

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SÁBADOS

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.

Cardiazol
Pentametilentetrazol



el analéptico del día

Acción rapidísima sobre corazón y respiración en colapsos, intoxicaciones, trastornos de la circulación y del corazón, enfermedades infecciosas.

Enteramente soluble en agua.
Efecto inmediato por vía subcutánea.

Tabletas • Líquido • Inyectables • Polvo

La combinación
acertada:

Klimaktón
«Knoll»



para combatir causal y sintomáticamente los molestos

achaque de la menopausa.

COMPOSICIÓN:

3 cgr. de substancia ovárica absolutamente pura, 6 mgr. de substancia tiroidea igualmente depurada, 15 cgr. de bromural y 15 cgr. de calcio-diuretina.

Tubitos con 20, frascos con 50 grageas.

KNOLL A.G., Fábricas de Productos Químicos, Lúdwigshafen del Rhin.

Ayuntamiento de Madrid

Arhéol

C¹⁰H¹⁰O

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^e)
Sucursal en ESPAÑA : 129, Bruch, BARCELONA.



SANATORIO NEUROPÁTICO

CARABANCHEL BAJO (Madrid). — Teléfono 118 C.

Director: DR. GONZALO R. LAFORA
Calle de Lope de Vega, 55. — MADRID.

Unico Sanatorio **mixto**, con edificios y jardines independientes: uno, sólo para enfermos nerviosos ó psiconenróticos 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.

LABORATORIOS CORBIÈRE - PARIS

SUERO ANTI-ASMÁTICO DE HECKEL

MUESTRAS
GRATIS

AMPOLLAS de 5 Cent. cubicos para
ADULTOS
AMPOLLAS de 2 Cent. cubicos 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. para España, 20, Ruiz Perello, MADRID (9)

Los nervios periféricos hay degeneraciones crónicas, en la aorta abundan las lesiones sífilíticas, siendo más corriente la asociación de los fenómenos de la mesoartritis sífilítica con dilatación del cayado de la aorta y con aneurismas saculares con la parálisis general progresiva que con la tabes o con las lesiones sífilíticas puras del sistema nervioso central. Las vísceras, y en especial el hígado, suelen tener también alteraciones, pero no son constantes. No siendo en los vasos, son poco frecuentes en los parálisis las demás manifestaciones de la sífilis o los residuos de las mismas. Recientemente, consiguieron Noguchi y otros demostrar la existencia del espiroquete en las lesiones de la corteza cerebral.

La parálisis general es una enfermedad metasisfílica como lo es la tabes, es decir, que es una manifestación tardía de la sífilis, que pocas veces va asociada a otros síntomas de esta enfermedad y que el tratamiento antisifilítico carece de influencia sobre ella. Se ha calculado que enferman de parálisis un 4 por 100 de los sífilíticos y que esta evolución hacia la parálisis se presenta lo mismo en sujetos que tuvieron síntomas fuertes de sífilis que en los que los tuvieron discretos y lo mismo si se sometieron a un tratamiento enérgico, que si el tratamiento fué insuficiente; pero se suele hablar de una sífilis nerviosa que evoluciona con pocas manifestaciones y que tiene tendencia a terminar por una tabes o por una parálisis, suponiendo que cuando una persona que padece una sífilis de esta clase la contagia a otra, el virus conserva en esta última el mismo carácter. Esta suposición se ha tratado de fundar en las parálisis desarrolladas en cónyuges por haber adquirido la mujer la enfermedad contagiada por el marido. Pero los casos de estas parálisis conyugales no son tan frecuentes que no puedan ser solamente casuales y, por tanto, tiene más importancia para mostrar la posible existencia de los virus neurotrópicos la existencia de parálisis en varios enfermos que se contagiaran de una misma fuente. Lo poco frecuentes que son los síntomas terciarios, y lo escaso de los secundarios de la sífilis en los enfermos que padecen más tarde la parálisis, ha

efecto, a cada localización anatómica correspondía una forma clínica, pero en algunos casos sí parece que se confirma la existencia de dicha relación. Por lo menos existen dos formas que tienen individualidad gracias a esta localización especial del proceso y estas dos formas son la tabética y la espasmódica: 1.ª, La forma tabética. Teóricamente se pueden presentar tres casos: que en el curso de una parálisis general se presenten síntomas de tabes; que las dos enfermedades evolucionen de una manera concomitante o que en el curso de una tabes se presenten los síntomas de la parálisis general. Prácticamente lo que suele suceder de una manera constante es lo último. Se trata entonces de enfermos con tabes antigua, de diez años o más de fecha, en los que aparece un acceso de delirio violento con agitación y megalomanía. Aparecen los trastornos del habla y ya no se puede dudar del diagnóstico de la parálisis general progresiva. Estos fenómenos regresan pronto y el enfermo vuelve a presentar tan sólo los síntomas de la tabes, hasta el punto de que podría creerse que se había sufrido un error de diagnóstico si no fuera porque queda cierto déficit intelectual que se pone de manifiesto en cuanto se impone al enfermo el menor esfuerzo y que se traduce también por fracasos de la memoria. Claramente que hay enfermos en los que no se presentan tales mejorías, pero el caso es suficientemente frecuente para haber llegado a dar a esta forma el nombre de parálisis general regresiva. Se debe la forma tabética a la localización medular del proceso que afecta a la medula antes que al encéfalo; 2.ª, La forma espasmódica. Consiste en que en el curso de la parálisis se presentan accidentes de parálisis espástica de los miembros, pudiendo engendrarse la paraplejia o la cuadriplejia espásticas con exageración de los reflejos. Este accidente revela la esclerosis de los cordones laterales de la medula. Esta forma se diferencia de la tabética en que no tiene localización medular anterior a la cerebral, sino que se trata de una parálisis general corriente en la que aparecen trastornos motores a causa de haberse extendido el proceso a los fascículos motores de la medula. Así como en la forma tabética llamaba la atención la intensidad del de-

lirio, en ésta queda muy reducida. La asociación con otros procesos morbosos puede complicar la evolución de la parálisis general; entre los procesos que crean complicaciones se encuentran, en primer término, los de sífilis nerviosa, cerebrales, medulares y, sobre todo, meningea. La sintomatología de estos casos complicados es tan poco característica que se han dado los casos más raros de diagnósticos erróneos. Las intoxicaciones y en especial el alcohol agravan la parálisis y determinan alucinaciones que borran el cuadro de la misma.

Repasemos ahora, con más detalle, las formas clínicas a que primero hemos hecho alusión y nos encontramos que presentan los caracteres siguientes: La forma manteca suele ir precedida de parálisis de los motores oculares, rigidez pupilar y debilitación de los reflejos tendinosos. En este estado permanece el enfermo algunos años antes de que explote el delirio. El tratamiento antisifítico hace desaparecer las parálisis oculares; en cambio, los otros síntomas es más raro que se alivien. Tras de estos accidentes siguen unos años de pausa y al cabo de ellos estalla el proceso definitivo que se diferencia poco del cuadro siguiente: un sujeto, hasta entonces sano, comienza a quejarse de cuando en cuando de síntomas nerviosos, como dolor de cabeza, presión en la misma o cansancio que puede ser general o localizado, por ejemplo, en los ojos. Duermes con intranquilidad. No suele conceder gran importancia a estos fenómenos. Los tratamientos pueden proporcionar ligeros alivios, pero en general, el cuadro no cambia, y si se observa la evolución del enfermo en un período largo se demuestra que los trastornos han ido aumentando al compás que disminuye la capacidad para el trabajo. La sintomatología de algunos casos está dominada por dolores localizados que se suelen atribuir a reumatismo. Casi simultáneamente con estos trastornos se inicia el cambio de carácter, tan gradual que pasa inadvertido. Un padre de familia que atendía a ésta con toda solicitud se muestra egoísta en algunas acciones, realiza algún negocio imprudente contra lo que era su costumbre o falta a su trabajo sin razón que lo justifique. Los tras-

El gran aumento de estas células de la glia y, sobre todo, su gran volumen, sirven ya para hacer una diferencia, incluso en un estudio anatómico somero, entre esta enfermedad y la demencia senil. Las adventicias de los vasos pequeños del encéfalo, de la pia madre y de otros órganos del cuerpo, se encuentran muy infiltradas de células pequeñas y redondas que ofrecen casi todas los caracteres de las células plasmáticas. Este fenómeno de la infiltración es muy característico de la parálisis general, puesto que fuera de ella solamente se encuentra en la enfermedad del sueño y, según Monakow, en la esclerosis múltiple. Cuando hay otras lesiones de los vasos, por ejemplo, esclerosis que son frecuentes, se trata ya de complicaciones. El cerebro entero se encuentra achicado, y en los casos antiguos pesa menos de 1 000 gramos, la superficie ha perdido su aspecto uniforme y la superficie de cada circunvolución se hace irregular en tanto que los surcos son más anchos. Al corte aparece la substancia blanca manchada y, si no existe un edema que oculta la atrofia, se retrae. A pesar de que el enfermo presentara en vida síntomas focales, es decir, trastornos más acusados de una región que de otras, no se suele encontrar en la autopsia una distribución anatómica de las lesiones que justifique esta distribución irregular de los síntomas. No existe relación fija entre los trastornos de la pia madre y los del encefalo.

En la mayoría de los casos, dicha pia se encuentra turbia y adherida, sea al encefalo mismo, de modo que al tratar de denudar éste se arrancan las capas más superficiales de la corteza, sea con las demás meninges, de modo que para penetrar en la cisura interlobular es preciso, a veces, abrirse paso con el bisturí. La paquimenigitis hemorrágica es más frecuente en los enfermos de P. G. P. que en algunos otros y muchas veces se encuentra la dura madre adherida al hueso. El díptico de éstos se halla reducido o ausente en numerosas ocasiones. En la medula se encuentran lesiones de dos clases: por un lado, degeneraciones secundarias a consecuencia de las lesiones del encefalo, y por otro, alteraciones primitivas semejantes a las de éste. En

SANOCAL
Thiosulfato de cal

CALCIOTERAPIA
INTRAVENOSA
INTENSIVA EN DÓSIS
PROGRESIVAS.

OROZANIL
Thiosulfato de oro sódico

TRATAMIENTO-
DE LA TUBERCU-
-LOSIS POR LAS-
SALES DE ORO.

PRODUCTOS NACIONALES.
PREPARADOS POR EL QUÍMICO FARMACEÚTICO: J. ABELLÓ-PASCUAL
DEPOSITARIOS PARA ESPAÑA
H. H. RIESGO. S. A. FLOR ALTA. 10. MADRID.

Lukutate

Producto compuesto de seis maravillosas frutas indias de la mayor riqueza en


vitaminas naturales.

Dietético único para las glándulas de secreción interna completamente inofensivo.

INDICACIONES: Rachitis, escrófulas, diabetes, impotencia, esterilidad, agotamiento, anemia, reconvalecencia, obesidad, delgadez exagerada, bocio, parálisis, vejez prematura, enfermedades del corazón, hígado y riñones, etc.

Se ruega á los señores médicos pidan gratis muestras y literatura.

LUKUTATE IBÉRICA, S. L.—BARCELONA, Valencia, 238.



CEREBRINO MANDRI
CURA EL
DOLOR DE CABEZA
NEURALGIAS
DOLORES
NERVIOSOS
REUMÁTICOS
PREVENTIVO
Y CURATIVO
DE LA GRIPE
NUNCA PERJUDICA

REGISTRADA DE LA MUJER

Rece-
tar
siem-
pre
este
analgé-
sico
nacio-
nal.
—
De
sabor
agra-
dable y
sin ac-
ciones
secun-
darias.

PREPARADO POR
FRANCISCO MANDRI

Médico y Químico-Farmacéutico.

Provenza, 203. — **BARCELONA**

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^a
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.
En Canarias : B. APOLINARIO, Farmacéutico, Las Palmas

TERTULIA MÉDICA

HISTORIA. - ARTE. - CRÍTICA

— AMENIDADES —

8-VIII 1929

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.

Noticia acerca de un instrumento obstétrico poco o nada conocido.

El celeberrimo partero Francisco Mauriceau, que en el siglo XVII fué uno de los más notables prácticos que dieron honor y lustre a su patria Francia, publicó un tratado obstétrico con el título de: «Des maladies des femmes grosses et accouchées avec la bonne et

liana y latina, contiene en su libro II, capítulo 15, las indicaciones de una honda para extraer la cabeza que por arrancamiento del tronco hubiese quedado en la pelvis, y en la 5.^a edición se figura y detalla, con la técnica correspondiente.

Más tarde, Pedro Amand, quizá inspirado en las ideas de Mauriceau, propone un aparato análogo, para el mismo objeto, en su libro: «Nouvelles observations sur la Pratique des Accouchements, avec la manière de se servir d'une nouvelle machine tres commode et facile pour tirer promptement et seurement la tête de l'enfant separée de son corp, &c. &c. Paris, 1714. 8.^o 2.^a edn. Paris, 1715, corrigé et augmentée de la figure du tire-tête, représenté en trois differentes manières.»

Entre estos instrumentos y el de Wilmont, el de los japoneses, y el *sericeps* de Poullet, hay otro inventado por un médico español que sin conocer, al parecer, el de Mauriceau, pero inspirado en su idea, sabida por una crítica de Levret que lo calificaba de «producto de la imaginación, superfluo e impracticable», inventó uno que, según lo que él escribe, dió excelentes resultados, tanto en

Barcelona | En la oficina de Brusi con las licencias necesarias | Año de 1816. | 4.^o; port.; págs. 3-32 y una lámina grabada en cobre, tamaño de folio común.

Por la lectura de su texto, se viene al conocimiento de que el autor era persona erudita y experimentada en la práctica de los partos y que su invento, sin tener los inconvenientes del de Poullet y su difícil técnica, debiera tenerse presente en más de un caso distócico en

SUSTITUTOS E IMITACIONES

de toda clase no logran alcanzar a nuestro preparado original

UROTROPINA SCHERING

veritable méthode de les bien aider en leurs accouchements naturels, et le moyen de remedier a tous ceux qui son contre nature, et aux indispositions des enfants nouveaux-nés; ensemble une très exacte description, de toutes les parties de le femme qui sont destinées a la generation... Paris, 1668. 4.^o, illus

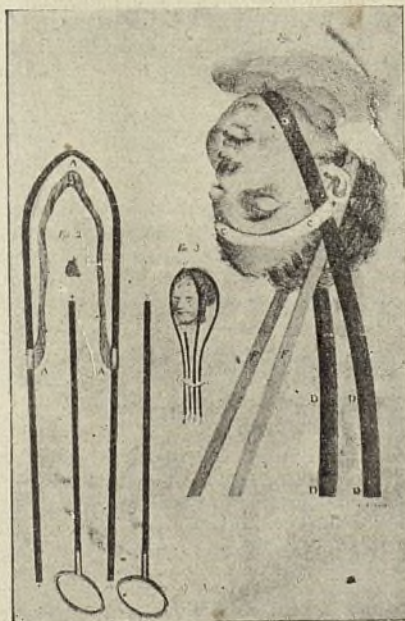


Fig. 1.ª—La cabeza armada con la asa elástica por la barba y por el occipucio. A. Centro del asa; B. Cuerpo del asa; C. O. Freno; D. D. Píernas; E. F. F. Segundo método de colocar la asa.

Fig. 2.ª—La asa dispuesta como debe introducirse. A. A. A. El freno.

Fig. 3.ª—Las dos asas cruzadas para extraer la cabeza cuando ha quedado sola en el útero.

trado con bellos grabados en cobre. Esta obra, de la cual se conocen hasta siete ediciones y que fué traducida a las lenguas inglesa, holandesa, alemana, ita-

Diarreas estivales

ELDOFORMO "BAYER"

sus manos, como en las de otros médicos. Quiere con él suplir ventajosamente al fórceps que en manos de Levret hacía entonces su evolución. Vino a mi poder ha muchos años el folleto en que tal invento se describe y preconiza, y al no verlo citado por escritor alguno de los que yo conozco, he creído sea quizá poco o nada conocido (1).

El mencionado impreso tiene este título: Memoria | sobre una invención | fácil y sencilla | para extraer las criaturas clavadas | en el paso | sin riesgo de su vida, | ni ofensa de la madre, | y para extraer la cabeza | que ha quedado | en el útero separada del cuerpo. | Por el Dr. D. Narciso Esparragosa y Gallardo, | Profesor de Medicina y Cirugía, Cirujano | honorario de cámara de S. M. | (Un bigote) | Reimpresa en

(1) No tengo a mano la «Historia de la Medicina Española» del Dr. Antonio Hernández Morejón (Madrid, 1843), para ver si en ella se ocupa o cita al Dr. Esparragosa y a su obra, con algún detalle.

En los «Anales históricos de la Medicina en general y biográfico-bibliográfica de la española en particular», por D. Anastasio Chinchilla (tomo IV, pág. 312, col. 1.^a, Valencia, 1846), aunque se menciona al autor y su obra, no se dan más noticias de él que las que contiene la portada de la misma.



que el empleo del fórceps requiere gran habilidad y maestría.

El aparato mencionado consta de «una tira de barba de ballena de tres pies de largo, dos líneas de ancho y una de grueso», debiendo ser mayor en las dos extremidades. Juntas ellas forman una asa a la que llamó él «Asa elástica»; en las extremidades de la varilla deben asegurarse unos anillos oblongos metálicos bastantes a permitir la introducción de los dedos índice, medio y anular de la mano derecha, para tirar de la varilla. En algunos casos que el autor detalla, se le agregan dos cintas que llama frenos e indica el uso de ellos.

Cuando la cabeza quede únicamente retenida, el aparato se modifica duplicando las varillas, y la técnica cambia. En este particular confiesa el autor no tener hecha experiencia alguna.

No solamente a título de curiosidad bibliográfica he querido publicar esta nota, sino también por si acaso ese casi desconocido invento sugiera alguna buena idea a los parteros actuales (1).

Creo de interés para nosotros conocer todos los escritos obstétricos de origen español, pues en ellos deben haber to-

IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico.
BALDACCI - PISA

mado doctrina y prácticas los parteros mexicanos, y así poder juzgar cuál sería el grado de adelantamiento que ellos tuviesen en este ramo de las ciencias médicas, toda vez que muy pocos escritos nos dejaron.

DR. A. LEÓN.

(1) Durante veintisiete años que han transcurrido desde que comencé mis estudios de partos, hasta el presente, he reunido numerosas notas obstetriciales, las que iré poco a poco ordenando y publicando con el deseo de que las utilicen los estudiosos.

Municipios que deben ser imitados

Copiamos de *Ideal Médico*:

«VILLAFRANCA DE CÓRDOBA

Es digna de todo elogio la meritoria labor que realiza el Ayuntamiento del vecino pueblo de Villafrañca, en el que gente joven, animosa y culta, coopera con fervor en empresas de progreso urbano.

Entre sus actos que merecen el conocimiento público, el aplauso y la gratitud de nuestra clase, queremos señalar estos que honran a cualquier pueblo y que dicen sobradamente de la embergadura espiritual de aquellos municipios: El pasado año dedicóse un homenaje popular al titular D. Apolinar Rodríguez, en sus cuarenta años de servicio

Calcinhemol Alcuberro.

Poderoso antianémico.

Alcalá, 88. — Madrid.

médico; enfermo después éste, se le jubiló con todo el sueldo, y, por último, el Ayuntamiento concede un voto de gracias al titular D. Enrique Herrera, quien durante todo el tiempo de la enfermedad de aquél prestó desinteresadamente sus servicios.

También el proceder de este egregio compañero debe quedar señalado con letras de oro.

Ni una cosa ni otra necesita comentarios; sólo imitadores.

Pero queremos citar el nombre del excepcional alcalde: D. Manuel Muñoz Barrios. Es justo le conozcan los médicos.

VILLA DE BUÑUEL (NAVARRA)

15 de Septiembre de 1927.—El Ayuntamiento impone a su médico titular, D. Vicente Oliver Borra, la Medalla del Trabajo. Da su nombre a la calle del pueblo en que nació y le jubila con la pensión anual de 4.000 pesetas. Al acto asisten representantes de todas las entidades; preside el presidente de la Diputación Foral, en cuyo acto pronuncia un discurso excitando a los pueblos que

Gadol Castel Una inyección hipodérmica diaria. Tuberculosis pulmonar y quirúrgicas, ganglios, fístulas, decimas rebeldes, linfatismo, escrofulismo infantil.

imiten la conducta del de Buñuel. La única entidad médica que no asiste ni se da por enterada, es el Colegio Médico.

12 de Febrero de 1929.—Fallece aquél y el Ayuntamiento asiste en Corporación con la bandera de la villa y la música. El pueblo acuerda que los que conducen el féretro se releven cada diez metros, con objeto que todo el pueblo conduzca los restos de su médico. El Ayuntamiento acuerda abonarle a la viuda la pensión del año.

**

Ante estos hechos el espíritu se serenó, esperando seguros días de comprensión y amor en todos.

Nada más.»

Apuntes para la historia de la enseñanza y ejercicio de la Medicina en México, desde la conquista hispana hasta el año de 1833. (1)

III

En lo referente a medicina tenemos las noticias siguientes:

1.º Dr. Joan de Alcazar. En 10 de Agosto de 1553 presentó claustro pleno,

Kelatox: Sedante atóxico.

presidido por el Virrey Don Luis de Velasco, su título de Doctor en Medicina expedido por la Universidad de Lérida, y pidió se le incorporase con tal grado. Se le aceptó y asentó entre los Doctores y Maestros.

2.º Dr. Damián Torres. En 10 de Agosto de 1553 pidió obtener, mediante pruebas, el grado de Licenciado en Medicina, lo que se le concedió. «Hizo acto en las escuelas y le arguyeron los médicos», dice el acta correspondiente, sin expresar el nombre de ellos. El 30 del mismo mes tomó puntos de Avicena, de Galeno, de Hipócrates y otro de Filosofía, sufriendo el examen la tarde del 1.º de Septiembre. Le arguyeron los graduados y se le concedió, por suficiencia el grado. El 12 del mismo mes y año solicitó doctorarse en medicina y se accedió a su petición, teniendo ello lugar,

Más de once mil médicos recetan y toman ellos ó sus familias el

ELIXIR CALLOL

hechas previamente las pruebas, el 8 del inmediato Octubre.

No se expresa si este sujeto había estudiado en España o si lo hizo en México.

3.º Lic. Pedro López (junior). En claustro de 12 de Agosto de 1553 se le concedió ser admitido a doctorarse en medicina, considerándole como licenciado en esa facultad, y en 3 de Septiembre del mismo año recibió el grado de Doctor.

4.º Dr. Juan Vázquez de Avila. Era doctor en Medicina por la Universidad de Valencia, y fué incorporado a la de México el 1.º de Septiembre de 1553.

5.º Dr. Juan de la Fuente.

6.º Dr. Francisco Toro, y

7.º Dr. Santander. En 14 de Abril de 1563, ante el claustro pleno presentaron petición estos tres sujetos para ser incorporados en la Universidad, exhibiendo sus títulos de doctores en medicina. Se les admitió con el pago de media propina y recibieron el grado el 2 de Mayo siguiente, siendo padrino de ellos el Dr. Pedro López (junior).

Úlcera gástrica, hiperolohidria, desaparición inmediata de todos los síntomas y tratamiento curativo por el **SIL-AL**.

8.º Dr. Juan de la Fuente. Se incorporó el 14 de Abril de 1563.

9.º Lic. Francisco Toro. Se incorporó

(1) Véase el número anterior.

en la Universidad el 14 de Abril de 1563 y recibió el grado de doctor en medicina el subsecuente 2 de Mayo.

10.º Lic. Juan de Aza. Médico, asistió a varios claustros desde el 2 de Noviembre de 1563.

11.º Diego Hernández. Pagó su propina para el grado de licenciado en medicina el 19 de Noviembre de 1563.

12.º Lic. Gutiérrez. En 3 de Junio de 1567 se vió una petición en la que solicitó ser incorporado a la Universidad con grado de licenciado en medicina, y presentó su título de la Universidad de Lovaina; fué admitido.

13.º Lic. García Farfán.

14.º Dr. Francisco Bravo. En 1570 pidió ser incorporado a la Universidad con grado de doctor en medicina, exhibiendo título de la Universidad de Osuna. Se accedió a ello mediante el pago completo de las propinas.

15.º Br. Al. de la Torre. Expuso

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

Véase anuncio, página V

ante el claustro pleno, en 13 de ... de 1570, que tenía hechos cursos de medicina y licencia para curar, habiendo ejercido la medicina en Italia al servicio de su majestad; pidió que atento a ello se le admitiese a ganar el grado de bachiller en medicina, y se le concedió.

Todos estos sujetos fueron los que recibieron grados en medicina antes de la fundación de esta facultad en la Universidad Mexicana.

Para la recepción del grado de doctor en medicina se acostumbraba cierto ceremonial que daba a aquel acto un carácter de imponente solemnidad.

El más antiguo que de éstos se relata minuciosamente en los libros de la Universidad de México es el del Lic. García Farfán, que a la letra dice:

«En la ciudad de México, de la Nueva España, en la Iglesia mayor de la dicha ciudad, en veinte días del mes de Julio de mill y quinientos, y sesenta y siete años, estando juntos en el teatro, el excellentísimo visorrey don gaston de peralta y Rms. arzobispo don fray Alonso de Montúfar, y los muy magcos.

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

señores oydores conviene a saber, el doctor ceinos, el doctor villalobos, y el doctor Horozco y el doctor hoseguera, los muy magcos. señores Maestrescuela y Rector don sancho sanchez de muñon, y el llicdo. portillo, y los ss. del y maestros siguientes, el doctor cespedes fiscal de su magt. el doctor bartme. melgarejo, el doctor matheo arevalo sedeno, el doctor curnero, el maestro frai bartolo mé de ledesma, el doctor ceruantes, el doctor pero lopez padrino del doctorado, el doctor torres, el doctor de la fuente, el doctor toro, los cuales ss. doctores y maestros admitieron para el grado de doctor en medicina, al Lld.º García Farfán, el qual despues de auer puesto una question ventilada por vtraquea parte, cuio titulo era *etrum necessaria sit*

SIGUE A LA PAGINA XVI

Laboratorios biológicos Dr. Julio Méndez (Buenos Aires).

Haptinógeno N E U M O Méndez,

para el tratamiento específico de la

**GRIPE—NEUMONIAS—BRONCONEUMONIAS—RINITIS
PLEURESIS — ANGINA PULTACEA — LARINGITIS
Septicemias en general.**

Haptinógeno G O N O . — Haptinógeno E S T A F I L O
> E C Z E M A . — > D I F T E R I A

LITERATURA CIENTIFICA:

Se remite gratuitamente solicitándola al agente en España

M. MARTÍN YAÑEZ. — Apartado 384. — MADRID. — Teleg. EMINAL. — MADRID

Importante:

Si en su casa de compras no encuentra nuestros productos, pídalos directamente al agente en 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 é 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 estricnina.

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

M u t a s á n

(INYECTABLE)

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

Ayuntamiento de Madrid

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación de ferrocarril.

ADSORGAN

Para la terapéutica de las enfermedades gastrointestinales

Tiene un efecto adsorbente y desinfectante sobre los microorganismos patógenos, sin molestar los fermentos fisiológicamente importantes.

Efecto rápido y seguro

De buen sabor

En forma granulada

*Envases:
Latas de 25 y 50 grs.*

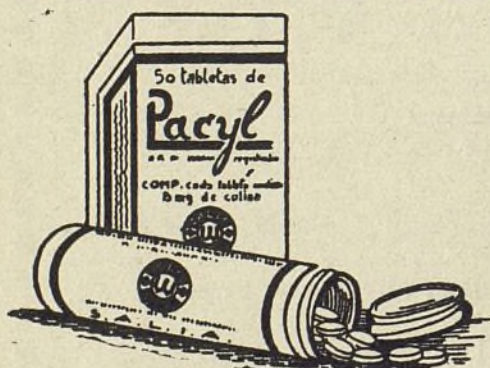


*Envase para clínicas:
Lata de 250 grs.*

Literatura y muestras gratis a los señores médicos que las soliciten por nuestro representante:

J. Pauss, Nueva S. Francisco 27. Barcelona

**Fábrica de Productos Químicos von Heyden S./A.
Radebeul Dresden**



Tubo de 50 tabletas de 5 miligramos
a base de un derivado de
**Colina: el hormón hipotensor
del organismo**

Indicaciones: Hipertensión arterial y
espasmos vasculares y sus conse-
cuencias: cefalalgias, palpitaciones,
vértigos, dolores precordiales, apo-
plejía y claudicación intermitente.

Dosis: 1 a 2 tabletas dos o tres veces al día



Pacyl

De gran eficacia en el tra-
tamiento de todas las
manifestaciones de la

MENOPAUSIA

Pida muestras y literatura

S. A. L. I. A.

**S. A. La Industria Hispano-Alemana de
Productos Químicos**

APARTADO 7060.

MADRID

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA 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 | Excmo. Sr. D. JOSÉ FRANCOS RODRÍGUEZ

VITAL AZA Ginecólogo. Académico C. de la R. A. N. de M.	A. FERNÁNDEZ Ex-interno de la Fdad y Hospitales	M. MARÍN AMAT Oftalmólogo Académico O. de la Real de Medicina.	G. RODRÍGUEZ LAFORA Prof. A. de la F. de M. ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
J. BLANC Y FORTACÓN Del Hospital de la Princesa	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo. Académico.	M. MARTÍNEZ SALDÍE Publicista médico.	R. ROYO VILLANOVA Catedrático de Med. legal. Valladolid.
L. CARDENAL Catedrático. Académico.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid. Académico.	J. MOURIZ RIESGO Jefe del Laboratorio del Hospital General. Académico.	J. SARABIA PARDO Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina.
J. CODINA CASTELLVÍ Académico. Médico de los Hospitales Dr. de los San. Antituberculosos.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico-Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	B. NAVARRO CÁNOVAS Médico-Director del Gabinete de radiografía y radioterapia del Hospital de la Princesa.	F. TELLO Director del Instituto Alfonso XIII.
R. COMENGE Oftalmólogo.	T. HERNÁNDEZ Catedrático. Académico.	F. PECO Medicina interna.	J. M. TOMÉ Y BONA Dermatólogo.
V. CORTEZO Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto de Alfonso XIII.	F. HUERTAS Del Hospital General. Académico.	G. PITTALUGA Catedrático. Académico.	L. URRUTIA Especialista en enfermedades del aparato digestivo.
J. L. ELIZAGARAY Académico. Del Hospital General.	C. JUARROS Profesor de Psiquiatría del Instituto Criminológico. Académico.	A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.	A. VALLEJO NÁJERA Jefe de Clínica mental militar de Ciempozuelos.
A. ESPINA Y CAPO Académico de la Real de Medicina.	E. LUENGO ARROYO De la Sección de Parasitología del Instituto de Alfonso XIII y del Hospital de la Facultad de Medicina.	J. Y S. RATERA De las Beneficencias Provincial y Municipal de Madrid. Radiólogos del Hospital General y de San Juan de Dios.	J. M. DE VILLAVERDE Del Real Hospital del Buen Suceso. Del Instituto Cajal.
FIDEL FERNÁNDEZ MARTÍNEZ Director de los servicios de aparato digestivo de la Beneficencia general y de la Facultad de Medicina de Granada. Académico.	G. MARAÑÓN Del Hospital General de Madrid. Profesor A. de la F. de M. Académico.		R. DEL VALLE Y ALBABALDE Académico H. de la Real de Medicina.

Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES

Secretario de Redacción: F. JAVIER CORTEZO COLLANTES

PROGRAMA CIENTIFICO:

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: Técnica de la punción cisternal, por Mariano Górriz y Lorenzo R. de Arcaute.—Aportación al estudio de la sensibilización y desensibilización en Dermatología, por el Dr. Barrio de Medina y J. Velasco Rodríguez.—En torno a la centroterapia nasal, por el Dr. Manzaneque.—Rabitos de pasas, por C. M. C.—Bibliografía.—Periódicos médicos.

Servicio de Psiquiatría del Hospital General.

Director: Dr. Huertas y G. del Campillo.

TÉCNICA DE LA PUNCIÓN CISTERNAL

Su valor diagnóstico y estudio comparativo de la composición de los líquidos cisternal y lumbar.

