía generalizada y que los síntomas de las enfermedades causales se descubren con facilidad; pero en algunos casos la congestión pasiva del hígado a consecuencia de una lesión cardíaca acompañada de ascitis es tan marcada que puede hacer creer erróneamente en la existencia de una lesión hepática.

En los niños hay que tener presente la cirrosis cardiocirrosis tuberculosa, en la que se presenta una sínfisis de pericardio con cirrosis cardíaca y hepática de origen tuberculoso y muchas veces con peritonitis tuberculosa también. Si se encuentra el proceso en el comienzo, se suelen encontrar otros síntomas que llaman la atención y que demuestran que existe algo más que una ascitis, puesto que el enfermo tiene disnea y cianosis; el pulso es muy pequeño, rápido y a veces irregular; el corazón se encuentra aumentado de volumen y con frecuencia inmovilizado por la pericarditis. El hígado está grande, es doloroso y duro. Además se en-

cuentran síntomas de pleuritis y de congestión pulmonar. Es poco corriente que en el niño haya de hacer el diagnóstico diferencial con una peritonitis neumocócica que suele tener un comienzo brusco y una evolución rápida, pero en los casos en que se enquistada puede simular una peritonitis tuberculosa tabicada. Solamente recordando la forma aguda en que el proceso comenzó, con vómitos y diarrea, se puede hacer bien el diagnóstico diferencial.

En los adultos, el proceso con el cual importa más hacer el diagnóstico diferencial es la cirrosis bivenosa o cirrosis atrófica de Laennec, si bien este adjetivo de atrófica no se debe tomar en un sentido riguroso, porque en bastantes casos no tiene la enfermedad este carácter de atrofia del hígado. En esta cirrosis, como consecuencia de la dificultad del paso de la sangre por la porta hay gran desarrollo de la circulación colateral, cosa excepcional en la peritonitis tuberculosa, y cuando la hay en esta última enfermedad, se encuentra, generalmente, por debajo del ombligo, en tanto que en la primera se halla por encima. Además existen otros síntomas de hipertensión en el sistema de la porta y en especial el desarrollo de hemorroides. El enfermo presenta asimismo síntomas de insuficiencia hepática en el caso de la cirrosis, síntomas que se hacen especialmente evidentes en los períodos digestivos.

Los antecedentes suelen indicar que los enfermos de cirrosis hepática padecieron bastante tiempo de trastornos digestivos antes de que se puntualizaran los trastornos abdominales. Además, en la mayoría de los casos se encuentran indicios de alcoholismo o de sífilis. Ahora bien, no se debe desconocer que en bastantes ocasiones el diagnóstico diferencial de estos dos procesos ofrece importantes dificultades. En primer término, porque en la cirrosis puede y suele haber pleuritis de las bases, como los hay en la peritonitis tuberculosa; y en segundo lugar, y esto es más importante, porque no es raro que la cirrosis bivenosa se complique con una peritonitis tuberculosa. El laboratorio proporciona poco auxilio; he aquí por qué: en las cirrosis se encuentra gran cantidad de linfocitos y, además, gran

des placas epiteliales, en tanto que en la tuberculosis solamente se encuentran los linfocitos; pero la citología de las ascitis es sumamente variable, especialmente si el enfermo ha sufrido ya más de una punción; de aquí que el resultado sea dudoso. Solamente en el caso de que se demuestre de un modo terminante la existencia de bacilos de Koch en el líquido ascítico se podrá afirmar la naturaleza tuberculosa del proceso, en tanto que cuando sea el resultado negativo nada se podrá afirmar. Hay que estudiar también la posibilidad de que se trate de una cirrosis sífilítica, de una cirrosis tuberculosa o de una tuberculosis hepática, que se diagnosticarán por la sintomatología peculiar de estos procesos. Los datos fundamentales del diagnóstico diferencial se pueden resumir diciendo que hay que ensayar si existen indicios de que el líquido ascítico sea inflamatorio o no, si hay indicios de hipertensión de la porta y de insuficiencia hepática. Cuando en el niño o en un muchacho existen síntomas de que la ascitis es inflamatoria, se debe pensar en que se trata de una peritonitis tuberculosa; en el adulto cabe pensar en la posibilidad de otras peritonitis crónicas; pero lo corriente es que se puede desear la probabilidad de su existencia porque son poco corrientes.

En la peritonitis difusa con derrame tabicado no existe solamente un exudado serofibrinoso, sino que se producen adherencias que limitan bolsas irregulares en cuanto a su forma y en cuanto a su tamaño. Este proceso se encuentra sobre todo en las personas adultas, unas veces como consecuencia de los procesos en que la ascitis es libre y otras veces desde el principio. Uno de los aspectos corrientes de la enfermedad es la ascitis tabicada. Se demuestra la existencia de la ascitis, pero el líquido no se encuentra libre. Muchas veces se determina por la percusión la existencia de una macidez en forma de media luna, con la concavidad hacia arriba; pero los dos extremos de la misma son desiguales y, sobre todo, los cambios de posición del enfermo no determinan emplazamientos de la macidez ascítica.

En este grupo de procesos suelen encajar los casos en que la peritonitis tuberculosa se desarrolla como consecuencia

ANTIASMA POLVO FUMIGATORIO MENTOLADO BENGALAIS

Esencia, Agradable e inofensiva.

ASMA, ENFISEMA, CATARRO, CORIZA
De Venta en todas las Farmacias. — MUESTRAS: RIERA S. C. BARCELONA, Ap. 229.
A. FAGARD, Farmacéutico Preparador, 44, Rue d'Aqueseau, BOULOGNE-PARIS

Presidente: D. Enrique Bardají López, inspector provincial de Sanidad.

Vocales: D. Guillermo de la Rosa King, médico del Instituto provincial de Higiene; D. Mariano Sánchez Taboada, subdelegado de Medicina de Madrid; D. Nicolás Martín Cirajas y don Ricardo Cortés, médicos titulares inspectores municipales de Sanidad; y

Secretario: D. José F. Fernández Núñez, secretario del Ayuntamiento de Chamartín de la Rosa.

Los ejercicios y programa de las citadas oposiciones han de ajustarse a lo dispuesto en la Circular de esta Dirección general de 4 de Marzo de 1931.

Asimismo el plazo para la presentación de instancias se considerará prorrogado hasta el 14 de Mayo.

Lo que se hace público para conocimiento de los interesados, a los efectos del artículo 1.º del Reglamento de 2 de Agosto de 1930 y normas 8.ª, 10, 15, 16, 17, 19, 20, 21 y 22 del de 11 de Noviembre del mismo año, y Circular de esta Dirección general de 4 de Marzo de 1931.

—Por excedencia, dos plazas en Pedroneras (Cuenca), p. judicial de Belmonte, con el haber de 2.200 pesetas por 100 familias de la Beneficencia. Población, 3.913; categoría 3.ª; instancias hasta el 24 de Mayo.

Observaciones.—Una por concurso de méritos y otra por antigüedad. Hay otra titular.

Datos.—V. a 28 km. de la c. de p. Estación más próx., Socuéllanos, a 22 km.

—Se advierte a los compañeros que piensen solicitar las vacantes de Pedroneras (Cuenca), que en dicho pueblo ejercen tres médicos, hijos del pueblo, que son inspectores municipales de Sanidad y tienen contratadas la totalidad de las iguales.

—En Granada, por oposición, se cubrirán tres plazas de profesores numerarios de la Beneficencia. Pesetas de haber, 4.125. Solicitudes hasta el 21 de Mayo.

Practicantes.

Ollo (Navarra). 525 pesetas. Solicitudes hasta el 15 de Mayo.

Orgiva (Granada). 900 pesetas. Con curso de méritos. 22 de Mayo.

Hospital de las Minas de Almadén (Ciudad Real). Haber, 208,33 pesetas. Solicitudes se admitirán en las oficinas

del Consejo, Alcalá, 35, hasta el 10 de Mayo.

Madroñera (Cáceres). 750 pesetas. 22 de Mayo.

Santa Cruz de la Sierra (Cáceres). 817,50 pesetas. 20 de Mayo.

Matronas.

Alhandín (Granada). 1.000 pesetas. Solicitudes hasta el 20 de Mayo.

Vélez Benaudalla (Granada). 1.250 pesetas. 13 de Mayo.

Valverde del Fresno (Cáceres). 400 pesetas. 20 de Mayo.

Santa Cruz de la Sierra (Cáceres). 817,50 pesetas. 20 de Mayo.

Programa.—En un folleto hemos reunido el Programa de los ejercicios oral y escrito para oposiciones a plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad. Para completar los

ANALISIS

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

Laboratorio del Dr. E. Ortega, sucesor del Dr. Calderón.
Carretas, 14, Madrid.
FUNDADO EN 1866.

Las enfermedades del Estómago e Intestinos

dolor de estómago, dispepsia, acedías y vómitos, inapetencia, diarrea, úlcera del estómago, etc., se curan positivamente con el

ELIXIR ESTOMAOAL
SAIZ DE CARLOS
(STOMALIX)

Poderoso tónico digestivo que triunfa siempre.

Ventajas Principales farmacológicas del mundo.

datos que pueden ser a todos los médicos de mucha utilidad hemos añadido a el el Real decreto de 2 de Agosto de 1930 y la Real orden de 11 de Noviembre de 1930. Precio de este folleto, 1,10 pesetas.

Correspondencia

administrativa . .

La correspondencia que venga acompañada del franqueo correspondiente, será contestada por carta directa. La demás correspondencia se responderá en esta sección.

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

- D. Asensio Plaza Ballesteros.—Pagado fin Diciembre 1932.
- D. Saturnino Taboada.—Id.
- D. César Judez.—Id.
- D. Celestino Rico Garrido.—Id.
- D. José Caverio.—Id.
- D. Domingo Quinquer.—Id.
- D. Daniel Pimentel Méndez.—Id.
- D. Sebastián Capmany.—Id. fin Marzo 1932.
- D. Justo Blasco.—Id. fin Diciembre 1932.
- D. Manuel Menéndez de Andes.—Id.
- D. José Ramón Sordo.—Id.
- D. Domingo Sandoval.—Id.
- D. Celerino Martínez Salinas.—Id.
- D. Constantino Rives.—Id.
- D. José Rodríguez Iturralde.—Id.
- D. Felipe Muñoz Casas.—Id. fin Marzo 1933.
- D. Félix Polo.—Id. fin Diciembre 1932.
- D. Andrés Fernández Artieda.—Id.
- D. Joaquín Veliilla.—Id.
- D. Flavio Monforte.—Id. fin Marzo 1932.
- D. Tomás Raviña Tornés.—Id. fin Diciembre 1932.
- D. Cándido Oyamburu.—Id.
- D. Luis Ruiz de Arcaute.—Id.
- D. Pablo Feliú.—Id.
- D. Carlos Torrijos.—Id.
- D. José Manuel Pérez.—Id.
- D. José González Granda.—Id. fin Marzo 1933.
- D. Manuel Mareque Marifías.—Id.
- D. Manuel Rodríguez de Santa Cruz.—Id. fin Febrero 1933.
- D. Manuel García Blázquez.—Id. fin Diciembre 1932.
- D. Emiliano del Pozo.—Id.
- D. Francisco Díaz López.—Id.
- D. Ricardo Sáinz de Santa María.—Id.
- D. Leoncio Martínez.—Id.
- D. Nazario Ramos.—Id.
- D. Antonio Sánchez.—Id. fin Enero 1933.

