

# EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SÁBADOS

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.

SAL ARSENICAL  
PENTAVALENTE

## ARSAMINOL

SAL ARSENICAL  
PENTAVALENTE

Medicación arsenical rigurosamente indolora por las vías sub-cutánea e intra-muscular.

### Sifilis — Heredo-Sifilis

LABORATORIOS CLIN. COMAR y C<sup>ia</sup> - PARIS



Reconstituyente muy Enérgico

## CARNINE LEFRANCO

Jugo de Carne de Buey Cruda

ANEMIA, NEURASTENIA, DEBILIDAD  
CONVALESCENCIAS, TUBERCULOSIS,  
AFFECCIONES DEL ESTÓMAGO  
Y DEL INTESTINO

preparado en frío y concentrado  
en el vacío,  
en solución sacaro-glicerizada

1 a 2 cucharadas de las de sopa por día

ESTABLECIMIENTOS FUMOZE, 78, Fg Saint-Denis, PARIS

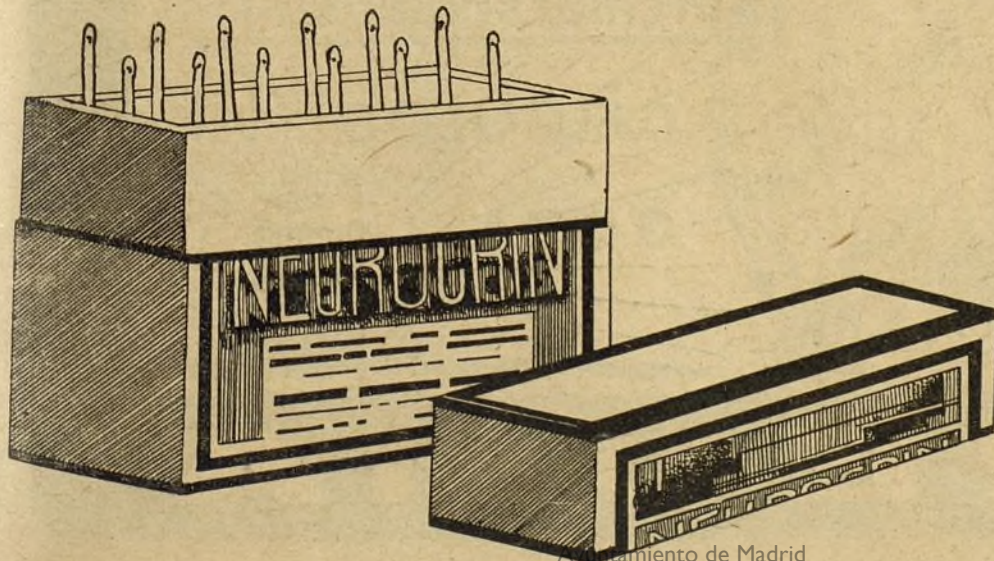


Representante en España: D. DANIEL ROBERT. Claris, 72. — BARCELONA

## NEUROCRIN KRINOS

 (Emulsión aséptica de  
substancia cerebral.)

Tratamiento de las JAQUECAS, EPILEPSIAS Y ESTADOS ALÉRGICOS



### ADMINISTRACION Y DOSIS

El **NEUROCRIN KRINOS** va contenido en ampollas de 1 c. c. que por el reposo se divide en dos capas, siendo preciso agitarlo antes de ser aspirado por la jeringuilla.

En los adultos, una inyección subcutánea de 1 c. c., en días alternos; en los niños, mitad de la dosis.

### NOTA IMPORTANTE

Para el tratamiento de las Epilepsias, consúltese antes nuestro folleto «La emulsión cerebral en el tratamiento de la Epilepsia».

LITERATURA Y MUESTRAS PARA EXPERIMENTACIÓN CLÍNICA:

Pour tout ce qui concerne la Publicité française s'adresser à Ms. Louis Vidal & Comp., 107, Rue Lafayette.-Paris, (10<sup>e</sup>), ou à l'Administration du Journal Serrano, 58 a Madrid.



# VINO TONICO FOSFATADO

PREPARADO POR EL Dr. Madariaga.