POR

MARIANO GÓRRIZ

Y

LORENZO

R. DE ARCAUTE

Médico auxiliar externo de la
Clínica.

Jefe del Laboratorio del Dispensario oficial antivenéreo
«Martínez Anido».

El más riguroso estudio cronológico de la punción cisternal, obliga a señalar a Deucher, en el terreno experimental, como el primero que efectuó la abertura de la membrana occipitoatloidea. El estudio de la presión cerebral que apasionaba a los investigadores de por entonces, exigía numerosas experiencias en animales. Druif reitera los experimentos comenzados por Deucher y utilizando la misma técnica concluye opuestamente al primero, que el cerebro de los animales puede ser ampliamente lavado con grandes cantidades de líquido, sin que se muestren fenómenos de compresión cerebral, a condición de que la mem-

brana occipitoatloidea haya sido incindida de antemano.

Nadie hubiera podido suponer que un artificio técnico, de índole puramente experimental, fuera al correr del tiempo origen de medio diagnóstico utilizado en la clínica humana. Westenhöfer preconiza en 1905 la incisión del ligamento occipitoatloideo, con la subsiguiente abertura de la cisterna cerebelomedular, para el tratamiento del hidrocefalo crónico y del piocefalo. Su comunicación, no obstante la originalidad del método, pasa ignorada, y la misma suerte corren las dos de Obregia, aparecidas con breve intervalo, sobre la punción cervical y la raquicentesis suboccipital.

Los trabajos de ambos autores deben considerarse como los jalones fundamentales en el desarrollo de la punción cisternal. El primero señala el valor quirúrgico del método, que más tarde había de extenderse ampliamente, mientras el segundo utiliza por vez primera una vía alta de obtención de líquido cefalorraquídeo, sorprendiéndose del escaso síndrome de intolerancia observado y señalando diferencias en el número de elementos celulares existentes en los líquidos cisternal y lumbar. En su segunda comunicación, donde puntualiza la técnica de la punción suboccipital, fundamentalmente igual a la seguida en la actua-

lidad, añade un nuevo método de exploración médica, y en un material de 22 enfermos, en los que no observa ningún accidente, sorprende la ventaja del método que no provoca dolores de cabeza ni vómitos. Si esta comunicación de Obregia se hubiera efectuado con mayor extensión en alguna revista clínica o si en ella hubiera extendido sus indicaciones a la obtención de líquido con fines diagnósticos, sin limitarla a la introducción de sueros terapéuticos, no habría permanecido en el olvido y los neurólogos hubiesen adquirido algunos lustros antes éste método de exploración.

Payr, desconociendo los trabajos anteriores, señala la posibilidad de abertura de la cisterna cerebelosa. Pero son Antón y Schmieden, en 1917, los que introducen sólidamente, con la fuerza de su autoridad científica, la punción suboccipital. En los anhelos de encontrar un método quirúrgico, que llenando las indicaciones de la punción callosa fuera menos cruento que ella, encuentran en la punción suboccipital un excelente método de descompresión cerebral. Su realización pertenece al terreno quirúrgico; se exige la anestesia regional, y en algunos casos la general, y la ejecución de una incisión que descubra el ligamento occipitoatloideo; sus indicaciones quedan satisfechas en los casos de hidrocefalia, meningitis, tumor cerebral, epilepsia y jaqueca.

Wegeforth, Ayer y Essick, dos años después de la publicación del trabajo de Anton y Schmieden, introducen en Norteamérica el uso de la punción occipital, realizándola a la manera de Obregia, con técnica incruenta, sin anestesia y sin incisión alguna y recomendando calurosamente su empleo para la obtención de líquido con fines diagnósticos. Ayer persevera en trabajos posteriores sobre el valor diagnóstico de las punciones cisternal y lumbar combinadas, que aportan una prueba objetiva precoz de la compresión medular, demostrando el bloqueo subaracnoideo. Eskuchen, en 1923, publica por vez primera su experiencia sobre el valor de la punción cisternal. El haber introducido modificaciones en su técnica, hizo que su nombre fuera unido al de Ayer, en la designación nominal de la punción de la cisterna. Desde este momento queda definitivamente consolidada e introducida en la práctica médica, universalizándose su empleo y dando origen a multitud de trabajos en los que se da cuenta del resultado de cientos de punciones, precisándose sus indicaciones, sus ventajas y sus peligros.

* *

A la publicación del presente trabajo nos ha impulsado nuestra experiencia de más de siete meses de práctica de punción cisternal en un material de 100 enfermos y el no existir ningún trabajo español en que la casuística sea tan abundante. Únicamente encontramos el excelente de Díaz Gómez, de índole quirúrgica y basado en corto número de casos.

Hasta el presente no nos consideramos autorizados más que para exponer el valor del método en el

diagnóstico neuropsiquiátrico. Considerándolo de interés hemos abordado el estudio comparativo de la composición de los líquidos cisternal y lumbar. Del valor terapéutico de la punción sobre el que carecemos de experiencia suficiente para manifestar opinión, nos limitaremos a resumir brevemente los datos existentes en la literatura. Apenas serán discutidos los interesantes problemas de fisiología del líquido cefalorraquídeo derivados del estudio de la composición diversa de los líquidos cisternal y lumbar, normales y patológicos. Su importancia y su complejidad acaso justifiquen la redacción de un trabajo destinado a analizarlos exclusivamente. Nos limitaremos por consiguiente en el presente trabajo a exponer la técnica de la punción, detallando los accidentes, peligros y fracasos a que puede dar lugar; al estudio comparativo de la composición de los líquidos de la cisternal y lumbar y a un resumen de su valor en terapéutica.

TÉCNICA DE LA PUNCIÓN

Cuando Obregia comunicó en 1908 a la Sociedad Rumana de Biología su experiencia de 22 punciones suboccipitales, describía muy escuetamente la técnica. Utilizaba una aguja de punción lumbar, provista de un fiador de calibre ligeramente inferior al de la luz de la aguja. Mediante palpación cuidadosa de la región cervical determinaba el tubérculo posterior del atlas e inmediatamente por encima de él introducía la aguja. El enfermo se mantenía en posición horizontal, con la cabeza flexionada sobre el pecho y lo más baja posible. La salida por la aguja de unas gotas de líquido, que la insuficiente adaptación del fiador permitía escapar, denunciaba la llegada a la cisterna cerebelosa.

Evidentemente estas direcciones técnicas pecaban de insuficientes, pues permanecían sin determinar multitud de puntos importantes, que Obregia consideraba sin interés al omitirlos, cuando en realidad su cuidadosa observación determina el éxito de la raquicentesis suboccipital.

Wegeforth, Ayer y Essick en América, y Eskuchen en Alemania, precisan rigurosamente la técnica de la punción, desconociendo la comunicación de Obregia y estableciendo dos técnicas diversas. Mientras Ayer punciona por encima del tubérculo posterior del atlas y dirigiendo la aguja ligeramente hacia arriba alcanza directamente el ligamento occipitoatloideo y la cisterna, Eskuchen imprime a la aguja una desviación mayor para tocar primeramente el borde posterior del agujero occipital y entonces, basculando el mango de la aguja hacia arriba y manteniendo el contacto de ésta con el hueso, la desliza hasta notar la resistencia blanda del ligamento, en cuyo momento se hace penetrar más la aguja para atravesarle y alcanzar la cisterna. El adjunto esquema muestra claramente ambas técnicas,

Ambos métodos son los que han persistido a través de la numerosa experiencia existente hasta la fecha, encontrándose adeptos de una y otra técnica fundados en las ventajas e inconvenientes que pre-

sentan. La técnica de Ayer es más elegante y rápida, puesto que ejecuta en un solo tiempo la maniobra; es, en cambio, más peligrosa, pues exige una educación

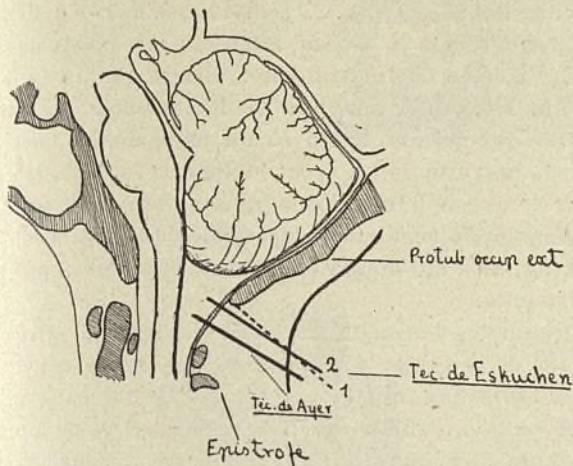


Fig 1.ª

técnica mayor, atención extremada para percibir la resistencia, no siempre apreciable, ofrecida por el ligamento occipitoatloideo; punto de referencia indispensable para no producir desastres al introducir excesivamente la aguja, y una determinación más exacta del lugar a puncionar. El proceder de Eskuchen es, por el contrario, extraordinariamente más seguro. No exige una referencia topográfica tan cuidadosa; el alcanzar el occipital antes de franquear el ligamento proporciona un control valioso que evita la introducción excesiva de la aguja con riesgo del bulbo; ejecuta la punción palpando el trayecto y reconociendo a través de la aguja el camino a seguir. Un inconveniente se le ha reprochado: producir más dolores que la técnica de Ayer, por tocar el periostio, extraordinariamente sensible en algunos sujetos.

Sarbo encuentra otro defecto a la técnica de Eskuchen: la obtención frecuente de líquidos hemorrágicos, por lo que recomienda se ejecute la punción siguiendo la técnica de Ayer-Janossy, reconociendo, sin embargo, que tal proceder muestra la desventaja de llegar súbitamente a la cisterna, sin percibir la impresión de resistencia vencida, producida al atravesar el ligamento occipitoatloideo. Esto dependería de la punción de la membrana en un lugar donde su débil espesor impide sea notado su franqueamiento (parte media del ligamento, en su proximidad al atlas). Schenk, partidario de la técnica de Ayer, por considerarla menos dolorosa, cree haber obviado este inconveniente, desviando la aguja ligeramente hacia un lado para alcanzar de este modo el ligamento, allí donde su espesor permite obtener la impresión de resistencia vencida.

La punción, ya se efectúe con la técnica de Ayer o la de Eskuchen, puede realizarse con el enfermo sentado o echado. En la primera la presión del líquido en la cisterna es negativa, por lo que muestra la desventaja de tener que aspirarlo con una jeringa, siendo en cambio ventajosa para realizar la punción. En decúbito lateral el líquido fluye espontáneamente,

siendo una ventaja para los que utilizan la técnica de Ayer, pues la salida del líquido marca la llegada a la cisterna.

La elección del punto a puncionar debe ser cuidadosamente efectuada. Todos los autores coinciden en determinar primeramente la línea media de la nuca, señalada por la línea que une la protuberancia occipital externa con la primera apófisis espinosa cervical apreciable. Sobre esta línea se determina el punto óptimo, que debe corresponder a la parte más profunda de la fosa occipital, como han comprobado radiológicamente Bescht y Eskuchen. Todos los autores, y en especial Pfister, Kulenkampf y Vranesic, insisten en la necesidad de palpar cuidadosamente la región cervical, para determinar con seguridad la apófisis espinosa de la II vértebra cervical o epístrofe, única apreciable en los individuos de mediano panículo adiposo, ya que solamente en los individuos delgados, como Bescht ha demostrado, es posible percibir por palpación la apófisis espinosa del atlas.

Determinados el tubérculo posterior del atlas o axis, según el caso, la aguja debe ser introducida de 2 a 2,5 centímetros por encima del epístrofe, precaución indispensable de seguir, pues de puncionar excesivamente bajo, se corre el peligro de pasar entre el atlas y el axis y alcanzar el espacio subaracnoideo, que como Bescht ha advertido, está situado a escasa profundidad. Este autor, en unión de Eskuchen, considera que la proyección del suelo de la fosa occipital corresponde al punto medio situado entre la protuberancia occipital externa y el epístrofe. Fölsch quiere precisarlo de modo más exacto todavía y ha imaginado para ello un método gráfico que emplea especialmente en las mujeres, midiendo el menor perímetro del cuello, entre las tercera y cuarta vértebras cervicales, y lo traslada a un sistema de coordenadas, precisándolo exactamente después de algunas operaciones.

Es superfluo el empleo de cualquier anestesia, aun la local. Bakucz y Stewart, este último en una abundante experiencia de 127 punciones efectuadas en 33 niños, cuya edad oscilaba entre siete meses y once años, ni siquiera ha empleado la anestesia local. Eskuchen y Kroiss recomiendan únicamente administrar una previa inyección de diacodina o dilaudidescopolamina, cuando se trata de pacientes excitados o de pusilanimidad extraordinaria.

La aguja utilizada para la punción exige ciertas condiciones. Es recomendable sea de mediana longitud, flexible e inoxidable. A fin de evitar su excesiva penetración, que pudiera acarrear consecuencias lamentables, se recomienda por algunos el empleo de topes que, sujetos a variables distancias (generalmente 6 centímetros), impidan su mayor penetración. Osanu emplea una aguja inoxidable que lleva grabada una escala de 11 centímetros, y provista de un tope móvil y accesorio semejante, es utilizado por Fried, Emdin y Garkawi, entre otros. Stahl ha imaginado un estuche para punción cisternal provisto

de una aguja con tope, un manómetro que permite

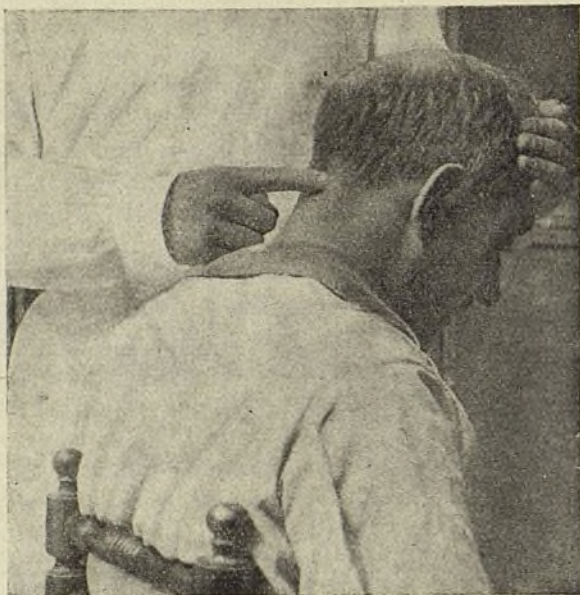


Fig. 2.ª

apreciar presiones positivas y negativas y un aspirador para el líquido cefalorraquídeo, que puede ser



Fig. 3.ª

utilizado también para inyecciones terapéuticas o para la introducción de aire.

La técnica empleada por nosotros para la punción

es la siguiente: Sentado el enfermo en una silla ordinaria, se le recorta el pelo de la nuca y desinfectamos la región con yodo. Colocando una mano sobre la frente del sujeto (fig. 2.ª), invitamos a éste a flexionar con fuerza la cabeza, mientras nos oponemos a la realización del movimiento, obteniendo de este modo la relajación completa de los músculos de la nuca, lo que permite una perfecta palpación y reconocer la mayoría de las veces la apófisis espinosa del atlas. No es este punto el que precisamos con mayor interés, sino la parte más depresible de la fosa occipital (fig. 2.ª), allí donde el dedo se hunde más profundamente.

Orientados de este modo sobre el punto de introducción de la aguja, y empleando una de las usualmente utilizadas en punción lumbar de fino calibre, flexible e inoxidable y de unos 8 centímetros de longitud, nos colocamos frente al sujeto (fig. 3.ª), hacien-

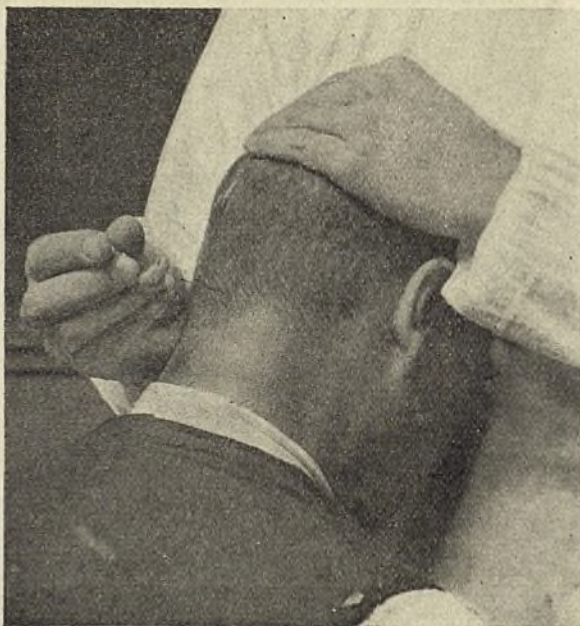


Fig. 4.ª

do que junte sus piernas, que colocamos entre las nuestras, para sujetarlas si fuera preciso, y le obligamos a mantener el tronco erguido, en contacto con el respaldo de la silla y los brazos cruzados sobre el pecho (fig. 3.ª). Entonces, sin que flexione el tronco, le obligamos a que doble la cabeza «como para tocar el pecho con la barbilla», y manteniéndola ligeramente flexionada, la fijamos en esta posición, haciendo que apoye la frente en nuestro cuerpo (fig. 4.ª), mientras evitamos los movimientos laterales mediante nuestros antebrazos. Determinase entonces la línea media (protuberancia occipital externa y epístrofe), reconocieron de nuevo sobre ella el suelo de la fosa occipital, para lo que podemos recurrir una vez más a la flexión activa de la cabeza. Determinado este punto, que repetiremos, corresponde a la parte más depresible de la nuca, y manteniéndose exactamente en la línea media, sujetamos la piel con el dedo índice de la mano izquierda, inmediata-

PROKLIMAN

MARCA  "CIBA"



Frascos de 40 comprimidos

Asociación racional de hormona ovárica y de sustancias sedantes, descongestivas y cardiotónicas, para el tratamiento de los trastornos de la
MENOPAUSIA

Dosis: 2 a 3 comprimidos 1-2 veces al día

CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA DE PRODUCTOS QUÍMICOS

ARAGÓN, 285

BARCELONA

APARTADO 744

Poderoso disolvente y energético eliminador del ácido úrico

para el tratamiento específico de la diátesis úrica, uricemia, gota, ciática, reumatismo articular y muscular.



ANTIARTRÍTICO

ANALGÉSICO

Atoquinol
"Ciba"

Comprimidos

Pomada

Muestras y literatura:

CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA DE PRODUCTOS QUÍMICOS

Aragón, 285

BARCELONA

Apertado 744

AGUA DE MAR POR VÍA GÁSTRICA

Verdadera novedad científica usada por primera vez en España.

Formúlese:

MARHIDRAL

DE PELLETIER

A base de agua de mar natural, captada en condiciones especiales y estabilizada con sus oxidazas. Contiene además este producto ACIDO FOSFORICO, YODO FISIOLÓGICO y ARRENAL, en combinación con EXTRACTOS DE ALGAS

INDICACIONES:

Linfatismo, Escrofulismo, Anemias, Tuberculosis, Astenias, etc.

DE SABOR AGRADABLE A ZUMO DE FRESAS
DESPIERTA EL APETITO :: NO CONTIENE ALCOHOL
A TOMAR A CUCHARADAS EN LAS COMIDAS

Adultos, tres al día. Niños, de una a tres cucharaditas.

Muestras y literatura:

Laboratorio Pelletier

Apartado de Correos, 200. — Teléf. 10.840. — MADRID

ION - CALCINA

PALLARÉS

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

Frasco. — Para uso interno.

Ampollas. — Inyección intravenosa.

Laboratorio M. PALLARÉS

Plaza Mosén Sorell, 6.

VALENCIA

STROPHANTIVM

PALLARES

Tintura de estrofantus, especialmente preparada y exactamente dosificada.

mente por encima del lugar a puncionar. Introducimos entonces la aguja rápidamente, sujetándola a modo de pipeta (fig. 4.^a), atravesando la piel, y sin penetrar más profundamente hasta lograr que el enfermo se tranquilice y recobre la posición correcta, perdida en algunos casos por los movimientos de defensa. Conseguido esto, se prosigue su introducción, conservándola en la línea media. Si pensamos efectuar la técnica de Ayer dirigiremos la aguja casi horizontalmente y prevenidos a detenerla no bien se reciba la impresión de haber traspasado el ligamento occipitoatloideo. Si decidimos efectuarla con arreglo a la técnica de Eskuchen, imprimiremos a la aguja una ligera desviación hacia arriba hasta alcanzar el occipital, en cuyo momento dirigimos su punta hacia

Fig. 5.^a

abajo hasta sentir la resistencia de la membrana occipitoatloidea.

Cuando se sigue la técnica de Eskuchen, debe cuidarse no imprimir a la aguja una excesiva inclinación que conduce a alcanzar el occipital demasiado lejos de su agujero, cuando el ideal es llegar a algunos milímetros del borde posterior, con lo que fácilmente se rectifica la dirección de la aguja, maniobra imposible de efectuar en el caso contrario, por impedirlo el límite de desplazamiento de los tejidos de la nuca. Por el mismo motivo insistimos en que debe puncionarse en la zona más depresible de la fosa occipital y nunca en el punto medio entre la protuberancia occipital y el epístrofe, como Eskuchen y Bescht recomiendan, por estar situado demasiado alto.

Una vez sentido el franqueamiento de la membrana occipitoatloidea, se retira el mandril y observando si el líquido asoma o fluye espontáneamente,

ajustamos la jeringa para obtenerlo por aspiración (fig. 5.^a). Consideramos engorroso e inútil el aparato compresor de las yugulares, ideado por Benedek y Thurzó, para producir un éxtasis circulatorio cefálico, que aumentando transitoriamente la presión del líquido cefalorraquídeo, permita su salida espontánea, cuando se efectúa la punción en posición vertical. Nos parece, en cambio, de gran utilidad la maniobra de Queckenstedt (compresión manual de las yugulares), recomendada por Nonne y Garkawi. En ocasiones, esta maniobra permite obtener líquido en casos en los que la aspiración fracasa.

Si el líquido no sale espontáneamente o por aspiración, puede ensayarse la introducción de la aguja algunos milímetros más, comprobando con nuevas aspiraciones la llegada a la cisterna. Nunca debe introducirse la aguja más de 1 o 1,5 centímetros, después de atravesado el ligamento, y si la *punctio sicca* persistiera, debe repetirse o aplazarla para otro día. En este punto debe seguirse rigurosamente el consejo de Eskuchen: nunca debe forzarse la ejecución de una punción cisternal, imprimiendo torpes movimientos a la aguja, de cuyas consecuencias escapamos a prever; reitérese la punción, y si continúa siendo blanca, abandónese para repetirla días después. Una injustificada y torpe insistencia, puede acarrear consecuencias fatales.

La extracción de la aguja deberá efectuarse rápidamente y provista de su mandril, comprimiendo con algodón con yodo el orificio de la punción, desplazando lateralmente la piel para destruir el paralelismo del canal de punción. El enfermo no es sometido posteriormente a ninguna precaución, permitiéndole efectúe su vida ordinaria, como si no hubiera sido sometido a ninguna intervención.

Precisaremos los pormenores técnicos que creemos de mayor interés. La posición del enfermo no es detalle de importancia; quien no posea perfectamente la técnica considerará más segura la posición horizontal, por salir el líquido espontáneamente, señalando la llegada a la cisterna, mas en cambio posee las desventajas de su mayor espectacularidad (enfermos pusilánimes), y el ser más fácil desviar la aguja de la línea media; quien realice correctamente la punción, la salida del líquido es el final lógico y no el dato fundamental de su exacta realización y de la llegada a la cisterna. El punto de introducción de la aguja, está situado en la parte más depresible de la fosa occipital o algo por debajo del punto señalado por Eskuchen. El empleo de agujas especiales, particularmente las provistas de cerrojo o tope de seguridad, es no solamente inútil sino peligroso; tomar como único dato de referencia la profundidad de introducción de la aguja y confiar en el tope para evitar desastres, es ponerse en condiciones de realizarlos. La técnica de Eskuchen es preferible a la de Ayer, por su mayor seguridad y carecer de los inconvenientes que se le han imputado.

Deliberadamente hemos dejado para el final el detalle de la sujeción del enfermo, por ser en el que nos

apartamos del resto de los autores. No pretendemos con ello haber modificado fundamentalmente la técnica, sino haber introducido una pequeña variedad, que creemos presenta alguna ventaja. Es lo clásico que la cabeza del enfermo sea sostenida por un ayudante, que le imprime la inclinación conveniente, mientras el operador se sitúa por detrás del enfermo. Preferimos nuestro proceder por las siguientes razones: nos permite prescindir de ayudante, siempre que se trata de enfermos tranquilos o poco excitados, lo que representa una ventaja en la punción ambulatoria o cuando no se dispone de personal auxiliar idóneo; es más fácil imprimir a la cabeza del sujeto la posición adecuada y la realización de su flexión activa que facilita, como hemos visto, la palpación de la nuca; utilizando el operador sus antebrazos para la sujeción lateral de la cabeza del paciente, los movimientos que imprima a la aguja se verá precisado a efectuarlos a expensas de la articulación de la muñeca, con lo que ganan en precisión, recibiendo más fácilmente las sensaciones de contactos que cuando se efectúa con la técnica habitual, en la que, por no estar fijado el brazo, los movimientos se producen a expensas de las articulaciones del codo y hombro (figuras 2.^a 3.^a y 4.^a). Ocioso sería hacer resaltar el valor de estas ventajas en la «medida» de los movimientos y en la apreciación de las sensaciones, recordando la importancia que en la punción cisternal adquieren la delicadeza de movimientos, cuando unos milímetros de penetración excesiva puede producir la punción de centros nerviosos importantísimos, y la sutil impresión de resistencia vencida que el paso del ligamento accipito atloideo produce.

* *

La profundidad a que se encuentra la cisterna, es extraordinariamente variable. Aun cuando consideramos que nunca debe tomarse como referencia para la ejecución de la raquicentesis suboccipital, daremos las cifras obtenidas por algunos autores y las encontradas por nosotros. Eskuchen la señala entre 3,8 centímetros y 4,5 centímetros; Ayer entre 4 y 5,5 centímetros; Pfister en 4 y 4,5 y excepcionalmente a 5,7; Hartwich y Sarbo entre 4 y 5; Monrad-Krohn encuentra valores de 3 a 5 centímetros; por último, Stewart, en niños de siete meses a once años, la halla entre los 1,5 y 4 centímetros.

En nuestros enfermos hemos encontrado valores muy variables; la más pequeña distancia ha sido 2,7 centímetros y la mayor 5,6. En la mayoría de los casos variaba entre 3,5 y 5 centímetros, en la proporción siguiente:

De 2,5 a 3 centímetros.....	6 casos.
De 3 a 3,5 —	7 —
De 3,5 a 4 —	27 —
De 4 a 4,5 —	33 —
De 4,5 a 5 —	14 —
De 5 a 5,5 —	10 —
De 5,5 a 6 —	2 —

Esta extrema variabilidad, condicionada por el espesor del panículo adiposo y de las masas muscula-

res, confirma la inutilidad de las agujas con tope, ya que no poseemos ningún dato que nos permita calcular de antemano la distancia a que se encontrará la cisterna, en cada caso.

La presión del líquido cefalorraquídeo en la cisterna cerebelomedular, es positiva en decúbito lateral y negativa en posición vertical, en los sujetos libres de enfermedad orgánica del sistema nervioso, y está sujeta a variaciones dependientes de los movimientos respiratorios, de las oscilaciones pulsátiles (que se dejan sentir con más intensidad que en el líquido lumbar a causa de la mayor amplitud del pulso cerebral), de la tos y de todos los procesos que aumentan la presión venosa. Tal sucede con la maniobra de Quenkenstedt, que eleva rápidamente en 200 o más milímetros la presión del líquido cisternal, mientras el lumbar la muestra más tardíamente y con menor intensidad. Una excepción a los aumentos paralelos en la presión venosa y del líquido cefalorraquídeo, la constituyen, como Hartwich ha demostrado, las policitemias. Los movimientos de la cabeza influyen asimismo sobre la presión, disminuyendo ésta en los movimientos de flexión y aumentando en los de extensión, aun cuando frecuentemente se observa lo contrario. Excepcionalmente pueden hallarse presiones positivas en posición vertical, como Hartwich y otros han señalado.

En los procesos patológicos del sistema nervioso es la regla encontrar presión positiva en la cisterna, en los sujetos sentados. Sarbo halla aumento de presión en el 60 por 100 de los epilépticos, en el 63 de los casos de lúes cerebri, en el 59 de los paralíticos generales y en el 22 por 100 de los parkinsonianos. Dielmann nota asimismo el aumento de presión en los epilépticos, observando que ésta se mantiene constante, ya sea positiva o negativa, cuando se efectúan repetidas punciones. Algunos autores adjudican gran valor diagnóstico al hallazgo de presión positiva.

En nuestra experiencia nos hemos limitado a anotar si la presión era positiva o negativa, sin efectuar manometría. Creemos que el aumento de presión, en posición vertical, tiene poco o ningún valor diagnóstico, por no mostrarse con constancia, para presumir una enfermedad orgánica y observarse en los individuos sanos con alguna frecuencia. Tampoco hemos podido comprobar la afirmación de Dielmann; algunos enfermos orgánicos y funcionales sometidos a repetidas punciones, han mostrado unas veces presión positiva y otras negativa. De la totalidad de nuestros casos, solamente 27 individuos presentaban presión positiva, y sus diagnósticos eran:

Demencia parálitica.....	11
Lúes cerebri.....	1
Mielitis luética.....	1
Parkinson postencefalítico.....	2
Epilepsia genuina.....	1
Demencia senil.....	4
Psicosis alcohólicas.....	1
Esquizofrenias.....	5
Oligofrenia.....	1

En el resto de los enfermos, la mayoría orgánicos, la presión era negativa y después de la extracción del

líquido para su análisis, al separar la jeringa del trocar, observamos de modo constante la entrada de aire en la cisterna, marcada por un ruido de borboteo bien apreciable.

ACCIDENTES Y PELIGROS. FRACASOS.

Un buen análisis de los accidentes conocidos que pueden sobrevenir, durante la realización de la punción cisternal, ha sido efectuado recientemente por Dielmann, distinguiendo las siguientes incidencias: síntomas pasajeros de irritación, causados por la punción o contacto de los haces medulares posteriores, y traducidos por parestesias o dolores fulgurantes en los miembros superiores, y a veces nistagmus y parálisis facial pasajera, como en el caso de Stahl; pérdidas de conocimiento de escasa duración, acaecidas por punción de la medula oblongada, causadas, generalmente, por movimientos bruscos de la cabeza; detención transitoria de los movimientos respiratorios y, por último, alteraciones del ritmo respiratorio, generalmente de algunos días de duración. Este último trastorno sobrevendría con frecuencia en pacientes afectos de tumores cerebrales inoperables.

Arjew ha aportado a la literatura el estudio de un caso en el que la punción cisternal dió salida solamente a un centímetro cúbico de líquido, apareciendo después algunas gotas de sangre; el paciente sufrió súbitamente una crisis de apnea seguida, durante cuatro días, de disturbios del ritmo respiratorio. Del estudio necrópsico de un sujeto que había mostrado un trastorno respiratorio semejante, y en el que encontró pequeños focos hemorrágicos múltiples en el suelo del cuarto ventrículo, y en los núcleos ceruleus y denticulatus, deduce el autor que hemorragias semejantes, atestiguadas por la salida de sangre con el líquido, fueron las causantes de las alteraciones respiratorias observadas en el caso de la punción.

Un accidente que parece olvidar Dielmann, es la salida de sangre. A pesar de que la mayoría de los autores presentan como una rareza la obtención de líquidos hemorrágicos, en lo que mostraría una ventaja la punción cisternal sobre la lumbar, la revisión de la literatura y nuestra propia experiencia nos obligan a detenernos sobre esta cuestión. Sarbo, en su experiencia de 180 punciones, señala dos casos de líquido hemorrágico, y Ritzfeld, Ramraht y otros anotan observaciones semejantes. Nosotros hemos obtenido dos líquidos ligeramente hemorrágicos y otros dos en que la abundante cantidad de sangre inutilizó el líquido para su análisis.