(Continuará.)

DULCIMIDA

Tabletas de 0,03 gramos del derivado sódico del sulfímido benzoico de la F. E.
En las prescripciones, cuando deba prescindir de hidratos de carbono, formule **DULCIMIDA**.

Cinco centigramos equivalen a la dulzor de 30 gramos de jarabe.

Dos tabletas de 0,03 gramos equivalen a la dulzor de 40 gramos de jarabe.

Sabor agradable, tolerada perfectamente, inocua por completo.

Prescribase en: **Diabetes, Obesidad, Diarreas infantiles**; para todos los colutorios, gargarismos y dentífricos, **Artrismo**, etc.

Frascos de 100 y 250 tabletas. **Dosis: una o dos tabletas** para sabor agradable.

Laboratorio Farmacéutico J. B. MORATO FONT.—Paseo San Juan, 87.—Tel. 70261.—BARCELONA

Recuerde siempre

DULCIMIDA

Es 450 veces más dulce que el azúcar :-: No es hidrato de :-: carbono :-: Es inocua :-:

LABORATORIO BENET

Enrique Granados, 114
BARCELONA



PAIDOTROFO

TÓNICO INFANTIL
a base de glicerofosfato de cal,
ácido arsenioso, glicerina
y muira puama.

•••••

FIMONAL

MEDICAMENTO
especial para el tratamiento de las
enfermedades del aparato
respiratorio.

Fórmula: Gomenol, arrhenal,
benzoato sód. benjui y dionina.

SECCION PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

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

SUMARIO—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlan.—Obligación: Palabras de un médico aplaudido, por el Dr. César Juarros.—¡Ochenta años ya!, por F. Javier Cortezo y Collantes.—La cuestión de los médicos directores de balnearios, por T. Santos Revuelta.—Banquete al Dr. Basterra.—Al final... desilusión, por Juan José Díaz.—Academias, Sociedades y Conferencias.—Primeras Jornadas Médicas Canarias.—Tratamiento general de la uretritis crónica.—Sección oficial.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Por las Clínicas de Europa.—Tertulia médica.—Anuncios.

Boletín de la semana.

Polvora y perdigón.

Invitamos a la lectura detenida de la siguiente denuncia de un hecho grave, publicada por el diario *La Nación*, del que transcribimos a la letra:

En el magnífico Hospital Victoria Eugenia, de la Cruz Roja, una distinguida señorita acaba de sufrir una dolorosa operación.

La visitan sus amistades, llevándola flores y golosinas, y en uno de los ramos de lindas rosas va prendida una minúscula banderita bicolor, que la enferma coloca sobre su mesilla de noche, sin infringir ninguna ley, porque esa bandera, si bien no puede emplearse como símbolo oficial de la nación, guardada en el domicilio, como lo está, con todos los honores, en los Museos, no significa otra cosa que un querido recuerdo, evocador tal vez de las horas en que un hijo, un hermano o un padre, ofrendaron su vida por la Patria.

La habitación de un sanatorio como el de la Cruz Roja es la vivienda particular del enfermo que la paga.

Pues bien; ayer, un médico de dicha institución se paseaba agitadísimo frente al cuarto de la enferma a que aludimos, esperando, sin duda, a que ésta se encontrara sola, y cuando la señorita estaba comiendo, entró el doctor como una tromba, arrebató iracundo la banderita, y, dando voces destempladas, trató de romperla, ante cuya actitud insólita, la enferma advirtió que sería capaz de arrojarla del lecho para impedir el desmán.

Nosotros no queremos comentar el caso, limitándonos a preguntar si, aun en el supuesto de que la señorita hubiera cometido una falta, se puede tratar así a los enfermos, y si en una República, donde se garantiza la protección al débil, no hay otras formas ni otros modos de formular una advertencia a quien, por mujer y por paciente, es digna de las más altas consideraciones.

Nos aseguran que la enferma tuvo alta fiebre consecutiva al *sofocón*, y también nos afirman el nombre del médico autor de tal gallardía. Pero sobre esto nos reservamos.

Para nosotros, como es lógico, el asunto pierde todo el carácter político que se le quiera dar, pero tiene un enorme, formidable, aspecto profesional, que es el que esperamos señalar enérgicamente a quienes procede intervengan.

Si el hecho se ha desarrollado tal como *La Nación* lo relata, y no ha habido hasta ahora rectificación, en este suceso late un problema profesional que no puede silenciarse y que necesita una sanción ejemplar para el que lo ha provocado.

La opinión pública sabemos que en la actualidad está de espaldas a los médicos; ¿puede extrañarnos ello cuando sólo en los tres últimos días se han producido situaciones como la de Hoyo de los Pinares y la del Hospital Victoria Eugenia?

Nuestra opinión es que se enjuicie clara y puntualmente la actuación de ese médico absurdo que atropella la calma y satisfacción íntima precisa en una enferma operada recientemente, con tan descabellado proceder, que le pone aún a menor altura cultural que la del bárbaro e indocumentado sectario que insultó y amenazó el otro día a las niñas que jugaban al corro en el Retiro cantando letras clásicas en este juego, porque tenían significación monárquica.

¿Puede tolerarse a un médico acción como la realizada en el Hospital de la Cruz Roja? Nosotros creemos que de ningún modo. Que se impone una sanción ejemplar y que a ella no se puede oponer ni el más calificado defensor del régimen actual, pues no creemos que haya nadie que defienda la actitud de ese médico por su aspecto de adhesión a forma de Gobierno alguno.

El Colegio de Madrid tiene sobre esto la palabra. Vamos a ver si esta vez no tenemos que perseguir al Sr. Hinojar.

En el capítulo IX, artículo único, concepto 18 del Presupuesto vigente figura una plaza de inspector técnico de servicios de la Facultad de Medicina de Madrid, y debiendo recaer el cargo en quien ofrezca las mayores garantías para el mejor desempeño de su cometido, el Ministerio ha resuelto autorizar a la expresada Facultad para que, por el medio que estime más conveniente, proceda a la provisión de la mentada plaza, remitiendo en su día propuesta unipersonal en la que consten los méritos y demás circunstancias del que haya de ser nombrado.

¿Qué les parece a ustedes? En San Carlos hay un decano, hay un jefe de clínicas, hay numerosos jefes de salas y laboratorios y museos, y ahora resulta que cuando se dice que *no hay dinero* y que *es preciso sacrificarse*, el Sr. Ríos Urruti crea este

carguito, que como verán los lectores tiene dos caras a cual más fea: una es la de enchufe descarrado, y la otra, la de la mauséumbre de los jefes de la casa que necesitan y toleran esa inspección absurda.

**

Por todo el Madrid médico circulan divertidísimos rumores acerca del estado de cosas producido en la Academia Nacional de Medicina, al discutirse la concesión de becas de la Fundación del Conde de Cartagena. Se trata de cinco becas de 7.000 pesetas cada una, y el asunto tiene tanta importancia que los señores de la casa—que tienen abandonada hasta lo increíble la labor científica de las sesiones, a las que ya no acuden ni público, ni académicos, ni comunicantes—han prestado a este asunto todo el calor de sus discursos y concurrencia, según nos dicen, en sesiones animadísimas.

Pero lo más peregrino del caso es que anda por Madrid como cosa oficial el rumor de un acuerdo de la Corporación que es para troncharse de risa. Nosotros no aseguramos que sea cierto, pero sí afirmamos que lo hemos oído, y que con gusto rectificaríamos semejante enormidad. Dicen los que parecen enterados que se acordó, a propuesta del señor presidente Dr. Recasens, que la misma Comisión (cinco académicos de número) vuelva a examinar los expedientes por si hubiera alguno que PREVIO ASESORAMIENTO DE PERSONAS CAPACITADAS, aunque sean EXTRAÑAS A LA ACADEMIA, merezca figurar entre los que deberá proponer la Comisión a la Academia.

Nosotros esperamos a saber lo que haya de efectivo sin responder de informaciones no oficiales.

Luego, si esto lo toma algún corresponsal de prensa extranjera, dirán que es labor antipatriótica y le colgarán el mochuelo a quien le parezca oportuno a cualquier interpretador oficioso.

**

Nuestro muy querido amigo el Dr. Blanc y Fortacín ha sido agasajado por sus alumnos del curso de Cirugía del Hospital de la Beneficencia General, antes de la Princesa, con un banquete de cordial señalamiento de gratitud a la labor docente de este maestro ejemplar por tantos motivos.

Más de treinta alumnos figuraron en el agasajo, que culminó con brindis expresivísimos y cálidamente aplaudidos.

Los lazos de amistad que nos unen a Blanc y Fortacín sujetan nuestra pluma en esta ocasión en que nos vienen a sus puntos tantas alabanzas como Blanc se merece. Sin embargo, no queremos dejar de unir nuestro aplauso por la labor que Blanc realiza y de la que nuestros lectores conocen por las reseñas de sus SESIONES CLÍNICAS.

**

El Ministerio de Higiene y de Educación física de la República checoslovaca ha invitado al doctor D. Gregorio Marañón para que participe en el IX Congreso de Gimnastas checoslovacos Sokol, en calidad de representante de España.

El Sr. Marañón ha aceptado esta invitación del citado Ministerio checoslovaco.

Nuestra enhorabuena al ilustre D. Gregorio por esta nueva distinción que recibe, y en el disfrute de la que tendrá la más propicia ocasión de hacer brillar en el Extranjero sus condiciones personales, tan acusadas y conocidas entre nosotros como merecedoras de exposición entre los extraños.

DECIO CARLAN

NOTA IMPORTANTE

Ajustado completamente este número, nos llega la noticia de la destitución del ilustre Dr. D. Víctor Manuel Nogueras de sus cargos de inspector general médico de la Cruz Roja y director del Hospital de San José y Santa Adela, puestos en los que desarrolló una labor tan admirable científica y social, conocida y estimada en toda España y el extranjero. ¡Estas destituciones sí que son labor patriótica!

Ahora a nombrar a otro de los niños de don Odón de Buen, que alguno habrá todavía sin enchufe.

OBLIGACIÓN

PALABRAS DE UN MEDICO APLAUDIDO

¿Y los aplaudidos Covisa y Juarros, qué dicen a esto?
(«Boletín de la Semana» correspondiente al núm. 4.090.)

«Decio Carlan», guiado por una legítima y noble curiosidad, hizo la pregunta. El firmante estima un deber dar pronta y concreta respuesta. Al abolengo de la pluma interrogante debemos los médicos españoles las suficientes pleitesías para que resultara incorrecto cualquier propósito de mutismo.

Digo tres cosas:

a) Desde el momento de ser elegido representante en Cortes de Madrid («capital») recabé de mi partido absoluta independencia para discutir y votar en los temas relacionados con la salud pública.

D» que esto es cierto atestiguan las páginas del *Diario de Sesiones*. No he desperdiciado ni una ocasión en la presente Legislatura de luchar por la noble causa de la Higiene y los intereses profesionales.

b) Mi conducta continuará siendo la misma. Me considero un médico accidentalmente político y de ello daré pruebas fehacientes durante la discusión del Estatuto Catalán y la Ley Agraria.

c) No acepté ni aceptaré cargo alguno retribuido que pueda estimarse derivado de mi actuación política. El destino en la Escuela Nacional de Anormales lo obtuve en refido concurso oposición. Muchos años antes de pensar ser diputado.