A semejanza de lo que se observa en agricultura, donde el empleo racional de los fosfatos aumenta el producto de las recolecciones, como resultado de una vegetación más vigorosa y lozana en el organismo humano ejercen también dichos elementos fosforados una influencia de las más favorables, acelerando la nutrición é imprimiendo actividad á todas las funciones vitales.

Mas la forma en que hayan de ser administrados agentes de tan considerable importancia biológica como terapéutica no es indiferente.

El **VINO TONICO FOSFATADO**, producto de una elaboración especial, que reúne las propiedades estomáticas de la *quina*, *genciana*, *manzanilla aromática*, etc., y las eminentemente tónicas y reparadoras de los *fosfatos sódico, potásico y ferroso*, esenciales al organismo, y los que proveen á éste de los demás que requiere para su completa mineralización fosforada, representa uno de los medios más ventajosos para la administración y utilización de los fosfatos, suministrándolos de análoga actividad á la de los fosfatos orgánicos.

Con su ácido fosfórico, en estado de actividad especial, concurre energética y eficazmente á las reacciones intraorgánicas para proveer de *fósforo* á las células, de ese elemento indispensable paraque las moléculas alimenticias se transformen en *células vivas*.

Contribuye eficazmente á compensar y aun á evitar las pérdidas minerales; sobre todo en fosfatos, que caracterizan el proceso de la *tuberculosis*, esterilizando el terreno con elementos de fuerza que se oponen vigorosamente á la vida y desarrollo del bacilo que lo ocasiona.

El favor que la clase médica le otorga, prueba y confirma el incontestable valor de este excelente preparado, con el cual se curan eficazmente la *extenuación de fuerzas*, la *debilidad cerebral* y los *trastornos nerviosos*, síntomas de neurastenia y desfallecimiento orgánico, ocasionados por enfermedad y otras causas, como exceso de trabajo intelectual ó corporal, disgustos y contrariedades, el embarazo, la lactancia, el crecimiento y desarrollo, etc.

Presta eminentes servicios contra la *anemia* y *colores pálidos*, contra la *tuberculosis*, *raquitismo* y *manifestaciones escrofulosas*, siendo insustituible como complemento á la alimentación de los convalecientes y como cordial para sostener y vigorizar las fuerzas de los ancianos.

DEPOSITO

**PLAZA DE LA INDEPENDENCIA, 10,** Madrid, Y PRINCIPALES FARMACIAS DE ESPAÑA

**Uromil**

OCIDO. COMO EL MAYOR DISOLVENTE DEL ACIDO URICO, PARA COMBATIR LA URICEMIA Y LAS ENFERMEDADES DEL METABOLISMO

**ARTRITISMO**

**ARTERIOESCLEROSIS**

**CÁLCULOS**

**GOTA**

**REUMA**

Uromil  
Dr. RADLAU  
TORTOS P.VINA  
LE CLARIS 71. 68



si a esta especie y en particular a este género se deben atribuir casos de miosis subcutánea observados en los países balcánicos.

*Hypoderma lineata*. Es la especie equivalente a la anterior en América del Norte. La tienen mucho los ganaderos por los grandes destrozos que ocasiona en el ganado. Tiene igual evolución que la anterior, pero causa en la piel destrozos muy grandes tras de los cuales se producen infecciones importantes.

*Dermatobia cyaniventris*. Es de aspecto muy diferente a las dos especies que preceden, y, tanto por la cabeza como por las alas se parecen más a una mosca. El cuerpo se encuentra prácticamente desnudo y tiene un color gris de acero. La cabeza es gris; el abdomen de color brillante, azul como el acero templado. El cuerpo mide cerca de dos centímetros de largo. Se encuentra muy difundida en toda la América del Sur. Ataca a los bóvidos, a los suidos, a los perros y a varios animales salvajes. En cambio es excepcional en las mulas y no se presenta en el caballo. En el hombre se han hallado las larvas subcutáneas en las partes más diferentes del cuerpo y producen dolores lancinantes agudísimos, sobre todo cuando se mueven. Los huevos penetran en el estómago y desde aquí realizan vastas emigraciones para venir a parar bajo la piel.