Particularmente interesante fué uno de estos casos: ejecutada la punción siguiendo la técnica de Eskuchen, no bien penetró la aguja en la cisterna, comenzó a salir el líquido mezclado con gran cantidad de sangre rutilante, obteniendo 10 c. c. de líquido que se mostraba igualmente hemorrágico en todas sus porciones. La enferma que anteriormente había sido sometida a otra raquicentesis sin incidente alguno,

aquejó intensas cefalalgias breve tiempo después de la punción, y durante cinco días mostró un síndrome meníngeo, con cefaleas, vómitos y rigidez de nuca, que desapareció sin ninguna medida terapéutica.

La obtención de líquido manchado en sus primeras porciones, puede obedecer a la punción de pequeños vasos epidurales. No aceptamos el supuesto, admitido por algunos autores, de que el contacto con el occipital, requerido en la técnica de Eskuchen, cause la frecuente obtención de líquidos con sangre. Tampoco reputamos verosímil que sea fácil alcanzar con la aguja la arteria vertebral, como afirma Janossy. La observación de alguna preparación anatómica debida a la amabilidad del Sr. Martínez Piñero, en la cátedra de Disección del profesor Porpeta, y la de repetidas autopsias, nos inclinan a creer que los casos de obtención de líquido intensamente hemorrágico, sea verosímilmente debida a la punción de la arteria cerebelosa posteroinferior, rama rica en abundantes anomalías y que en bastantes casos muestra un calibre anormal, que la obliga a situarse en la parte media del 4.º ventrículo, en donde fácilmente puede ser alcanzada por la aguja de punción.

(Continuará.)

Trabajo de los Servicios de Dermatología y Sifilografía del Instituto Rubio de Madrid.

Aportación al estudio de la sensibilización y desensibilización en Dermatología

POR EL

DR. BARRIO DE MEDINA y J. VELASCO RODRIGUEZ
Profesor de los Servicios. Alumno - Médico.

No es la primera vez que contribuimos al estudio de esta interesante teoría que el ilustre médico del Hospital de San Luis, de París, Dr. Ravaut, expuso de una manera tan magistral y sugestiva para todos en el II Congreso de Dermatólogos y Sifiliógrafos de Lengua Francesa, que se celebró no hace mucho tiempo en Strasburgo. Decimos que de una manera tan sugestiva, porque para nosotros al menos, desde entonces, confesamos que estamos relativamente sugestionados por ella, hasta el extremo de que en cuantas dermatosis vemos, procuramos investigar siempre la causa de sensibilización que puede tener el enfermo y que puede ser el origen de la aparición de las lesiones que nos viene a consultar. Desgraciadamente, consideramos nosotros que no se ha prestado, por parte de los dermatólogos del mundo entero (quizá con excepción de los franceses), la atención debida a estas teorías de Ravaut, y lo prueba el que, como otras muchas, permanezca, si no en el olvido, por lo menos sí en un estado de latencia, que contribuye en su mayor parte a impedir que se llegue con la aportación de todos a un estudio detenido y completo, única manera de llegar a dominar las teorías para convertirlas en hechos claros, fundamentales y ciertos. Quizás sea éste un mal general que atañe principalmente a nosotros, los médicos. En nuestro afán de investigar y explorar, de descubrir la verdad de tantos problemas ocultos que se nos tienen encomendados, los médicos no nos detenemos todo el tiempo que sería nece-

sario sobre un mismo punto o problema; lo esbozamos, lo planteamos y lo lanzamos a la publicidad médica, en espera de que otros contribuyan y completen la obra empezada e inmediatamente nos dirigimos en busca de nuevos caminos y horizontes nuevos; sucede con esto que muchas, muchas cosas quedan sin completar, y de aquí que, a veces, se tenga que retornar a muchos años atrás, donde encontramos el principio de muchas otras que consideramos o pretendemos creer como cosas nuevas y de actualidad. Decimos esto, claro está, que salvando otras muchas y muy honrosas excepciones; pero, en general, ¿cuántas ideas y proposiciones, teorías y problemas, suposiciones y estudios incompletos, no existen sin acabar, sin completar, sin haber llegado al fin y, por tanto, a la decisión firme y concreta de esto sirve para esto? Pocas cosas seguras tenemos en Medicina, es cierto, pero no poca culpa quizá tengamos nosotros, debido a lo que dejamos expuesto. La sensibilización y desensibilización es una de las teorías que ha quedado su estudio incompleto. Positivamente, hay en su fondo una parte de verdad, pero ésta no ha sido desentrañada de una manera total, y de aquí que, aplicada a la práctica, unas veces tengamos éxitos francos y otras fracasos también claros. Es indiscutible que el camino a seguir en busca de este fondo de verdad y de certeza es el principio físico que nos dice que, desaparecida la causa, desaparece el efecto. Durante muchos años, los dermatólogos nos venimos conformando con tratar la lesión, sin ahondar todo lo suficiente en la busca y captura del por qué de esa lesión, y es indudable hoy día ya que el terreno y las alteraciones en las reacciones humorales del organismo, son la causa en muchas ocasiones de diversas y variadas dermatosis.

No pretendemos ni vamos a relatar aquí las ideas fundamentales en que se basa el estudio de los fenómenos de sensibilización, ni es lugar apropiado, y son, además, bien conocidos por nosotros, los dermatólogos al menos, pero si quiero hacer resaltar dos puntos, que son quizá los más oscuros, y sobre los cuales se precisa insistir más y más. Nos referimos a la dificultad de encontrar en cada caso y en cada enfermo el antígeno causante de la alteración humoral y a la eficacia mayor o menor de los métodos de desensibilización de que hasta ahora disponemos. Todos cuantos esfuerzos se hagan *por ahora* para llegar a fijar con exactitud el conocimiento exacto del antígeno nocivo que provoca el trastorno, consideramos que resultarán inútiles e infructuosos; no son determinadas sustancias, como en un principio se creía, las que forjan un estado de anafilaxia; a la lista se han ido añadiendo sucesivamente tantas, que son todas ya las que por sí, o formando reacciones especiales dentro del individuo, pueden dar lugar a la formación de este antígeno nocivo; pero esto, con ser tanto, que pudiéramos decir que es mucho, no es solo; son las glándulas vasculares sanguíneas las que con frecuencia provocan también fenómenos de sensibilización, y, sobre todo, es el terreno y la influencia del terreno el principal causante de los estados de sensibilización. ¿Cómo buscar y averiguar cuál es el antígeno nocivo cuando éste se puede formar con tantas y tan múltiples causas? Los dermatólogos franceses han querido atribuir a las enfermedades infecciosas, y principalmente a la sífilis, el papel preponderante en la formación o influencia de este terreno, y así vemos de continuo cómo intentan curar el eczema y la urticaria, pongo por ejemplo, por tratamientos antisifilíticos, a veces con resultados positivos. Nos parece bien porque, como muy bien

dice Ravaut, la prueba terapéutica constituirá, a veces, una demostración de la naturaleza anafiláctica de los fenómenos observados, y, por tanto, todo lo que sea contribuir a adquirir, perfeccionar y fijar lo más exactamente posible estas pruebas terapéuticas o métodos de desensibilización, será dar un paso más al estudio completo de las causas, aun cuando el camino a seguir sea aparentemente realizado a la inversa. Son, pues, los métodos de desensibilización los que tenemos que estudiar y conocer, camino que conducirá más rápidamente, no solamente al bien práctico del enfermo, sino también al conocimiento más aproximado de las causas por las que el organismo se predispone o se forma ese estado de sensibilización.

Con cuidadoso interés venimos estudiando nosotros desde hace ya algún tiempo los resultados terapéuticos que se obtienen con los métodos llamados de desensibilización de que hasta ahora disponemos, estudio que a su debido tiempo se publicará de una manera completa y extensa; pero el objeto de estas líneas, aparte de reseñar los comentarios anteriormente descritos, es contribuir al conocimiento clínico de estos métodos, dando cuenta de dos casos que encajan y se pueden catalogar perfectamente como lesiones debidas a fenómenos de sensibilización y que han sido tratados por métodos desensibilizantes, entre ellos los más típicos y de resultados positivos más constantes, como son la autohematoterapia y el hiposulfito de sosa, habiéndose obtenido resultados completamente, distintos, ya que uno fué un éxito franco, claro, rápido y terminante, y en cambio el otro ha sido influenciado poco o nada a pesar de haber empleado los dos métodos de desensibilización en el mismo.

Un enfermo de sesenta y nueve años es operado de una circuncisión por nuestro buen amigo el Dr. Miravet. Es un eczematoso crónico que repetidamente viene padeciendo con intervalos escasos de tiempo, pequeños brotes más o menos intensos de lesiones eczematosas; más bien siguiendo a la escuela inglesa de dermatitis seborreicas que unas veces se localizan en piernas y otras en las palmas y espacios interdigitales de ambas manos. En el momento que es visto por nosotros, no tiene más que un brote pequeño en los dedos de la mano derecha. El resto del cuerpo está limpio y libre de toda lesión. Como decimos anteriormente, este enfermo viene a operarse a Madrid de una circuncisión, y en las curas postoperatorias que se le hacen se le lava la herida de circuncisión con líquido de Dakin; éste en las dos primeras curas, cae también por la piel del pubis y escroto y rápidamente y en el término de veinticuatro horas le aparece una dermatitis agudísima que ocupa toda la región del pubis, la totalidad del escroto y extendiéndose por la cara interna y tercio superior de ambos muslos, pasa a su región posterior, tercio superior de los mismos, extendiéndose y ocupando ambas nalgas; la erupción es una dermatitis inflamatoria, tipo eritema, con abundante secreción, que se hace ampollosa, exclusivamente en la totalidad de su corte externo o de extensión y avance. La formación de estas ampollas repletas de líquido seroso, *solo localizadas en el borde de la erupción*, dan la sensación de un collar postizo, alrededor de la lesión y molesta grandemente al enfermo. Somos llamados urgentemente ante esta situación del enfermo y diagnosticamos en firme una dermatitis ampollosa, de tipo penfigoideo, de origen medicamentoso, seguramente por fenómenos de sensibilización en individuo sensibilizado. Suprimimos de acuerdo con el Dr. Miravet las curas con Dakin y ordenamos puncionar las ampollas para conseguir la evacuación del líquido, ya que la tensión de las mis-

mas es la principal causa de las molestias del enfermo, y aquel mismo día, primero de la explosión de las lesiones ampollosas y segundo de la aparición de su dermatitis, practicamos al enfermo una inyección de autohematoterapia, inyectándole subcutáneamente 10 c. c. de su propia sangre. A las veinticuatro horas el Dr. Dawan Crespo, su médico de cabecera, nos informa que el enfermo está mejoradísimo; no obstante se le realiza una segunda inyección de igual dosis y a las veinticuatro horas de esta segunda inyección, o sea a los tres días justos de la aparición de aquel brote penfigoideo que tanto alarmó y del cual bien sentimos no haber obtenido una fotografía, el cuadro clínico se modifica ostensiblemente; las lesiones se secan, desaparecen la exudación e inflamación y rápidamente está la dermatitis en franca desaparición. Todavía hacemos una tercera inyección de autohematoterapia a las cuarenta y ocho horas de la segunda y a los dos días de esta tercera inyección el enfermo, por prescripción nuestra, le vemos ya en nuestra consulta particular completamente curado. El diagnóstico no deja lugar a dudas y el éxito no puede ser más rotundo, tres inyecciones y curación total en seis días y la prueba terapéutica clara y terminante, confirma la eficacia de este caso del método de desensibilización, y que la causa de sus lesiones no fué otra más que fenómenos de sensibilización. Pero veamos ahora el polo opuesto; una muchacha de diez y ocho años con un buen estado general, pesa 62 kilogramos, se nos presenta en la consulta aquejando un cuadro clínico que desde un principio sospechamos se trata de un edema agudo de Quincke.

No tiene antecedentes dignos de mencionar más que una fiebre consecutiva a una infección intestinal que tuvo hace tres años y que la duró un mes aproximadamente. Es ligeramente dismenorreica. Es igualmente algo estreñida. Nada más encontramos en nuestro interrogatorio que merezca apuntarse. Su enfermedad actual comienza hace tres años y precisamente a raíz de haber padecido su infección intestinal, hecho digno de señalar como dato de confirmación, para los que suponen que las enfermedades infecciosas en general preparan el terreno o predisponen a los fenómenos de sensibilización. Sus primeros síntomas observados fué un brote de urticaria, al parecer, de elementos grandes y acompañados de gran prurito. Desde entonces ha venido padeciendo con relativa frecuencia brotes de esta misma clase, que sin duda alguna son de urticaria, porque nos los describe la enferma como manchas rojas, elevadas y papulosas, verdaderos habones, con gran prurito y calor local que aparecen rápidamente y desaparecen espontáneamente en algunas horas. Más posteriormente, estos brotes han venido sucediéndose con un intervalo de tiempo más corto, a veces de seis y ocho días, hasta hace unos dos años que notó por primera vez que al mismo tiempo que aparecía el brote señalado, era precedido por un calor sofocante que la invadía cara, cuello y parte anterior del tórax; congestionándose inmediatamente y produciéndosele un edema de casi toda la cara, edema que espontáneamente desaparecía en un par de horas. Paulatinamente ha ido evolucionando su enfermedad en el sentido de aparecer sus brotes a la menor sensación de frío, calor, fatiga o esfuerzo personal, y de reducirse éstos al cuadro clínico siguiente: calor intenso, que cuando es menor dentro de esta intensidad, se limita a cara, cuello y parte anterior del tórax, pero que cuando es más fuerte se extiende y se hace generalizado; sucesivamente después del calor aparecen las manchas rojas, acompañadas de sensaciones de picotazos y picor, apare-

ciendo después el edema o hinchazón de la cara y cuello si el brote es intenso, sin hinchazón o ligera congestión de la cara si éste es menor. Como síntomas subjetivos que acompañan al brote, sensación de ahogo y angustia. Duración del brote más largo veinte horas y el más corto de media hora. En los intensos y muy agudos, la hinchazón y edema de la cara es tan intensa y aparatosa que su cara, dice la madre, es un verdadero fenómeno, teniendo que acudir rápidamente a los servicios urgentes de socorro. Como tratamientos anteriores se ha hecho unas inyecciones de yodo y diversas medicaciones prescritas por médicos internistas, todo ello sin resultado alguno. La enferma asegura que antes, durante y después de los periodos menstruales o no se producen sus brotes o si coinciden con ellos no son más intensos. En fin, últimamente estos brotes han venido siendo tan intensos y ocurridos con tan escasos intervalos de tiempo, que deciden consultar con un dermatólogo. Explorada la enferma no podemos encontrarla (después de lo ya reseñado) dermatológicamente hablando, más que un dermografismo muy pronunciado. Un análisis de orina completo resulta normal. Un W. y un M. T. R., practicados han resultado negativos. Aconsejamos a la enferma procure visitarnos cuando se la presente un nuevo brote, y firmemente convencidos de que estamos ante un caso de edema agudo de Quincke o urticaria gigante de los franceses, decidimos hacerla un tratamiento a base de desensibilización, porque consideramos es, entre todas las dermatosis, la urticaria y el edema de Quincke, los que más encajan o pueden encajar como producidas por fenómenos de sensibilización y la empezamos a hacer autohematoterapia y la damos por vía digestiva tres gramos diarios de hiposulfito de sosa por ser este medicamento precisamente con el que mejores resultados ha obtenido R. Mathieu, discípulo de Ravaut, también precisamente en el edema de Quincke, y aconsejamos a la enferma que procure visitarnos cuando esté en pleno brote y, en efecto, a la tercera inyección de autohematoterapia o coincidiendo con ésta, logramos ver un brote intenso que se la presenta en la misma consulta, invadiéndola rápidamente cara, tronco y extendiéndose a ambos muslos y piernas, todo ello en diez minutos, traducido por lesiones grandes clínicamente de urticaria, picor intenso y gran edema en cara y cuello, sensación de ahogo y fatiga, cuadro clínico que fué disminuyendo poco a poco hasta desaparecer por completo en unas veinte horas. Cuando lleva seis inyecciones y quince días de tratamiento, es decir, con fecha 18-3-929, anotamos en su historia clínica la siguiente observación: Nuevamente la ha repetido un nuevo brote idéntico al anteriormente reseñado, pero con mucha menos intensidad. El curso de su historia, interesante en extremo, es el siguiente:

25-3-29. No ha vuelto a tener brote intenso, pero sigue a la menor excitación (frío, calor, subida de una cuesta o escalera), teniendo sus pequeños amagos de brote, traducidos por calor sofocante y ligera congestión.

3-4-29. Lleva la enferma once inyecciones de autohematoterapia, y sigue tomando tres gramos diarios. En su historia hay con esta fecha la siguiente observación: Lleva siete días que al parecer mejora ostensiblemente la enferma, no solamente por no habérsela reproducido el brote, sino porque sus amagos, dice la enferma que la parece que van siendo cada vez menores.

8-4-29. Coincide con la inyección de autohematoterapia de hoy, se la ha presentado un pequeño brote de tipo congestivo, localizado principalmente a la cara y ambos miembros superiores, brote que en un principio parece que

iba desapareciendo, pero al ser observada por todos e influyendo, sin duda alguna, el rubor propio, la emoción y el temor, puesto que siempre está la enferma con este temor que la obsesiona, este brote ha ido acentuándose hasta hacerse totalmente generalizado, presentándose la piel toda ella tumefacta, roja, con manchas más intensamente rojas y habones muy pequeños, pero muy confluentes del tipo urticaria, pero casi sin prurito, descollando la característica de que estos habones son blanquecinos. En cuanto no se ha observado a la enferma, paulatinamente han ido desapareciendo estos síntomas, y en el transcurso aproximadamente de media hora, la piel ha vuelto a su estado normal. Este brote visto por nosotros mismos, dice la enferma que es de una intensidad mediana en relación a los más intensos que ha padecido.

18-4-29. Desde el brote últimamente reseñado viene la enferma diariamente teniendo pequeños brotes del mismo tipo, en número de dos o tres, aun cuando todos ellos de muy poca intensidad.

Lleva la enferma quince inyecciones de autohematoterapia de 10 c. c. cada una, y un mes tomando tres gramos diarios de hiposulfito de sosa, considerando por ello, que es suficiente tratamiento en sentido de desensibilización, no habiendo conseguido por el momento, al menos, más que si acaso una ligera mejoría, y decimos por el momento, porque hemos vuelto a ver a la enferma pocos días después y sus brotes siguen apareciendo de una manera idéntica como antes del tratamiento, por lo que encaminamos éste en otros sentidos que no son del momento relatar. El hecho positivo es que en este caso al contrario del anteriormente descrito, los métodos de desensibilización más importantes y seguros de que hasta ahora disponemos, como son la autohematoterapia y el hiposulfito de sosa, han fracasado de una manera total en este edema agudo de Quincke. Comentando y pensando sobre esta disparidad de resultados terapéuticos, se nos ocurre preguntar: ¿influye la variedad de dermatosis en el resultado del método desensibilizante, es decir, responden estos métodos más en unas dermatosis que en otras, aun siendo todas ellas las incluidas en el grupo de posible origen por fenómenos de sensibilización? ¿Es el terreno o el antígeno nocivo el que con sus variantes responde o no a los métodos desensibilizantes?, o por último, ¿son éstos los que responden o no, según las reacciones humorales de cada individuo?

Mientras la mayoría de los autores franceses atribuyen al terreno el papel más importante en la formación, desarrollo y evolución de estos fenómenos, creyendo que es la sífilis la infección principal causante de esta idiosincrasia especial de estos enfermos, y de aquí que se empeñen en tratar todo este grupo de dermatosis (que cada día se van haciendo más numerosas), con tratamientos antisifilíticos; Millian, como excepción entre los suyos, cree que es la tuberculosis y otras enfermedades, como la fiebre tifoidea, difteria o perturbaciones humorales provocadas por intoxicación. En cambio, los autores americanos, con White y Fisher a la cabeza, fundados en hechos de experimentación por las cutirreacciones, creen encontrar las causas principales en una hipersensibilización para diversas proteínas, como las del trigo, arroz, patata, clara de huevo, etc., etc., y más que emplear métodos desensibilizantes, prefieren por medio de estas cutirreacciones hallar o procurar hallar el agente nocivo para suprimirle inmediatamente. Nosotros como anteriormente hemos dicho, no creemos que sea éste el camino más rápido y adecuado, aparte de que las cutirreacciones no tienen un valor ab-

soluto, y es difícil interpretar sus resultados. Es el estudio detenido y completo de los métodos desensibilizantes en las distintas dermatosis y los resultados terapéuticos que con ellos vayamos obteniendo, los que nos irán dando en cada caso el tratamiento práctico a seguir; por eso consideramos de utilidad dar a conocer los resultados y observaciones que cada uno vaya obteniendo.

Junio de 1929.

En torno a la centroterapia nasal

POR EL

DR. MANZANEQUE

Ha habido descubrimientos maravillosos en Medicina realizados después de una labor constante de clínica y laboratorio, de los cuales la humanidad ha reportado inmensos beneficios; v. gr., el suero antidiftérico de Roux y Behring, precursor de la antitoxina y de otros sueros y vacunas; el arsenobenzol o 606 y sus numerosos derivados que, en otro aspecto, en el quimiotáxico también resulta pródigo en resultados lisongeros; y así muchos otros que forman serie inacabable y que son, como faros luminosos que van esclareciendo las obscuridades de la ciencia, encendidos por sabios y pacienzudos investigadores, cuyos nombres ni rozan siquiera los oídos del público. Pero todos esos felices hallazgos han tenido una larga incubación al calor de estudios experimentales continuados; responden a un método de investigación consagrado en la ciencia; obedecen al mismo plan de trabajo, modificado en cada caso particular, y representan momentos evolutivos del desarrollo de la Biología, y por ende de la Fisiología y Patología, que son aspectos de la Biología misma.

A pesar de los inmensos beneficios que han proporcionado a la humanidad, como quiera que son hechos y verdades adquiridas por lógica racional, no se han propagado con estrépito, como ha sucedido ahora con el procedimiento de Asuero, del cual se ha apoderado la prensa política y aun la profesional con entusiasmo bullanguero en unos y con gesto despectivo en otros; pero por todos se ha sacado este asunto de su quicio y se ha dado el triste espectáculo de llevar la personalidad del autor hasta la región de lo sobrenatural o de zaherirla injustamente con palabras y diatribas del peor gusto. Ha habido en esta ocasión un contagio pasional del que, en un sentido u otro, no se han librado ni los más conspicuos profesores, lo cual prueba que es difícil perder la característica temperamental de nuestra raza impresionable en sumo grado.

No sé cómo ha venido el hallazgo del Dr. Asuero, que estimulando ciertas zonas de los cornetes nasales—innervadas por el trigémino—trasciende este estímulo por vía refleja a regiones lejanas y pueden modificarse alteraciones funcionales y aun orgánica por intermedio de acción nerviosa.

Es problema que necesita mucho estudio y observación: en clínica se dan cosas muy raras y pueden darse ¿por qué no? muchas más que hoy no sabemos y que podrán ser descubiertas por el azar, como probablemente ha sido ésta. No es que yo crea, ¡libreme Dios de semejante absurdo, que hayan de confiarse al azar los descubrimientos científicos; pero sí puede el azar, poniendo de relieve un hecho, ser punto de partida de nueva orientación para seguir un camino que estudie su determinismo. De esto hay mil ejemplos en la historia de la ciencia que no tengo para qué citar, porque será tonto recordar lo que todos

los médicos saben. Y fuera de la medicina, lo mismo. Colón y los Pinzones, al emprender su navegación por el Atlántico, iban en busca de un camino más corto para las Indias orientales, pero no pudieron suponerse que abrían la ruta de todo un Continente Occidental. Y en la vida vulgar pasa igual. No sé, repito, cómo ha venido Asuero en conocimiento de las asombrosas acciones curativas que dicen despliega la cauterización o estimulación del trigémino; nisi le ha sugerido este método la obra de Bonnier, de la cual confeso humildemente que no tenía la más pequeña noticia, y supongo que a un 90 por 100 de médicos, incluso de los que estos días andan escribiendo sobre el asunto, les pasa lo mismo; porque raro sería que, en cincuenta años que llevo de ejercicio profesional, recibiendo como todos los médicos numerosas revistas extranjeras y nacionales que gratuitamente nos envían, aparte de alguna de propia suscripción, teniendo comercio profesional diario en consultas, academias y conversaciones particulares con muchos compañeros más o menos letrados, sería raro que, por algún motivo, no hubiera llegado este nombre a mis oídos. Y la prueba de lo que digo está en EL SIGLO MÉDICO del día 16 de Junio, en el cual doctore Baloardo dice que en seis días se ha agotado una edición nueva de dicha obra de 4.000 ejemplares.

Yo he sido uno de los que he tenido curiosidad por enterarme y documentarme con ese y otros libros.

Pero aquí llevo de mi artículo, cuando llega también a Madrid el Dr. Asuero, y ya raya en la demencia el frenético entusiasmo de las multitudes; la aglomeración de cojos, tullidos, sordos, mudos, en las puertas de su morada, con la misma delirante devoción y esperanza con que los enfermos esperaban en los caminos de Judea el paso del Redentor, para que con su aliento, su vista o su tacto remediara las lacerias que aquejaban. Aquello era obra de milagro; pero ¿y esto, si fuese tal y como la voz pública propala a cuatro vientos? Más aspecto tendría de milagro que de una acción curativa provocada por un procedimiento terapéutico, al menos de los conocidos hasta ahora; y sin necesidad de examen detenido, ni diagnóstico, ni cosa que lo valga.

Pero... discurremos con calma sobre el estado actual de este asunto.

Si entra en el despacho del médico un individuo paralítico llevado en brazos por sus deudos y visto por el anhelante y desasosegado tumulto que espera pacientemente su turno, y sale libre de su flojedad por sus propios pasos y sin necesidad de auxilio ajeno, ¿qué va a hacer esta multitud sino estallar, romper en un movimiento de entusiasmo y apadrinar la creencia de lo extraordinario y excepcional del caso?

Y, claro es, las creencias se propagan como pólvora cuando caen en terreno propicio; no están regidas por las leyes consagradas de la lógica racional; tienen otra lógica, si tienen alguna: la emocional, la mística, la pasional, con la cual jamás se llegará a formar conocimiento de una cosa. A la inversa, cuando el paciente que entra con muletas o con intensos dolores, sale con las mismas o con iguales sufrimientos, parte de ese público asaz impresionable por el estado de ansiedad en que se encuentra, se decepciona, desfallece, y ya se forman dos bandos de Asueristas y Antiasueristas. Pinto escenas sucedidas en Madrid días pasados y estados de ánimo de un público ya preparado por la Prensa y por relatos anteriores a recibir como agua bautismal la cauterización endonasal: todo esto, probablemente, a despecho del propio doctor Asuero y obligado por las circunstancias.

Mas estos periodos de efervescencia de la multitud son pasajeros y se desvanecen pronto, como la espuma del agua hirviendo; pero así como de esta agua hirviendo, evaporada, queda un sedimento, el cual químicamente analizado nos da idea de lo que era aquella agua, así también aquí quedará de esta efervescencia *un algo* que no debe despreciarse *a priori* ni negarlo en redondo *porque sí*. Máxime cuando este conjunto de hechos irregulares, anómalos, contradictorios, que se provocan por las cauterizaciones endonasales, no son nuevos ni desconocidos, sino que tienen sus raíces en otros hechos tan antiguos como la Medicina, y que se conocían con los nombres de simpatías por contigüidad o continuidad y a distancia; sinalgias; armonías preestablecidas entre dos territorios orgánicos distantes; homologías, etc., etc., englobados por Jaworski bajo el nombre de *reflexopathia*, y, claro es, tras la *reflexopathia*, en una u otra forma, vino la *reflexoterapia*, de la cual es un caso particular el procedimiento Asuero, que tiene sus precursores en d'Abraams, de San Francisco de California; Bonnier, Le Prince, Regnault, Danysz y otros (1).

Para nuestro objeto, no es de importancia averiguar la veracidad o falsedad de los hechos que cuentan. Positivamente son ciertos muchos casos de curación aparente o mejoría inmediata; pero también hay muchos otros de fallidos resultados: mas este no es el problema; podrá serlo para algunos médicos que, sin previa técnica rinológica, tocan narices al buen tum tum, salga lo que salga; para nosotros el problema estriba en determinar si éstas prácticas de centroterapia nasal de Bonnier, y en el caso actual de Asuero obedecen a un criterio fisiopatológico positivo. Este es el nudo del problema.

Pierre Bonnier dedicó su libro «Defensa orgánica y centros nerviosos» al bulbo ignorado o desconocido (Bulbo ignoto) considerando a éste como el autorregulador de todas las funciones del organismo, por virtud de los centros que en él residen y de los cuales parten los nervios que llevan su vigilancia a todos los órganos (centrífgos) y reciben los que vuelven de los órganos para dar cuenta de su estado (centrípetos).

Siguiendo en esta teoría, esos centros tienen la propiedad de acumular en reserva la energía que adquieren de las sustancias acarreadas por la sangre; es decir, por su nutrición; y puedan desprenderse de esa reserva cuando son solicitados por una excitación que llegue al bulbo por la vía de los nervios centrípetos y que se refleje en la periferia o en los órganos por los centrífgos. También hay descarga de esa energía bajo la influencia de procesos internos que perturban la circulación y nutrición de los mismos.

Claro es que, para que la transmisión sea posible, es menester que toda la vía del arco reflejo esté intacta, y que no haya en toda la longitud de los conductores cilíndricos ni obstáculo por compresión, ni solución de continuidad.

El bulbo es, pues, el autorregulador del organismo, según Bonnier y su escuela. Pero la actividad de sus centros puede perder su equilibrio fisiológico y llegar al agotamiento, al enervamiento, a un estado que llama Bonnier de *epistasia*.

En esta situación de inactividad de los centros bulbares, no pudiendo recobrar el equilibrio energético neces-

(1) El autor de este articulo en su Monografía de las Aguas minerales de La Garriga publicada el año 1883, ya explica la acción sedante de dichos baños por un reflejismo vasomotor que tiene lugar durante la inmersión entre la piel y los órganos profundos,

rio para que funcionen bien los órganos que dirigen, tienen éstos que padecer de un modo u otro. Toda la Patología está constituida por estos desarreglos nerviosos de los centros que se manifiestan por trastornos orgánicos o funcionales.

El organismo, en el conjunto de sus elementos, dice el mismo autor, no obedece, en efecto, sino al sistema nervioso; no vive sino en él y por él. *El solo, en nuestro cuerpo, sabe y puede. Cuando él sabe mal o puede mal, sufrimos, y si no sabe ni puede, morimos.* En el bulbo es donde se estabilizan nuestras integridades orgánicas y nuestros equilibrios funcionales, por su vigilancia florece la salud y por sus desfallecimientos se cultivan las enfermedades en el medio orgánico. Puede, pues, decirse que toda enfermedad es nerviosa y también toda terapéutica. Las enfermedades crónicas deben ser consideradas como neurastenias en relación con la insuficiencia de ciertos centros llegados a ser incapaces de mantener el equilibrio funcional u orgánico del departamento anatomofisiológico que les está encomendado.

Siendo el bulbo el conductor de nuestra máquina, dice Le Prince, si ésta no marcha bien, si va de través, es que dormita aquél; en lugar de atender a las ruedas, despertémosle; una vez despierto él obrará, y de nuevo encauzará el buen rodaje.

Con este pintoresco y simbólico lenguaje está claramente definido el criterio fisiológico de los precursores de Asuero para fundamentar sus intervenciones.

Pues para despertar la energía de los centros bulbares adormecidos o agotados, hace falta una excitación de los mismos, que puede practicarse por vía indirecta, porque existiendo comunicación entre los diferentes centros del bulbo, es posible imaginar una irradiación de centro a centro.

El lazo de unión de todos los órganos de nuestra economía con el bulbo son los nervios centripetos, y Bonnier ha escogido las vías del trigémino, para llevar su excitación al bulbo por ser muy accesible en las fosas nasales, por las cuales (pared externa) se distribuyen filetes terminales de la rama oftálmica de Willis y algunos del maxilar superior, provenientes del ganglio esfenopalatino.