No debo a la política aumento alguno en mis ingresos. Sí desembolsos para ayudar a la propaganda del partido a que pertenezco.

Puedo garantizar que no viviré nunca de la política. No creo pueda hablarse con mayor claridad.

Calmada la legítima y noble curiosidad de «Decio Carlan», se despide de los lectores de EL SIGLO MEDICO el aplaudido y aludido.

DR. CÉSAR JUARROS



MORRHUÉTINE JUNGKEN

EL TÓNICO DE LA INFANCIA Y DE LA PUBERTAD
MEDICACIÓN YODADA POR EXCELENCIA. SE USA TODO EL AÑO SABOR GRATÍSIMO

NURRISOL

RECONSTITUYENTE GENERAL PARA LAS MUJERES QUE CRIAN
FACILITA LA LACTANCIA MATERNA

PAHIRVOL

TÓNICO ESTOMACAL
INSUFICIENCIA Y ATONÍAS GÁSTRICAS

SELLOS

GRANULADOS

TRICALCINE IRRADIADA

DOSIFICADA A $\frac{1}{2}$ MILIGRAMO de ERGOSTERINA
IRRADIADA POR DOSIS

VITAMINA D
SALES DE CALCIO

RECONSTITUYENTE GENERAL

TRASTORNOS DEL CRECIMIENTO
DEBILIDAD - CARENIA
DESMINERALIZACION
RAQUITISMO

21, RUE CHAPTAL - PARIS .IX^e



TRICALCINE

EL ESPECIFICO RECALCIFICANTE MAS ANTIGUO



Bactilose

OLIVER
RODES

PRODUCTO
DEL PAIS

Contiene los fermentos aislados de la levadura
de cerveza y de vino asociados a la malta.

INDICACIONES

*Forunculosis, Septicemias
Antrax, Escarlatina, Gripe.*

NO PRESENTA CONTRAINDICACIONES

USO: Casos agudos: Una cucharada grande,
diluído en agua, cada dos horas.

Casos crónicos: de tres a cuatro cuchara-
das por día en las comidas.

DEPÓSITO GENERAL

VENTA EN
FARMACIAS

**LABORATORIO
QUÍMICO - FARMACEUTICO
DEL DR. B. OLIVER Y RODÉS**

CONSEJO CIENTO 308 - BARCELONA

HIGIENE Y SALVAGUARDIA DEL

HIGADO

POR LA

BOLDORHÉINE

Insuficiencias hepáticas ligeras
en todas sus formas
con o sin ictericia con o sin litiasis
Higado paludoso

USO

En capsulitas ovales en las comidas
con un poco de agua

DOSIS

2 a 4 diarias por periodos
alternos de 8 a 10 días

Laboratoire de Pharmacologie Générale, 8, Rue Vivienne, PARIS.

OXYGENASE

Lleva al
Organismo
para su defensa
y su mejor
funcionamiento

una selección racional
de catalizadores
minerales

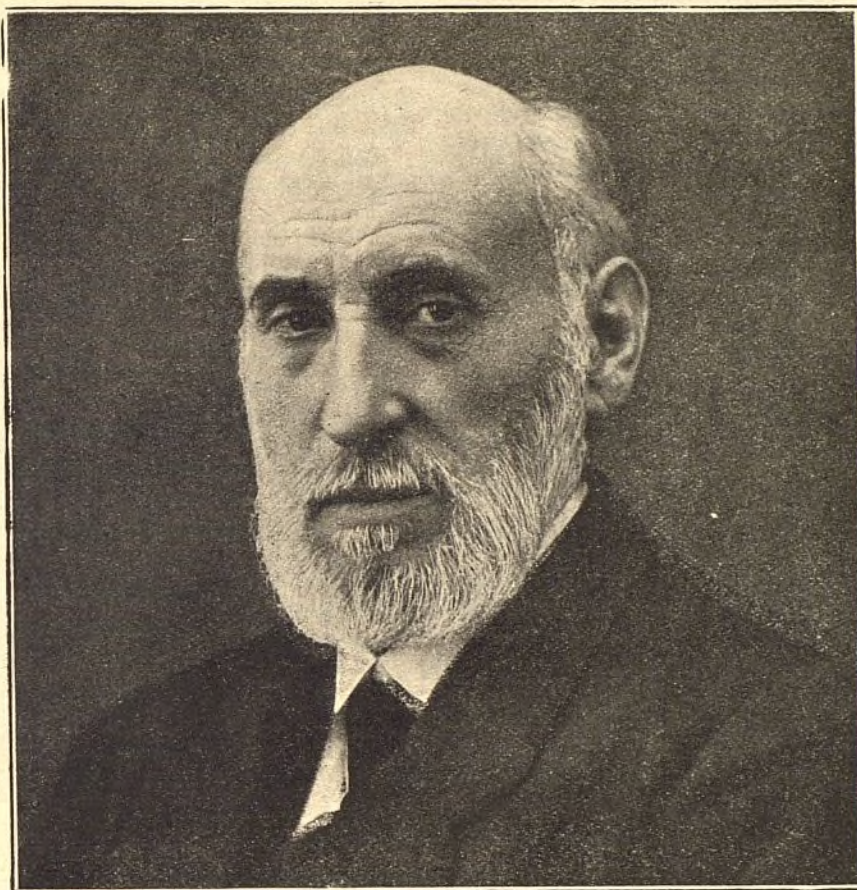
Dosis
6 grajeas diarias
o sea, dos antes
de cada comida

Trastornos de la nutrición
y sus consecuencias
Artritis
Tuberculosis

VITAMINAS CONCENTRADAS

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE
8, Rue Vivienne, PARIS (2^e)

IOCHENTA AÑOS Y AÍ!



A RAMÓN Y CAJAL EL 1.º DE MAYO DE 1932

Al pasar el umbral octogenario
ignoro la emoción que te acompaña
en este día que celebra España
la fiesta del trabajo mercenario.

Tú, que a una ciencia ruin, de campanario,
con tu genial labor al lucro extraña
diste *tu día* que en fulgor nos baña
en la inmortalidad sin calendario.

¡Felice tú que de la vida al seno
pusiste voluntad, genio y destino
dándote al infinito tan de lleno
que al seguir de tu empeño el claro sino
conquistaste a la fama el vellocino
pisando siempre nubes, nunca cieno!

F. JAVIER CORTEZO Y COLLANTES

La cuestión de los médicos directores de balnearios.

RECTIFICACIÓN INTERESANTE

Recibimos la siguiente carta y nota, que publicamos según se nos pide:

«Mayo, 2.

Sr. Director de EL SIGLO MÉDICO.

Muy señor mío y de mi consideración más distinguida: Con esta fecha envío las adjuntas cuartillas de rectificación a *La Voz Médica*, y me tomo la libertad de rogarle la publicación de las mismas, si a bien lo tiene, en el periódico que usted tan dignamente dirige.

Le anticipa las gracias más expresivas, y queda de usted atento seguro servidor q. l. e. l. m., T. Santos Revuelta.

* * *

En el núm. 760 de *La Voz Médica*, correspondiente al 26 de Abril del presente año, en un artículo cuyo título es

«El tejer y destejer de la Sanidad», se escribe, aparte de otras cosas, lo que sigue:

Estos días se ha censurado la disolución del Cuerpo de Médicos hidrólogos, pero justo es reconocer que también en materia de aguas medicinales había su correspondiente desbarajuste. Unos profesores habían ingresado por oposición; otros, por nombramiento; unos, como habilitados; aquéllos, por tal o cual circunstancia. Y al final, en un balneario para enfermedades reumáticas, le correspondía la dirección a un oculista y a otro, cuyas aguas servían para enfermos nerviosos, enviaban a un pediatra... En lo único que existía igualdad, seriedad y rigorismo era en el estipendio que cada enfermo debía entregar.

Mientras no tenga otras pruebas, yo no dudo de la buena fe empleada por el Dr. J. Alvarez Sierra, al redactar lo que queda expuesto, pero sí me permitirá este compañero que rectifique el contenido de su escrito, a fin de que la verdad aparezca tal como es.

Tan breve como concretamente considero necesario hacer constar a tal respecto lo que sigue:

MAYO
1932

1.º Si bien la orden del señor ministro de la Gobernación tácitamente lesiona de hecho el derecho e intereses legítimos del Cuerpo de Médicos hidrólogos, no mienta a éstos en ella para nada. Por tanto, nadie puede decir fundadamente que el Cuerpo de Médicos hidrólogos ha sido disuelto.

2.º En materia de aguas medicinales no había hasta el 5 de Abril desbarajuste de ninguna clase. Todo estaba ordenado por el Reglamento del 12 de Mayo de 1874, Real decreto de 25 de Febrero de 1924 y Estatuto sobre la explotación de manantiales de aguas mineromedicinales de 25 de Abril de 1928. En tanto esté en vigor la disposición u orden ministerial antes señalada (de 5 de Abril), sí que se puede afirmar, sin temor a equivocarse, que existirá desorden, confusión, *desbarajuste al fin*, en todos los balnearios, pues la multiplicidad de criterios médicos para las prescripciones y la falta de dirección única para llevar éstas a efecto no pueden dar otro resultado.

3.º En el Cuerpo de Médicos Directores de Baños actual, *todos, absolutamente todos los que le formamos, ingresamos por oposición*, sirviendo de normas para ésta a los que la hicieron antes de 1904 lo que se dispone en los artículos 31 al 35, ambos inclusive, del capítulo III del citado Reglamento del 74, y a los que la verificaron en 1904 y 1905, última celebrada, lo que se consigna en la Real orden de convocatoria de fecha 22 de Febrero de 1904.

4.º Al carecer por completo de base firme, resulta pueril el argumento de que un oculista dirija un balneario para enfermedades reumáticas y un pediatra otro cuyas aguas sirvan para enfermos nerviosos, porque las oposiciones a médicos de baños ni se anunciaron ni se hicieron para demostrar los conocimientos de una especialidad de sistema, aparato u órgano determinado del ser humano, tanto en lo que se refiriera a la especialidad en sí como en lo que se relacionara ésta con las curas balnearias. Los médicos hidrólogos al actuar en la oposición demostramos el *completo conocimiento de las aguas mineromedicinales y su empleo metódico en el tratamiento de enfermos*, sin distinguir determinados padecimientos ni señalar balneario; es decir, que estamos *especializados en terapéutica hidrológica* como otros médicos lo están en otra rama de la terapéutica física, y otros en higiene o su derivados, etc., etc. Por eso todo el que sepa hidrología médica, sea oculista, cardiólogo, pediatra o ginecólogo, encajará siempre en una dirección balnearia, aunque la mayoría de enfermos concurrentes a ella sean reumáticos, nerviosos, renales o endocrinos. Ahora bien: los médicos que más útiles son a los enfermos que acuden a los balnearios para tratar sus dolencias es evidente que no han de ser otros que los que, dominando primero los conocimientos hidrológicos, sean después buenos clínicos generales.

5.º y último. En cuanto a la igualdad, seriedad y rigorismo en el estipendio que cada enfermo debe entregar—diez pesetas por consulta, reconocimiento y prescripción de la cura balnearia, aparte de las demás funciones que el Reglamento impone a los médicos directores de baños—, no le quepa duda al Sr. Alvarez ni a nadie que está aquél legalmente mejor estipulado que el que desigual y caprichosamente puedan percibir, dentro de la libertad que para ello tienen, todos los demás médicos hechos hidrólogos de la noche a la mañana por una orden ministerial.