La hembra no pone los huevos en la piel de los mamíferos, sino sobre las hojas de los vegetales donde se desmenuza la larva, que va a parar más adelante al estómago del hombre y de los mamíferos. El aspecto de las larvas es variable. En la mitad anterior del cuerpo son bastante más anchas que en la posterior. Además, aquella parte primera tiene un aspecto ovoide, en tanto que la segunda es cilíndrica. Ambas partes se continúan insensiblemente la una con la otra. La longitud total es de un centímetro aproximadamente. En los límites de los segmentos anteriores se ven varias filas de espinas, y de la extremidad bucal brotan dos ganchos para facilitar la adherencia. Corresponiendo a estos dos ganchos, se encuentran en la región dorsal dos eminencias carnosas.

al enfermo, no dura más de tres días. El cimex rotundus es muy parecido al *lectularius*, del que algunos le consideran como una simple variedad. Es algo más obscuro que él. Transmite la fiebre recurrente y el kala-azar.

Familia reducida. Tienen las alas bien desarrolladas y el rostro prominente. El *reuvius personatus* vive en estado de larva en las habitaciones poco cuidadas de las casas de campo, donde se dedica a cazar otros insectos, incluso la chinche. Cuando llega a adulto pica al hombre, y la picadura provoca un dolor intenso y una tumorción que dura más de ocho días.

El *conorhinus megistus* es un insecto muy vistoso. Abunda en el Brasil, especialmente en el Estado de Minas, y Chagas ha demostrado que transmite el *trypanosoma cruzi*.

Orden aphaniptera. El cuerpo aparece comprimido lateralmente y sin alas. Los segmentos del tórax no están fundidos entre sí. Las antenas están compuestas solamente por tres segmentos que se pueden adaptar a una fosita. Las patas están muy desarrolladas. El abdomen tiene nueve segmentos. El aparato bucal tiene más semejanza con el de los coleópteros que con el de los dípteros. Las mandíbulas y la hipofaringe, que es una pieza impar derivada del labium, son muy largas y delgadas y se hallan recogidas en una canal formada por los dos palpos labiales, constituidos, a su vez, por diversos segmentos, pero próximos entre sí y cóncavos hacia adentro, constituyen una vaina para las otras tres piezas ya mencionadas. Por fuera de esta trompa punzante se encuentran dos maxilas cortas, alargadas en forma de aletas y acompañadas de palpos maxilares bien desarrollados que tienen la función corriente de órganos táctiles. Esta estructura del aparato bucal es profundamente diferente de la de los dípteros y justifica que se cree un orden especial con estos pulicidos. Se pueden dividir en dos familias: pulicidos y sarcopsilídeos.

Familia pulicidos: Está dividida en varias subfamilias, de las cuales la que más nos interesa es la pulicinae, que se caracteriza por la cabeza pequeña, los palpos labiales, cla-



ramente articulados, los ojos bien desarrollados. No existen pestañas en el metotórax, entendiéndose por estas pestañas una serie de dientes quitinosos robustos que se encuentran en otros órdenes. Abarca tres géneros principales, que se pueden clasificar así: Género *pulex*: no tienen pestañas ni espinas. Género *ctenoccephalus*: con pestañas en el protórax y en el borde inferior de la cabeza. Género *ceratophyllus*: pestañas exclusivamente en el protórax.

El género *pulex*: Son muy numerosas las especies de este género que se han descrito, pasan de 400. Todas ellas son ectoparásitos de los mamíferos y de las aves, pero ninguna se limita a una sola especie de animales y, por el contrario, varias especies pueden convivir en un mismo individuo. Son insectos muy voraces, que continúan aspirando sangre incluso después de tener repleto el aparato digestivo. Expulsan el sobrante por el ano. Los huevos, de forma ovoide, y que miden cerca de medio milímetro de longitud, caen al suelo, en el estércoi de las cuadras o a los vestidos. En pocos días, que varían de dos a siete, según la temperatura ambiente, nace una larva de aspecto vermiforme que se nutre de detritus orgánicos y especialmente de las heces embrionarias, que tenía en su extremo anterior y crece. Presenta entonces ya 13 segmentos bien diferenciados, y por transparencia se pueden ver en ella los ganglios nerviosos, el aparato digestivo y el esbozo de los órganos sexuales. Salen de la cubierta pelos largos y rígidos, especialmente cerca del borde posterior de cada segmento. Terminado el crecimiento se encapsula la larva, y a los pocos días sale una ninfa blanca, que se hace en seguida parda y da origen al insecto adulto.