También llegan a las fosas nasales filetes pituitarios del simpático cervical, y algunos, como Le Prince, creen que es sobre éstos donde obran las cauterizaciones.

De todos modos se observa que las irritaciones periféricas tienen su principal acción sobre el pneumogástrico y el gran simpático; en ese sector conjunto al que Langley ha llamado sistema autónomo.

Los núcleos de estos nervios están en relación más o menos directa con los del trigémino, y así se comprende que las excitaciones de la pituitaria puedan obrar a distancia sobre órganos lejanos inervados por el pneumogástrico y el simpático; es decir, sobre la vida vegetativa.

He aquí, muy sintéticamente, los fundamentos doctrinales de la centroterapia endonasal, que hoy tiene soliviantada a la opinión médica y al público en general, después de haber estado relegada al olvido durante tantos años. Bueno es que EL SIGLO MÉDICO, y precisamente para el mismo objeto que yo persigo en este artículo, dedique en sus columnas un recordatorio, con el título de «Rabitos de pasa» para rememorar cosas de Anatomía y Fisiología del sistema nervioso indispensables para formar juicio en el problema de este artículo.

Llama, desde luego, la atención el concepto tan simplista y unilateral de salud, enfermedad y terapéutica que se desprende de esta sucinta exposición; y sorprende

también la facilidad con que se ha segmentado la mucosa nasal en zonas múltiples, dando lugar a esquemas en que se marcan matemáticamente los puntos precisos de la pituitaria que corresponden a los diversos órganos. Claro es que, para llegar a esta determinación, ha debido ser por repetidos tanteos en casos patológicos; pero así y todo, juzgo muy reducido el espacio y no fácilmente accesible, para puntualizar bien, como no sea para manos muy expertas en la técnica rinológica. Y precisamente en los momentos actuales, hasta médicos que no han reconocido nunca las fosas nasales con el espéculum, manejan con desenfado el galvanocauterio, lo cual puede hacer fracasar un procedimiento que acaso resultaría beneficioso en los límites concretos en que pueda tener indicación.

Y digo concreta, porque ya se ha visto el arbitrario exclusivismo con que los sistemáticos de este procedimiento juzgan siempre al bulbo como el *primum movens* de todo acto patológico y aun de toda enfermedad; dando lugar secundario, o no dándoles ninguno, a los múltiples factores que intervienen en la evolución, desarrollo y terminación de todo proceso morboso. No sabría yo decir, de los tres sistemas que sostienen la intercorrelación orgánica, el nervioso, el sanguíneo y el endocrino, cuál de ellos tendrá mayor importancia, ni hace al caso; pero, desde luego, el primero, representado especialmente por el bulbo, en el cual residen los núcleos de todos los nervios, parece gozar de primacía en todas las células del organismo para presidir y regular la función general de nutrición, y atender también a las funciones diferenciadas de las mismas, las motrices en el músculo, las secretorias en las glándulas, las sensoriales en los órganos de los sentidos, etc., etc. Ciertamente es también que, sin el concurso de los otros sistemas, nada se realizaría ni en la célula, ni en el órgano, ni en la correlación funcional del conjunto de órganos para sostener la vida (*multiplex quira vivus, vivus quira unus*). Pues así como es complejo este mecanismo de la vida, complejísima es la instalación de una enfermedad, que es un estado del organismo, o simplemente de un proceso morboso.

Crear que sólo por el bulbo vivimos, enfermamos, sanamos o morimos, como queda consignado según Bonnier, y que toda enfermedad es nerviosa y también toda terapéutica, es negar la realidad de los hechos observados desde la antigüedad, y *consagrados por la labor incesante* de los siglos; suprimir los fundamentos de la Fisiología y de la Patología; desentenderse de la variadísima patogenia de las más diversas enfermedades; olvidar los diferentes medios de que se vale la misma naturaleza enferma para curarse, es decir, las diferentes defensas que despliega, como pasa en las infecciones, enseñándonos el camino para seguirla y ayudarla con su propia terapéutica. Total, crear un nuevo sistema como tantos otros que ha habido en la historia de la Medicina.

Sería necesario pasar revista a los diferentes modos de enfermar que tiene cada órgano para comprender la superior importancia que, en la génesis de muchos procesos morbosos, tienen otros factores que el bulbo y que requieren más complicada terapéutica que la mera excitación del mismo por vía intranasal u otra cualquiera.

Un ejemplo para concluir este ya cansado artículo para mí, y mucho más para el que tenga la paciencia de leerlo.

El hígado es uno de los órganos más expuestos a enfermar, no sólo por la situación en que está colocado y por la multiplicidad de sus funciones, que requieren una actividad constante, sino por la naturaleza especial de las



Combinación de Urotropina con salicilato sódico y de cafeína.

INDICACIONES: Casos rebeldes de cistitis, pielitis y prostatitis. Profiláctico eficaz contra la cistitis después de las prostatectomías y operaciones abdominales, durante el embarazo y el parto. Remedio casi infalible contra la retención post-operatoria de orina. Valioso coadyuvante en el tratamiento de la uretritis gonorréica posterior aguda y crónica. Poderoso desinfectante de la vías biliares.

ENVASES ORIGINALES: Para inyecciones intravenosas: cajas con 5 ampollas de 5 c. c.
Para inyecciones intramusculares: cajas con 5 ampollas de 5 c. c.

Muestras y literatura están a la disposición de los Sres. Médicos.

PRODUCTOS QUIMICOS SCHERING S.A.
APARTADO 479-MADRID

Sanatorio Psiquiátrico de San José.



Dirigido por los Hermanos de San Juan de Dios.

Balneoterapia. — Helioterapia. — Roentgenoterapia. —
Clinoterapia. — Instalaciones último modelo (1929). —
Tratamiento especial de la parálisis general y de-
mencia precoz (malarioterapia). — Curas de reposo y
desintoxicación.

CUERPO FACULTATIVO

Director honorario. — Dr. D. Miguel Gayarre, del Instituto Cajal y ex director efectivo.
Director técnico. — Dr. D. Santos Rubiano, director de la Clínica Psiquiátrica Militar.
Médicos consultores. — Dr. D. Miguel Gayarre; Dr. D. Antonio Vallejo Nágera, Académico C., Psiquiatra Militar; Dr. D. Enrique Fernández Sanz, Académico de la Real Academia de Medicina.
Anatomopatólogo. — Dr. D. Pío del Río-Hortega, director del Laboratorio de Histopatología de la Junta para ampliación de estudios.
Cirujano. — Dr. D. Enrique Slocker, Académico de la Real Academia de Medicina.

Médicos Psiquiatras. — Dr. D. Eulogio García de la Piñera; Dr. D. Ricardo Murillo Ubeda; Dr. D. Rodrigo González Pinto; Dr. D. Antonio Vallejo Nágera.
Oftalmólogo. — Dr. D. Jesús Galíndez Rivero, fundador y director de la Clínica de Oftalmología de Madrid.
Neurólogo. — Dr. D. Raúl de Montaud.
Radiólogo y Radioterapeuta. — Dr. D. Carlos Rovira Fitte.
Laboratorio. — Dr. D. Eduardo Varela de Seijas.
Médicos de guardia. — Dr. D. Saturnino Picazo Pérez; Dr. D. José Agulló.
Odontólogo. — Dr. D. Manuel Navarro.

Departamento especial para morfinómanos y alcohólicos.

REGIMEN ALIMENTICIO CON ARREGLO A PRESCRIPCION FACULTATIVA

Teatro. — Cinematógrafo. — Billares. — Radiotelefonía. — Biblioteca. — El Parque sanatorial más extenso de España.

Superficie de terreno: 70 hectáreas.

HOTELES INDEPENDIENTES CON JARDIN

Médico elegido por las familias. — Los señores médicos de cabecera pueden encargarse del tratamiento de sus enfermos. — Servicio médico permanente. — Instalaciones para Terapia de ocupación. — Estación de ferrocarril en la línea de Madrid a Aranjuez. — Media hora en automóvil desde Madrid. — Puede ser visitado cómodamente por el médico y familia.

Automóvil para el servicio médico.

Correspondencia: Sr. Director del Sanatorio Psiquiátrico de San José. — Tel. núm. 5. — Ciempozuelos.

Ayuntamiento de Madrid

PAIDOTROFO

Tónico de los niños.

DOSIS Y MODO DE USARLO

Una cucharadita de las de café tres veces al día: una por la mañana, otra al mediodía y por la noche. Puede administrarse solo o con un poco de agua azucarada.

FÓRMULA: (Contiene por cucharadita de café).	{		Glicerofosfato de cal. 1 cent.	Glicerina.....	1 grm.
	{		Hipofosfito de cal... 4 >	Mulra puama (ext. flúid)	2 centg.
	{		Acido arsenioso..... 1 milg.	Vino generoso.....	4 grms.

ANTALGOL DALLOZ

Granulado

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

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

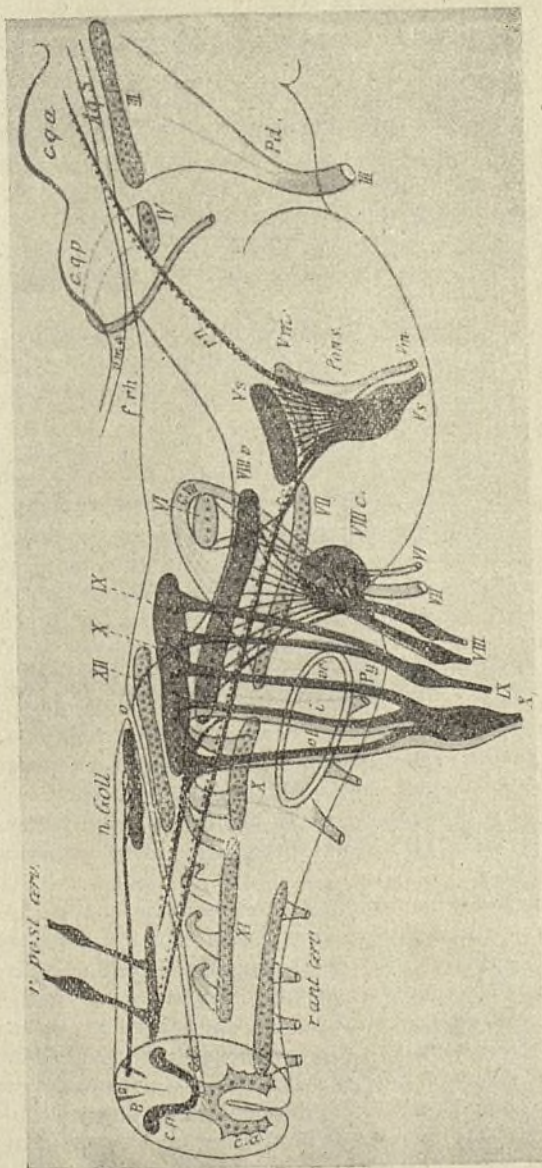
mismas que no tienen fácil sustitución en otro órgano. En efecto, si esta viscera puede sufrir, como todos los órganos, las influencias morbosas que vengan por parte de la circulación general, de la linfática o por el mismo sistema nervioso, no es generalmente por estos caminos por donde llega a la célula hepática el agente nocivo; es más bien por vía intestinal directa, por los conductos biliares, o por la vena porta que conduce también al hígado sangre del bazo y del páncreas. Aun cuando el hígado esté defendido por las condiciones del epitelio intestinal y por el curso de la bilis de la agresión morbosa, puede darse el caso—se da frecuentemente—de que estas defensas no puedan evitar el asedio y de que se desenvuelva un proceso morboso en la viscera, a pesar de dichas defensas y de la *vigilancia* del bulbo representado en el caso por el ganglio celiaco. La enfermedad aquí—como siem-

pre—es compleja; no es nerviosa ni de origen nervioso ni su terapéutica puede ser antinerviosa, sino complicada y variada, según las condiciones de la enfermedad; como es siempre condicionada toda terapéutica por el momento evolutivo del proceso y el síndrome capital que resalte, que tal vez podría justificar como adyuvante si fuese doloroso la reflexoterapia en alguna de sus modalidades.

Y nada más. El procedimiento Asuero ni debe despreciarse como cosa inútil, ni apreciarse como panacea; debe incorporarse a la Terapéutica como medio coadyuvante de otros tratamientos y a propósito para dominar en momentos determinados ciertos síndromes que no puedo detallar porque no es de mi incumbencia ni tengo experiencia personal. Es asunto que requiere mucha observación y mucho estudio.

Julio.

RABITOS DE PASA



Representación esquemática de una sección lateral de la médula oblongada con la situación de los núcleos y el trayecto intrabulbar de los nervios craneales.

Los orígenes y fibras motoras se representan en gris claro, y las terminaciones y núcleos sensitivos en oscuro.

De arriba a abajo: III par, motor-ocular común con su núcleo alargado.

do, por debajo del acueducto de Silvio.—IV par, nervio patético penetrando dorsal, por detrás del último tubérculo cuadrigémino, se cruza con el del otro lado y se dirige hacia abajo.—V par, trigémino (Vm.) núcleo de origen del nervio trigémino motor y trayecto intratubercular.—V. S. trigémino sensitivo (r. n.) raíces descendentes asociadas de la rama motora nasal.—Raíces sensitivas ascendentes; desde el ganglio de Gasser se dividen en la porción que termina en el núcleo sensitivo principal (V. S.) y otra raíz caudal que desciende hasta la médula cervical: otra va hasta el cerebelo (r. n.).—VII par, facial, con su núcleo alargado y profundo, en la médula oblongada se dirige atrás y arriba rodeando el núcleo del motor-ocular externo (VI) y luego marcha hacia adelante y abajo en unión del VI par.—VIII par, acústico, termina como nervio coclear en la parte ventral y como nervio vestibular en la parte dorsal. Del núcleo ventral (coclear) del acústico, parten raíces descendentes (VIII).—Las raíces sensitivas del glossofaríngeo y neumogástrico van del ganglio yugular y petroso a los núcleos sensitivos IX y X en la parte posterior de la fosa romboidal. Una parte (faz solitario) sale como raíz descendente. Los fascículos motores nacen, en parte, del núcleo ambiguo y en parte del accesorio.—XII par, hipogloso, en corte caudal, dorsal, de la médula, envía sus fascículos a los lados de las pirámides.—Los núcleos del accesorio (XI) llegan a la médula cervical en sentido descendente y sus fascos penetran en los cordones posteriores.—r. p. raíces posteriores de la médula cervical y de los ganglios espinales superiores.—r. a. raíces de la médula cervical anterosuperiores. (1)

Notas acerca del simpático.

La concepción, puramente anatómica, del simpático limitado en el dominio que se le ha señalado en los tratados de descriptiva, no podría prevalecer en fisiología y en patología. En cambio, la anatomía bien comprendida, la anatomía verdadera, la que guía sus pasos con auxilio del microscopio, de la onto y la filogenia, concuerdan con la fisiología. La morfología general confirma, pues, los hechos fisiopatológicos. Al lado del verdadero simpático, existen dos sistemas parasimpáticos, que se colocan topográficamente por encima de las extremidades del sistema del simpático verdadero. Estos tres sistemas comparten, con las glándulas que dependen de ellos, la conducción del proceso de regulación orgánica y desde cualquier punto de vista obran en absoluta comunidad; los hechos que demuestran la realidad de esta concepción los suministran, por una parte, la embriología, y, por otra, la fisiología confirmada a su vez por la clínica, (Guillaume.)

Veamos ahora el punto de vista embriológico. Tiene su importancia clínica y patológica y siempre tiene el mérito de aclarar la cuestión.

(1) De la obra de Jacob «Handbuch der Anatomie des System nerv.»

El eje nervioso, en los primeros periodos de su evolución, no es otra cosa que un canal diferenciado a expensas del ectodermo, cuyos elementos constituyentes aparecen en forma de células germinales, de las cuales por transformaciones paralelas segregará, por una parte, células ependimiarias, y, por otra, células neuróglícas (espongioblastos) y células nerviosas (neuroblastos). Estas últimas son elementos nerviosos en potencia, que, con sus brotes de prolongación, quedan transformados en la célula definitiva, la neurona.

Desde el punto de vista orgánico, cada borde del canal medular se cubre de una masa, de modo que cada brote está inmediatamente cubierto de una cresta que marcha paralelamente al eje longitudinal del canal. Estas dos crestas ganglionares son de origen ectodérmico como el tubo medular, pero de más reciente formación.

El canal medular se cierra por aproximación de sus bordes y se convierte en tubo neural que en su extremidad craneal se hincha rápidamente en tres vesículas, anterior, media y posterior, que se llaman cerebrales. La cresta ganglionar brota durante este tiempo. Cada uno de sus elementos constitutivos emigra lateralmente, mientras se forma la raíz anterior a partir de la mitad ventral del tubo neural. Las raíces anterior y posterior del futuro nervio raquídeo se producen de este modo, repitiéndose el mismo hecho tantas veces como segmentos medulares existan.

Emigran entonces, desde el esqueleto medular, tanto desde el ganglio de la raíz posterior como desde la mitad ventral del tubo medular, células que son evidentemente germinales en transformación y en estadio de células *indiferentes*. Estas células emigran a la vez a lo largo de las raíces posterior y anterior, alcanzando así la porción reunida del nervio espinal, haciéndola cambiar de ruta e inclinando ésta en una dirección de 90° sobre la precedente. Abandonan entonces el nervio espinal para colocarse delante de él y formar una masa que llegará a ser el ganglio simpático. Ciertas células no se detienen en su camino, hasta después de llegar a nivel del germen del ganglio simpático; van más lejos, ya sea para constituir otros ganglios más próximos a las vísceras, ya sea para adherirse a estas mismas. Me refiero con esto a verdaderos ganglios, ganglios histológicos, y no a los bocetos ganglionares observados tan frecuentemente en el trayecto de los nervios de la vida orgánica.

Acabamos de ver que las células que emigran a lo largo de los nervios para constituir centros ganglionares simpáticos, son células en evolución. Este hecho tiene una importancia capital, no sólo porque de células indiferentes pueden derivar unas veces elementos nerviosos verdaderos y otras los elementos de sostén propios del tejido nervioso, sino, muy especialmente, porque la evolución de la célula indiferente que se orienta hacia la célula simpática, puede conducir a la formación de células glandulares endocrinas.

En efecto, la célula emigrante indiferente se va transformando, a lo largo de su trayecto, en la longitud de las raíces, como más tarde, cuando ha venido a fijarse en los puntos de concentración ganglionar. En el curso de esta evolución la célula emigrante llega a ser una *simpatogonia*, pero llegada a este estado no detiene aquí su evolución, continúa más allá, bifurcándose según las necesidades y orientándose unas veces en sentido nervioso puro, llegando entonces a ser simpatoblasto y otras en el sentido glandular, llegando a ser un *faerocromoblasto*. El primero de estos elementos, como es natural, formará la célula

nerviosa simpática y el segundo la célula adrenalínica de los paraganglios. Sobre esto insistiremos más tarde, pero mientras tanto es interesante hacer notar, que la célula adrenalínica, cromafina o faerocroma, es con la célula simpática verdadera, hija de la misma madre, la simpatogonia, siendo interesante al propio tiempo subrayar el hecho de que la transformación, en faerocromoblastos, de un cierto número de simpatogonias limita la transformación de éstas en células simpáticas e inversamente.

Tal es en su conjunto la evolución general embriológica de un sistema segmentario simpático. Los caracteres esenciales de emigración a lo largo de los nervios metaméricos, cerebrospinales y de emigración libre, hasta la constitución de los ganglios de la vida orgánica, son comunes a los sistemas orgánicos que provienen de la porción espinal del eje nervioso, como de los que tienen por origen la porción encefálica cerebral.

* *

Hemos abandonado el tubo nervioso en el momento en que en su extremidad craneal se identifican las tres vesículas cerebrales a expensas del engrosamiento anterior. De estas tres vesículas, solamente la media continuará siendo única, mientras que las otras dos se desdoblarán posteriormente. Por lo tanto, terminada la evolución hay que contar, de delante atrás, con las cinco vesículas siguientes: Cerebro anterior: dos vesículas (terminal o telencéfalo y proximal, diencéfalo o talamencéfalo); cerebro medio: una vesícula (mesencéfalo); cerebro posterior: dos vesículas (anterior o metencéfalo y posterior o mielencéfalo).

Sabemos en la actualidad que cada una de estas cinco vesículas ha de dar lugar a una parte del encéfalo definitivo, y que en el hombre la vesícula que toma mayor desarrollo es el prosencéfalo.

De cada una de estas vesículas primitivas, o mejor de sus paredes, van a partir las células del mismo modo que a nivel de la medula. Estas células emigrantes, de idéntica manera que a nivel de la emergencia medular, van a formar una serie de segmentos nerviosos orgánicos. Añadamos que en las porciones extremas del eje nervioso, es decir, en las porciones craneal y sacra, las células emigrantes van, por lo general, hasta las vísceras. Añadiremos aún, que al menos en el momento actual de la ciencia, no se ha descubierto a nivel de las células de origen craneal y pelviano, una evolución comparable a las células de origen toracomedular, que conduzca a algunas de ellas a evolucionar hacia el tipo glandular.

Tal es a grandes rasgos la evolución embriológica, organogénica e histogénica del sistema nervioso de la vida orgánica.

Desde ahora mencionaremos el hecho de que tres regiones distintas del eje cerebrospinal producen las células del sistema nervioso de la vida orgánica. Son éstas: 1.ª La porción craneal o encefálica. 2.ª La porción toracolumbar de la medula; y 3.ª La porción sacra de la misma.

Entre cada una de estas *emergencias* y la siguiente existe, al menos en apariencia, un vacío que corresponde a la proximidad de la zona de emergencia de los miembros. El sistema nervioso de la vida orgánica está de este modo fragmentado desde su origen en tres partes, proseguidas cada una de ellas en el curso de su evolución posterior, su diferenciación desde el triple punto de vista anatómico, fisiológico, farmacológico, y pudiéramos añadir también patológico.

De este modo, en un completo estado de su desarrollo,

el sistema neuroglandular de la vida vegetativa será divisible en tres segmentos: 1.º Segmento craneal o parasimpático craneano. 2.º El segmento torácico lumbar o simpático verdadero. 3.º Segmento pelviano, sacro, o parasimpático pelviano.

Estos tres sistemas, como veremos más adelante, tienen en común el «control» y dirección de las funciones de la vida orgánica. Se agrupan según ciertos caracteres fisiopatológicos en dos sistemas diferentes. Por un lado, el simpático; por otro, los dos parasimpáticos. Cada uno de estos sistemas presenta el mismo esquema anatómico-fisiológico.—(Guillaume y aut. cit.)

C. M. C.

BIBLIOGRAFIA ⁽¹⁾

CAUSES ET TRAITEMENT DES RHUMATISMES CHRONIQUES, por R. J. Weissenbach et F. Françon. Editeur Gaston Doin Cia., 1928, 840 páginas. Prix, 32 fr.

El reumatismo crónico es una enfermedad que cada día amenaza con extenderse más, y por esto que ya empiezan a constituirse Ligas contra ella, y los diferentes autores, más o menos documentados, escriben volúmenes diferentes sobre esta dolencia; desde luego más vale ocuparse de ella cuando comienza que cuando ya está extendida.

El libro de Weissenbach y Françon es, a nuestro juicio, una obra más que podemos incluir en la enorme literatura que en estos últimos años se ha escrito sobre esta materia.

Consta este libro de tres partes esenciales: la primera, destinada al estudio de la etiología y patogenia, que no deja de ser algo superficial; la segunda se refiere al diagnóstico y tratamiento; ésta es, a nuestro juicio, un capítulo bastante documentado y extenso, y la tercera se refiere a la profilaxis y terapéutica que los autores tratan también con bastante extensión.

En resumen: un libro que aun cuando con algunos puntos tratados superficialmente, seguro servirá para difundir nuevos conocimientos sobre esta materia.

P. LAPOULIDE

DIAGNÓSTICO ROENTGEN DE LAS ENFERMEDADES DE LOS HUESOS Y ARTICULACIONES EN FORMA DE TABLAR, por Emmerich Miarkovits, libro de 158 páginas, ilustrado con 346 figuras: editor, Georg Thieme, Leipzig, 1929.

Este libro es interesantísimo, pues además de presentar en forma escueta los síntomas de cada enfermedad, ahorrando con ello pérdidas de tiempo, es un atlas donde puede establecerse rápidamente el diagnóstico diferencial de muchas enfermedades, que resulta considerablemente facilitado.

A este fin está dividido en dos partes, una general, donde se pasa revista a las diferentes afecciones de que pueden ser asiento, tanto los huesos como las articulaciones, comenzando por las afecciones inflamatorias y continuando por las alteraciones del contenido de cal, tumoraciones, quistes, traumatismos, alteraciones de crecimiento y enfermedades infecciosas, las cuales se hallan descritas en un capítulo muy detallado.

La segunda parte, o parte especial, detalla una por una las alteraciones más frecuentes en cada región del cuerpo, comenzando por el cráneo y terminando por las articulaciones de las manos y de los pies.

Lo que avalora más el libro es la serie de grabados que

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

se hallan en el mismo con profusión y en los que puede verse clarísimamente la alteración de que se hace mención, alejando toda duda y facilitando extraordinariamente el diagnóstico.

La impresión y el modo de estar editado el libro, hace honor al editor, el cual no ha perdonado medio de que, tanto una como otro, respondan a la fama tan bien cimentada que posee.

DRES. J. Y S. RATERA

Mayo 1929.

Profesor E. Maliwa (Viena): STÖRUNGEN IM DER FREQUENZ UND RHYTHMUS DES PULSES (Trastornos de la frecuencia y ritmo del pulso). Tomo 10.º de la colección «Libros de la Práctica Médica». Monografía en 8.º de 76 páginas, 4 grabados. Edit. J. Springer, Viena y Berlín, 1923. Precio, 2,60 marcos.

La cardiografía y su terminología especial han enfrentado al médico general no solamente con dificultades diagnósticas, sino con imposibilidades de interpretación patológica de los síndromes diagnosticados por los especialistas. Simplificar los modernos conocimientos sobre la patología de las arritmias es la labor que se propone el autor y lo ha conseguido en forma tal, que la lectura del tomo permite al médico general abordar el estudio de materia en apariencia tan llena de dificultades. Unas palabras destinadas a exponer el concepto de los trastornos funcionales del corazón están seguidas de párrafos en que se estudia la nueva terminología, la fisiología del corazón, la fisiología del pulso, la taquicardia paroxística, la fibrilación, los extrasístoles, los trastornos de la conductibilidad y la miocarditis.

A. V. N.

PERIODICOS MEDICOS

Otorrinolaringología

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Abscesos retrotonsilares y su tratamiento, por el Dr. Ricardo Silveira.—El tratamiento de estos abscesos es drenar la colección purulenta. Una vez que la colección se considere localizada se debe de intervenir, siempre buscando el punto más declive y de más fluctuación. Por regla general, eso no se debe intentar hasta después del cuarto o quinto día de haber advertido la tonsilitis, que es cuando ya el absceso está organizado; sin embargo, si en las primeras punciones no se logra encontrar el pus, esa punción servirá más tarde para que la colección al llegar a ese nivel lo utilice como puerta de salida. El demorar mucho la intervención tiene algunos inconvenientes, el primero de todos, que los síntomas se pueden agravar y las molestias aumentar. Algunas veces se demora en espera de la ruptura espontánea, pero como la superficie no cede, la colección purulenta toma otra dirección y tenemos las formaciones de los flegmones, ya anteriormente mencionados, o si en el caso que se incinda tardíamente, puede ocurrir lo que ha encontrado en dos ocasiones. En un caso llevado por el autor que venía sufriendo hacía once días, practicó la dilatación, hizo el drenaje y obtuvo una gran cantidad de pus, pero a las doce o catorce horas se le presentó a la enferma una hemorragia abundante que al parecer tenía su origen en el fondo de la cavidad del absceso; se explicó esto por la demora y que la colección purulenta había llegado a destruir las paredes de algún vaso en el fondo de dicha cavidad. (Rev. Med. de la Habana, 30, IV-1929.)

Pediatría

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Envenenamiento agudo por opiáceos en una niña de seis años, por el Dr. A. Berardi.**—A una niña de seis años afecta de corea se le suministró como calmante un clisterio conteniendo 15 gramos en vez de 15 gotas de láudano, por equivocación del farmacéutico.

Se produjo un envenenamiento agudo con prolongada crisis de apnea, que se consiguió vencer con la respiración artificial y con inyecciones de alcanfor, estricnina y esparténa.

La observación casi probaría, contrariamente a lo que comúnmente se cree, una gran tolerancia del niño al medicamento, a menos que no se quiera pensar con Huchard, que en las afecciones del sistema nervioso de carácter espasmódico se soporten aún las dosis tóxicas de los opiáceos. (*Rinascenza Médica*, 1 de Septiembre de 1928, núm. 17.)—DR. R. COMENGE.

Bacteriología

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Contribución al estudio del BCG, por los doctores R. Pla y Armengol y J. Gratacós Massanella.**—En los ensayos de los autores el BCG no ha desarrollado ninguna acción vacunante en el cobaya.

El BCG se ha mostrado, en algunas series, dotado de una alta virulencia en sentido toxígeno y flogógeno, y las lesiones y la muerte que ha producido en los cobayas se han transmitido en serie. (*La Clínica*, Abril 1929.)

Parasitología

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Tentativas de vacunoterapia bucal de la disentería bacilar, por el Dr. G. Salvio.**—Suministrando *per os* a un cierto número de niños disintéricos una vacuna conteniendo 8 billones de bacilos de Shiga por centímetro cúbico y tratando igual número de niños con la sueroterapia, ha experimentado el autor sobre los valores curativos de los dos métodos.

De la comparación concluye, que la vacunoterapia oval no puede sustituir al tratamiento sérico, porque se necesita con la primera un tiempo más largo para curar.

En dos casos en que se hizo tratamiento mixto, se pudo reducir el suero en 10 c. c., pero la curación se obtuvo más tarde.

La vacunoterapia bucal si es útil para la profilaxia de la disentería, porque no presenta reacciones postvaccínicas, no es aconsejable en el tratamiento de las formas disintéricas, no porque sea del todo ineficaz, sino porque en general, es menos activa que la sueroterapia. (*La Pediatría*, 1.º de Agosto de 1928, núm. 15.)—DR. R. COMENGE.

Patología general

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Un caso de ectopia de la mama de rara localización con transformación en blastoma, por el Dr. Manuel Santoro.**—El autor describe un caso raro de tumor quístico de estructura fibroadenomatosa de origen mamario, desarrollado en la región inguinal derecha de una mujer de cuarenta años.

El caso observado demuestra un importante fenómeno teratológico de detención de desarrollo de la mama, y hasta cierto punto, una reversión filogenética evolutiva, y, por

otra parte, confirma lo que representa un dato en la etiopatogénesis de los blastomas, sobre todo en los benignos, o sea los gérmenes aberrantes.

La explicación de encontrar en la región inguinal derecha un campo glandular mamario, no resulta muy difícil si se consideran las observaciones embriológicas y ontogénicas que el autor expone en su trabajo. (*Rinascenza Médica*, 1 de Septiembre de 1929, núm. 17.)—R. C.

Medicina interna

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Empleo de hígado por vía rectal en la anemia perniciosa, por Hanz Pulper.**—Resumiendo lo expuesto por el autor podemos resumir diciendo que el empleo de hígado por vía rectal (hígado más hepatopson) en cuatro casos de anemia perniciosa se obtuvo buenos resultados; sin embargo, en un caso con un pronóstico malo fracasó también esta terapéutica. En uno de los casos en que se obtuvo buenos resultados, se hizo al mismo tiempo que esta terapéutica, transfusión sanguínea, como terapéutica coadyuvante.

La tolerancia al hígado y hepatopson es generalmente buena, solamente, y esto sucede también en otras clases de anemias cuando se tratan por vía rectal, que en enfermos viejos sufren molestias diversas; el autor ha observado tres casos en enfermos de sesenta a setenta y cinco años con molestias diversas, diarrea, dolores, etc., a los cinco o seis días de tratamiento.