Madrid, Mayo 1932.

T. SANTOS REVUELTA

Médico director de baños por oposición

BANQUETE AL DR. BASTERRA

Un grupo de amigos y compañeros del Dr. D. Jesús Basterra Santa Cruz le obsequió anoche con una comida en el restaurante Molinero para festejar el triunfo logrado en recientes oposiciones, en las que ganó la cátedra de Oftalmología de la Universidad de Valencia.

Con el agasajado tomaron asiento el presidente del Colegio, profesor Márquez, los Dres. Castresana (hijo), señori-



Dr. Basterra.

ta Soriano Galiana, Sanz Benedit, Fernández Catalina, Fernández de la Portilla, Taboada, Bourkaib, Poyales, Marín Amat, Criado, Peña, Palacios, Nogueras, Piga, Nágera, Larrú, Luque, Serrada, Fernán Pérez, Suñer, Utrera, Bermejillo, Carasa, Ramón Jiménez, Arjona, Prada y más de un centenar de compañeros, clientes y amigos del Dr. Basterra.

A la hora de los postres ofreció el agasajo en términos calurosísimos para el homenajeado el Dr. Márquez. También hablaron, encomiando la personalidad, el saber y la capacidad del Sr. Basterra, los Dres. Arjona, el presidente del Colegio Médico, D. Leonardo de la Peña, en nombre de la Academia Médico-Quirúrgica, y Prado, como compañero de promoción del Dr. Basterra.

Por último, éste, visiblemente emocionado, agradeció el homenaje, que resultó una fiesta cordial de efusiva camaradería.

AL FINAL.. DESILUSION

Esta charla escrita, que tenía el propósito de enviar a las columnas de esta Revista, había pensado fuera con un motivo distinto, a decir verdad, que el que finalmente va a constituir el objeto de ella. Habiendo dedicado algunas columnas a comentar la posibilidad de pasar al Estado por la creación de un Ministerio de Sanidad o a lo menos una Subsecretaría, que así habían hecho a nuestras idealidades pensar las manifestaciones explícitas del Sr. Lerroux y de Acción Republicana en sus actos políticos; después de haber hilvanado algunos proyectos adecuados para hacer más capaces las reformas que habrían de llevarse a cabo en el automatismo en la provisión de vacantes, en el pago de las dotaciones por el Estado por intermedio de las Delegaciones de Hacienda; habiendo hecho hincapié en la elevación de las dotaciones en concepto de titular para acabar la dignifica-

ción de la clase, pensaba contestar en estas cuartillas en réplica a un artículo del Dr. Alvarez Sierra, publicado en *Voz Médica* días atrás, en el que manifestaba su disconformidad con el Ministerio de Sanidad por creer que así se favorecía el politiquero, la intriga y toda suerte de puertas falsas para burlar con el favoritismo la Ley.

Pensaba haber dicho en mi artículo réplica o comentario a las manifestaciones del Sr. Alvarez Sierra, que hasta hoy el director general de Sanidad no ha perdido su dependencia política y que su carácter técnico queda relegado a segundo plano: buena prueba de ello es que pocas veces la Dirección general de Sanidad está ocupada por un personaje sanitario apolítico, y en la época presente para nadie es un secreto que el Dr. Pascua pertenece al partido socialista, y como tal se ha comportado cuantas veces se han presentado en la Cámara proposiciones de índole sanitaria. Pero en fin, las circunstancias han cambiado y ya es tarde para hacer todas estas consideraciones.

La nota del Comité ejecutivo de la Asociación Nacional de Médicos Titulares da cuenta del fracaso absoluto de las proposiciones que se hubieron aprobado en la Asamblea recientemente celebrada; dice la nota hasta qué grado podemos caer en la más absoluta desesperanza, hasta qué lugar debemos creer en la pérdida de nuestros sueños de liberalidad, y lo que es más negro, más duro, pero cruelmente cierto, que hasta hemos de temer, ya que no ganar, perder algo de lo que hasta la fecha hemos conseguido en esta materia: poco es, pero más vale poco en la mano que todo lo que en el aire pudiéramos haber prendido con alfileres. *Dicho en pocas palabras: todo lo hilado estopa.*

Y ahora, ante el derrumbamiento del castillo de naipes que habíamos edificado, ¿cuál debe ser nuestra actitud? Sé que pesimistas, negligentes y desesperados algunos de luchar y correr largos años tras un ideal que no se realiza, dirán hoy con mueca de hastío que lo mejor es tumbarse a la bartola y esperar pacientemente que lluevan los golpes.

Otros a quien los asuntos sanitario-rurales han tenido siempre al margen de toda intervención activa, pensarán que nada han arriesgado y nada han perdido. Pero aún quedarán entusiastas, Quijotes de la Medicina, que han de seguir armados prestos a embrazar lanza y adarga para combatir los molinos de viento del Ministerio de Sanidad y pase al Estado.

* *

Más de una vez he apuntado en mis crónicas que el médico titular tiene un enemigo no menos temible que el cacique, que la indiferencia del Estado o todo cuanto huela a Sanidad pueblerina: este enemigo es el compañero médico.

Lamento muy de veras llegar a señalar tan duramente, apuntando a tejado de vidrio, pero es necesario que la revulsión sea intensa si se ha de conseguir cortar la flogosis del momento actual.

Es bien cierto: es el compañero disfrazado bajo la forma de esquirolo, de negligente al menos, quien h ere en mitad del pecho al sanitario rural impidiéndole muchas veces obtener los propósitos que se persiguen.

Porque puntualicemos: qué duda cabe que si no hubiera esquiroles que se prestasen a sentar sus reales en los partidos médicos, el titular, ante la proa del cacique, tendría medios sobrados para defenderse por sí mismo sin apoyo de las autoridades. ¿No es lógico pensar que si los Ayuntamientos, los caciques, los clientes egoístas y malintencionados, no tuvieran la certeza de que al anunciar una cantidad de servicios con sus iguales, van a encontrar quien les sirva, se guardarían muy mucho de levantar la bandera de rebel-

día frente al desdichado titular que no ha sabido emplear una gramática bastante parda para atraérselos a su campo? Digamos, pues, que una de las labores que deben hacer la Asociación de Médicos Titulares, los Colegios Médicos, es combatir el esquiroalismo. Ya hemos reconocido nosotros que el exceso de profesionales es muchas veces el culpable de ciertas inmoralidades; pero mientras llega el día de conseguir la limitación de profesionales médicos, el perfecto e íntimo compañerismo puede poner un jalón robusto ante la desmoralización de una masa herida y combatida hasta el acorralamiento por todas partes.

Para combatir el esquiroalismo, pues, por medio de la Asociación y los Colegios, es preciso primero: que la Asociación sea obligatoria como la Colegiación y que si el abandono del Estado no llega a preocuparse de hacer tal afirmación, la masa de titulares, como un solo hombre, se lance a figurar en las filas de la Asociación, la que ha de prestar su apoyo económico, moral y espiritual. Y tanto la Asociación como los Colegios deberán procurar adquirir medidas coercitivas, sanciones severas para imponerse al asociado o colegiado que dejando a un lado su dignidad ingrese en el grupo esquirolo sin pensar que el que a hierro mata...; sólo así con medidas severas, con medios de castigo, especialmente económicos, podían hacer frente Colegio y Asociación al esquiroalismo; y asegurado así este peligro serio para la masa de titulares habremos dado un paso decisivo hacia nuestra reivindicación, imponiéndonos en parte al desastre augurado por la nota de la Asociación.

En un próximo artículo nos ocuparemos de estas sanciones en particular y de continuar nuestro tema de hoy, que es tan esencial cuanto mayor es el peligro que nos amenaza.

JUAN JOSÉ DÍAZ

Academias, Sociedades y Conferencias

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Sesión del 30 de Abril de 1932.

EL CLORURO DE SODIO EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Dr. Vital Aza Díaz: Fundados en el hecho clínico de la agravación de la tuberculosis pulmonar durante el embarazo y la mejoría de aquélla mediante la dieta aclorurada o de Gerson Sauerbruck, nos ha llevado a pensar en la influencia del metabolismo del cloruro sódico durante el embarazo. La facilidad con que la embarazada realiza retención de cloruro sódico nos permite considerarla como posible explicación de la agravación de la tuberculosis pulmonar durante el embarazo. Es lo que nos ha servido para aconsejar el régimen dietético aclorurado a partir del quinto o sexto mes de la gestación de la tuberculosa embarazada.

Con la dietética aclorurada durante la gestación, tanto en primíparas como en multíparas, aun sin emplear productos hipofisarios durante el parto, nos ha sorprendido en general, y a pesar de su proceso tuberculoso pulmonar, la rapidez con que evoluciona el parto. Hemos pensado que acaso esta rapidez de evolución del parto pudiera estar relacionada con el pequeño tamaño del feto de las embarazadas tuberculosas; pero en nuestra estadística el feto de mayor peso que tenemos registrado es el de una embarazada tuberculosa que durante su embarazo estuvo a régimen aclorurado.

Las modificaciones del parto en las embarazadas sometidas a régimen aclorurado han sido también publicadas por la clínica de Estrasburgo, con la posibilidad de que la dietética aclorurada sea una terapéutica profiláctica a un trabajo fisiológico del parto.

Variadas son las publicaciones sobre el papel del cloruro sódico en la patogenia de los edemas. Sin entrar en detalle en esta cuestión, sí apuntamos que en las toxicosis gravídicas no es todo la supresión del cloruro sódico. Existen toxicosis gravídicas en las que es posible comprobar cloropenia con cloropenia; es su frecuencia en algunas nefritis urémicas, en cuyos casos están muy indicadas las inyecciones intravenosas de suero salino hipertónico. Es la manera de restablecer con mayor eficacia el índice cloroproteínico. Se comprende la necesidad de establecer las indicaciones del cloruro sódico en las gestosis.

Considerando solamente el valor del ión cloro, fijemos su influencia en los vómitos incoercibles del embarazo. En la hiperemesis gravídica se ha pensado durante algún tiempo y considerado como hecho adquirido en su relación patogénica con los estados de acidosis y en consecuencia la oportuna conducta terapéutica. Ahora bien; modernamente, sin dejar a un lado el fondo neurótico de este proceso, se trata de relacionar patogénicamente con un estado de alcalosis, sin el menor paralelismo con los vómitos acetónicos, y sí con los estados pretetánicos, y hay como en éstos hiperventilación pulmonar. Es la explicación de los buenos resultados terapéuticos conseguidos en la hiperemesis del embarazo, mediante el empleo del cloruro de cal o con el cloruro amónico.

Todo esto que apuntamos en el terreno obstétrico son sugerencias y posibilidades clínicas sobre el papel del cloruro sódico, que la clínica y estudios posteriores los valorarán.

El papel del cloruro sódico en el campo ginecológico son realidades terapéuticas, en especial en cuanto hace a su empleo en cirugía ginecológica y también abdominal. Nos referimos al empleo del cloruro sódico en las obstrucciones y paresias intestinales postoperatorias.

Sabemos que el estómago es uno de los principales medios orgánicos de eliminación del cloruro sódico, si bien, normalmente, se absorbe en el intestino. Ahora bien; cuando existe una obstrucción intestinal esta absorción no se realiza y aparecen los vómitos con los que se eliminan grandes cantidades de cloruro sódico, realizándose una verdadera expoliación clorurada del organismo. Su tratamiento de elección es el empleo de inyecciones intravenosas de suero salino hipertónico.