La variedad más corrientes es la *pulex irritans*, que tiene una sola hilera de pestañas en el contorno de la cabeza y otra preocular por debajo del ojo. El macho mide unos 2 milímetros y la hembra aproximadamente el doble. El cuerpo es oval y de color pardo castaño. Prefiere al hombre, pero pica también a otros mamíferos. Al picar inocula su saliva, que es irritante. Los huevos se encuentran por todas par-

ejemplares, los segmentos están provistos de espinas o de pelos rígidos.

*Gastrophilus hemorrhoidalis*: Mide 10 a 12 milímetros. La hembra deposita las larvas sobre la piel del caballo, el cual, lamándose, las introduce en el estómago. Allí se desarrollan y se extienden hasta el segmento terminal del intestino y se fijan en ella inflamándolo. Allí alcanzan la madurez y entonces caen al suelo, donde se transforman en ninfas. Se ha encontrado un caso en la piel del hombre.

*Gastrophilus nasalis*. Se llama también *castrus duodenalis*. Es un poco mayor que el precedente; habita también con especial frecuencia en el caballo y sus larvas son mucho más frecuentes en el duodeno que en el estómago. No se conoce sino algún que otro caso en el hombre.

*Hypoderma bovis*, del *castrus bovis*. El adulto es de color negro; la hembra tiene un órgano de depósito de huevos. Sin él, la longitud del cuerpo es aproximadamente de centímetro y medio. Es una especie cosmopolita. No pica a los bóvidos, sino que depone sus huevos sobre la piel de los mismos y ellos, lamándose, los introducen en el estómago. Ya en el esófago, y otros más abajo, se fijan a la mucosa y permanecen bastante tiempo en la submucosa. Luego atraviesan la túnica muscular y se los encuentra en el mediastino, en el diafragma, en la cápsula renal, y por fin, penetran en los músculos lumbares y a través de los agujeros de conjunción pasan al interior del conducto raquídeo. Crecen allí un par de meses, y por fin, tras de atravesar los músculos de los canales vertebrales vienen a hacer prominencia bajo la piel, donde permanecen otro par de meses. Cuando el desarrollo de las larvas es completo perforan la piel y caen a tierra. Durante todas estas transformaciones sufren diversas mudas y cambian varias veces de forma, puesto que en tanto que al principio son cilíndricos, adquieren más adelante una forma ensanchada en maza en su extremo anterior. Bajo la piel del hombre se han encontrado ejemplares de este insecto en numerosos casos. Los tumorecitos subcutáneos que producen se encuentran con especial frecuencia en el invierno y en la primavera. No se sabe con seguridad



# Jugo de carne Valentine's.

El mejor alimento para convalecientes el  
**JUGO VALENTINE'S**



El mejor jugo de carne el  
**VALENTINE'S**

Para calmar la irritabilidad del estómago, ayudar á la digestión y sostener y aumentar las fuerzas, se emplea el jugo Valentine's en los hospitales y en la práctica privada para tratar las

## ENFERMEDADES DE LOS NIÑOS

G. E. YARROW M. D., Cirujano comadrón del Hospital Lyng-in de Londres (Inglaterra). — «El jugo Valentine's ha sido usado en este Hospital durante muchos años y está considerado como insustituible para combatir la debilidad producida en la lactancia de los recién nacidos.»

PARK B. TUCKER M. D., Jefe de Sanidad en Hamilton (Bermudas). — «He encontrado el jugo Valentine's de un valor insustituible para alimentar a los niños; se pre para fácilmente y es retenido cuando cualquier otro alimento no ha dado resultado. Está probado también que es muy agradable al paladar y calma la irritabilidad de estómago, especialmente en las náuseas, que atacan tan á menudo á los que abusan de los licores espirituosos.»

Los señores médicos pueden pedir folletos conteniendo testimonios clínicos.

De venta en farmacias y droguerías en Europa y América.

**VALENTINE'S MEAT - JUICE Co.**

Richmond, Virginia, U. S. A.

Agentes generales para España y sus colonias.

**E. DURAN, S. en C.**

Calle de Tetuán, 9 y 11. — MADRID

## TUBERCULOSIS

AFECCIONES BRONCO-PULMONARES

Gripe, Escrófula, Raquitismo

## SOLUCIÓN PAUTAUBERGE

al Clorhidro-Fosfato de Cal creosotado.