Los resultados obtenidos por el autor son mejores que los que obtuvo Hittmaiz, pero esto cree es debido a la mejor calidad de los preparados.

Después de una purificación del enema se hace una mezcla clara de hígado crudo con leche o leche con diversos preparados de hígado, y esto se inyecta lentamente con un irrigador en el recto y se deja un rato la cánula puesta; esta es la técnica empleada por el autor. (*Therapie des Gegenwart*, Julio de 1929.)—PECO.

2. **Sobre el aumento de la diuresis producida por novasurol (falyzgan), por P. Saxl y O. Ezlsbacher.**—Los autores han experimentado el refuerzo de la diuresis producida por novasurol al añadir a este medicamento amoníaco, pero por vía oral.

Saxl opina que el amoníaco es muy mal tolerado por los enfermos en los que produce diversos trastornos, y aconseja, por tanto, el empleo en sustitución de éste, la siguiente fórmula:

Amonon, chlorat. pusiss	8,0
Succ. Liquizit.....	6,0
Agua dest.....	100,0

De esta fórmula se administrará cinco veces al día en un poco de agua mineral.

Los autores han observado que este medicamento a pesar de todo produce, aun cuando en menor escala, trastornos, diarrea, etc., al cuarto o quinto día de administrarlo, y por eso aconsejan al cuarto día hacer un descanso de un par de días.

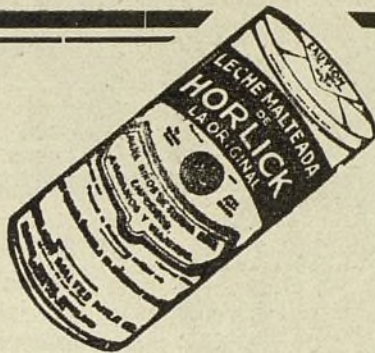
De esta forma los autores llegan a obtener un aumento de la diuresis que normalmente se produce por el novasurol en un 20 por 100, y por tanto el empleo de este producto se puede hacer en menor escala.

El empleo de amoníaco después de la inyección de novasurol es completamente inútil; éste debe hacerse antes, y los autores llegan a aconsejar el empleo de 8 gramos de amoníaco el día de la inyección solamente.

Los autores lo han empleado así con éxito en casos de descompensación cardíaca y en casos de cirrosis hepática con ascitis. (*W. Kl. W.*, 1929, núm. 2.)—PECO.



LOS MÉDICOS ENCONTRARÁN EN LA LECHE MALTEADA DE HORLICK



una bebida nutritiva, de mucha confianza y de paladar agradable. Es de perfecta solubilidad, tanto en agua caliente como fría y también en aguas gaseosas.

Los estómagos delicados, que no pueden digerir una comida sencilla, ni aun compuesta solo de leche, toleran perfectamente un vaso de HORLICK helado.

El calor y las fuerzas vitales se mantienen fácilmente tomando la LECHE MALTEADA de HORLICK, cuyo valor calorífico es de 4,27 por gramo ó 121 por onza, con un valor nutritivo de 1 en 6,36. Las calorías derivadas de proteína son aproximadamente de 19 por onza. El carbonato de hidrato que contiene, proviene de la lactosa de la leche, junto con la maltosa, dextrina y productos intermedios derivados de cereales, en las proporciones siguientes: Lactosa 1, Maltosa 4, Dextrina 2.

La proporción de grasas, proteína y carbonato de hidrato, es de 1, 2, 8.

Se expenden en botellas de cristal, debidamente selladas, conservándose por tiempo indefinido en todos los climas



Si no la halla en su localidad,
diríjase al depositario en España:

PEDRO FERRER GURGUI,
Paseo de Colón, 15, Barcelona.

AGUAS MINERO - MEDICINALES y BALNEARIO de VENTA del HOYO

Aguas Bicarbonatado-Cálcicas, Nitratado-Sódicas y Radioactivas
para la curación de la DIABETES y muy indicadas para toda clase
de afecciones del aparato digestivo.

Declaradas de utilidad pública por R. O. de 25 de Mayo de 1918.

De venta en farmacias, droguerías y depósitos de aguas minerales.

Pedidos á la Administración: Apartado 6. — TOLEDO
HOTEL DEL BALNEARIO

A 7 kilómetros de Toledo sobre la carretera de esta población á Avila.

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

ITINERARIOS: Los viajeros del Norte, Levante y Andalucía harán su viaje desde Toledo al Balneario, en quince minutos, empleando el automóvil de línea de Torrijos ó en los del servicio público de las paradas.

Los que tengan necesidad de efectuar su viaje por los ferrocarriles de M. C. P. y O. de España, descenderán de éstos en Torrijos, continuándole á las ocho de la mañana en el automóvil de línea para llegar á las nueve al Balneario.

DIABETES



y sus complicaciones se curan radicalmente con el
VINO URANADO PESQUI
que elimina el azúcar a razón de un gramo por día, fortifica, calma la sed y evita las complicaciones diabéticas.

OTROS PREPARADOS

SIMIL AZÚCAR PESQUI, para el uso de los diabéticos.
DELGADOSE. Contra la obesidad, completamente inofensivo.

Alcohol de MENTA PESQUI. Antiséptico, para la higiene de la boca.

RINONASOL PESQUI. Contra el catarro nasal.

De venta en las farmacias y droguerías. :: **LABORATORIO PESQUI** :: Alameda, 17, San Sebastián (España).

SANATORIO PEÑA-CASTILLO

Destinado á 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 especial de toxicómanos.

Director: Excmo. Sr. D. M. Morales. — Médicos: Doctores Penzoldf, Oliver y Luquero.

SANTANDER

CITOFAG

**GRIPE, TOS FERINA, ASMA
RONQUERA
CALMANTE DE LA TOS**

(Jarabe cálcico con hircina y estricnina)

Muy apropiado para los niños por su exquisito sabor y su inocuidad.

Laboratorios «CITO». — Vitoria

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

Vejigatorio líquido del Dr. Masó Arumi

INDICACIONES: Pleuresías. — Neumonía. — Neuritis. — Clática, etc.

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

TALLERES TIPOGRAFICOS

J. HERRERA - Piedrahita (Avila).

Impresiones esmeradas. :: Precios sin competencia.

	Pesetas
1.000 recetas con membrete, en bloks de 100.....	4,75
100 id. para Beneficencia Municipal.....	1,00
100 certificados de defunción, encuadernados.....	2,50
100 id. de vacunación.....	1,00
1.000 recibos talonarios de cobranza, en bloks de 100.....	7,50
100 facturas talonarias para honorarios médicos...	3,00
100 contratos de igualatorio médico.....	2,00
100 historias clínicas encuadernadas.....	2,00
100 volantes con membrete.....	2,00
100 tarjetas de visita.....	1,75
100 cartas con membrete papel tela tamaño ministro.....	3,00
100 sobres id. id. id.....	4,00
1 libro de igualatorio de 100 hojas.....	3,50
1 libro-registro de títulos de 100 hojas.....	7,50

Balneario de Carlos III TRILLO

Temporada de 1.º de Julio
— á 15 de Septiembre. —

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

Ayuntamiento de Madrid

*sanguinis missio in magno morbo consentientibq. in uiribq. & late, y teniendo la parte negativa le arguieron el ldo. este-
nan de portillo, Rector, y el doctor fran-
cisco Ceruantes de Salazar, y el doctor
de la fuente, despues de todo lo suso
dicho, el dicho Ldo. farfan hizo una
oracion al doctor pero lopez su padrino,
pidiendole las insignias de doctor y lue-
go le llamo el padrino Respondiendo
con otra oracion, en la que concedia las
dichas insignias, y le admitio y le dio
un libro de medicina poniendoselo en
las manos, diziendo, *accipe hunc librum
clausum & apertum ut possis ligere & in-
terpretari &c.* y le metio vn anillo en vn
dedo, *in signum desponsationis cum egre-
gia medicina scientia*, y le ciño un cinto
de terciopelo, y luego el padrino suplico
al muy mago. Sr. d. Franco. de Uelasco
le ciñese una espada, la qual despues*

ELIXIR BERTRAN

al mejor para combatir toda clase de enfer-
medades nerviosas. Junqueras, 11, Barcelona

de hauerse la ceñido hizo la mesma su-
plicacion a don luis de uelasco, para
que le calcase vna espuela, lo qual
hecho, le dio vn osculo en el carrillo
derecho y deepues de dadas todas las
insignias de doctor, el padrino le lle-
uó al lado derecho, a presentallo ante
el señor maestrescuelas, para que le
concediese el dicho grado de doctor en
medicina, y el dicho doctorado hizo vna
oracion al dicho señor maestrescuelas
pidiendole diho grado en la dicha fa-
cultad, y luego el sr. maestrescuela, to-
mando vna gorra de terciopelo, con una
borla amarilla de oro, le concedió el
dicho grado diziendo: *potestate real &
pontificea, quae furgor in hac parte, con-
cedo tibi gradum doctoratus in medi-
cina &c.*, y luego le besó en el carrillo
en señal de paz, y luego el dicho doctor
farfan hizo vna oracion al dicho sr.
maestrescuelas, dando las gracias por el
beneficio recdo. del dicho grado, y assi-
mismo a los demas señores doctores, y
luego todos los dichos señores doctores
y maestros abrazaron, al dicho doctor,
y luego el padrino le lleno a su lugar
en señal de posesion despues del doc-
tor toro en la dicha facultad, y assi
quedo en el numero de los doctores y
maestros, de la dicha Vniversidad...

No he podido puntualizar en los li-
bros de la Universidad si en los prime-
ros tiempos de ella se usaron otras ce-
remonias que más tarde vemos acostum-
bradas en casos como al que aludimos.

(Se continuará.)

HIPOFOSFITOS SALUD GRAN RECONSTITUYENTE

UN BUEN ANDARÍN

El día 23 de Julio llegó a Santander
el echador del café de Las Columnas, de
Bilbao, Antonio González, que se había
apostado a ir andando hasta Santander
en una sola etapa. Entre los clientes del
mencionado café bilbaino se hicieron
numerosas apuestas. Antonio cubrió los
111 kilómetros acordados. Al llegar a
Santander tuvo que ser tratado por un
médico, pues traía los pies destrozados.

«ASTRAKANADAS»

Benavente, estrenas mucho;
maestro inmenso, ¡bien cobras!
Eres un maestro ducho;
eres un maestro de obras.

**

Yo he sido siempre español,
y por decirlo no peco,
mas si me llama un «inglés»...
me hago el sueco.

**

Lectores, perdón os pido.
Yo escribo mal, en conciencia,
pues ayer he equivoquido
escrito con *escribido*,
¡y ya véis si hay *diferencial*!

**

Las mujeres obesas,
yo creo que dirán palabras gruesas.

**

La cebra, lector querido,
y avisa si te desmayas,
es un caballo vestido
con camiseta de rayas.

**

Aseguro muy tranquilo,
y conste que no es bromazo,
que doña Venus de Milo
jamás dió a nadie un abrazo.

**

El granito es, según Tito,
cuarzo, feldespató y mica,
mas creo que eso en un mito,
porque yo sé que el granito
es... una cosa que pica.

**

¿Quién no la concibe
como yo concibo esta fruslería?
¿Qué es un aut. algibe?
Pues un automóvil con hidropesía.

ALFREDO OLAVARRÍA.

«MALTOPOL»

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

AUTO DE FE

Copiamos de *La Voz* del día 23 de
Julio el siguiente suelto:

«Un lector de *La Voz* del pueblo de
Villarín de Campos nos escribe:

«A petición de varios vecinos, el
Ayuntamiento amplió la escasa biblio-
teca municipal adquiriendo, entre otras
obras, las del inmortal Galdós; pero he
aquí que el cura y el alcalde considera-
ron inmoral y peligrosa para las buenas
costumbres la lectura de los «Episodios
Nacionales», y decidieron quemarlos, y
así lo hicieron, dando como explicación
a los vecinos la de que Galdós era un
hombre de ideas avanzadas y antirreli-
giosas.»

**

Llamamos acerca de lo que antecede
la atención del gobernador de la provin-

cia de Zamora, que, según creemos, es
un antiguo periodista. ¿No le parece que
el hecho de quemar, en un pueblo espa-
ñol y por autoridades subalternas, los
«Episodios Nacionales», de Galdós, no
debe ser tolerado por los que tienen en
la provincia las responsabilidades del
Poder público?»

**

Posteriormente hemos leído la desti-
tución del alcalde de Villarín, ordenan-
do el señor gobernador, al mismo tiem-
po, reemplazar por el mismo alcalde
todas aquellas obras que fueron que-
madas.

Son verdaderamente sorprendentes los
resultados del alimento con

Eunutreina.

Harina de plátanos pura.

UN CASO RARO DE INTOXICACION

En el último número de la revista
médica *Le Progrès Médical* se publica
un interesante caso de intoxicación de
forma grave acaecido a una joven de
veintiocho años, que repentinamente
sintióse enferma en la oficina, con un
cuadro altamente alarmante de intoxi-
cación grave, caracterizado por trastor-
nos circulatorios, náuseas, vértigos y
fuerte dolor de cabeza.

Fué necesario hacer la respiración ar-
tificial e inyecciones de suero.

La enferma no recordaba haber toma-
do ningún medicamento; ese día estaba
en ayunas, y los alimentos tomados el
día anterior rechazaban la idea de ser
ellos los causantes de la intoxicación.

Al desnudarla, el médico notó que los
pies estaban coloreados de un fuerte
color azul marino. Interrogada la enfer-
ma, explicó cómo el día anterior se ha-
bía teñido unos zapatos claros estropea-
dos con un tinte azul comprado en una
droguería.

El tinte estaba hecho a base de fuer-
tes cantidades de anilina. La explicación
de la intoxicación es sencilla: se puso
los zapatos todavía húmedos del tinte;
zapatos que por ser de tiras de cuero
trenzado permitieron la expansión del
tinte por el pie y la rápida absorción de
éste, con sus graves consecuencias.

Sirva este suceso de saludable aviso
para no ponerse zapatos teñidos sin que
el tinte esté bien seco.

Poderoso reconstituyente:

BIOPLASTINA SERONO

Una máquina calculadora humana

En *L'Avvenire d'Italia* se publica el
siguiente interesante trabajo:

«En Moscú habita una muchacha lla-
mada Nina Glagolava, a la que no se la
conoce por otro nombre que el de la
«máquina calculadora humana».

Nina cuenta en la actualidad sola-
mente veintidós años, y su instrucción
está limitada a la que puede darse en
una escuela elemental. A pesar de ello,
es capaz de resolver mentalmente los
más intrincados problemas matemáti-

cos, a lo sumo, en un cuarto de hora; precisamente los mismos problemas en cuya solución escrita han empleado cerca de dos horas los profesores y hombres de ciencia que han examinado a la muchacha.

Esta ha comparecido recientemente ante un tribunal formado por los profesores Koievilkov, Chijevsky, Kojinsky

Lactofitina: reconstituyente infantil.

y Kisselev. El examen comenzó con un dictado seguido de cuarenta palabras rusas, que Nina repitió inmediatamente con la mayor precisión y en el mismo orden en que le habían sido dictadas. Hay que añadir que la joven conocía un escaso número de dichos vocablos. El experimento fué repetido cinco veces, todas ellas con palabras distintas, y Nina concluyó por repetir en voz alta, de una sola vez, las doscientas palabras diferentes, sin cometer un solo error, ni en la pronunciación, ni el orden.

Los profesores citados han sometido a la muchacha varias veces a la misma prueba, pero, ahora, sustituyendo las cuarenta voces rusas por series de veintiocho, en una docena de lenguas extranjeras, y siempre las repitió en el mismo orden en que le fueron dictadas y sin cometer el más ligero error.

Luego se pasó a un experimento que pudiéramos llamar matemático. En él, y repetidas veces, Nina calculó, en muy pocos segundos, el cuadrado y el cubo

En bronquitis, Reuma, Neuralgias, Golpes, obtendrá usted éxitos insospechados si prescribe YODEOSAL, en fricción suave (5 a 10 c. e.) y como bebida usual, un agua alcalina.

de cantidades compuestas de tres cifras. Luego se mostró capaz de extraer mentalmente, con una exactitud verdaderamente maravillosa, la raíz cuadrada y cúbica de números de nueve cifras, cuando apenas uno de los cuatro profesores había terminado de leerle la cantidad con la que había de hacer el cálculo.

Le son suficiente veinte minutos para extraer mentalmente la raíz séptima de un número de diez y seis cifras y la raíz novena de un número de veinte. Las multiplicaciones, sustracciones y divisiones de cifras superiores a los mil millones, son para ella como un juego de niños.

Los cuatro examinadores, al final de la prueba, han declarado, de común acuerdo, que el cerebro de Nina Glagola trabaja como una máquina calculadora de las más perfectas, con la única diferencia de que, por lo menos, en el 95 por 100 de los casos, el cerebro de Nina es bastante más rápido en la eje-

CARABAÑA: el mejor purgante.

cución de los cálculos que la máquina misma.

Esta aseveración se ha comprobado cuando, sometida la muchacha a una nueva prueba, conjuntamente con una calculadora mecánica, Nina, en todos

los momentos, expresó en voz alta el resultado de las operaciones cuando el encargado de la máquina acababa de recoger en ella la última cifra del número dictado.»

(El Debate.)

UTOPIA es el nombre que puso el célebre canciller Tomás Moro a una isla imaginaria que fué el título de una novela en que su autor expuso sabias y excelentes ideas para la organización civil de la sociedad, pero muchas de ellas imposibles de realizarse prácticamente. De ahí se derivó la palabra *utopía* a todo sistema o plan idealista, seductor en la apariencia e irrealizable en la práctica. La palabra *utopía* se deriva de dos raíces griegas que significan algo que no se halla en ninguna parte.

SARNA

Cúrase con SULFURETO CABALLERO

LA ABEJA Y LOS ZÁNGANOS

A tratar de un gravísimo negocio se juntaron los zánganos un día. Cada cual varios medios discurría para disimular su inútil ocio; y para librarse de tan fea nota a vista de los otros animales, aun el más perezoso y más idiota quería bien o mal hacer panales. Mas como el trabajar les era duro, y el enjambre inexperto no estaba seguro

de rematar la empresa con acierto, intentaron salir de aquel apuro con acudir a una colmena vieja y sacar el cadáver de una abeja muy hábil en su tiempo y laboriosa; hacerle con la pompa más honrosa unas grandes exequias funerales, y susurrar elogios inmortales de lo ingeniosa que era en labrar dulce miel y blanca cera. Con esto se alababan tan ufanos, que una abeja les dijo por desquite: «¿No trabajáis más que eso? Pues her-
[manos, jamás equivaldrá vuestro zumbido a una gota de miel que yo fabrique].»

¡Cuántos pasar por sabios han querido con citar a los muertos que lo han sido! ¡Y qué pomposamente que los citan! Mas pregunto yo ahora: ¿los imitan?

CATARROS. TOS JARABE MADARIAGA.
benzocinámico.

¿OTRA NUEVA ENFERMEDAD?

Un joven americano, de quince años de edad, llamado Georges Mosher, ha fallecido en el hospital de Seaside State Islands, víctima de una enfermedad tropical, que los médicos llaman «kala azar», nombre que le ha sido puesto por los indígenas y para cuya curación no ha sido posible hallar aún nada que tenga valor efectivo.

Cuando el público conoció por los periódicos la enfermedad del citado joven,

970 personas, entre ellas 175 mujeres, ofrecieron su sangre para efectuar la transfusión con objeto de salvarle, llevándose a cabo doce operaciones de éstas, sin que dieran el menor resultado, pues el enfermo perdió el conocimiento y no lo recuperó, falleciendo en el mismo estado de inconsciencia.

A raíz de la muerte de este joven se

Urosolvina: eficaz antiúrico.

cita el caso de que su madre falleció víctima de la misma enfermedad y su padre fué víctima de ella, por lo que perdió el uso de sus miembros.

Los médicos han pedido autorización para practicar la autopsia del cadáver del joven para tratar de esclarecer el misterio que rodea a esta terrible enfermedad.

—ESTOY muy disgustado con mi hijo—decía un padre a otro—. Tiene la mala costumbre de interrumpirme cuando hablo. El de usted ¿no hace eso? —No, señor, como no tiene más que cuatro meses, se contenta por ahora con interrumpirme cuando duermo.

ANTIPHLOGISTINE

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

VARIAS NOTICIAS

NECROLOGÍAS

La prensa médica del Brasil participa con sincera expresión de dolor la noticia del fallecimiento del doctor A. A. de Azevedo Sodré, profesor de la Facultad de Medicina de Río de Janeiro, miembro de diversas Corporaciones científicas, correspondiente extranjero de la Academia Nacional de Medicina y fundador en Río de Janeiro, el 15 de Enero de 1887, del *Brazil Médico*, publicación interesante cuyos redactores consagran todas las páginas de un número a poner de relieve la interesante figura del ilustre fallecido.

—El Dr. Abilio D. Repetto falleció en Buenos Aires el 16 de Junio próximo pasado a la edad de cuarenta y ocho años, después de soportar las alternativas de una larga y penosa dolencia y haber prestado importantes servicios en la Asistencia pública y en otros hospitales, con abnegado desinterés y altruismo por sus innumerables relaciones reconocidas.

—En Madrid han fallecido el coronel médico retirado D. Emilio Crespo García, y el profesor del Instituto Rubio D. Pedro Daniel Berjano.

—En Valencia, el médico de Baños y

PAIDODINAMO
el mejor tónico infantil.

de la Beneficencia municipal D. Manuel Bont Olmos.

—En Cádiz, el catedrático jubilado de la Facultad Dr. D. Manuel Bernal y Jiménez Trajo, que gozaba de gran prestigio y sólida reputación.

INSTITUTO FERRAN

APARTADO 250

— BARCELONA —

Preparación de sueros, vacunas, productos opoterápicos, levaduras, extractos de malta simple y compuestos.

Análisis bacteriológicos y químicos de aguas, sustancias alimenticias, tierras, etc.

Análisis clínicos de sangre, orina, esputos, etc.

Inoculaciones de prueba y preparación de autovacunas.



**EXTRACTO
— DE —
MALTA**

"EUMALT"

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

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



DIPLOMA DE MÉRITO
8º Congreso de médicos de la lengua
catalana — Julio 1917 —

Dr. P. Andreu Lloberes
Esplugas (BARCELONA)

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

CALDAS DE OVIEDO

Aguas azoadas, hipertemales, de las más radiactivas de España.

Sin rival para el tratamiento del artrismo, reumatismo, afecciones del aparato respiratorio y enfermedades consecutivas a la gripe.

HOTEL DEL BALNEARIO

Servicio esmerado. — Selecta cocina. — Precios económicos. — Pensión completa desde 11 pesetas.
Varias fondas y casas de huéspedes.

15 Junio á 30 Septiembre.

Ayuntamiento de Madrid

CARIES
OSTEO Y
DENTARIA
TUBERCU
LOSIS - RA
QUITISMO.

**BIONERGO
BLEFEL**
ELIXIR E INYECTABLE.

**CALCIL
LEFEL**
COMPRIMIDOS DE SALES CALCICAS CON MIELERO

PODEROSO
RECONSTITUYENTE
EFICAZ
ANTI-TUBERCU-
LOSO.

MUESTRA LABORATORIO LEFEL MADRID

ELIXIR ESTOMACAL SAIZ DE CARLOS (Stomalex)

Medicamento agradable, inofensivo siempre en todas las edades y de resultados positivos para curar las enfermedades del

ESTÓMAGO e INTESTINOS

35 años de éxito

Venta: Principales farmacias del mundo

ANTIASMÁTICO PODEROSO

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES

Jarabe-Medina de Quebracho.

Médicos distinguidos y los principales periódicos profesionales de Madrid: EL SIGLO MÉDICO la Revista de Medicina y Cirugía práctica, El Genio Médico, El Diario Médico Farmacéutico, El Jurado Médico Farmacéutico, la Revista de Ciencias Médicas de Barcelona y la Revista Médico-Farmacéutica de Aragón, recomiendan en largos y encomiásticos artículos el **Jarabe-Medina de Quebracho** como el último remedio de la Medicina moderna para combatir el Asma, Disnea y los Catarros crónicos, haciendo cesar la fatiga y produciendo una suave 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 á base de Hamam-virg.e. Esculus n. ppocast; novocaína, anestésina, etc. Cura Hemorroides internas, externas, sangrantes y padecimientos del recto. Tubo con cánula, 3,50 pesetas; correo, 4. De venta en farmacias.

ANALISIS

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

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

FUNDADO EN 1866.

Correspondencia administrativa . .

(La correspondencia que venga acompañada con un sello de 0,25 pesetas será contestada directamente.)

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

D. Lorenzo Sanz y Sanz.—Pagado fin Febrero 1930.

D. Antonio Caro Torres.—Id. fin Diciembre 1930.

D. Luis Gómez.—Id. fin Diciembre 1929.

D. Francisco Matamala.—Id. fin Junio 1930.

D. Felipe Vázquez.—Id. fin Marzo 1930.

D. Alfonso Paz.—Id. fin Junio 1930.

D. Higimio Baz.—Id.

D. Remigio Gallego.—Id. fin Diciembre 1929.

D. Augusto Seija.—Id. fin Marzo 1930.

(Continuad.)

VACANTES

Por oposición se proveerá la plaza de Oftalmología de la Beneficencia provincial de Palencia. Las oposiciones se celebrarán en Palencia. Desarrollar durante el plazo máximo de una hora tres temas sacados del cuestionario. Reconocimiento de un enfermo y exposición de clínica de casos que el tribunal le presente. Hacer una operación quirúrgica delante del tribunal. El sueldo será de 3.000 pesetas anuales y 250 en cuanto a licencia y derechos pasivos. Solicitudes documentadas hasta el 15 de Agosto. Para más datos véase el Boletín Oficial del 15 de Julio.

—La de titular e inspector municipal de Sanidad de Mazuecos de Valdejinete (Palencia), con el haber anual de 1.250 pesetas por la asistencia a las familias pobres, y 125 por la Inspección de Sanidad. Solicitudes documentadas hasta el 15 de Agosto.

Datos.—Villa con Ayuntamiento de 800 habitantes, a 3 kilómetros de la cabeza de partido y a 35 de la capital. La estación más próxima, Cisneros, a 2 kilómetros. Carretera Mazariegos a Lagartos. Río Valdejinete.

—La de titular e inspector municipal de Sanidad del segundo distrito de Granada, denominado Campocámara, con el haber anual de 2.200 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Solicitudes documentadas hasta el 16 de Agosto.

—La de titular e inspector municipal de Sanidad de Palmaces de Jadraque (Guadalajara), con el haber anual de 1.375 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Solicitudes documentadas hasta el 17 de Agosto.

Datos.—Lugar de 600 habitantes con Ayuntamiento, a 22 kilómetros de la cabeza de partido (Atienza) y a 75 de la capital. La estación más próxima, Matillas, a 15 kilómetros. Río Caramorres.

rios años, y otras de forma más rápida en el curso de pocas semanas. Se hace olvidadizo; a veces se marcha de la taberna sin pagar lo que consumió o pide que le sirvan sin tener dinero para pagarlo. Se queja de que no le atienden; es irascible cuando no cumplen sus menores caprichos; si necesita una prenda, compra varias sin saber por qué; se desorienta en la ciudad en que vive.

Los síntomas psíquicos y los corporales se van haciendo poco a poco más apreciables, los últimos, generalmente, por accesos. Algunas veces hay un período ligero de excitación: los enfermos cambian frecuentemente de profesión y pierden un poco la noción del tiempo y de las costumbres, levantándose de la cama para pasear a media noche, etcétera. También suelen cometer excesos de bebida y venéreos. Los parálisis demenciales puros se presentan en la clínica en un estado muy deprimido. Como quiera que no padecen síntomas agudos susceptibles de remisión, no tienen período alguno de alivio. La forma eufórica es, en general, parecida a la forma maniaca, pero se diferencia de ella en que carece de las oscilaciones bruscas hacia la mejoría o hacia la peoría o, si las tiene, son mucho más reducidas. También es menor la producción de ideas delirantes, que tienen igual carácter que en la parálisis clásica.

Anatómicamente, es característico de esta enfermedad que las lesiones se encuentran muy extendidas y que son bastante variables de un enfermo a otro. Sin entrar en detalles histológicos, solamente diremos que hay destrucción de un número considerable de elementos del sistema nervioso, sobre todo en el encéfalo, pero también en la médula. En la mayoría de las autopsias se encuentran las lesiones de aquél mucho más desarrolladas que las de ésta, pero hay otros en los que ocurre a la inversa, cuando la sintomatología acusó el dominio desde el principio de los síntomas medulares. Las lesiones de las células comienzan por los extremos de sus prolongaciones, es decir, por los puntos que se encuentran más lejos del centro trófico. Según se van destruyendo los elementos nobles se van hipertrofiando las células de neuroglía para rellenar el hueco que va quedando.

tornos intelectuales se hacen luego más claros aunque al principio no llaman mucho la atención ni es corriente que se los califique de morbosos. Un médico, varios años antes de que se le declarase abiertamente la enfermedad, se hizo cargo de la dirección de un sanatorio y discurrió, que teniendo a los enfermos doble tiempo en él, tendría doble número de hospitalizados. Después de haber hecho esto, fué aún capaz de asistir a una clínica de psiquiatría e imponer se en esta especialidad lo suficiente para ejercerla por algún tiempo con buen resultado. Los allegados inteligentes son los que primero observan estos cambios de carácter. Poco antes de la aparición de la enfermedad llaman la atención algunos atentados contra la moral; hace trampas en el juego, comete delitos sexuales o de derramamiento de sangre.

Puede admitirse que estos pródromos no faltan en caso alguno, pero es muy frecuente que no se los aprecie. La familia se suele ver siempre sorprendida por la manifestación aguda. El estado maniaco alcanza su acmé en el curso de pocas semanas o en el de pocos días, con fuga de ideas, sensación de euforia, dinamismo incansable y manía de grandezas. Se cree el enfermo capaz de todo, emprende grandes negocios, se enamora de varias mujeres simultáneamente, y hace a las tres en el mismo día regalos de alhajas iguales y de precio elevado. El que se opone a sus gustos sufre una persecución brutal como enemigo declarado. Se producen escenas violentas, altera el orden y pronto va a parar al nosocomio. Cuando llega a éste se suelen encontrar ya desde un principio, bien en estado de iniciación, bien en el de completo desarrollo, los síntomas del lenguaje, de las pupilas, de la escritura, de la hipoaígesia de la piel y la falta de crítica. Realiza el enfermo los descubrimientos ya aludidos. Un químico decía que había descubierto la cuarta dimensión y razonaba así: derecha e izquierda son dos dimensiones, adelante y atrás son otras dos, luego, cuatro. Parece mentira que haya tenido el Mundo que esperarme a mí para descubrir este huevo de Colón. Estos enfermos están inquietos todo el día y toda la noche, rompen la ropa, cantan, se reñen, etc. Pasados unos meses se reduce el estado maníaco

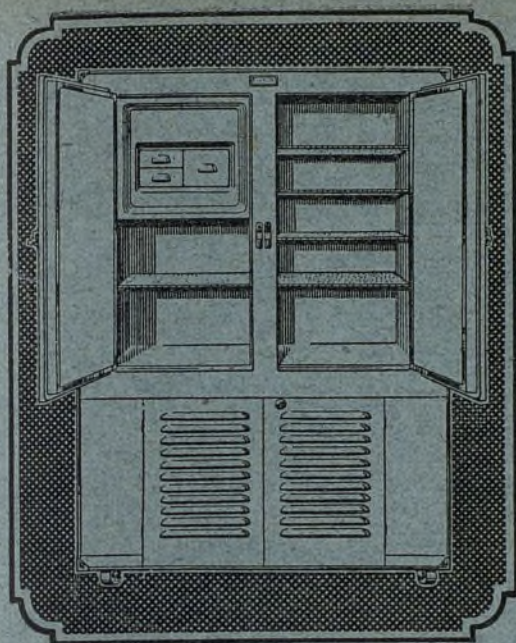
co y queda una euforia más tranquila; los síntomas orgánicos también se reducen, llegando a veces a la desaparición total. El enfermo se considera entonces curado, comprende que ha pasado por un período de excitación, se enmienda de sus ideas delirantes más graves, pero no piensa que el acceso ha sido muy grave, y hasta supone que fué la consecuencia natural de haberle internado en el manicomio. En algunos casos, que son excepcionales, puede lograr una capacidad total para el trabajo, más lo corriente es que esta capacidad se halle muy reducida, que su estado afectivo sea demasiado variable y que carezca de crítica. Sus allegados creen no obstante que se encuentra sano, y esto es peligroso, pues si no había acabado ya con su fortuna al comienzo de la enfermedad, es fácil que lo haga ahora. No se atiene a las fórmulas de la conveniencia y puede dormirse en una visita y al despertar marcharse como si tal cosa. La remisión dura unos meses. Un nuevo acceso maníaco la interrumpe; unas veces conserva los mismos caracteres que el primero, otras es menos intenso porque la demencia resulta mayor. En los períodos de remisión que siguen luego, alternando con los de manía, se conservan algunas ideas delirantes; los enfermos cultos tratan de observar una conducta correcta en estos períodos de remisión, pero no lo suelen conseguir del todo y fácilmente incurrir en deficiencias de limpieza o faltas de dominio sobre sí mismos. Si el médico tiene que negarles algún capricho le insultan y le amenazan violentamente. Sin embargo, pronto se contentan y se encuentran alegres. Si la causa de la excitación es interior, el período de duración de la misma es más largo. Entretanto se producen accesos paráliticos de los que el enfermo se repone bastante bien.