Terapéutica que también proporciona resultados excelentes en los casos de paresia intestinal postoperatoria. Esta, en la actualidad, es cada día más rara en la práctica en especial por la preparación de preoperatoria de los enfermos a operar. En la actualidad ha quedado desechada la purga sistemática preoperatoria, así como el ayuno. Hoy no se purga a los que van a ser operados; no se les tiene en ayunas; se les administra grandes cantidades de agua e igualmente dieta alimenticia rica en hidrocarbonados, como tampoco llegan a la mesa de operaciones sin conocerse su funcionalismo renal, cardíaco y hepático, así como sus valores hemáticos. Aun así, cuando en la clínica se presenta la paresia intestinal postoperatoria, está desechada la utilización de los preparados hipofisarios; en cambio, son de gran valor terapéutico las inyecciones intravenosas de suero salino hipertónico al 20 por 100; generalmente empleamos 25 c. c. de agua con 5 gramos de cloruro sódico. Nuestra estadística afirma el papel beneficioso de esta práctica.

En cuanto al valor del enema gota a gota a lo Murphy, de cloruro sódico hipertónico, no lo creemos suficiente para hacer una cloruración del organismo en estos casos. Tampoco es el medio de hidratar al organismo. Es fácil comprobar que, cuando más, se puede hacer penetrar en los tejidos

litro y medio de líquido. Lo que en realidad hace es provocar el peristaltismo intestinal, de gran utilidad en los casos de paresia intestinal postoperatoria, y por tanto siempre a emplear conjuntamente a las inyecciones intravenosas de suero salino hipertónico.

Dr. Hipólito Rodríguez Pinilla: El cloruro sódico es el egregio representante de la química. Ningún compuesto químico tiene el abolengo aristocrático como él. Es el primer medio ámbito de los seres organizados. Es la base química de la vida, sin la cual sería imposible la vida de los seres organizados. Es hecho evidente que el cloruro sódico colabora en la variación del índice de solubilidad de una porción de elementos químicos y a su disociación electrolítica.

Al hablar de régimen aclorurado, mejor sería decir dietética hipoclorurada; es imposible el régimen aclorurado por serlo la separación del cloruro sódico que está integrado a los alimentos. Pequeña cantidad de cloruros de los alimentos que facilita el metabolismo cálcico y el mejor funcionamiento del equilibrio de Donald, referente al cambio metabólico celular.

En cuanto a la acción de las inyecciones hipertónicas de cloruro sódico por vía intravenosa, podemos decir que acaso sea semejante a la de otros elementos químicos y siempre en función de su misma hipertonía. Es su acción terapéutica por modificaciones de la ósmosis celular.

El incremento del cloruro sódico deja indecisos y confusos a los hidrólogos. Las aguas cloruradas aplicadas sobre la piel actúan por fenómenos de adhesión, por absorción a la piel; esta especie de adherencia de una fina capa de cloruro sódico sobre la piel facilita modificaciones cutáneas y con ello movimientos reflejos, en especial de la termogénesis y del sistema nervioso, que explican la acción beneficiosa de la balneoterapia clorurada, sin modificación por componentes químicos.

Dr. Antonio Simónena Zabalegui: Las soluciones salinas hipertónicas por vía intravenosa también se emplean con resultado en los casos de anuria y vómitos postoperatorios. Es la importancia de los trabajos de Binet y de Chevassu en 1930. Estos autores han demostrado la absoluta inocuidad del cloruro sódico en enfermos con riñón sano. Su empleo siempre será por vía intravenosa y en solución hipertónica; única manera de modificar rápidamente estas manifestaciones postoperatorias. En cambio es ineficaz cuando se emplea por vía subcutánea o rectal; no son vías para la cloruración rápida del organismo.—*M. Aceña.*

* *

ACADEMIA MÉDICO QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del 2 de Mayo de 1932.

ROTURA ESCLERAL INDIRECTA CON LUXACIÓN SUBCONJUNTIVAL DEL CRISTALINO EN LOS DOS OJOS, OCASIONADA POR EL MISMO AGENTE TRAUMÁTICO

Dres. B. y A. Castresana: Se trata de un caso de gran interés, pues si las roturas indirectas de la esclerótica son poco frecuentes y su rareza aumenta si se acompaña de luxación subconjuntival del cristalino, es excepcional el observar idénticas lesiones en ambos ojos en dos períodos lejanos de la vida y ocasionadas éstas por el mismo agente traumático: puñetazo; el ojo izquierdo sufrió el traumatismo hace varios años; el derecho en Octubre de 1930.

El ojo izquierdo quedó con una aniridia por ectropión total del iris y visión de 1/8 a 5 metros con — 4. En el derecho quedó un coloboma superior traumático y visión de dedos a 2 1/4 metros con — 4 esferas.

Son de alto interés clínico estas lesiones de rotura indi-

recta de la esclerótica en lo que respecta a la vitalidad del ojo después del traumatismo, por en general y a pesar de la intensidad del destrozo por el traumatismo, se suele conservar el ojo con alguna visión.

En nuestro caso se presentó la localización de la rotura en la parte alta, a poca distancia del limbo esclerocorneal y paralelamente a éste. Esta situación topográfica de la rotura es la más frecuente, como se desprende del estudio de las estadísticas de Sachs y Michel.

El mecanismo patogénico de nuestro caso no puede ser incluído entre el del contragolpe (caso de Lister), ni por la teoría de Arlt, ni el del anillo de curvatura, sino más bien por la de la rotura del canal de Schlem propuesta por Sachs.

Aunque en general se presenta el problema pronóstico de gran severidad por los distintos autores, hay que recono-



Los académicos señores Castresana (padre e hijo) y el Sr. Arjona vistos por Vitin.

cer que no es tan fatal: su problema clínico más interesante es el del tratamiento local quirúrgico. En general, frente a una rotura, se nos ocurre que lo primero que hay que hacer es operar. En esto todos los oculistas estamos de acuerdo si la rotura de la esclerótica va acompañada de rotura de la conjuntiva, pero si la rotura es subconjuntival entonces divergen las opiniones.

En las roturas de esclerótica y conjuntiva hay que practicar la sutura de ambas membranas en dos planos.

Otros autores sólo realizan la de la conjuntiva. Si falta conjuntiva para tapar la rotura escleral suturada, se puede hacer injerto de conjuntiva o plastia por colgajos.

En los casos de rotura escleral indirecta recubierta por conjuntiva indemne, como en nuestro caso, se puede diferir el tratamiento quirúrgico siempre que entre los labios de la rotura escleral no esté herniado el cuerpo ciliar o la coroides. Si los labios de la herida están coaptados, se dejará se

realice la cicatrización por sí sola. Si hay hernia del cuerpo ciliar o del iris, entonces es necesario abrir la conjuntiva unos milímetros por encima de la posición de la rotura, hacer sección de la hernia de iris o reducir la del cuerpo ciliar, o reseca si hay colgajos de coroides; si sólo está herniado, pero no roto, entonces se reduce como si fuera del cuerpo ciliar y se practica la sutura, no englobando en ella más que la esclerótica, sin incluir en el hilo de catgut ni la coroides ni la retina, pues esto tendría un fin fatal; después se pasa por encima de la sutura escleral el colgajo de conjuntiva y se hace sutura con seda.

Actuando de esta manera quirúrgicamente, nos encontraremos con resultados posteriores muy aceptables, si es que la rotura de la esclerótica no va acompañada de lesiones internas de desorganización del globo ocular.

Dr. Manuel Marín Amat: Las lesiones esclerales traumáticas son poco frecuentes, y en especial las indirectas.

Con motivo de un caso personal, publicado en 1917, el estudio bibliográfico nos permitió recoger unas 75 observaciones. El nuestro se refiere a una mujer de setenta y dos años, que al agacharse para recoger un objeto del suelo se introdujo el palo de una silla entre órbita y globo ocular; a las cuarenta y ocho horas, que la observamos, presentaba gran quemosis conjuntival, lesión escleral en el cuadrante superoexterno, y debajo de conjuntiva bulbar un cuerpo extraño que consideramos como el cristalino. Modificadas las lesiones oculares traumáticas, procedimos a la extracción del cristalino y la enferma quedó con una visión de dedos a un metro. Este caso tiene interés por presentar lesión de iris, herida escleral y emigración de cristalino.

Dr. Juan Arjona Trapote: Los casos clínicos presentados nos sugieren hechos de interés. Uno referente a la patogenia de las lesiones esclerales y otro referente al tratamiento de las lesiones traumáticas del globo ocular con emigración cristalina. En cuanto a éstas creemos conveniente favorecer la cicatrización de las heridas esclerales y una vez realizada es cuando, tardíamente, debemos recurrir a la extracción del cristalino; el hacerlo en los primeros días de la evolución de estas lesiones traumáticas se corre el peligro de infección y con ello de complicaciones graves.

SOBRE FITONEUMOCONIOSIS

Dr. Manuel Ubeda Sarachaga: Las neumoconiosis comprenden un grupo de enfermedades, alguna de las cuales es considerada como entidad nosológica. Con ocasión del hallazgo de corpúsculos vegetales en el esputo de algunos enfermos, éstos, para nosotros, merecen el nombre más apropiado de fitoneumoconiosis. Ahora bien, no es el más adecuado dadas ciertas razones de su patogenia, curso y clínica, y en especial por coexistencias de procesos pulmonares.

El nombre de neumoconiosis debe reservarse para las constituidas por polvos que incrustándose en el medio pulmonar lleguen a formar con él masa común. No podemos considerar como tal la simple impregnación pulmonar por polvos de cualquier origen y hasta de carácter transitorio, como tampoco lo son la tuberculosis ni el carbunco pulmonar. Si lo son la asbestosis, la amiantosis, la silicosis, que provocan signos y síntomas de esclerosis pulmonar.

El caso objeto de esta comunicación es un obrero de fábrica de harinas; desde años catarroso y a veces esputos hemoptoicos; ligera disnea y desnutrición; síntomas clínicos que hacían pensar en una tuberculosis pulmonar. El examen de esputos revela restos vegetales, con las reacciones de amilodextrina, células bronquiales, células con polvo de carbón y bacilos de Koch. Radiográficamente se apreciaban

lesiones que llevaban el ánimo a admitir una tuberculosis pulmonar.

Para algunos autores este caso sería de neumoconiosis, si bien para nosotros la presencia de restos vegetales en los esputos no es suficiente para que se admita como tal. Es necesario que el polvo existente en el medio pulmonar sea agresivo para el mismo, bien por acción mecánica o química y que penetre en el tejido intersticial. No parece que los polvos vegetales gocen de estas cualidades. Así, todos hemos visto cuerpos extraños vegetales obstruyendo bronquios, determinando hemorragias y aun lesiones supuratorias sin nunca producir sintomatología de neumoconiosis. Todos vemos el asma anafiláctico sin parecido clínico con la neumoconiosis.

Si pasamos a considerar la radiografía de este enfermo con las de diferentes neumoconiosis, se marcan diferencias convincentes; la del enfermo que motiva este trabajo es poco demostrativa si no fuera por su lesión tuberculosa.