La debilidad del juicio y la falta de crítica van aumentando poco a poco; el enfermo deja de producir ideas nuevas, y se limita a reproducir, estereotipadas, las antiguas. La falta de comprensión de toda idea de aseo y de moral se hace muy manifiesta en este período. Tampoco comprende el enfermo nada de cuanto le rodea, no sabe dónde está, ni lo que le ocurre, incluso sin padecer trastornos alusivos, le es completamente imposible comprender las órdenes más

sencillas que se le dan, y más difícil le ha de ser aún seguir las. Los síntomas físicos dominan entonces sobre los psíquicos; la palabra se hace completamente incomprensible; no puede atender por sí mismo a ninguna de sus necesidades más rudimentarias. Las parálisis de los esfínteres y la incontinencia por rebosamiento contribuyen a aumentar la suciedad. Se atraganta con facilidad o mete de prisa tal cantidad de alimentos en su boca, que ésta y la faringe se atascan y no los puede masticar. El estado de nutrición se suele conservar muy bien hasta un período avanzado de la enfermedad. Sobreviene, por último, un acceso, una parálisis cerebral simple, una neumonía, las úlceras por decúbito con infección, una fractura, etc., y el enfermo muere sin llegar a tener noticia del estado miserable en que se encuentra ni perder la sensación de euforia.

Los enfermos que padecen la forma depresiva suelen llamar desde muy pronto la atención sobre los síntomas nerviosos, precisamente porque son muy timoratos. Por eso no es raro que durante algunos años se los trate como neurasténicos, hasta que se observa que son incapaces de los trabajos psíquicos más sencillos o se ech an de ver las parálisis. La depresión se va haciendo más grave, sea por accesos, sea de un modo progresivo, y casi siempre va acompañada de miedo. Sucede con frecuencia que el enfermo ingresa en la clínica a consecuencia de un intento frustrado de suicidio, y una vez allí se considera sumamente desgraciado, ha cometido toda clase de delitos, sufre los castigos más espantosos, cree que el mundo se ha destruido o que no existió jamás, que le están comiendo las entrañas o que son de madera. Algunos soportan este estado con aparente tranquilidad y permanecen quietos en la cama, en tanto que otros no pueden permanecer quietos, van constantemente de un lado para otro, se agarran a todas partes, chillan hasta que la muerte viene a librarlos de su tortura.

El cuadro de la forma parálitica simple es mucho más sencillo. Con síntomas nerviosos o sin ellos, se va haciendo el enfermo incapaz para el trabajo y para las relaciones sociales; unas veces de forma lenta, en el transcurso de va-



FRIGIDAIRE

es indispensable para

HOSPITALES, CLINICAS Y SANATORIOS

La refrigeración eléctrica automática FRIGIDAIRE es la más segura, más práctica y más económica. Ha sido adoptada por millares de los hospitales, clínicas, sanatorios, etc., más importantes de España y del extranjero para la conservación a la temperatura debida de sueros, vacunas, alimentos, etc., y para la producción de hielo para los enfermos. Consumo insignificante. Funcionamiento completamente automático. Pida folletos descriptivos y lista de referencias en España, que incluye:

Hospital General, Madrid.	Laboratorio del Instituto de Higiene Militar, Madrid.
Instituto Provincial de Sanidad, Alicante.	Hospital Militar, Sevilla.
Inspección de Sanidad, Cádiz.	Laboratorio Bacteriológico Municipal Valencia.
Instituto Llorente, Madrid.	Sanatorio de la Equitativa, Madrid.
Laboratorio Ibyss, Madrid.	
Laboratorio Municipal de Ecija, Ecija.	

Concesionario para Madrid:

ELECTRODO, S. A., Reina, 13. — MADRID

PARA EL ESTOMAGO E INTESTINOS ELIXIR CLÓRHIDRO PÉPSICO AMARGÓS DIGESTIL

(Nombre registrado.)

TÓNICO-DIGESTIVO

Acido clorhídrico, pepsina, Colombo y nuez vómica.

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

MEDICACIÓN INYECTABLE INDOLORA. DE EFECTOS RAPIDOS Y SEGUROS

SUERO AMARGÓS

TONICO-RECONSTITUYENTE

Cada ampolla contiene...	{	Glicerofosfato de sosa...	10 centigramos.	†	Cacodilato de estircina...	1 miligramo.
		Cacodilato de sosa.....	5		Suero fisiológico.....	1 c. c.

Excitante vital, regenerador del organismo y antineurasténico.

ASPASMOL WASSERMANN

(Analgésico antiespasmódico.)

A base de ETER BENZILBENZOICO 25 % - Tint. gríndelia robusta. - Tint. belladona.
Tint. beleño, en solución alcohólica aromatizada.

DOSIS: de 20 á 60 gotas al día en tres ó cuatro tomas; en agua azucarada, vino, leche, etc.

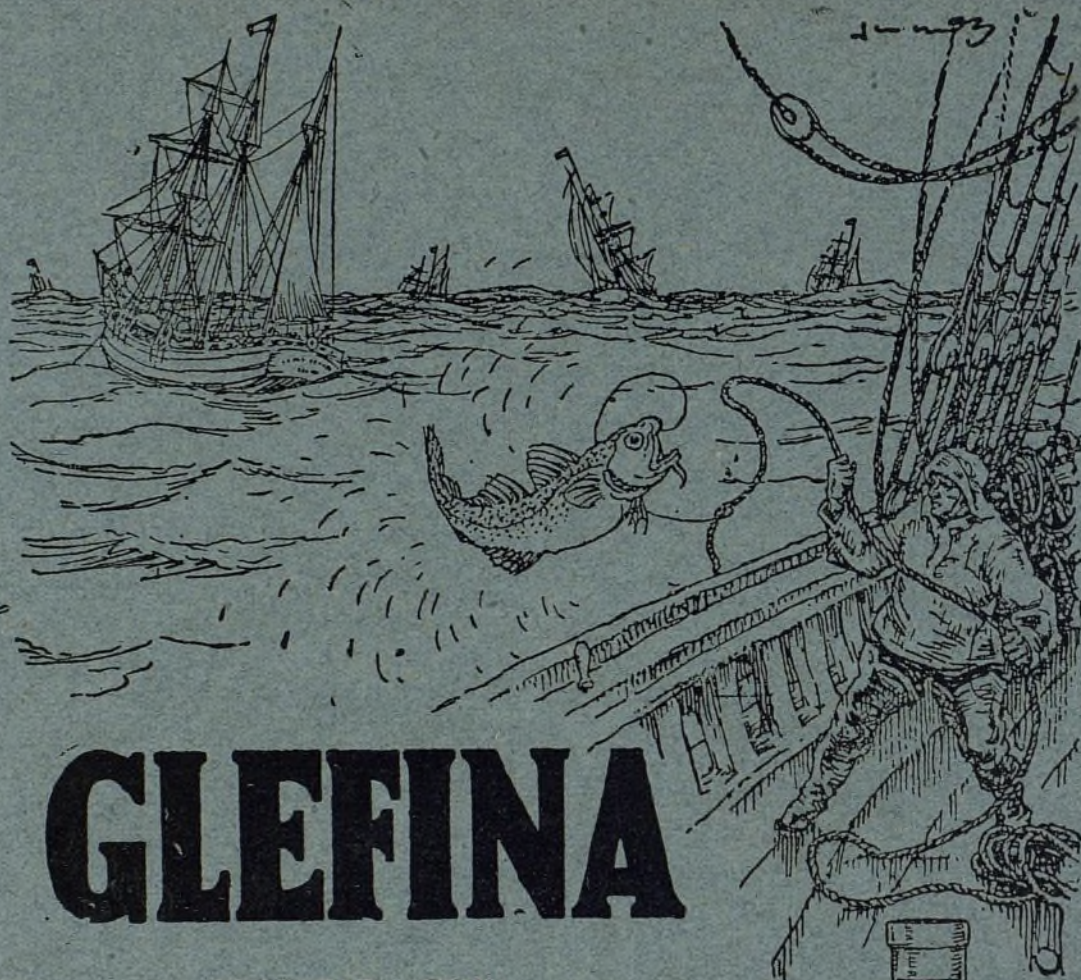
USO: En los dolores espasmódicos de todas clases, cólicos hepáticos, nefríticos, vejiga, matriz, intestino, cardiospalmo, asma bronquial, coqueluche, etc

No tiene contraindicaciones ni aun en los casos en que haya nefritis.

A. WASSERMANN S. A.

BARCELONA - FOMENTO, 63 (S. M.)

Ayuntamiento de Madrid



GLEFINA

PREPARADO CON:

EXTRACTO DE ACEITE DE HÍGADO DE BACALAO,
EXTRACTO DE MALTA,

HIPOFOSFITOS: DE MANGANESO, DE CALCIO, DE POTASIO,
DE HIERRO, DE QUININA Y DE ESTRICNINA

DOSIS: Niños de tres á cinco años, de 2 á 3 cucharadas de las de café al día. — De cinco á diez años, de 2 á 4 cucharadas de las de postre al día. — De diez á quince años, de 2 á 4 cucharadas grandes al día. — Adultos, de 3 á 4 cucharadas grandes al día.

(Salvo indicación facultativa.)

SABOR AGRADABLE
NO PRODUCE TRASTORNOS DIGESTIVOS

GLEFINA es el único recurso que tiene el médico para formular
ACEITE DE HIGADO DE BACALAO EN VERANO

Otras especialidades:

TONICO SALVE: Reconstituyente del sistema nervioso.
GOTAS F. Y. A. T. Potente antiescrufuloso.

Muestras: **LABORATORIOS ANDRÓMACO, S. A.** - Plaza central del Tibidabo, 3, Barcelona.



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.—La peligrosidad y las medidas de seguridad en el nuevo Código Penal español, por Gonzalo R. Lafora.—Ni puede ni debe ser, por Manuel Martínez Saldice.—Movimiento médico en Barcelona, por F. Wust Berdaquer.—Sociedad Española de Higiene.—Escalafón de inspectores municipales de Sanidad.—Sección oficial.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Por las clínicas de Europa.—Tertulia médica.—Anuncios.

BOLETIN DE LA SEMANA

Ciudades y residencias universitarias.

«Cuando en las tardes del estío» (no intentamos cantar *La Tempestad*) los desheredados que en forma de madrileños permanentes se ven libres de la no siempre simpática compañía de sus convecinos del invierno y quedándose solos en esta deliciosa ciudad van de paseo por el Parque del Oeste (casi siempre solitario) y por la Moncloa, encuéntranse interrumpidas la mayor parte de aquellas frondosas vías por zanjas y desniveles tallados por máquinas gigantescas que de cada dentellada arrancan a las desigualdades del suelo trozos de tres y cuatro metros cúbicos de extensión; de vez en cuando se encuentran con la comenzada construcción de un edificio que será establecimiento docente o residencia modelo de estudiantes, como la costeada por el exmédico titular y hoy millonario canadiense señor del Amo; allá, en el mejor de los terrenos y colindante con estas obras, verá un hormiguero de obreros que levantan ya sobre el suelo lo que será Colegio residencia de los huérfanos de nuestros compañeros, y entre una y otras cosas experimentará la impresión de que allí se realiza un trabajo gigantesco que, de efectuarse como está proyectado, será honra de España, de Madrid y del Monarca que con su iniciativa y su amparo inspira y fomenta tales obras.

El tal madrileño se encuentra sobre la cimentación de la Ciudad Universitaria, del adjunto Colegio de Huérfanos de Médicos, y cuando llegue a su casa y registre la Prensa extranjera, si es que la recibe, se encontrará con noticias de otras importantes ciudades universitarias que se construyen en París, en Lyon, en Montpellier y en diferentes partes y naciones extranjeras.

Atravesamos, pues, la plena moda de las Ciudades universitarias. ¿Responde esto a una necesidad de progreso y conveniencia favorable para los estudiantes, para los maestros y en su conjunto para el progreso y bienestar futuro de la Patria? No pensamos que nadie pueda dudar.

Todos los que hemos hecho vida de estudian-

tes o los que hemos visitado las viviendas inolvidables en que se amontonaba la juventud provinciana en aquellas calles de Tudescos, Jacometrezo, Santa Isabel, Fúcar, Santa Inés y tantas otras; todos los que recordemos lo que era la vida de hacinamiento, falta de higiene, comunicación contagiante de defectos de educación, de abandono de la urbanidad y de alardes de la indisciplina, tenemos que aplaudir la regia iniciativa española y la siembra de otros gérmenes de que la prensa nos da noticia.

Los aspectos de la cuestión, en cuanto a la separación de la vida docente de lo que puede ser la vida social, podrán encontrar partidarios y adversarios que expondrán argumentos en pro y en contra inspirándose en elevados principios de moralidad, de mejoramiento social o en pequeñeces de comodidad y provecho de ciertas individualidades. Para todo habrá razonamiento y egoísmo; pero por de pronto y por nuestra parte, no hay más que el deseo impaciente de que la realización del pensamiento, por lo que hace a Madrid, continúe con el auge con que ha empezado, y que las esperanzas más o menos fundadas y halagüeñas de los que piensan en futuros progresos y fomentos de la idea, se vean cumplidas.

Pero no todo es Madrid, ni a la atracción que nuestra capital pueda tener para la juventud extranjera de habla castellana debemos reducir nuestras aspiraciones. La lectura del que puede considerarse hoy como el más popular y propagado de los periódicos franceses, *L'Ami du Peuple*, trae a nuestra consideración otra aplicable a nuestro país, que pudiera ser aprovechada.

Con el nombre de Ciudad Universitaria, parece que va a edificarse en Montpellier un inmueble de grande extensión que realmente no será más que una residencia o alojamiento de estudiantes en que podrán estos jóvenes encontrar habitaciones cómodas e higiénicas, cuartos de baño, parque adjunto, deportes higiénicos, salas de lectura, etc., etc. Con decir que nada se expresa en el proyecto acerca de establecimientos docentes, escuelas, institutos ni museos, y que el presupuesto total del proyecto se reduce a dos millones seiscientos mil francos (es decir, a menos que nuestro Colegio de Huérfanos),

está dicho que en Montpellier se dará el nombre ambicioso de Ciudad Universitaria a lo que no será más que un conveniente alojamiento o residencia, si se quiere emplear la palabra hecha corriente por cierta famosa Compañía religiosa, pero que no se puede llamar realmente a esto una Ciudad Universitaria como la que está construyéndose en París, la de Madrid y las de otras grandes urbes de América.

¿Queremos con esto empuqueñecer, ni siquiera criticar lo que va a llevarse a efecto en la que fué famosísima ciudad espiritual y sabia del Languedoc? Todo lo contrario. Precisamente lo que intentamos es señalarlo como ejemplo digno de imitación y que pudiera servir de aliciente para su repetición en España.

No creemos que haya ninguna ciudad con residencia de capital universitaria, entre las diez u once que se encuentran en nuestro país en este caso, a la que no fuera conveniente una institución análoga a la de Montpellier. No se trata, ni debe tratarse, desde el punto de vista pedagógico ni social, de establecer para la juventud un centro de habitación gremial y colectivo que pudiera tomar aspectos peligrosos de cenobio o de falansterio. Ofrece esto peligros, que no tenemos hoy tiempo de señalar, y entre otros el de que resultarían como aislados y excluidos de la vida social los que al cabo de pocos años han de ser su espíritu y su positivo organismo.

Nada de ghetto, barrios de obreros ni distritos con aspiraciones de jerarquías elevadas o resignaciones de agrupaciones modestas; las separaciones sociales son un delito de lesa humanidad y una falta de caridad cristiana. Los encerramientos estudiantiles pueden ser focos de adelantamiento y de mejora transitoria, pero nunca elementos de convivencia social y de confusión humana.

No es esta cuestión para tratada de paso; pero, por de pronto, no estaría de más que los señores catedráticos, profesores, maestros y autoridades de cada capital de distrito universitario, procurasen imitar a Montpellier fabricando viviendas limpias, sanas, bien olientes y bien aireadas, en que nuestra juventud, sin dejar de ser tal juventud, se preparase a la madurez de la vida.

Nada de aislamientos, de reclusiones ni de barrios especiales; pero sí casa o casas en donde se pueda vivir la vida sin prescindir de esa edad que se llama juventud, y sin querer que la planta hombre pase anacrónicamente de ser cotiledón a ser fruto sin detenerse en los embelesos de la flor que se llama edad juvenil.

DECIO CARLAN

La peligrosidad y las medidas de seguridad en el nuevo Código Penal español ⁽¹⁾

POR

GONZALO R. LAFORA

La futura experiencia y los resultados estadísticos podrán dar más adelante una valoración cuantitativa y cualitativa de estos exámenes psicológicos que eliminan en lo posible la «*ecuación personal*» del juzgador, la llamada subjetividad del juicio, para convertirlo en un proceso objetivo impersonal.

Estos mismos medios nos servirán para pronunciarnos sobre la cesación de la peligrosidad sin vaguedades, aunque, claro es, con una presumible incertidumbre y siempre en sentido provisional y no permanente. De este modo podremos llegar al estudio de la *intención* (die «*Gesinnung*» de los autores alemanes) del individuo, problema que está sujeto a infinitos errores.

Es casi imposible demarcar hoy con precisión los límites constantes de los que debe designarse «peligrosidad». No existe una definición que pueda aplicarse a todos los casos. Sólo puede juzgarse ésta por una apreciación especial en cada individuo (juicio subjetivo sobre el individuo), pero éste puede basarse en datos precisos de investigación psicológica y de conducta del sujeto examinado.

Algún penalista, como Sebastián Soler en la Argentina, apoyándose en las dificultades de la práctica pronóstica, atacan el concepto teórico de la peligrosidad predelictual («La intervención del Estado en la peligrosidad predelictual», Córdoba, 1926), diciendo que no existe prácticamente una fórmula positiva y científica de la peligrosidad desde el punto de vista médico o pronóstico. Se apoya, sobre todo, en la vieja opinión del médico forense Falret, que dijo: «Desde el punto de vista absoluto y científico, toda distinción rigurosa entre alienados peligrosos e inofensivos, es tan imposible de establecer como la distinción entre incurables y curables.» A esta fundamentación artificiosa ha contestado el psiquiatra argentino Bermann diciendo que el progreso actual de la psiquiatría ha dejado envejecidas las palabras de Falret, debido al mayor conocimiento actual de las psicosis y su diagnóstico y pronóstico. La incertidumbre que presenta este juicio pronóstico es de categoría semejante a la de todos los juicios pronósticos médicos, pero el médico se ha acostumbrado a vencer estas dificultades prácticas con la mejor voluntad. El médico no pretende dar en su pronóstico un juicio absolutamente cierto, sino un dictamen de probabilidad; se habla sólo de posibilidades, no de certidumbres, y sobre estas bases del pronóstico están construidas otras organizaciones sociales y económicas de fundamentos médicos, como los seguros de vida y salud, basados en su totalidad sobre juicios diagnósticos y pronósticos de los médicos, que, aunque no exactos, están sustentados por una base estadística de gran probabilidad.

El prurito legalista jurídico se detiene, sin embargo, ante la posibilidad de un solo error y la consiguiente injusticia contra la libertad del supuesto delincuente segregado por peligroso. Esta actitud tan excesivamente pulcra y meticulosa respecto al individuo, sólo puede sostenerse por no examinar bien la contrapartida de los daños y muertes producidas a la Sociedad por los individuos

(1) Véase el número anterior.



MORRHUËTINE 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
PARA INSUFICIENCIA Y ATONÍAS GÁSTRICAS

Tratamiento de las afecciones del estómago e intestinos por la

GASTRO-SODINE

(de los Laboratorios ODINOT de París).

Asociación de sales de sosa seleccionadas y químicamente puras, en tres fórmulas:

Normal:	Bicarbonato de sosa..	2	gramos.	S. (Sulfatada):	Sulfato de sosa.....	2	gramos.
	Fosfato de sosa.....	1	—		Fosfato de sosa.....	1	—
	Sulfato de sosa.....	0,50	—		Bicarbonato de sosa..	0,50	—
	Azúcar.....	6,50	—		Azúcar.....	6,50	—

Por cucharada de las de café.

Por cucharada de las de café.

B. (Bromurada):

Bicarbonato de sosa..	2	gramos.
Fosfato de sosa.....	1	—
Sulfato de sosa.....	0,50	—
Bromuro de sodio...	0,25	—
Azúcar.....	6,25	—

Por cucharada de las de café.

Una cucharada de las de café en un vaso de agua, todas las mañanas en ayunas.

Literatura y muestras: J. M. BALASCH CUYAS. — Farmacéutico.
Avenida Alfonso XIII, 440. — BARCELONA



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).
Ayuntamiento de Madrid

peligrosos que, por el error jurídico de permitirles una libertad completa, han llegado a la realización de los delitos previsibles. Si estos errores jurídicos se computaran estadísticamente, frente a los errores de la segregación por peligrosidad, veríamos que daban la razón a la iniciación práctica de las medidas de previsión predelictual. Esta ha de perfeccionarse con la progresiva experiencia de la práctica, como se han perfeccionado las normas médicas de las Sociedades de seguros.

Pero todavía hay otro argumento dialéctico que apoya nuestro modo de ver. Los mismos errores son posibles al juzgar la peligrosidad postdelictual, hoy admitida por las leyes, que la predelictual, todavía rechazada. Ambas se apoyan con pequeñas diferencias en los mismos hechos y bases de juicio, pero se cree más justificada la postdelictual por fundamentarse además en delitos ya ocurridos; lo cual no presupone «certeza» absoluta respecto otros delitos futuros. Esta falta de certidumbre es, pues, común a ambos pronósticos de peligrosidad y jurídicamente tiene los mismos defectos.

Cuando el psicólogo trabaja sobre el problema de la orientación profesional basada en el estudio psicológico individual o hace la selección profesional de los trabajadores de una industria, no pretende nunca expresarse matemáticamente, sino con una probabilidad bastante positiva. Y este mismo criterio debe aceptarse en el diagnóstico y pronóstico de la peligrosidad.

Los futuros Códigos penales incluirán en fecha más o menos próxima artículos que dispongan la observación psiquiátrica-psicológica de todo individuo autor de delitos graves o de delitos leves repetidos, así como de todo sospechoso de peligro social, que sin haber cometido un delito, ha sido dispuesto su examen por el juez, fundado en denuncias familiares o de otras personas.

En Bélgica, Verwaeck, después de una campaña de gran tesón, iniciada a raíz del Congreso penitenciario de Bruselas, en 1900, consiguió la creación de anexos psiquiátricos en las principales prisiones de Bélgica donde se aborda el problema de la peligrosidad postdelictual y después de siete años de funcionamiento se ha podido comprobar la excelencia de sus resultados. En la Argentina, Londet ha propuesto ahora esta misma reforma.

(Continuará.)

NI PUEDE NI DEBE SER

La perseverancia en los augurios truculentos, la contumacia en los erróneos juicios que, carentes de fundamento, sin ton ni son se formulan, la forzada tergiversación de conceptos diáfana y terminantemente expuestos, y la incorregible tendencia a desvirtuar éstos, no concediéndoles el alcance y significación que en sí atesoran los centros de que emanan, y la honorabilidad de las personas que con títulos sobrados fueron designadas para llevar a cabo la total reorganización sanitaria que el país en general sigue esperando, y a la numerosa clase médica rural en tan alto grado preocupa y trae intriguada..., si nunca fueron caminos recomendables para la obtención de éxitos, lo son menos hoy en que, como es sabido de Real orden, en pro de ella laboran los que a su cargo tienen los distintos sectores en que la sanidad se subdivide.

¿Se ha hecho ni intentado nada parecido en el transcurso de los largos años en que nuestros directores de

Sanidad en vano se esforzaban en confeccionar proyectos irremisiblemente condenados a morir en el vacío?

¿Es presumible acaso que la Comisión designada para estudiar y proponer el acoplamiento rebuscado, deje transcurrir el tiempo prefijado, quedando incumplido el cometido que se la ha impuesto?

Y, como por otra parte, el falaz argumento de que el jefe del Gobierno jamás se ha ocupado, ni por incidencia, de cuanto al médico y a la higiene rural se refieren, ostensiblemente queda destruido por las interesantes declaraciones que, entresacadas del prólogo de las conferencias de ciudadanía dadas en Toledo, a continuación transcribo:

«Yo, que no comparto el afán de la formación de grandes urbes; que me gustaría saber distribuidos a los 22 millones de españoles en 4.000 villas de 4 a 5.000 habitantes cada una, con excepción de unas cuantas capitales, centros fabriles y puertos, con mucha e intensa vida de campo, muy fácilmente comunicadas, en que las pequeñas industrias, perfeccionadas, abaratadas y repartidas adecuadamente, fueran complemento de la riqueza agraria, forestal y pecuaria, en que acaso no hubiera grandes fortunas, pero sí muchas pequeñas, y todos obligados al trabajo para subsistir, imagino una vida pueblerina, moral, culta, urbana, higiénica y agradable, en que el alcalde, el juez, el cura, el jefe militar, el médico, los maestros y maestras y los vecinos más cultos y buenos formaran el cónclave director de cada pueblo, que mantuviera los principios de la fe y de la moral cristianas, de justicia, de patriotismo, de disciplina, de higiene, de ciudadanía.»

¿Cabe suponer ni por un momento que estas declaraciones valoradas con la máxima autoridad presidencial no marchen de perfecto acuerdo dentro de un plan preconcebido entre los que, por razón de sus cargos, están llamados a resolver el litigio por el que en definitiva propugnamos?

Y siendo esto así, ¿está dentro de lo racionalmente posible que la Sanidad perdure en el bochornoso *statu quo* que hasta aquí y que el médico rural no ocupe entre los demás funcionarios el lugar a que la justicia y la equidad le hacen acreedor?...

Nos resistimos a creerlo.

MANUEL MARTÍNEZ SALDISE.

Movimiento médico en Barcelona.

(CRÓNICA SEMANAL)

Notas de la 33.ª Reunión del Congreso de Médicos Aliados y Psiquiatras en Lengua Francesa celebrado recientemente en Barcelona.

Condiciones para el peritaje médico-legal psiquiátrico criminal.—Dr. José Sanchís Banús (de Madrid).

Opina el ponente que muchas veces se pide al especialista de enfermedades mentales demasiadas condiciones especiales, cuando su preparación ha sido muy reducida. Bajo el pretexto que el psiquiatra conoce el alma humana, se ve numerosas veces precisado a intervenir en asuntos de los cuales la solución sólo puede ser positiva después de mucho estudio y experiencia. Y es entonces cuando los hombres de la Ley le acusan de incompetencia.

El problema del peritaje psiquiátrico sería fácilmente resuelto si nosotros los médicos—dice el ponente—nos apartáramos de todo lo que no se refiere exclusivamente a

los asuntos de la Medicina mental. ¿Este enfermo padece alguna enfermedad mental? ¿Qué enfermedad padece? ¿Qué reacción puede tener? ¿La enfermedad que sufre puede curarse, corregirse o agravarse? He ahí los problemas que pertenecen al médico psiquiatra y que los jueces pueden pedirle, en forma concreta, clara y útil para sus fines. Pero además de estas preguntas, existen otras a las cuales el psiquiatra sólo puede contestar dudando. ¿El hecho por el cual se acusa al delincuente es imputable al mismo? ¿El delincuente es responsable del delito cometido? Y otras preguntas semejantes que el psiquiatra no puede y ni debe contestar.

El concepto de la responsabilidad tiene un límite para el médico. Los hombres de leyes ven las cosas desde el punto de vista de la Filosofía, de la Política y del Derecho. En cambio, nuestra interpretación biológica difiere sensiblemente de estas ciencias.

El concepto de la responsabilidad es muy antiguo. Todas las obras de psiquiatría criminal (y para ello basta citar el libro clásico de Birnbaum, la reciente obra de Lange, los interesantes trabajos de Bern, Karpman, etc.), demuestran que, en la mayoría de los casos, los delincuentes sometidos a un estudio psicopático son psicópatas, es decir, presentan una anomalía constitucional, un estado patológico.

¿De qué medios disponemos para apreciar si un sujeto es capaz o no de comprender la injusticia de una acción ilegal? La principal dificultad está en los tipos de transición, en los casos limitados, en los individuos que están cerca de una debilidad mental, de un retardo pedagógico y en una oligofrenia ligera. Estos casos son precisamente los que enriquecen las estadísticas penitenciarias y en los que es más necesario fijar jurídicamente su capacidad de comprensión. Entonces el experto psiquiatra en leyes criminales debe adoptar antes que nada un concepto claro de la inteligencia del delincuente; conviene saber si la inteligencia que posee le sirve para conocer las relaciones jurídicas. A pesar de los graves inconvenientes, se utiliza frecuentemente las cifras psicométricas en el peritaje psiquiátrico.

El ponente dice haber estudiado el nivel mental mínimo del hombre normal del pueblo español con la colaboración de Aldama y utilizando la técnica de Terman. La cifra es muy baja en los sujetos socialmente normales que viven de su trabajo modesto. Adulto de veinticuatro años de edad, jornalero, tres años en el colegio, da una cifra de nueve años y diez meses. De las cifras que presenta el ponente se deduce que la edad mental del hombre del pueblo español oscila entre once y trece años (cifra media y teniendo en cuenta el número de individuos que son de nueve a once años hasta más de diez y siete años). Se deduce también que las cifras inferiores a nueve años no son compatibles con una vida normal.

Conclusiones: 1.ª Los hombres de leyes deben acercarse más hacia el sentido biológico; 2.ª Prohibir el peritaje psiquiátrico al médico que no haya practicado durante mucho tiempo como interno en un establecimiento psiquiátrico; 3.ª Declarar obligatorio el examen psiquiátrico de todo sujeto detenido en prisión preventiva; 4.ª Hacer presente a los hombres de leyes que el psiquiatra no puede determinar, por los dones de su ciencia, si un culpable es responsable o no del delito cometido, ya que no es posible decir si un sujeto es capaz o no de comprender el carácter ilícito de sus actos, y 5.ª La justicia penal en el futuro deberá apoyarse en la psiquiatría como ciencia fundamental para ella, pero en la actualidad el peritaje psiquiátrico en materia criminal debe reducirse al diagnóstico de los casos clínicamente incontestables.

Las condiciones del peritaje médico legal psiquiátrico eri-

minal.—Dr. R. Vullien (jefe del laboratorio de la Facultad de Lillo, médico de los Asilos de Alienados).

El ponente estudia los anexos psiquiátricos en las prisiones. Trata de las condiciones subjetivas, objetivas, generales, materiales y morales de los delincuentes y asimismo de los locales, personal, régimen y funcionamiento como anexos al peritaje medicolegal.

Al tratar de los delincuentes menores de diez y seis años de edad, dice que éstos deben ser objeto sistemáticamente de un peritaje psiquiátrico. De 205 muchachos examinados en la prisión de la «Petite-Roquette», Roubinovitch, Paul-Bonvour y Heuller hallaron sólo 17 por 100 de sujetos normales. Esto explica la necesidad de un buen peritaje.

Hace presente que en algunos establecimientos de observación, muy necesarios por cierto, hay salas de juego (Bélgica) para los niños, semejantes a las que hay en las penitenciarías para adultos. La reunión en colectividad tiene ventajas indiscutibles, es más humana y el observador puede mejor cuidar a los presos. A pesar de esto existe el inconveniente de que se exponen algunos buenos muchachos a la influencia nociva de compañeros perversos. Para obviar este inconveniente se puede hacer profilaxis y una selección especial. Alaba mucho los métodos que se emplean a este objeto en Bélgica, frutos de intenso estudio y trabajo.

•••

En la Sociedad Catalana de Dermatología y Sifiliografía el Dr. F. de A. Santifnà presentó una comunicación sobre «Piretoterapia tifódica en un caso de parálisis general». Individuo de treinta y ocho años, trastornos mentales. Parálisis general. Nonne y Pandy positivas; Wassermann, negativa; Hecht, positiva; Sachs, positiva; Meinike, negativa. Se le ha hecho piretoterapia tifódica y ha habido una pequeña mejoría en el líquido cefalorraquídeo. Seguidamente habla el disertante de los peligros del paludismo; sabe de cuatro enfermos tratados por malarioterapia que murieron y que no figuran en las estadísticas, donde todo parecen éxitos. Aconseja en todo caso la piretoterapia tifódica.

En la misma Sociedad se celebró otra sesión en la cual el Dr. J. M. Lucena presentó una comunicación acerca de «Gonococcemia con reumatismo vertebral curado por quimioterapia». Se trata de una de las corrientes infecciones en la sangre por el gonococo, productor de un reumatismo vertebral. El enfermo estuvo muy grave. La gonococia fué tratada y curada con todo éxito por un preparado quimioterápico, la gonacrina. Se abstuvo del empleo de la vacuna antigonocócica por el alto grado de toxemia que padecía el enfermo y en cuyas condiciones el uso de la vacuna habría sido contraproducente; aumentando la intoxicación disminuyen aún más las defensas específicas. Opina que en los casos de septicemias y particularmente de origen gonocócico la gonacrina va bien, a condición de que sea empleada intensivamente y a fuertes dosis. De no ser así es completamente nulo su uso y sólo se obtiene el que se hagan más resistentes las gonococias a otras terapéuticas.

F. WÜST BERDAGUER

Barcelona.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

En la Junta general celebrada por esta Sociedad para la renovación de la directiva quedó constituida ésta en la siguiente forma:

Presidente, D. Nicasio Mariscal; vicepresidentes, don

Joaquín Decref, D. Gustavo Pittaluga, D. Enrique Fernández Sanz y D. José Palanca.

Secretario general, D. Julio Ortega; secretario segundo, D. José Luis Yagüe, y vicesecretario, D. Pedro Ruiz Santolaya.

Consiliarios: D. Justo Martínez, D. Antonio Franco, D. Enrique Mateo Barcones, D. Eduardo Masip, D. Avelino Benavente, D. Juan Manuel Díaz del Villar y D. Manuel Álvarez Ude.

Tesorero, D. Gregorio Olea, y contador, D. Manuel Vázquez Lefort.

Bibliotecario, D. Carlos San Antonio, y conservador, doña Julia Peguero.

Presidente de Subsección: de Climatología, D. José Soriano; de Epidemiología, D. Antonio Espina; de Higiene, D. Rafael Tolosa Latour, y de Demografía, D. Antonio Martín Menéndez.

Esta misma Sociedad ha publicado su programa de premios para el año 1929.

PREMIOS DEL SR. MARTÍNEZ ANIDO

Primer tema.—Enseñanza de la Higiene sexual en las escuelas.—Desarrollo de esta materia en un programa pedagógico que armonice las necesidades de la instrucción con los sentimientos morales y religiosos que debe inspirar toda obra educadora.

Segundo tema.—Medios más prácticos y económicos de divulgación y enseñanza de la higiene individual y colectiva en el medio rural.

Habrà para estos temas un premio de 1.000 pesetas, con diploma de socio correspondiente, un accésit y las menciones honoríficas que acuerde el Jurado.

De uno de los trabajos premiados se hará por el Ministerio de la Gobernación una tirada de 500 ejemplares, de los que se entregarán 300 al autor.

PREMIO DEL DR. D. ANTONIO FRANCO MARTÍNEZ

Tema.—Condiciones higiénicas y económicas en que se desenvuelven las clases trabajadoras en Extremadura. Mejoras más urgentes y prácticas.

Habrà para este tema un premio de 250 pesetas, con diploma de socio corresponsal, accésit y menciones honoríficas.

PREMIOS ROEL

Primer tema.—Organización y reglamentación del Cuerpo e institución de enfermeras visitadoras y acción cultural de las mismas.

Segundo tema.—Coordinación de los organismos e instituciones protectores de la infancia en España, con objeto de su mayor eficacia.

Habrà para estos temas un premio de 500 pesetas, con diploma de socio corresponsal, accésit y menciones honoríficas.

Los trabajos se enviarán antes del 30 de Septiembre inclusive al secretario de la Sociedad D. Julio Ortega, Prado, 4.

Escalafón de Inspectores municipales de Sanidad. ⁽¹⁾

- 8772 Manuel Jiménez Nuez, 27 Diciembre 1926.
- 8773 Ramón Lema Caamaño, 4 Octubre 1926.
- 8774 Félix Rico García, 28 Febrero 1918.
- 8775 Andrés Isidro Martínez Garrido, Mayo 1904.
- 8776 Manuel Pinto y Boissot, 10 Octubre 1916.

(1) Véase el número anterior

- 8777 Miguel Blasco y Caplliure, Mayo 1904.
- 8778 Evelio Calisalvo Fernández, 20 Agosto 1909.
- 8779 Sebastián Pamplona Azcón, Mayo 1904.
- 8780 Valentín E. Pérez y Grande, 4 Julio 1907.
- 8781 José Olavarria Bragado, 22 Marzo 1928.
- 8782 Pelayo Rubido Martínez, 7 Febrero 1910.
- 8783 Estanislao Orero Chaverri, 22 Abril 1924.
- 8784 Francisco J. Oquiñena Echalecu, 1 Junio 1926.
- 8785 Emilio Núñez Hernández, 19 Julio 1911.
- 8786 José Morales Díaz, 4 Abril 1927.
- 8787 Tomás Mata Sánchez, 4 Abril 1927.
- 8788 Joaquín Martín Pastor, 4 Julio 1907.
- 8789 Manuel Miñón Calvo, 4 Abril 1927.
- 8790 Federico Mestre Peón, 26 Julio 1911.
- 8791 Francisco Martín Burgueño, 29 Septiembre 1921.
- 8792 Víctor Meano Negrete, 4 Abril 1927.
- 8793 Manuel Moreno Martí, 11 Diciembre 1928.
- 8794 José Marín Espinosa, 4 Abril 1927.
- 8795 Tomás Antón Liñán, 24 Septiembre 1909.
- 8796 Domingo Carlos Romay García, 1 Junio 1923.
- 8797 Antonio Rivas Martínez, 15 Julio 1918.
- 8798 Gonzalo Pardo y Ciorraga, 4 Abril 1927.
- 8799 Manuel Nodar Magán, 24 Febrero 1906.
- 8800 Carlos César Augusto Moreira Casal, 4 Abril 1927.
- 8801 Francisco Novoa Álvarez, Mayo 1904.
- 8802 Mariano Castellá Rubio, 29 Octubre 1924.
- 8803 Horacio García Hermida, 4 Abril 1927.
- 8804 José Iglesias Añino, Mayo 1904.
- 8805 Eladio Izquierdo Balbuena, 7 Abril 1928.
- 8806 Antonio Martín Lago González, 5 Abril 1927.
- 8807 Marcelino Losada Loureiro, 4 Abril 1927.
- 8808 José Leira Ogando, 28 Noviembre 1928.
- 8809 Hermenegildo Losada Loureiro, 4 Abril 1927.
- 8810 Francisco Mosquera Souto, 22 Agosto 1924.
- 8811 José Suárez Mosquera, 20 Diciembre 1923.
- 8812 Ignacio Torres Pintos, 7 Junio 1920.
- 8813 Ángel Victoriano Piñó Martínez, 20 Abril 1926.
- 8814 José Díaz Mayordomo Briones, 28 Julio 1917.
- 8815 Enrique Díaz Valdivieso Morquecho, Mayo 1904.
- 8816 Antonio Fajardo González, 6 Agosto 1918.
- 8817 Guillermo Fernández Mateos, Mayo 1904.
- 8818 Jenaro Díaz Fraile, 26 Diciembre 1905.
- 8819 Alvaro Carrión y Gavira, 6 Julio 1909.
- 8820 Cándido Crespo y Vivas, 4 Mayo 1917.
- 8821 Ricardo Cubiles Blanco, 12 Abril 1910.
- 8822 Antonio Cubero y Fierro, 26 Diciembre 1905.
- 8823 José Luis Caro Sánchez, 4 Julio 1916.
- 8824 Manuel González García, 27 Junio 1909.
- 8825 Carlos Bernáldez Martínez, 1 Mayo 1917.
- 8826 Antonio Altube Fernández, 27 Diciembre 1909.
- 8827 Manuel Alonso Barahona, 21 Diciembre 1926.
- 8828 Prudencio Fernández Regatillo Gómez Pinal, 4 Julio 1907.
- 8829 Evaristo Vázquez González, 27 Noviembre 1923.
- 8830 Enrique Ager Muguerza, 3 Enero 1929.
- 8831 Tomás Zuloaga Rodríguez, 4 Abril 1927.
- 8832 Manuel Zalba Modet, 18 Febrero 1922.
- 8833 Joaquín de la Viña González, 9 Enero 1919.
- 8834 Manuel Vaamonde Valencia, 2 Enero 1928.
- 8835 Alfonso Triviño Barradas, 3 Diciembre 1918.
- 8836 Antonio de Tena y Molera, 20 Diciembre 1923.
- 8837 Juan Thons y Mendiá, 4 Abril 1928.
- 8838 Rafael González Vilardell, 7 Febrero 1914.
- 8839 Enrique Grande Barrán, 13 Febrero 1920.
- 8840 Manuel Pastor Balanzategui, 4 Abril 1927.
- 8841 Luis Villarino y Areas, 20 Junio 1921.

- 8842 Emilio Santamaria Mileo, 18 Abril 1923.
 8843 Paulino Santos Mieites, 10 Diciembre 1927.
 8844 Eladio Sabucedo Cid, 6 Noviembre 1919.
 8845 Salvador Rey Larramendi, 8 Octubre 1910.
 8846 Melchor Vázquez Clavera, 8 Abril 1919.
 8847 Eduardo Pereira Rivera, Mayo 1904.
 8848 José Nieto Luis, 4 Agosto 1924.
 8849 Gúmersindo Nieto Arcos, 4 Julio 1907.
 8850 José Mosquera Blanco, 6 Marzo 1928.
 8851 Rodolfo Grande Blanco, 24 Febrero 1906.
 8852 Carlos Guitián Febrega, 14 Julio 1925.
 8853 Casiano Feijóo Bermúdez, 4 Julio 1907.
 8854 Benito Diéguez Gómez, Mayo 1904.
 8855 Enrique Azpilcueta Moya, 24 Febrero 1906.
 8856 Francisco Arias Liz, 16 Octubre 1928.
 8857 Manuel Martínez Gómez, 8 Febrero 1927.
 8858 Baldomero Morón Ruiz, 29 Diciembre 1916.
 8859 Joaquín Nieto Ferrer, 8 Enero 1925.
 8860 Fernando Pellón Aparicio, 29 Noviembre 1927.
 8861 Félix Pelayo Jiménez, 20 Octubre 1926.
 8862 José Alonso y Galán, 4 Febrero 1922.
 8863 Romualdo Nicolás Alonso Torcida, 26 Diciembre 1905.
 8864 Juan José Limiñaque Labadie, 4 Abril 1927.
 8865 Juan Manuel Andrés González, 10 Abril 1926.
 8866 Eduardo Palma Chaguaceda, 12 Enero 1927.
 8867 Miguel Parra y Sedas, Mayo 1904.
 8868 Eugenio Pastor Krauel, 10 Agosto 1914.
 8869 Eduardo Pelalias Santizo, 27 Enero 1927.
 8870 Hilario Pastor Ferr, 4 Julio 1907.
 8871 Emilio Rodríguez Delgado, 13 Diciembre 1919.
 8872 Juan Sánchez Carrillo, 12 Marzo 1915.
 8873 Jesús Senín Ruiz, 17 Marzo 1916.
 8874 Marcelino Vallejo Blanco, 26 Diciembre 1905.
 8875 Gabriel Valero Romana, 17 Julio 1925.
 8876 Antonio Morales Martín, 3 Febrero 1920.
 8877 Joaquín Machuca y de los Santos, 10 Enero 1921.
 8878 Francisco Menjíbar Guardia, 4 Septiembre 1914.
 8879 Eusebio Mirón Villagrán, 14 Julio 1909.
 8880 Marciano Mirón Villagrán, 2 Diciembre 1926.
 8881 Julio Llanos Jiménez, 26 Diciembre 1905.
 8882 Delfín Velilla López, Mayo 1904.
 8883 Severiano López González, 3 Octubre 1917.
 8884 Federico López Ortiz, 15 Febrero 1915.
 8885 José López Ortiz, 19 Abril 1921.
 8886 Eduardo Durante Fernández, Mayo 1904.
 8887 Laureano Calvo Cambón, Mayo 1904.
 8888 Enrique Carrillo y Viteri, 4 Julio 1907.
 8889 José Bravo González, Mayo 1904.
 8890 Manuel Jareño Sanhuesa, 26 Julio 1925.
 8891 Jesús de la Bodega y Ortiz Roldán, 3 Agosto 1916.
 8892 Silvino Valcárcel Garijo, 14 Enero 1924.
 8893 Eugenio de la Riva Pérez, Mayo 1904.
 8894 Alfredo López Rielo, Mayo 1904.
 8895 Ildefonso Cortés Rivas, 4 Abril 1927.
 8896 Antonio Baños García, Mayo 1904.
 8897 Tomás Ausín Foronda, 31 Diciembre 1926.
 8898 Rafael Bernardo y Salcedo, 4 Septiembre 1917.
 8899 Ezequiel Cuéllar Minguez, Mayo 1904.
 8900 José María Díez Palacios, 26 Diciembre 1905.
 8901 Silvestre Esteban y Quesada, Mayo 1904.
 8902 Marcelo Julián Río y Fernández, 27 Abril 1928.
 8903 Antonio Bedoya y Murillo, 13 Junio 1928.
 8904 Luis Blasco Tros de Iarduya, 19 Julio 1927.
 8905 Francisco Bada Salceda, 6 Febrero 1928.
 8906 Julián Ballesteros Blanco, 23 Octubre 1910.
 8907 Jesús Ballesteros Sánchez, 14 Septiembre 1928.
 8908 Francisco J. Barenys Ombús, 19 Diciembre 1919.
 8909 Antonio Cid Plá, 17 Octubre 1926.
 8910 José Roig Huguet, Mayo 1904.
 8911 Buenaventura Alvarez Luque, 28 Septiembre 1926.
 8912 Bonifacio Barreda Ferrer, 26 Diciembre 1905.
 8913 Carlos Albo Abascal, 19 Octubre 1909.
 8914 José María Anieva y Escandón, 26 Enero 1915.
 8915 Vicente Arines Palacios, 5 Noviembre 1920.
 8916 Francisco López Rico, 26 Diciembre 1905.
 8917 Julio Ledesma López, 7 Diciembre 1910.
 8918 José Jiménez Rendón, 27 Mayo 1910.
 8919 Luis Juliá Aragón, 26 Diciembre 1905.
 8920 Mario Cimadevila Alonso, 4 Julio 1907.
 8921 Pedro Batanero Labajo, 24 Mayo 1925.
 8922 Francisco Paisan Gómez, Mayo 1904.
 8923 Pío Eduardo Cagigal Regato, 21 Diciembre 1928.
 8924 Fernando Díaz-Munio y Díaz Bustamante, Mayo 1904.
 8925 Andrés Diego García de Quintana, 19 Octubre 1926.
 8926 Tomás Fernández Zumel, 11 Enero 1916.
 8927 Miguel González y Merino, 9 Febrero 1923.
 8928 Avelino García Ruiz, 1 Mayo 1917.
 8929 Gumersindo Iñigo y Pérez del Camino, 10 Diciembre 1915.
 8930 Atanasio Lombó Picado, Mayo 1904.
 8931 Antolín Merino Estébanez, 26 Febrero 1917.
 8932 Antonio Martínez G. Encinas, 3 Marzo 1927.
 8933 Luis Maveda Díez, 10 Julio 1915.
 8934 Ricardo Pelayo y Guilarte, 29 Noviembre 1916.
 8935 Pedro Quintanilla García, Mayo 1904.
 8936 Serafin Ruza Barreiro, 4 Mayo 1927.
 8937 Joaquín Ruiz Goicoechea, 1 Febrero 1919.
 8938 Arturo Aguinaga y Uranga, 10 Julio 1910.
 8939 Francisco Agos y Valentín, Mayo 1904.
 8940 Juan Gonzal Luis Arricivita Bornás, 9 Mayo 1927.
 8941 Ricardo Pradels García-Muñiz, Mayo 1904.
 8942 José María Remacha Villar, 4 Abril 1927.
 8943 Hilario Rubio Lucia, 1 Octubre 1909.
 8944 Paulino Alfonso Pons y González, Mayo 1904.
 8945 Pascual García Ferreiro, 21 Agosto 1918.
 8946 Luis García Falces Congosto, 1 Agosto 1907.
 8947 Francisco José Bayona y Marticorena, 3 Diciembre 1919.
 8948 José Fernández Esparza, 27 Enero 1928.
 8949 Ildefonso Labayen y Zubieta, 17 Junio 1923.
 8950 Pedro María Olaortua y Bastida, 5 Julio 1928.
 8951 Alejandro Escalada Resco, 26 Octubre 1928.
 8952 Julián Alcalde Echevarría, 19 Diciembre 1925.
 8953 Francisco Fontanés Gutiérrez, 22 Enero 1917.
 8954 Antonio Crú Miralles, 26 Diciembre 1905.
 8955 Juan García de Miguel, 15 Enero 1927.
 8956 Antonio Egido Vicente, 4 Abril 1927.
 8957 Emiliano Martín Sánchez, 23 Agosto 1924.
 8958 José Franco Rodríguez, 22 Julio 1909.
 8959 José Ramón Sobrino Arias, 29 Mayo 1916.
 8960 Tomás Caballero Roldán, 19 Noviembre 1914.
 8961 José Ramón Chousa Pérez, Mayo 1904.
 8962 Diego Cláger Ungueti, 12 Noviembre 1923.
 8963 Gonzalo Cepeda Baquero, 19 Agosto 1910.
 8964 Eduardo González Ortega, 11 Febrero 1914.
 8965 Jorge de la Guardia y de la Vega, Mayo 1904.
 8966 Emilio Manrique Martínez, 7 Junio 1922.

- 8967 Ignacio Arnalot Sansa, 16 Febrero 1925.
 8968 Juan Martín de Santa Olaya Ezquerdo, 23 Septiembre 1915.
 8969 Joaquín Teixidor Suñol, Mayo 1904.
 8970 Emilio Tubau y Barrios, 24 Enero 1910.
 8971 Antonio Fernández Lozano, 19 Septiembre 1918.
 8972 Recaredo María Álvarez y Pérez, 20 Septiembre 1909.
 8973 Joaquín Bermejo Luna, 18 Junio 1918.
 8974 Mariano Menéndez Zapico, 6 Diciembre 1927.
 8975 Amós Martínez Zotes, 28 Octubre 1910.
 8976 Francisco Prieto Martínez, 21 Enero 1920.
 8977 Félix Salgado Benavides, 3 Febrero 1917.
 8978 Enrique Salgado Benavides, 17 Marzo 1924.
 8979 Arturo Boca Aguilera, 21 Diciembre 1928.
 8980 Rafael García Duarte Salcedo, 12 Noviembre 1921.
 8981 Francisco Reinoso y López, 17 Enero 1917.
 8982 Leonardo Rodrigo Lavín, 28 Septiembre 1924.
 8983 José María Fernández Guerrero, 11 Febrero 1924.
 8984 José Costa Roig, Mayo 1904.
 8985 Jaime Perelló Trias, 21 Enero 1916.
 8986 Miguel Pérez Cuesta, 1 Abril 1926.
 8987 Diego García y Bayón Campomanes, Mayo 1904.
 8988 Francisco J. Carrasco Romero, 7 Septiembre 1925.
 8989 Emiliano Gómez y Gómez, 19 Junio 1926.
 8990 Gaspar Ros Pastor, 2 Febrero 1920.
 8991 Carlos Rodríguez Cabello, 26 Diciembre 1905.
 8992 Julio Ruiz de Salazar González, Mayo 1904.
 8993 José Ruiz y Ruiz, 26 Agosto 1919.
 8994 Torcuato Rodríguez Cabello, 11 Septiembre 1912.
 8995 Adolfo de la Torre y Torre, Mayo 1904.
 8996 Cesáreo Urculo Díez, 4 Julio 1907.
 8997 Alfredo de la Vega Hazas, 3 Noviembre 1910.
 8998 Bernardo Velarde Blanco, 20 Junio 1920.
 8999 Julio Zapatero González, 26 Diciembre 1905.
 9000 Paulino Caamaño Mascot, 21 Abril 1911.
 9001 Federico Gimeno de la Parra, 10 Abril 1905.
 9002 Emilio Ventura Brun, 13 Marzo 1928.
 9003 Ramón Valverde Alonso, 22 Diciembre 1909.
 9004 Daniel Vaca González, Mayo 1904.
 9005 Isidoro Astruga Cantalapiedra, 9 Febrero 1927.
 9006 Pedro Asensio Valencia, 15 Marzo 1911.
 9007 Bernardo Álvarez Martín Taladriz, 23 Junio 1924.
 9008 Luis Bedoya Fernández, 31 Julio 1913.
 9009 Dario Gerardo Castro Olmedo, 23 Septiembre 1918.
 9010 Leopoldo Cortejoso Villanueva, 12 Octubre 1925.
 9011 Romualdo Calvo Hernández, 7 Febrero 1910.
 9012 Gerardo Clavero del Valle, Mayo 1904.
 9013 Pedro Castellanos Díez, Mayo 1904.
 9014 Enrique Carralón Sojó, 4 Julio 1907.
 9015 Manuel Larránaga Ochotorena, Mayo 1904.
 9016 Victoriano Díez Castreño, 4 Julio 1907.
 9017 Francisco Díez Martín, 5 Noviembre 1909.
 9018 Gerardo de Dios Gil, 26 Septiembre 1914.
 9019 Joaquín Berruete Elosegui, Mayo 1904.
 9020 Antonio Carrillo Ausejo, 3 Agosto 1925.
 9021 Estanislao Bronte y Meriotegui, Mayo 1904.
 9022 Eduardo Codesido Silva, 22 Diciembre 1917.
 9023 Antonio Cuadra y Salcedo, Mayo 1904.
 9024 Francisco Ercilla Ortega, 15 Abril 1926.
 9025 Arturo Fernández - Corredor y Chicote, Mayo 1904.
 9026 Pedro García Mantilla, Mayo 1904.
 9027 Leonides Jiménez Esteban, 27 Febrero 1914.
 9028 Melecio Gutiérrez Ares, 26 Agosto 1909.
 9029 Juan Antonio Gamarza García, 23 Agosto 1924.
 9030 Félix González Santarén, Mayo 1904.
 9031 Antonino Gutiérrez Fernández, 26 Diciembre 1905.
 9032 Segismundo Martín Alonso, 25 Mayo 1921.
 9033 José Gerardo Martínez Ruiz, Mayo 1904.
 9034 Tomás Molinero García, Mayo 1904.
 9035 Irineo Mercado Sayas, Mayo 1904.
 9036 Francisco Labrador González, Mayo 1904.
 9037 Teodoro López Alonso, Mayo 1904.
 9038 Teodosio Antonio Infante Venero, 29 Junio 1926.
 9039 Ildefonso Gómez y Sancho, 28 Agosto 1920.
 9040 Alejandro García Pérez, 16 Septiembre 1920.
 9041 Vicente Garrido y Pedrejón, 13 Octubre 1915.
 9042 Mariano García Valcárcel, Mayo 1904.
 9043 Mariano Maldonado Sampedro, 1 Abril 1916.
 9044 Constancio Mayor Esteban, 26 Diciembre 1905.
 9045 Emilio Martín Carnicero, 24 Mayo 1928.
 9046 Antonio Cabrerizo Botija, 1 Enero 1925.
 9047 Federico Monsalve y Bayón, 4 Julio 1907.
 9048 Telesforo Olmedo López, 15 Marzo 1919.
 9049 Leandro Pastor y Palencia, Mayo 1904.
 9050 Cirilo T. Pérez Prieto, 9 Febrero 1927.
 9051 José Quemada Rodríguez, Mayo 1904.
 9052 Guillermo Ramos Crespo, 9 Abril 1910.
 9053 Francisco Galán Marco, 7 Abril 1923.
 9054 Francisco García Carrera, 28 Agosto 1917.
 9055 Benjamín Herrero Morales, 4 Diciembre 1923.
 9056 José Allegue Sedes, 4 Abril 1927.
 9057 Felipe Sanz Sarabia, 26 Diciembre 1905.
 9058 Porfirio Serrano García, Mayo 1904.
 9059 Evencio Tranque Cantero, 30 Julio 1909.
 9060 Julián Vara López de la Llave, 4 Julio 1907.
 9061 Isaias Bobo Díez, Mayo 1904.
 9062 Bernardo Abeti Franca, 6 Mayo 1927.
 9063 Anacleto Velilla del Rincón, 19 Marzo 1927.
 9064 Manuel del Val e Irizar, 8 Octubre 1927.
 9065 Miguel Valencia y Urrutia, 4 Noviembre 1927.
 9066 Juan José Sisamón y Zubillaga, 7 Septiembre 1924.
 9067 Domingo Rivas Rodríguez, 26 Septiembre 1926.
 9068 Diego Alaechea Malcorra, 15 Septiembre 1919.
 9069 José Galdiano Lázaro, 23 Octubre 1927.
 9070 Rafael Fernández Castrillo, 21 Septiembre 1927.
 9071 Vicente Azpiróz y Armendáriz, 18 Enero 1927.
 9072 Emilio Antonio Altares Yabar, 11 Agosto 1927.
 9073 Severino Bastida Arriaza, 12 Julio 1920.
 9074 Francisco Balda Bastarrica, Mayo 1904.
 9075 Antonio Arrúe Orcaiztegui, 2 Febrero 1926.
 9076 Evelio Sanz Martín, 27 Enero 1927.
 9077 Felipe Sanz Alonso, 4 Abril 1927.
 9078 Fernando Molinero Molinero, 19 Diciembre 1925.
 9079 Joaquín Trigo y Matilla, 19 Mayo 1925.
 9080 Fabriciano Gallego Rodríguez, Mayo 1904.
 9081 Berardo de la Serna Barbero, 15 Septiembre 1914.
 9082 Ramón Sánchez Domínguez, Mayo 1904.
 9083 Rafael Quijada Jimeno, 30 Agosto 1911.
 9084 Benjamín Retuerta Toledano, Mayo 1904.
 9085 Mariano García Sola, 10 Enero 1928.
 9086 Marcelino Conesa Membrado, Mayo 1904.
 9087 Eduardo Fernández de Leys, 24 Febrero 1906.
 9088 Telesforo Fontenla y Varela, Mayo 1904.
 9089 José Gómez e Itoiz, Mayo 1904.
 9090 Delfín Artero Soteras, 4 Abril 1927,

- 9091 Guillermo Balda y Olaverri, 26 Diciembre 1905.
 9092 Joaquín Paz Armendáriz, Mayo 1904.
 9093 Antonio Campanar Simón, 4 Julio 1907.
 9094 Rosendo Domingo Pons, 23 Agosto 1924.
 9095 Enrique Sore Lorán, Mayo 1904.
 9096 Daniel Recasens Comas, 1 Diciembre 1925.
 9097 Antonio Pont Molins, 4 Abril 1927.
 9098 Damián Balaguer Giménez, 17 Julio 1909.
 9099 Miguel Martínez Eden, 10 Octubre 1920.
 9100 Luis Pedrajas y Núñez-Romero, 5 Febrero 1915.
 9101 Antonio Zarco Moya, 21 Septiembre 1926.
 9102 Julio Santa Cruz y Ruiz, 24 Noviembre 1919.
 9103 José Pérez Mateos, 4 Julio 1907.
 9104 Pedro López de Teruel y Sánchez, 14 Enero 1924.
 9105 José Jiménez Estéve, 5 Octubre 1920.
 9106 José Crespo Crespo, 3 Julio 1919.
 9107 Ildefonso Crespo Garrota, 31 Diciembre 1926.
 9108 Víctor José Zorrilla y Ariz, 4 Mayo 1927.
 9109 Luis Velo Arce, 12 Enero 1908.
 9110 Vicente Unzalu y Urquiola, 11 Noviembre 1916.
 9111 Justo Eizaguirre Díaz de la Antoñana, 1 Marzo 1923.
 9112 Pantaleón Latasa Arraiza, 19 Junio 1913.
 9113 Agustín Blanco Garmendia, 4 Mayo 1927.
 9114 Simón Blasco Salas, 20 Septiembre 1910.
 9115 Manuel Blanco y Martín, 15 Enero 1920.
 9116 Arturo Arias García, 15 Abril 1917.
 9117 Severo Erviti y Echandi, 15 Diciembre 1916.
 9118 Félix del Villar y Ubillos, 30 Diciembre 1924.
 9119 Luis Collado y Martialay, Mayo 1904.
 9120 José Balañá Jové, 1 Diciembre 1919.
 9121 Manuel Roldán Cortés, 13 Diciembre 1913.
 9122 Román Sáez de Muniain Larrea, 26 Diciembre 1905.
 9123 Constantino Salinas Jaca, 1 Octubre 1925.
 9124 Santiago Osarte Albizu, Mayo 1904.
 9125 Domingo Lumbier Goicoechea, Mayo 1904.
 9126 Rafael Lamarque Sánchez, 1 Noviembre 1916.
 9127 Ramón Enrique López Cordero, 26 Junio 1911.
 9128 Angel Muñoz Saura, 20 Diciembre 1923.
 9129 Teodoro Magallón Aneó, 22 Septiembre 1923.
 9130 José Abrahán Moreno Díaz, Mayo 1904.
 9131 Marcelo Antonio Moneo Díaz, 1 Octubre 1925.
 9132 Ramón Montes González, Mayo 1904.
 9133 Nicolás Martín Martín, Mayo 1904.
 9134 Angel Navarro López, 30 Noviembre 1925.
 9135 Adolfo Pando Rivero, 22 Marzo 1916.
 9136 Cándido Oyamburu Imar, Mayo 1904.
 9137 Félix Zapatero Pérez, 16 Septiembre 1913.
 9138 Julián Urgel Bueno, 24 Marzo 1913.
 9139 Ricardo Torrubia Laborda, 16 Octubre 1907.
 9140 Saturnino Taboada Roca, 20 Diciembre 1921.
 9141 Justino Serralde López, 4 Julio 1907.
 9142 Domingo Santos Urrutegui, 30 Mayo 1923.
 9143 José María Sánchez Zala, 18 Octubre 1918.
 9144 Ernesto Sánchez Urrutia, 25 Noviembre 1925.
 9145 Jesús del Pino y Sáinz, 18 Septiembre 1909.
 9146 Cándido Gorostidi Bidaguren, 16 Mayo 1926.
 9147 Jesús Germade Romero, 4 Abril 1927.
 9148 Agustín González Sande, 8 Febrero 1923.
 9149 Cipriano Bernardino Horcada Mateo, 20 Septiembre 1906.
 9150 Emilio Huarte Mendicoa Vidaurre, 22 Octubre 1924.
 9151 Serafín Huder Lasala, Mayo 1904.
 9152 Félix San Julián Olaso, 28 Julio 1918.
 9153 Juan Bautista Esteban Robredo, 5 Junio 1913.
 9154 Pablo Calatayud Gil, 14 Abril 1920.
 9155 Manuel Guerra Hidalgo, 4 Junio 1916.
 9156 Francisco González García, 3 Enero 1928.
 9157 José Huerza Villar, 31 Marzo 1928.
 9158 Enrique Jiménez Sánchez, 23 Octubre 1916.
 9159 Emiliano Mateos Temprano, 10 Febrero 1910.
 9160 Esteban Martín Díez, Mayo 1904.
 9161 Isauro Pinilla Pérez, Mayo 1904.
 9162 Emilio Panizo Bermejo, Mayo 1904.
 9163 Julio Rivera García, 29 Octubre 1926.
 9164 Jerónimo Ramos Blanco, Mayo 1904.
 9165 Marino Santos Pérez, 23 Abril 1928.
 9166 Gregorio Salgado Alonso, Mayo 1904.
 9167 Sixto Huerza Tesier, 14 Febrero 1929.
 9168 Félix Elorz y Eraso, 7 Julio 1918.
 9169 Luis Egozcue Aquerreta, 12 Diciembre 1924.
 9170 Ricardo Encinas Hernández, 10 Diciembre 1927.
 9171 Pedro Ferrero Carral, 15 Noviembre 1926.
 9172 Luis Ortiz de Zárate y Bengoa, 28 Marzo 1925.
 9173 Tomás López Checa, 4 Diciembre 1924.
 9174 Ramón Fernández Navarro, 10 Marzo 1925.
 9175 Miguel Aranguiz Izcue, 23 Febrero 1921.
 9176 Jesús Ara Navarro, 29 Junio 1923.
 9177 Teófilo Añorbe Mendivil, 30 Diciembre 1914.
 9178 Antonio Álvarez Pérez, 20 Diciembre 1917.
 9179 César Aguirre Vertiz, 1 Noviembre 1925.
 9180 Enrique Altavás Bagüés, Mayo 1904.
 9181 Emilio Burges Marco, 3 Julio 1926.
 9182 Evaristo Carreras Arredondo, 24 Mayo 1919.
 9183 Juan Venero Sañudo, 13 Septiembre 1918.
 9184 Fernando Vierna Serna, Mayo 1904.
 9185 Benigno Velázquez Amézaga, 23 Septiembre 1909.
 9186 Leoncio Santos Ruano, Mayo 1904.
 9187 Pedro Ruiz Pérez, Mayo 1904.
 9188 Fernando Asián Pérez, 26 Diciembre 1928.
 9189 Pedro García Casillas, 23 Agosto 1924.
 9190 José Gutiérrez Fernández, 25 Agosto 1924.
 9191 Alejandro Ganzarain Ortúzar, 21 Junio 1921.
 9192 Agripino Tejerina Fernández, 23 Agosto 1924.
 9193 José Arbisu Peral, 10 Diciembre 1925.
 9194 José Asirón Tóbar, 12 Diciembre 1925.
 9195 Tomás Arrará Moreno, 25 Julio 1924.
 9196 Domingo Achondo Pérez, 10 Febrero 1927.
 9197 Benigno Soto Armesto, 2 Abril 1926.
 9198 Luis Arriola y Aguirre, 4 Octubre 1917.
 9199 Ernesto Alcibar y Gortazar, 19 Enero 1921.
 9200 Luis Alcibar Gortazar, 9 Febrero 1927.
 9201 Emilio Garrido Gil, Diciembre 1905.
 9202 José Anguisola y Andonegui, 1 Mayo 1913.
 9203 Francisco Arriandiaga Erezuma, 18 Febrero 1912.
 9204 Pedro Aldamiz Echevarría Urriola, 6 Septiembre 1911.
 9205 Joaquín Rodríguez Nogales, 17 Febrero 1916.
 9206 Lino Rozas Quintanilla, 4 Abril 1926.
 9207 Francisco Urquiola y Ortúzar, 9 Febrero 1927.
 9208 Guillermo Urquiola y Golindez, Mayo 1904.
 9209 Andrés Vivancos y Bengoa, 9 Febrero 1927.
 9210 Felipe Palomares Molinuevo, 9 Marzo 1918.
 9211 Mario de Gastelo-Iturri y Embeita, 1 Enero 1920.
 9212 Conrado Álvarez López, 6 Mayo 1919.
 9213 Oscar de la Fuente y Zamoza, 7 Septiembre 1924.
 9214 Alejandro Fuldain Baquero, 10 Febrero 1927.
 9215 Isidoro Fuente Lozano, 2 Julio 1925.