Todo lo dicho nos permite pensar que no parecen estar bien incluidas las neumopatías por vegetales entre las neumoconiosis.

Dr. Jesús Fuentes Blanco: La penetración de polvos de cualquier clase en tejido respiratorio no siempre produce alteraciones en él; sólo lo realizan cuando provocan acciones irritantes y defensivas del organismo y, por tanto, del tejido pulmonar en que están alojados.

Dr. Manuel Bermejillo Martínez: Cifrándonos al caso presentado y valorando los datos clínicos y radiológicos, vemos que el enfermo tenía manifestaciones clínicas y disposiciones radiológicas de tuberculosis pulmonar y no de neumoconiosis. Al incluir este caso en una entidad nosológica había de hacerse como tuberculoso, si bien la historia marcaría la presencia en los esputos de unos elementos que unidos a sus antecedentes de trabajo, mostraban una modalidad de neumoconiosis o fitoneumoconiosis con proceso bacilar. Ahora bien, para que esta neumoconiosis sea capaz de llegar a ser enfermedad, a que la fijación de elementos extraños en el medio pulmonar y por inhalación, precisa sigan ciertas condiciones capaces de actuar física, química o bacteriamente. Sin duda alguna los elementos vegetales, y en especial en forma de polvo fino como las partículas de harina, no son capaces de dar fenómenos de un síndrome irritativo pulmonar como en los casos de silicosis o siderosis.

Así, pues, este enfermo, como entidad nosológica, es un tuberculoso pulmonar, si bien en sus esputos existen partículas vegetales.—*M. Aceña.*

INSTITUTO RUBIO

Clausura del cursillo de Fisiología explicado por el doctor García Triviño.

Ha terminado el cursillo que acerca del diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis ha explicado el Dr. García Triviño en el Instituto Rubio durante el mes Abril.

En este cursillo teórico-práctico el Dr. Triviño, ateniéndose fielmente al programa previamente publicado, explicó 18 conferencias acerca de los asuntos más actuales e interesantes de la especialidad, completando estas lecciones teóricas con sesiones clínicas de exploración y tratamiento de enfermos en las que intervinieron directamente los alumnos inscritos.

La última conferencia la dedicó al estudio del interesantísimo problema de la lucha contra la tuberculosis como plaga social, señalando la necesidad imprescindible de una acertada organización y unificación de la lucha antitubercu-

losa en España, cuyas cifras de morbilidad por tuberculosis constituyen desde hace años un motivo de seria preocupación para los que conocen debidamente el asunto.

Se ocupó a continuación de la vacunación antituberculosa, mencionando las vacunas mejor conocidas en la actualidad y los resultados próximos y lejanos de cada una de ellas.

Señaló después las ventajas de la declaración obligatoria de los casos de tuberculosis, del padrón tuberculoso y del exacto conocimiento de los focos de contagio.

Estudió detenidamente los medios indirectos de lucha contra la tuberculosis (vivienda, alimentación, vida al aire libre, deportes, etc.), señalando la necesidad de la colaboración de todos en este aspecto social de la lucha antituberculosa.

Y terminó su interesante disertación estudiando con minuciosidad los medios directos de lucha, entre los que figuran los dispensarios, preventorios, escuelas al aire libre, albergues para tuberculosos, sanatorios, hospitales, enfermerías y obras de reeducación, sin olvidar la protección a la tuberculosa embarazada y a la infancia, que inevitablemente se contagia en el hogar tuberculoso si no se le aleja del mismo, con todo lo cual se hará una científica y eficaz profilaxis contra la tuberculosis.

El Dr. García Triviño fué muy felicitado por su interesante aportación a este tema de tanta trascendencia social.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

Sesión del 26 de Marzo de 1932.

A propuesta del Dr. Yagüe y Espinosa, hecha suya por esta Sociedad, se acordó elevar al Ayuntamiento una comunicación para que adopte urgentes medidas higiénicas relacionadas con el cierre dominical de los establecimientos del ramo de alimentación.

Se continuó examinando el tema presentado por el doctor Maestre Ibáñez acerca de «Los frutos españoles como tales y por las industrias alimenticias derivadas», interviniendo con interesantísimas aportaciones los Sres. Decref, Alarcón y San Antonio, rectificando el ponente.

SOCIEDAD ODONTOLÓGICA ESPAÑOLA

Conferencia del Dr. Leoz.

Siguiendo el ciclo organizado por la Sociedad Odontológica Española, disertó en el Colegio de Médicos el distinguido oftalmólogo Dr. Leoz sobre «Las relaciones de algunos padecimientos oculares y la boca». La conferencia fué una magistral lección, que comenzó con la descripción de las relaciones nerviosas y circulatorias de boca y aparato ocular. Describió las lesiones de senos maxilares y la conferencia culminó en la descripción y etiología del glaucoma.

El conferenciante, que fué presentado con elocuentes frases por el profesor Landete, fué largamente aplaudido.

PRIMERAS JORNADAS MÉDICAS CANARIAS

Santa Cruz de Tenerife, 24-28 Marzo 1932.

Se han celebrado estas Jornadas con éxito lisonjero, con gran concurrencia de profesionales. El interés de los trabajos presentados puso de manifiesto el elevado nivel cultural de las clases sanitarias del Archipiélago. Colaboraron en estos actos reputados profesores españoles y extranjeros.

He aquí un resumen de los actos:

Jueves 24: Sesión inaugural.—Con asistencia de un nu-

meroso público se celebró en el teatro Guimerá, ocupando la presidencia el alcalde accidental Sr. Calzadilla; comandante general; presidente de la Mancomunidad, presidente del Cabildo Insular, presidente de la Audiencia, fiscal de la Audiencia, presidente de la Academia de Medicina, doctor Guigou; presidente del Colegio de Médicos de Las Palmas, Dr. González; presidente del Colegio de Médicos de Tenerife, Dr. Sánchez-Pinto; subdelegado de Farmacia de las Palmas, Dr. Vila, y presidente del Colegio de Farmacéuticos de Tenerife, Dr. Fernández, y los catedráticos, Dr. Obdulio Fernández, de Madrid; Dr. Rafael Alcalá Santaella, de Cádiz; Dr. Juan Cuatrecasas, de Sevilla; Dr. Rosendo Carrasco Formiguera, de Barcelona, y el Dr. Pablo Montañés, del Cuerpo de Sanidad Nacional.

Primeramente, el Sr. Calzadilla leyó unas cuartillas dando la bienvenida a los elementos forasteros y declarando abierta la sesión.

Después, el Dr. Obdulio Fernández, en nombre de los médicos peninsulares, y el Dr. Bosch Millares en el de los procedentes de Las Palmas, pronunciaron breves discursos de salutación. El Dr. Guigou Costa saludó a los asistentes en nombre de los médicos tinerfeños, y leyó su conferencia sobre «Climatología de Tenerife; su influencia fisiopatológica». A continuación leyeron sus ponencias los señores Dres. M. Guigou, I. Hernández y F. Mora Roldán, sobre el tema: «Mortalidad infantil en Canarias». Intervino el doctor Mena Burgos, y contestado por el Dr. D. M. Guigou, se dió por terminado el acto. Trasladáronse los presentes al Hospital de Niños, que visitaron con todo detenimiento, mostrándose algunos casos clínicos de interés.

Sesión científica.—Preside el Dr. Guigou.

El Dr. L. Alonso, en nombre del Dr. González Jaraba, leyó una comunicación de este último, titulada: «Consideraciones sobre hipertricosis». En la discusión intervinieron los Dres. J. Rodríguez López y V. Darías.

El Dr. Mena Burgos: «Tratamiento del pie zambo varo-equino congénito», con presentación de un caso y documentación fotográfica y radiológica de otros tres.

El Dr. L. Wildpret Alvarez: «La granulación tóxica de los leucocitos en el pronóstico de las enfermedades infecciosas».

El Dr. F. de Armas Medina: «La lepra en Canarias: datos estadísticos y clínicos».

El Dr. F. Mora Roldán: «Un caso interesante de contagio de lepra».

El Dr. L. Vernetta, en nombre del Dr. A. Escudero: «Un caso de Sedoku curado con Stovarsol».

El Dr. H. Sanz Benítez: «Porcentaje de sífilis en la prostitución reglamentada de Tenerife». Terminó el Dr. Carrasco Formiguera con su primera conferencia sobre «Fisiopatología de la diabetes», en la que expuso el estado actual de esta cuestión.

Viernes 25: Sesión clínica.—Comunicaciones de los médicos del Hospital Civil.

El Dr. J. Vidal Torres leyó la suya a propósito de más de 300 casos de amigdalectomía por el procedimiento de Sluder-Ballenger. Dicha lectura fué seguida de una doble amigdalectomía por este método, como demostración de su técnica y de una discusión en la que intervinieron los doctores F. Barajas, J. Ponce y F. González Medina.

Dr. Morales Ruiz: «Dacriocistorrinostomía», ilustrada con proyecciones. A propósito de esta comunicación el doctor Alcalá Santaella, felicitando al autor de la misma, hizo resaltar la importancia de los conocimientos anatómicos.

Dr. F. Trujillo Castro: «Papel de las paratiroides en la eclampsia gravídica».

Dr. D. M. Guigou Costa: «Fimosis infantil». En la discusión intervinieron los Dres. L. Mena Burgos y H. Sanz Benítez. Dr. T. Cerviá Cabrera: «Estadística de cutirreacciones en las escuelas de Tenerife», y el Dr. I. Hernández, «Infantilismo intestinal».

Sesión científica.—En el local de la Mancomunidad se celebró la segunda sesión científica, presidiendo el doctor Guigou Costa. Comunicaciones:

Dr. García Otero: Algunas consideraciones sobre menorragias. Tomó parte en la discusión el Dr. González Luis.

El Dr. Cerviá Cabrera, en nombre del Dr. González Suárez, leyó la comunicación de éste sobre «Oleotórax».

Dres. Bosch Millares y Gómez Bosch: «Parásitos intestinales en Gran Canaria». En la discusión intervinieron los Dres. Márquez, Guigou y González Luis.

Dr. Darías Montesinos: «Endocrinia y sífilis».

Dr. Gómez Bosch: «Deformidad congénita del duodeno», con proyecciones, y el Dr. F. González Medina, «Consideraciones sobre un caso de leucemia linfóide», con proyecciones.

Seguidamente el Dr. Obdulio Fernández dió su anunciada conferencia sobre «Interés biológico del enlace etilénico», en la que expuso la frecuencia de este enlace en las combinaciones orgánicas, fundando su importancia en el papel preponderante que juegan en procesos de oxidación. A continuación, el Dr. A. Cuatrecasas trató de puntos de vista sobre «Reumatismo». Hizo una crítica de las concepciones actualmente en boga en este capítulo de la Patología, insistiendo y razonando sus puntos de vista personales.

Sábado 26: Sesión clínica.—En el Hospital de la Orotava, el Dr. Jerez Veguero, después de unas palabras de salutación, leyó su comunicación «Fractura de esternón en un caso de tos ferina», seguida de unas observaciones del doctor D. M. Guigou.

Dr. Bañares: «Pielitis gonocócicas y formación de cálculos», discutida por el Dr. Ponce.

Dr. Mena Burgos: «Un caso de osteosíntesis en una fractura condílea de tibia».

Dr. Alonso Moreno, en nombre del Dr. González Jaraba, «Electrocoagulación en el tratamiento del lupus vulgar».

En la discusión intervinieron los Dres. F. Morón y H. Sanz.

El Dr. Gómez Bosch, «Un caso de cefalalgia por hipertrofia de cornetes medios», discutida por los Dres. M. Márquez y J. Vidal. Y finalmente, el Dr. Carrasco Formiguera explanó su lección sobre «Tratamiento de la patología de la diabetes» en presencia de algunas complicaciones. Puntualizó la conducta que se debe seguir en los diferentes procesos que pueden perturbar a un diabético.

Sesión científica en el salón de la Mancomunidad. Presidió el Dr. Gabarda Sítjar.

Dr. Barajas: «Dos casos de fístula auris congénita», con presentación de ambos casos.

Dr. Alcalá Santaella: «Estudio quirúrgico de los vasos del riñón y de la próstata», con presentación de diversos trabajos y preparaciones anatómicas. Hizo diferentes consideraciones quirúrgicas respecto a las anomalías de estos vasos y a la topografía de esta región.

Dr. Montañés: «El problema actual de la lepra desde el punto de vista sanitario». Se ocupó de los múltiples aspectos de esta endemia, proponiendo los medios más indicados para combatirla. Ilustró sus trabajos con la proyección de algunos mapas.

Domingo 27.—Después de la visita al Instituto de Higiene y a la Refinería de Petróleos, se celebró la sesión clínica

en el Manicomio provincial a cargo de los Dres. J. Fariña, D. López Daute y J. Malva.

El Dr. Fariña, después de hacer historia del Centro que dirige, leyó los datos anamnésticos de una enferma con desdoblamiento de la personalidad. Completó el estudio de este caso el Dr. Malva, quien hizo consideraciones sobre el mismo y habló en general de la influencia de la locura en el arte pictórico.

El Dr. Barajas leyó su comunicación «Tres casos de otomycosis», con presentación de preparaciones y cultivos.

Lunes 28.—Visita al Hospital Militar, seguida de sesión clínica.

Dr. V. Darias Montesinos: «Factores extragástricos de la agudización de la úlcera gastroduodenal».

Dr. Bañares Zarzosa: «El pronóstico individual en los grandes azoémicos».

Dr. Martín Rosales: «Granulias pulmonares de origen fímico».

Dr. Gómez Bosch: «Contribución al estudio de la melanodermias».

Dr. S. Bello: «Un caso de embarazo simultáneo extra e intrauterino».

Dr. I. Martín: «Tratamiento de la piorrea alveolar».

Dr. J. Vidal Torres: «Contribución al estudio de la andimetría, andiómetros Western».

Terminó el Dr. C. Fernández leyendo su ponencia «Organización de las Clases Sanitarias Canarias». Intervino el Dr. Barajas.

Por la tarde, en el teatro Guimerá, se celebró la sesión de clausura.

El Dr. Bosch Millares leyó su ponencia «Hidrología médica de Gran Canaria», ilustrada con gran número de proyecciones.

El Dr. I. Ponce Arias, su conferencia «Consideraciones clínicas y anatómicas sobre 102 casos de litiasis renouretal», asimismo con proyecciones.

El Dr. Chevassu pronunció una conferencia sobre «Diagnóstico precoz de la tuberculose renal», proyectando radiografías.

Y el Dr. Obdulio Fernández dedicó su conferencia al tema «Fermentos no aislables».

Cerró el acto el Dr. Guigou Costa, que con breves frases declaró clausuradas las Primeras Jornadas Médicas Canarias, anunciando las segundas para Septiembre de 1933 en Las Palmas de Gran Canaria.

Por la noche, a bordo del *Mexique*, se dió un banquete a las representaciones de los médicos jornadistas y una recepción y fiesta a bordo, a la que concurrieron todos los miembros de las Jornadas.

Tratamiento general de la uretritis crónica.

Conocida es desde hace tiempo la influencia que ejerce el medio individual sobre la tenacidad y la evolución de la uretritis crónica. Ferrier acaba de hacer un estudio en el que destaca la principal indicación terapéutica, que consiste en el tratamiento del estado general (*Revue Médic.*, número 99, 1930).

Según él, si la salud del sujeto enfermo de uretritis crónica deja algo que desear, se debe tratar de mejorarla por la medicación y la higiene. El régimen será amplio y muy libre. Sólo debemos excluir los platos indigestos o demasiado especiados y las bebidas alcohólicas.

En los intervalos de los períodos de tratamiento aconsejaremos las curas de aireación, particularmente la perma-

nencia en las orillas del mar, evitando la fatiga y los baños prolongados. También dice que el estado psíquico deplorable que se observa tan frecuentemente en estos enfermos, es una de las causas de debilitación que debemos prever y combatir. En efecto, la neurastenia de origen urinario es bien conocida y particularmente frecuente en los individuos afectados de uretritis crónica, estando caracterizada por la obsesión y la angustia, yendo acompañada de depresión más o menos marcada y puede llegar a veces hasta las formas graves de la melancolía. Por lo tanto, deberemos remontar el estado moral del paciente y ponerle en guardia contra el descorazonamiento que puede resultar de un fracaso terapéutico momentáneo. Habremos de proporcionarle la calma y el sueño, para lo cual la hidroterapia templada (baños o duchas) nos producirá buenos efectos.

Si existe alguna medicación que pueda encontrar en estos casos las más perfectas indicaciones, ésta es la nucleinoterapia, en forma de *Rhomnol*. Trátase, en efecto, de restablecer la nutrición en su conjunto y de regenerar la célula nerviosa. Todos sabemos que el fósforo representa un papel preponderante en los cambios del organismo y, principalmente, en el funcionamiento del sistema nervioso.

Su insuficiencia es la base de la depresión general y de la neurastenia de los enfermos urínicos.

Deberemos dar a estos enfermos alimentos ricos en fósforos: huevos, pescados, sesos, etc... Pero la nucleinoterapia consiste, sobre todo, en proporcionarles de un modo constante y bien dosificado el fósforo orgánico. El ácido nucleínico tiene las ventajas siguientes: 1.º, sobre el fósforo y los fosfatos, la de no ejercer acción esteatósante sobre las vísceras; 2.º, sobre los fosfatos y los glicerofosfatos, la de no quedarse fuera de la absorción, puesto que se encuentran los fosfatos en la orina y las deyecciones y jamás el ácido nucleínico, y 3.º, sobre las lecitinas y las nucleínas, por no dar nacimiento a venenos de la serie xántica, que fatigan el estómago y el hígado, produciendo accidentes uricémicos a veces graves.

El *Rhomnol* es una preparación de ácido nucleínico puro que permite llevar a la economía general y la célula nerviosa un fósforo asimilable y sin peligro. A los enfermos urínicos (uretritis o cistitis) se puede administrar en forma de 4 a 6 píldoras diarias, dosificadas a 0,05 centigramos o de granulado, en dosis de dos cucharadas de postre. Prescrito de esta manera, el *Rhomnol* es el medicamento exclusivo para reanimar el estado general de las uretritis crónicas y de todos los urínicos.

SECCION OFICIAL

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Creando en Madrid el primer Patronato de Asistencia social Psiquiátrica.

ORDEN

Excmo. Sr.: Las reformas de la asistencia psiquiátrica en España, a cuyo estudio dedica sus actividades el Consejo Superior Psiquiátrico, no abarcan sólo cuanto a la técnica psiquiátrica en la vida intramaneicomial se refiere, sino que se extienden al cuidado científico y organizado del enfermo antes de su ingreso en un establecimiento psiquiátrico, para lo cual se proyecta la organización de Dispensarios de Higiene mental y, asimismo, a la vigilancia y cuidado del enfermo a su salida del establecimiento donde ha sido tratado.

Esto tiene las ventajas de continuar más tiempo la ac-

IODAMÉLIS

el Especifico
**CARDIO-VASCULAR
TOTAL**

Yodoyoduro
de Potasio

Hamamelidina

en los

ARTERIOESCLEROSICOS

Uricemicos

Hyperviscosos

en los

HYPERTENSOS VENOSOS

Cianoticos

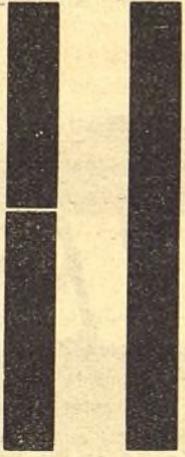
Varicosos



DOSIS :
20 a 40 gotas,
tomadas dos
veces al dia,
en cada comida

LABORATOIRES J. LOGEAIS . BOULOGNE-SUR-SEINE PRÈS PARIS

Muestras y literatura: D. Juan Martin.—MADRID-BARCELONA




TRATAMIENTO SINTOMATICO DE LA

DISMENORREA

por el

QUADRONAL



Contiene cafeína como excitante y vasotónico.
Influye favorablemente sobre los trastornos
espásticos, dolores de cabeza y de la región
lumbar; estados de depresión psíquica.

Antes del periodo y durante él,
una o dos tabletas,
dos o tres veces al día.

Muestras y literatura:

**A S T A , Aktiengesellschaft, Fábrica Química,
Brackwede, Westf. 128.**

Representante: HEINZ WERNICK. — Calle de Córcega, 382, 3.º. — BARCELONA

ción psicoterápica del ambiente técnico del establecimiento, dando al enfermo confianza en sí mismo al reanudar su vida familiar y entregarse de nuevo a sus actividades profesionales. Favorece, por otro lado, la vigilancia de los casos con altas prematuras y permite aumentar el número de éstas, disminuyendo, de esta suerte, la aglomeración que actualmente constituye un verdadero problema en los establecimientos psiquiátricos.

Por todo ello, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 7.º, párrafo tercero del Decreto de 3 de Julio de 1931, sobre asistencia de enfermos mentales, visto el informe del Consejo Superior Psiquiátrico y lo acordado por la Dirección general de Sanidad.

Este Ministerio ha tenido a bien disponer:

1.º Se crea en Madrid el primer Patronato de Asistencia social Psiquiátrica, adscrito, en todos sus aspectos, al Consejo Superior Psiquiátrico de la Dirección general de Sanidad y a la Sección de Psiquiatría e Higiene mental de la misma.

2.º Dicho Patronato estará integrado por las siguientes personas:

Presidente: El presidente del Consejo Superior de Psiquiatría.

Vicepresidentes: 1.º, doña Dolores Moya de Marañón; 2.º, el vicepresidente del Consejo Superior Psiquiátrico.

Secretarios: doña Natalia Cossío de Jiménez Fraud y el jefe de la Sección de Psiquiatría e Higiene mental de la Dirección general de Sanidad.

Vocales: doña Dolores Rivas Cherif de Azafía, doña Carmen Avendaño de Hernando, doña María Josefa González de Vinent, doña Consuelo Bastos de Bastos, doña Concepción Arenal de Cantero, doña Pilar Zubiarru de Gutiérrez Abascal, señorita María Luisa de Urgoiti, D. Salvador Echeandía Gal, D. Mariano Granados Aguirre y D. Ramón López Rumayo.

3.º El Patronato se encargará de la vigilancia postmanicomial de los enfermos mentales en tratamiento en los establecimientos psiquiátricos oficiales o particulares (que alberguen enfermos de Beneficencia) de la provincia de Madrid.

4.º Se reunirá mensualmente en la Dirección general de Sanidad, proponiendo sus acuerdos y el resultado de sus estudios al Consejo Superior Psiquiátrico, el cual, después de informarlos o aprobarlos, los trasladará a la Sección de Psiquiatría e Higiene mental, y ésta a la Dirección general de Sanidad.