- 9216 Juan José Erauzquin Echevarria, 17 Febrero 1912.
 9217 Julián Echevarria Sagastasola, 4 Julio 1926.
 9218 Juan Felipe Echevarria Ordeñana, 10 Febrero 1927.
 9219 Manuel Echevarria y Prieto, 11 Noviembre 1908.
 9220 Ramón de Echevarria y Uribe, 8 Octubre 1913.
 9221 Gregorio Juan Félix Egusquiza y Ortiz, 18 Febrero 1923.
 9222 Sabino Bengoechea Landa, Mayo 1904.
 9223 Manuel Fontán Lorenzo, 24 Febrero 1906.
 9224 Marcelo Diez y Tarrero, Mayo 1904.
 9225 Pablo Antonio Bareño y Piñera, 9 Febrero 1927.
 9226 Víctor Bustamante Estébanez, 25 Julio 1915.
 9227 Solutor Barrientos Casado, 28 Marzo 1916.
 9228 Pedro Arregui Nardarás, 1 Junio 1918.
 9229 Luis Arranz y González, 1 Febrero 1917.
 9230 Julio Abad Tobar, 4 Febrero 1919.
 9231 Juan Arrépide Omagogeascoa, Mayo 1904.
 9232 Bruno Alegria Corral, 13 Diciembre 1913.
 9233 Luis Ceniga Arriandiaga, 26 Diciembre 1903.
 9234 Alberto Cadiñanos Ochoa, 26 Diciembre 1905.
 9235 Eusebio Eizaguirre e Irure, Mayo 1904.
 9236 Endaldo Martínez de Bourio, 4 Julio 1907.
 9237 Bartolomé Vaquer Folani, 20 Diciembre 1923.
 9238 José Torres Medina, 20 Abril 1922.
 9239 David Gómez Parados, 18 Mayo 1916.
 9240 Fulgencio García López, Mayo 1904.
 9241 Claudio Alegria Mendialdua, 16 Agosto 1925.
 9242 Francisco Alegria Mendialdua, 4 Noviembre 1921.
 9243 Gregorio Bengoechea Mendiguren, Mayo 1904.
 9244 Ramón López Bustamante, 30 Enero 1926.
 9245 Cosme Damián Bilbao, Mayo 1904.
 9246 Pedro Barrón y Ortiz, 1 Marzo 1916.
 9247 José María Barbier Pradera, 27 Febrero 1920.
 9248 Juan Barandica y Zabala, 3 Abril 1915.
 9249 Manuel Alonso Guereta, 10 Febrero 1927.
 9250 Roberto Astuy Gárate, 6 Febrero 1927.
 9251 Ramón Juan Anduiza y Anduiza, 2 Noviembre 1918.
 9252 Pantaleón Juan José Alegria Borica, Mayo 1904.
 9253 Angel Aréitio y Gardoy, 1 Enero 1907.
 9254 Victoriano Azcondo y Euba, 14 Mayo 1911.
 9255 Ricardo de Arregui Landesa, 29 Septiembre 1907.
 9256 Pedro de Arabiotorre y Onagóitia, 15 Julio 1911.
 9257 Salustiano Luis Abiega Usátegui, 9 Febrero 1927.
 9258 Florencio Amézaga Monasterio, 13 Septiembre 1908.
 9259 Elías Aldave y Larrumbide, Mayo 1904.
 9260 Teodoro Amézaga Monasterio, 17 Diciembre 1926.
 9261 José de Aspiunza y San Miguel, 13 Octubre 1924.
 9262 Juan Gregorio Ruiz e Illescas, 14 Agosto 1913.
 9263 Fernando Manuel González Rosal, 9 Octubre 1923.
 9264 Sabino Acebal García, 12 Abril 1915.
 9265 Carlos López Abellán, 30 Agosto 1926.
 9266 Ricardino García Piñeiro, 5 Octubre 1917.
 9267 Antonio Córdoba Bernal, Mayo 1904.
 9268 Ramón Bustos Carrascosa, Mayo 1904.
 9269 Juan Villena Espallarde, 20 Diciembre 1912.

(Continuará.)

SECCION OFICIAL

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

REGLAMENTO

DE APLICACIÓN PARA LA INSPECCIÓN SANITARIA
 DE ESTABLECIMIENTOS, EDIFICIOS Y VEHÍCULOS DE SERVICIO
 PÚBLICO, ETC., ETC. (1)

Los inspectores veterinarios municipales devengarán asimismo por la expedición de dichos documentos, en los servicios que a ellos compete, cualquiera que sea el censo de población, la cantidad de 2 pesetas 50 céntimos en papel de pagos al Estado. Estos emolumentos serán abonados por los interesados a dichos funcionarios, quienes harán la liquidación con arreglo a las disposiciones que rigen estos servicios.

Art. 29. Todos los establecimientos de carácter público, como fondas, hoteles, pensiones, casas de viajeros y de dormir, etc., estarán provistos de un libro oficial de reclamaciones, que estará a disposición de los viajeros y huéspedes y en sitio bien visible, para que éstos puedan anotar las faltas sanitarias que encuentren en dichos establecimientos.

Los citados libros de reclamaciones deberán ser abiertos por los inspectores provinciales de Sanidad correspondientes, con una diligencia suscrita por los mismos que acredite el número de folios de que consta cada libro, sellados con el de la Inspección provincial de Sanidad. Los referidos libros deberán ser revisados periódicamente por los inspectores municipales de Sanidad y subdelegaciones de Medicina en funciones de inspectores municipales, para la comprobación y corrección, en su caso, de las faltas que se denuncien, y propuesta a los alcaldes, inspectores provinciales de Sanidad y gobernadores civiles de las sanciones que proceda.

Art. 30. A fin de facilitar las quejas del público y cuantas denuncias se refieran a la existencia de condiciones antihigiénicas en los establecimientos, edificios y vehículos de servicio público que comprende este Reglamento, bastará exponerlas ante la Guardia civil de los puestos o de las zonas correspondientes, de palabra o por escrito, encargándose ella de transmitir las a los alcaldes para la aplicación de las oportunas sanciones.

DISPOSICIONES ADICIONALES

1.^a Se concede un plazo de dos meses, a partir de la fecha de publicación del presente Reglamento, para que las entidades o Empresas particulares soliciten de la Dirección general de Sanidad la autorización necesaria, conforme a las disposiciones del art. 27, para que puedan continuar haciendo los servicios de desinfección, desinsectación y desratización que en dicho Reglamento se establecen.

2.^a Transcurrido dicho plazo, solamente podrán hacer estas operaciones las entidades o Empresas particulares que hayan sido autorizadas por la Dirección general de Sanidad.

3.^a Quedan facultadas las Juntas provinciales y municipales de Sanidad para imponer carteles anunciadores del estado de insalubridad o falta de aseo y limpieza en aquellos establecimientos y locales que reiteradamente se hayan hecho acreedores a la adopción de esta medida.

4.^a Del cumplimiento de cuanto se ordena en este Reglamento serán responsables los funcionarios correspondientes (subdelegados en funciones de inspectores municipales, inspectores municipales de Sanidad e inspectores veterinarios municipales) y los alcaldes y los inspectores provinciales de

(1) Véase el número anterior.

Sanidad, por el orden en que se enumeran, salvo que acrediten que han procedido con arreglo a las facultades que les están conferidas y han aplicado las correcciones procedentes en cada caso.

Modelo de certificado que deberán expedir los subdelegados de Medicina en funciones de inspectores municipales y los inspectores municipales de Sanidad, en cumplimiento de lo que dispone el art. 24 de este Reglamento.

Todas las operaciones de desinfección, desinsectación y desratización que se practiquen por virtud de lo ordenado en el art. 10, se justificarán mediante certificaciones del tenor siguiente:

MODELO NÚMERO 1.

Certificado de desinfección, desinsectación o desratización de habitaciones.

SANIDAD MUNICIPAL

Don..., inspector municipal de Sanidad de...,

Certifico: Que en el día de la fecha, y en cumplimiento de lo dispuesto en el art. 10 del Reglamento para la inspección sanitaria de establecimientos, edificios y vehículos de servicio público, se ha practicado la desinfección, la desinsectación o la desratización de la casa número... de la calle de..., o del piso de la casa número... de la calle de..., o del establecimiento que se titula... y está situado en la calle de..., número..., de esta población, siendo las características de la operación realizada las siguientes:

Capacidad del local en metros cúbicos ...

Substancia empleada ...

Cantidad de la misma por metro cúbico ...

Procedimiento utilizado ...

Entidad que practicó la operación ...

Y para que así conste y fijen en sitio visible de la ... (casa, habitación, establecimiento), expido la presente certificación, que firmo y sello con el de mi cargo, en ... a ... de ... de 19 ...

La validez y efectos de esta certificación caduca en ... de ... del año actual (o del año próximo).

(Sello de la Inspección.)

El inspector municipal de Sanidad,

MODELO NÚM. 2.

Certificado de desinsectación de vehículos de servicio público, tranvías, metropolitanos, ferrocarriles suburbanos, automóviles y coches de alquiler.

SANIDAD MUNICIPAL

Don ..., inspector municipal de Sanidad de ...

Certifico: Que en el día de la fecha y en cumplimiento de lo dispuesto en el art. 10 del Reglamento para la inspección sanitaria de los establecimientos, edificios y vehículos de servicio público, se ha practicado la desinsectación del vehículo (o coche) de la matrícula (o serie) de ..., núm. ..., de D. ... (o de la Compañía de Tranvías), siendo las características de la operación las siguientes:

Motivo de la operación ...

Substancia utilizada ...

Procedimiento empleado ...

Entidad que practicó la operación ...

Y para que así conste y fijen en sitio visible del vehículo (coche, automóvil, etc.), expido la presente certificación, que firmo y sello con el de mi cargo en ... a ... de ... de mil novecientos ...

La validez y efectos de esta certificación caduca en ... de ... del año actual (o del año próximo).

(Sello de la Inspección.)

El inspector municipal de Sanidad,

MODELO NÚM. 3.

Certificado de desinsectación de carros de mudanza de muebles y similares.

SANIDAD MUNICIPAL

Don ..., inspector municipal de Sanidad de ...

Certifico: Que en el día de la fecha y en cumplimiento de lo dispuesto en el art. 10 del Reglamento para la inspección sanitaria de los establecimientos, edificios y vehículos de servicio público, se ha practicado la desinsectación de los muebles que transporta el vehículo de la matrícula de ..., núm. ..., correspondiente al traslado de los de D. ... de la habitación ... (piso principal, segundo, tercero, etc.) de la casa núm. ... de la calle de ... al piso ... de la casa núm. ... de la calle de ... de esta población, siendo las características de la operación las siguientes:

Motivo de la operación ...

Substancia utilizada ...

Procedimiento empleado ...

Entidad que practicó la operación ...

Y para que así conste expido la presente certificación, que firmo y sello con el de mi cargo en ... a ... de ... de mil novecientos...

La validez y efectos de esta certificación caduca en ..., de ... del año actual (o del año próximo).

(Sello de la Inspección.)

El inspector municipal de Sanidad.

MODELO NÚM. 4.

Certificado de desinfección, desinsectación o desratización de establecimientos, edificios y locales sometidos a la inspección veterinaria.

SANIDAD MUNICIPAL

Don ... inspector veterinario municipal de ...

Certifico: Que en el día de la fecha y en cumplimiento de lo dispuesto en el art. 10 del Reglamento para la inspección sanitaria de los establecimientos, edificios y locales que comprenden los números 9.º y 10 del art. 7.º, se ha practicado la desinfección, desinsectación y desratización del local sito en la calle de ..., núm. ..., de esta vecindad, destinado a ...; siendo las características de la operación realizada las siguientes:

Capacidad del local en metros cúbicos...

Substancia empleada...

Cantidad de la misma por metro cúbico...

Procedimiento utilizado...

Entidad que practicó la operación...

Y para que así conste y fijen en sitio visible (del local, edificio o establecimiento), expido el presente certificado, que firmo y sello con el de mi cargo en ... a ... de ... de 19 ...

La validez y efectos de esta certificación caduca en ... de ... del año actual (o del próximo).

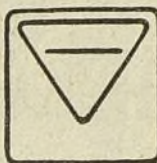
(Sello de la Inspección.)

El inspector veterinario municipal,

Tarifa por que han de regirse los Centros oficiales, entidades o Empresas particulares en la prestación de los servicios que



Lactéol del Dr BOUCARD



Lactéol del Dr BOUCARD
Comprimidos de bacilos lácticos

El **Lactéol del Dr BOUCARD** (Comprimidos de bacilos lácticos) realiza una desinfección intestinal rápida Enteritis, Diarreas, Infección y autointoxicación intestinal.

Modo de emplearlo:

9 a 12 comprimidos al día, desleídos en un poco de agua azucarada antes de las comidas.



Lactéol-Líquido del Dr BOUCARD
Ampollas de bacilos lácticos

El **Lactéol-Líquido del Dr BOUCARD** (Ampollas de bacilos lácticos) se emplea para el tratamiento intensivo, Enteritis, Colitis y todos los trastornos de intoxicación y de infección intestinal.

Modo de usarlo:

2 a 4 ampollas por día, en un poco de agua azucarada

Muestras: R. SALA, París, 174 - Barcelona

Hay ahora

3 Glaxo'S

CREMA

20% grasa

SEMI-DESCREMADO

10% grasa

SEMI-DESCREMADO

Con Vitamina D. 10% grasa

La fecha de uso hábil va estampada en el fondo de la lata.

Acopio de muestras grandes a disposición de los Médicos.
Pedirlas al agente: Don Juan Martín, Alcalá 9, Madrid.

SPASMOSÉDINE

ANTIESPASMÓDICO — SEDANTE NERVIOSO
El primer sedante y antiespasmódico estudiado especialmente para la
TERAPIA CARDIO - VASCULAR

Laboratorios DEGLAUDE
Medicamentos cardíacos especializados.
PARÍS

Muestras y Literatura:
J. M. BALASCH.—Avenida Alfonso XIII, 440.
BARCELONA

EUFILINA

Tabletas,
supositorios
y ampollas.



DIURÉTICO Y CARDIOTÓNICO

Indicación: Hidropesía cardíaca y renal, Uremia, Eclampsia,
Angina de pecho, Asma cardíaca, Degeneración del miocardio.

Byk - Guldenwerke, Berlín.

Venta exclusiva para España: E. Durán, S. en C., Madrid, Tetuán, 9 y 11.
Para muestras y literatura diríjase a D. WALTER WICKE, MADRID XIV, Calle Pizarro, 13.

**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
y

Trastornos de la nutrición
y sus consecuencias
Artritis
Tuberculosis

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

**VITAMINAS
CONCENTRADAS**

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

El mejor
aceite
de parafina.
—
Contra el
estreñimiento.

MAYOLINA

Ayuntamiento de Madrid

Muestras
y literatura:

Laboratorio
ATLANTIC
Fernánflor, 6.
MADRID

practiquen con arreglo a las disposiciones de este Reglamento:

Comprobación de la eficacia de un desinfectante, 100 pesetas.

Idem de la ídem de aparatos destinados a la desinfección, depuración bacteriológica de las aguas, sulfuración y demás prácticas sanitarias, 250 a 1.000.

DESINFECCIONES

Desinfección de locales por formol.

Por cada 75 metros cúbicos o fracción a concentración de 2 $\frac{1}{2}$ gramos de formol por metro cúbico:

Sin neutralización, cinco pesetas.

Con neutralización, siete.

Por cada 75 metros cúbicos o fracción a concentración de cinco gramos de formol por metro cúbico:

Sin neutralización, ocho pesetas.

Con neutralización, 10.

Pulverización de locales con sustancias antisépticas.

Por cada 50 metros cúbicos fracción:

Formol, creolina, ácido fénico o bicloruro de mercurio, 6 pesetas.

DESINFECCIÓN DE ROPAS USADAS

Por el vapor.

Por cada 100 kilogramos o fracción, 10 pesetas.

Per ebullición.

Por cada 100 kilogramos o fracción, 13 pesetas.

DESINSECTACIÓN

Por el anhídrido sulfuroso.

Locales en general:

Por los 100 primeros metros cúbicos a la concentración de ocho gramos como *mínimum*, 11 pesetas.

Por cada metro cúbico que rebase de la primera cantidad, 0,08.

Almacenes de trapos, por metro cúbico, 0,11.

Taxímetros, autobuses, autos de línea y coches de alquiler, cuatro.

Automóviles particulares (no obligatoria), nueve.

Tranvías, metropolitanos y vagones de ferrocarril, seis.

Carros de mudanzas, tres.

Locales de espectáculos que cubiquen más de 1.000 metros cúbicos, el metro cúbico a 0,09.

Por el ácido cianhídrico.

Locales en general:

Por los 100 primeros metros cúbicos a la concentración de 3,50 gramos de CNH, 16 pesetas.

Por cada metro cúbico que rebase de la primera cantidad, 0,14.

Almacenes de trapos, por metro cúbico, 0,13.

Taxímetros, autobuses, autos de línea y coches de alquiler, cinco.

Automóviles particulares (no obligatoria), 9,50.

Tranvías, metropolitanos y vagones de ferrocarril, ocho.

Carros de mudanza, cuatro.

Locales de espectáculos que cubiquen más de 1.000 metros cúbicos: el metro cúbico a 0,10.

DESINSECTACIÓN

Locales enteros, como almacenes, hoteles, villas, etc., por metro cúbico, 0,12 pesetas.

Tarifa para la desinfección de los establecimientos siguientes, cualquiera que sea el agente empleado.

Cuadras, establos, paradores, porquerizas, rediles, alberques animales de cualquier clase:

Pesetas.

Hasta 50 metros cúbicos.....	5
De 51 a 150 ídem íd.....	7,50
De 151 a 300 ídem íd.....	11
De 300 ídem íd. en adelante.....	15

Mataderos particulares, chacinerías, quemaderos, desolladeros, locales de industrialización de productos animales:

Pesetas.

Hasta 200 metros cúbicos.....	20
De 201 a 500 ídem íd.....	25
De 501 a 1.000 ídem íd.....	35
Más de 1.000 ídem íd.....	43

Carnicerías, pescaderías, huerías, lecherías, expendurías de productos alimenticios animales:

Pesetas.

Hasta 200 metros cúbicos.....	15
De 201 a 500 ídem íd.....	20
Más de 500 ídem íd.....	30

Las presentes tarifas podrán ser revisadas por la Dirección general de Sanidad, proponiendo a este Ministerio la alteración de las cifras consignadas, según resulte de la aplicación de las mismas y necesidades y prácticas de los servicios.

Madrid, 22 de Mayo de 1929.—Aprobado por S. M.—
Martínez Anido.

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 711,0; ídem *mínima*, 703,4; temperatura máxima, 30°,2; ídem *mínima*, 16°; vientos dominantes, NNE. SE.

Siguen las mismas dolencias que señalamos en nuestro anterior estado, aumentando en alguna proporción las perturbaciones del aparato digestivo en forma de catarras y cólicos intestinales. No se presentan en proporción considerable, y si en menor que otros años, las fiebres de índole infecciosa. Las congestiones venosas, pasivas y algunas hemorragias de los centros nerviosos se han observado con sus naturales complicaciones.

Sigue en los niños no registrándose ningún afecto epidémico.

CRONICAS

VIII Congreso Internacional de Dermatología.—Este Congreso tendrá lugar en Copenhague (Dinamarca) del 3 al 5 de Agosto del año venidero.

Serán comunicaciones oficiales en este Congreso las siguientes:

1.^a Etiología y patología del eczema. Ponentes, doctores Darier, de París, y Jadoshon, de Breslau.

2.^a Inmunidad, reinfección y superinfección en la sífilis. Ponentes: Truffi, de Padua; Hoffman, de Boom; Wade Broonn, de Nueva York; Bejarano, de Madrid; Matsumoto, de Kioto, y Metchenski, de Moscu.

3.^a La tuberculosis cutánea y su tratamiento. Ponentes: Adamson, de Londres; Reyn, de Copenhague; Covisa, de Madrid, y Volk, de Viena.

Los especialistas españoles que deseen presentar comunicaciones relativas a los temas oficiales, pueden dirigirse antes de 1 de Abril de 1930 al secretario del Congreso, M. Svend Jamholt, Raadhuspladsen, 45, Copenhague.

La lucha antituberculosa en Francia.—Próximamente se inaugurarán en la región del Iser dos estableci-

mientos de cura y prevención antituberculosa, edificados por la Asociación Metalúrgica y Minera contra la tuberculosis y con la poderosa ayuda económica de los Comités de hulla y fundición y la Unión de Industrias Metalúrgicas y Mineras.

El sanatorio está situado a 1.200 metros de altura, en el valle de Grerivaudan; es capaz para 300 camas para obreros, un preventorio de 150 y un «chalet» de unas 30 camas para cura de descanso del alto personal.

Noticias.—Por la Dirección general de Marruecos y Colonias ha sido adjudicada la construcción de hospitales de Santa Isabel (Fernando Poo) y Benito, en las proximidades del río de este nombre, en el continente, a una empresa española.

El presupuesto de las obras del hospital de Santa Isabel asciende a 900.000 pesetas, y el que se construirá en Benito, a 500.000.

—El director general de Sanidad ha manifestado al gobernador de Valladolid que se ha firmado una Real orden autorizando la construcción de un edificio destinado a Instituto de Higiene en el que se instalarán los servicios sanitarios de la provincia.

—La condesa de Lebrija, presidenta de la Junta local del Patronato de la Lucha Antituberculosa de Sevilla, ha manifestado a los periodistas que el Sanatorio del Tomillar, ahora clausurado, volverá a abrirse en el próximo mes de Octubre, en fecha en la que se inaugurará un nuevo pabellón con un donativo de 200.000 pesetas que ha hecho el Patronato Nacional, que preside la Reina.

—En Namur ha fallecido el Dr. Eugenio Dupagne, jefe del servicio quirúrgico del Hospital civil de aquella ciudad, víctima de una septicemia adquirida en una intervención.

—La Diputación de Salamanca se ha hecho cargo del nuevo Hospital provincial, capaz para 200 enfermos.

—Por motivos de conveniencia particular, han traspasado su parte de propiedad en *La Voz Médica* a sus socios D. Manuel Sáinz de Pedro y D. Enrique Casas, don José Boullón Cavezudo que al propio tiempo ha cesado en las funciones de administrador que desempeñaba.

—Con gran solemnidad y a presencia de las autoridades y enorme asistencia de profesionales y de público, se ha celebrado el acto de entregar oficialmente el nuevo Hospital provincial de Salamanca construido para aquella Diputación, que nada ha escatimado para que los servicios sean perfectamente instalados y atendidos.

—El Ayuntamiento de Logroño ha acordado nombrar médicos supernumerarios de la Casa de Socorro, a don Fernando Muñoz, D. Benito Moreno Blasco y D. Gonzalo García Vaquero.

Servicio de verano en los Dispensarios antituberculosos.—El Real Patronato de la Lucha Antituberculosa, en su deseo de que los enfermos tuberculosos no queden desatendidos durante los meses de verano, ha dispuesto que durante los meses de Agosto y Septiembre funcione en cada dispensario una consulta de niños, otra de pulmón para adultos y otra de garganta, nariz y oídos. Para estos servicios han sido nombrados los Dres. Dombrasas, Elena, Llopis, Esteban, Palacios, Huarte, Castellanos, Lanzagorta, Fernández Méndez, Fernández de Soto, García Iglesias y Sierra.

Instituto de Higiene en Santander.—Se han empezado en Santander las obras para construir un nuevo edificio en el que se instale el Instituto Provincial de Higiene. Dicho Instituto constará de laboratorios y dependencias, servicios de desinfección y departamentos para análisis químicos, bacteriológicos y clínicos. Se proponen que este Instituto quede montado con arreglo a los últimos adelantos científicos.

Para celebrar el comienzo de estas obras se reunieron en un banquete las autoridades santanderinas, el inspector provincial, D. Gerardo Clavero, y el personal técnico del Instituto.

Congresos y cursos más importantes que tendrán lugar durante el mes de Septiembre.—Septiembre 1929. En Würzburg, Sociedad internacional médicos nerviosos.

Septiembre a Octubre 1929. En Viena, Curso internacional sobre los adelantos médicos,

¿Qué hacen los ricos?—En Norteamérica (según *El Sol* de 25 de Julio):

«El senador James Concens, de Michigan, ha creado un fondo de 10 millones de dólares, solamente destinado a obras que sirvan como salvaguardia de la salud de la infancia»

Bradford, comerciante de Tejas, ha donado 130.000 dólares para la creación de un pequeño hospital y consultorio para niños menores de cinco años.

Los doctores esposos W. Smouse, de Los Angeles, han donado 250.000 para la creación de una escuela de niños atrasados mentales.»

Por nuestros barrios: ir a olerse a los pequeños Tea Rooms (cuanto más pequeños y menos ventilados, mejor), jugar al Man-jong y procurar convencer a sus hijos de que no tienen necesidad de trabajar para vivir.

El profesor Carlos Francione.—Hace pocos días ha fallecido en Bolonia el director de la clínica de Pediatría de aquella Universidad, profesor Carlos Francione, clínico ilustre y autor de numerosos trabajos científicos sobre el origen de las enfermedades de la infancia.

Además de sus actividades y desvelos, ha dejado su capital (que asciende a unas quinientas mil libras) para mejorar la situación de los niños enfermos pobres.

Es un ejemplo.

El cólera en la India.—Londres 27 (4 tarde).—Telegrafían de Bombay al *Times* que, a consecuencia de las inundaciones, la epidemia de cólera se ha extendido a numerosos pueblos, y que a pesar de las medidas preventivas, perecen más de la mitad de los atacados del terrible mal. Durante los dos últimos días, en Garhiyasín, región de Sukkur, de 58 atacados de cólera murieron todos, menos uno.

También en los protectorados y colonias de los anglosajones existen epidemias... y aun en las Metrópolis.

Para un nuevo hospital.—Ha sido autorizado el Ministerio de la Gobernación para que adquiera, por el precio de 985.689 pesetas y con destino a la construcción de un hospital para la Beneficencia general, el solar situado en el cuadrante de Norte a Este del ensanche de esta corte, que comprende una superficie de 10.161,75 metros cuadrados, y además 20.000 pies de terreno, junto al mismo solar, en la parte de la proyectada calle de Maldonado, por el sitio que linda con el convento de religiosas carmelitas.

Jabón de Afridol.—Al número presente acompañamos un prospecto del indicado producto, recomendando su lectura y pedido de muestras a La Química Comercial y Farmacéutica, S. A., Apartado 280, Barcelona.

Inmunidad, Higiene y Terapéutica de las enfermedades infecciosas, por el Dr. Martín Salazar. 20 pesetas. Se envía a reembolso por librerías y *Siglo Médico*, Serrano, 58, Madrid.

LABORATORIO DE ANÁLISIS

Doctor Giral.—Catedrático y Académico.

Atocha, 35.—Teléfono 10028.—Madrid.

Orinas, esputos, alimentos, aguas, minerales, abonos, combustibles, productos industriales, etc.—Tarifas gratis.

Hojas patentadas con gráficos y cuadros de composición.

ESTUCHES Y ESTILETES ASUERO

Concesionarios exclusivos: Larrañaga y Compañía. Loyola, 10, S. Sebastián.

SIL - AL Silicato de aluminio, fisiológicamente puro.

Laboratorio Gámir, Valencia.—J. Gayoso, Madrid.

IMPRENTA DEL SUCESOR DE E. TEODORO

Glorieta de Santa María de la Cabeza, núm. 1.—Madrid. Tel. 70488.