5.º El resultado de sus trabajos quedará ordenado al final de cada año, e incluido en la Memoria que, con arreglo a lo dispuesto en el Decreto de 10 de Noviembre de 1931, apartado 5, el Consejo Superior Psiquiátrico tiene que elevar anualmente a la Dirección general de Sanidad.

6.º Para la mayor eficacia de la labor práctica encomendada a este Patronato, dispondrá de un grupo de enfermeras psiquiátricas visitadoras y de un local de trabajo y de archivo que será una de las dependencias del Dispensario de Higiene mental, creado por la Dirección general de Sanidad.

7.º Además de las normas directas de trabajo y de las orientaciones que marque el Consejo Superior Psiquiátrico, este Patronato tendrá la alta misión social de interesar a todos en los problemas que plantea la asistencia psiquiátrica, divulgará las normas de la Higiene mental, visitará a las familias que tengan deudos afectos de enfermedades mentales y a éstos en los establecimientos en que se encuentren en tratamiento, de acuerdo siempre con las indicaciones que marque el médico director, y procurará la rápida colocación y readaptación profesional de los enfermos dados de alta que soliciten su concurso.

8.º Para todo ello el Patronato procurará obtener fondos de particulares, entidades, centros diversos que se interesen por este problema tan importante del enfermo mental y estará en relación con los centros industriales y profesionales de la región.

9.º Buscará, finalmente, la colaboración de la Liga Española de Higiene mental, primera agrupación de personas animadas del mayor celo y entusiasmo que, en nuestro país, se ha preocupado de los problemas científicos y sociales que la asistencia psiquiátrica plantea. Como célula generadora de este movimiento, que ya ha tomado carácter oficial, su colaboración con el Patronato ha de ser efectiva en todos sus aspectos.

Lo que de Orden ministerial digo a V. E. para su conocimiento y efectos.

Madrid, 16 de Abril de 1932.—Casares Quiroga.—Señor director general de Sanidad. (*Gaceta* del 17 de Abril de 1932.)

Creando Centros Secundarios de Higiene rural.

ORDEN

Ilmo. Sr.: Consignado en los Presupuestos del Estado un crédito para la creación de quince Centros de Higiene rural,

Este Ministerio se ha servido disponer:

1.º Se crean los siguientes Centros Secundarios de Higiene rural: Hellín (Albacete), Alcoy (Alicante), Reinosa (Santander), Plasencia (Cáceres), Sigüenza (Guadalajara), Jaca (Huesca), Linares (Jaén), Algeciras (Cádiz), Lorca (Murcia), Talavera de la Reina (Toledo), Villalón (Valladolid), Villafranca del Bierzo (León), Valdepeñas (Ciudad Real), Peñaranda de Bracamonte (Salamanca), Pozo-Blanco (Córdoba).

2.º Al frente de cada uno de estos Centros y bajo la directa dependencia del respectivo inspector provincial de Sanidad, habrá un oficial sanitario, médico del Cuerpo de Sanidad Nacional, que deberá dedicarse íntegramente a la Jefatura y funciones personales propias del Centro y al cual le estará prohibido el libre ejercicio de la profesión.

3.º Las funciones que habrán de desarrollar los jefes de Centros Secundarios de Higiene rural, serán las de efectuar, por delegación del inspector provincial de Sanidad, todos los trabajos de carácter exclusivamente técnicos encomendados a estos funcionarios, muy especialmente los que se refieren a estudios demográficos sanitarios, higiene social, propaganda higiénica, lucha contra la mortalidad infantil y enfermedades evitables.

4.º Los jefes de Centros de Higiene rural darán cuenta semanalmente al inspector provincial de Sanidad de los trabajos realizados, para que éste lo transmita a la Dirección general de Sanidad en el mismo período de tiempo, con las observaciones que consideren pertinentes.

5.º Las funciones técnicas de los jefes de Centros Secundarios de Higiene rural abarcarán una zona y actividades que será señalada por el inspector provincial de Sanidad, teniendo presente las posibilidades de transporte, medios de relación y eficaz vigilancia por parte del referido jefe.

6.º Al objeto de evitar una duplicidad de servicios, y en la necesidad de coordinar todos al fin sanitario común, el jefe del Centro Secundario de Higiene rural tendrá bajo su dirección todas las Instituciones dependientes del inspector provincial de Sanidad que radiquen en su zona.

7.º Por la Dirección general de Sanidad se darán cuantas órdenes sean precisas para el mejor cumplimiento de este nuevo servicio.

Lo que digo a V. I. para su conocimiento y efectos. Madrid, 22 de Abril de 1932.—P. D., *M. Pascua*.—Señor director general de Sanidad. (*Gaceta* del 27 de Abril.)

MINISTERIO DE TRABAJO Y PREVISION

ORDEN

Ilmo. Sr.: Vistas las reiteradas peticiones elevadas a este Departamento en demanda de que en Santander se constituya un Jurado mixto que entienda en las cuestiones referentes al personal al servicio de Sanatorios, Hospitales y Casas de Salud; y considerando que el acceder a lo solicitado es de ineludible justicia, pues el personal al servicio de los establecimientos indicados, de carácter particular, no deben estar desprovistos del organismo que en régimen de paridad y concordia estudie y regule cuantas cuestiones al mismo puedan afectar,

Este Ministerio ha tenido a bien disponer:

1.º Que se constituya en Santander, con jurisdicción provincial, un Jurado mixto de «Personal al servicio de Sanatorios, Hospitales y Casas de salud de carácter particular»; organismo que habrá de estar integrado por seis vocales efectivos e igual número de suplentes de cada representación, y adscrito, a efectos administrativos, a la Agrupación de Jurados mixtos de Industria Hotelera, Comercio en general, de la Alimentación, Despachos, Oficinas, y Banca y Artes Gráficas.

2.º Que para la designación de las respectivas representaciones tendrán derecho electoral las entidades patronales y obreras que en el plazo de veinte días, contados a partir del siguiente al de la publicación de esta Orden en la *Gaceta de Madrid*, se inscriban en el Censo Electoral Social de este Ministerio; y

3.º Que una vez transcurrido el plazo indicado en el número anterior, se determinará aquel en el cual habrán de celebrarse las elecciones, con especificación concreta de las entidades con derecho a tomar parte en ellas.

Lo que digo a V. I. para su conocimiento y efectos. Madrid, 20 de Abril de 1932.—P. A., *Juan Relinque*.—Señor director general de Trabajo.

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 709,1; ídem mínima, 698,7; temperatura máxima, 20º; ídem mínima, 7º,8; vientos dominantes, OSO., O. y SO.

Aún no se han extinguido los procesos catarrales agudos, habiendo adquirido la modalidad de laringitis y faringitis. Aumentan los casos de «reumatismos musculares», en los que se incluyen diversas modalidades del que antes se llamaba artritis, y que consiste en los trastornos metabólicos a que hicimos alusión en nuestra gaceta anterior. En cambio, acusan mejoría general, coincidiendo con la de la temperatura, los procesos crónicos de las vías respiratorias.

En los niños de pecho, sobre todo en los sometidos a la lactancia artificial, han comenzado los trastornos gastrointestinales.

CRONICAS

Concursos oficiales.—Por el Ministerio de la Gobernación se dispone convocar concurso para la provisión de las plazas de jefe médico de la Sección de Higiene Social y Propaganda, de jefe médico de la Sección de Higiene infantil y de jefe médico de la Sección de Higiene mental.

Las condiciones se anunciarán por la Dirección general de Sanidad.

De la «Gaceta».—22 de Abril. — Orden nombrando para las plazas de profesores del Instituto de Estudios Penales a D. José Sanchis Banús, D. Luis Jiménez de Asúa, D. Luis Álvarez Santullano, D. Mariano Ruiz Funes y D. Constancio Bernaldo de Quirós.

3 de Mayo. — Ministerio de la Gobernación. — Orden disponiendo que la consignación de 16.250 pesetas destinada a satisfacer toda clase de gastos que ocasione el funcionamiento de las Estaciones sanitarias de puertos y fronteras e Inspecciones locales sanitarias, se abone con la distribución que se indica.

Causyth.—Como aportación a una nueva orientación terapéutica basada en la experiencia clínica, la «Oesterreichische Heilmittelstelle G. A.», y en su representación la «Chemirrosa Ibérica», de Barcelona, Mallorca, 313, publica una monografía sobre el «Causyth», cuyo indudable efecto terapéutico es la regularización de la actividad celular y, ante todo, el restablecimiento de las condiciones normales de relación entre el sistema endocrino y nervioso o, aun mejor, de las más adecuadas a cada momento. La euforia subsiguiente a su administración indica de manera clara el comienzo de la convalecencia y del funcionamiento normal de las células atacadas. El Causyth, como las proteínas por vía parenteral, presenta la propiedad de actuar sobre todos los complejos celulares del organismo y producir un aumento de su actividad general, careciendo de sus efectos dañinos y a veces peligrosos, como la fase negativa, la leucocitosis transitoria y la reacción general.

Monografía en la que se detalla el estudio químico-farmacéutico, toxicidad, acción fisiológica y la posología, terminando con un estudio detenido de las indicaciones del Causyth.

Instituto de Medicina Práctica (Barcelona).—El Dr. Durán Arrom dará un curso monográfico de Patología circulatoria, enfermedades de las coronarias, con el siguiente programa:

Lección I.—Evolución del concepto anatómico del morbo coronario en sus relaciones con la histopatología y exploración electrocardiográfica (Mackenzie, Lewis, Gerard, Hering, Pardee y otros).

Lección II.—Patogenia de las arritmias de origen coronario. Síntomas clínicos, electrocardiográficos, esfigmofebográficos y de rayos X.

Lección III.—Clasificación y descripción de cada síndrome.

Lección IV.—Higiene terapéutica. Tratamiento medicamentoso (ouabaine, salirgan, yoduro, opio, nitrito de amilo y otros).

Las conferencias se explicarán los días 12 y 19 de Mayo y 2 y 9 de Junio, a las diez de la noche, en el Instituto, con presentación de enfermos en tratamiento, además de electrocardiogramas, radiografías, exámenes capiloscópicos y capilométricos, etc.

Nombramiento.—Por el Ministerio de la Gobernación se ha dictado una orden, en ejecución de la vigente ley de Presupuestos, nombrando a D. José García del Diestro y Escobedo director médico de la Escuela Nacional de Puericultura, con el haber anual de 8.000 pesetas, consignadas en el capítulo 3.º, artículo 13, partida 4.ª, sección 6.ª de la expresada ley y con la efectividad de 1.º del corriente mes.

SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados).

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Único preparador en España: DOCTOR GIRAL
Catedrático y Académico.—Atocha, 35.—Teléf. 10.028.—Madrid

Forma emulsionable en frío: 2,90 ptas. caja de 150 gramos.

Forma cremosa: 4,40 ptas. frasco de 250 gramos.

Ambas formas: A granel por kilos.—Muestras gratuitas.

SIL - AL Silicato de aluminio, fisiológicamente puro
Laboratorio Gámir, Valencia. — J. Gayoso, Madrid

IMPRENTA DEL SUCESOR DE ENRIQUE TEODORO
Glorieta de Santa María de la Cabeza, 1.—Madrid, Teléfono 70.458