La mejor tolerada de todas las preparaciones creosotadas

### ANTICATARRAL y ANTISÉPTICA

Seca las Secreciones y Cicatriza las Lesiones tuberculosas.

### EUPÉPTICA, RECONSTITUYENTE

Reanima las funciones de Nutrición y el estado general.

**L. PAUTAUBERGE**

10, Rue de Constantinople, PARIS, y Farmacias.

Depositaríos para España:

Giménez Salinas y C.<sup>a</sup> Sagués, 2 y 4, Barcelona (S. G.)

## 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



# LA NUEVA PROFILAXIA DEL CÁNCER

Con las Sales halógenas de magnesia.

FORMÚLESE

## SENECTAL PELLETIER

INDICACIONES: Trastornos cardíacos de hipervagotonías. Astenias. Achaques de la senectud. Trastornos digestivos de origen hepático. Pruritos. Dermatitis. Estrófulo. PROFILAXIA DEL CÁNCER

Pídase interesante literatura al

LABORATORIO PELLETIER. — Apartado de Correos 200. — MADRID. — Tel. 40.331 y 54.760.

### En el Manejo de las Hemorroides

el tratamiento paliativo generalmente se dirige a remover la congestión de la circulación portal y a disminuir el tamaño de las pilas.

Aplicada al perineo completo tan caliente como pueda soportarse cómodamente, la

*Antiphlogistine*

constituye un paliativo por excelencia en el alivio del dolor, inflamaciones y penoso tenesmo, causados por las pilas externas.

Acompañada con dieta y ejercicios apropiados, la rutinaria aplicación de este vendaje plástico es comúnmente suficiente para producir resultados en el manejo de las hemorroides.

Enviaremos por correo a solicitud del médico, muestra de Antiphlogistine y datos clínicos.

THE DENVER CHEMICAL MFG. Co., 163 Varick St., Nueva York, E. U. A.

Agentes exclusivos de venta para toda España:

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

### SIL - AL

Metahidrosilicato de aluminio fisiológicamente puro

Sustituye al bismuto en  
terapéutica gástrica.

Existe el Sil-Al belladonado.

Muestras

y literatura:

A. GÁMIR

Valencia.

### BARDANOL

— — Elixir de bardana y estaño eléctrico. — —

INDICACIONES:

Estafilococias en todas  
sus manifestaciones.

Muestras

y literatura:

A. GÁMIR

Valencia.

Autorizado por la Inspección General de Sanidad, número 4.193.

Alcaloides del opio y de la belladona  
(var. estable en solución Bética).

### ATROPAVER

Muestras y literatura a disposición de los señores Médicos que lo soliciten al Laboratorio « CELTA », Valencia.



# TERTULIA MÉDICA

## HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

### — AMENIDADES —

31-V 1930

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.

## SABIDURIA APARENTE

### III

Otras partidas, igualmente intrínsecas, dan reputación de sabios a los que no lo son: la seriedad y circunspección que sea natural, que artificiosa, contribuye mucho. La gravedad, dice la famosa Magdalena Scuderi, en una de sus conversaciones morales, es un misterio del cuerpo, inventado para ocultar los

## EL ANALGESICO VERAMON SCHERING se distingue

- 1) por la intensidad de su efecto analgésico.
- 2) por no causar sueño.
- 3) por no atacar al corazón ni causar sensaciones de calor.

defectos del espíritu; y si es propasada, eleva al sujeto al grado de oráculo. Yo no sé por qué ha de ser más que hombre quien es tanto menos que hombre cuanto más se acerca a estatua; ni por qué siendo lo risible propiedad de lo racional, ha de ser más racional quien se aleja más de lo risible. El ingenioso francés Miguel de Montaña dice, con gracia, que entre todas las especies de brutos, ninguno vió tan serio como el asno.

Aristóteles puso en crédito de ingenioso a los melancólicos, no sé por qué. La experiencia nos está mostrando a cada paso melancólicos rudos. Si nos dejamos llevar de la primera vista, fácilmente confundiremos lo estúpido con lo estático.

Las lobregueces del genio tienen no sé qué asomos a parecer profundidades del discurso; pero si se mira bien, la insociabilidad con los hombres no es carácter de los racionales. En estos sujetos, que se nos presentan siempre pensativos, está la negociación interior del alma. En vez de aprehender el entendimiento las especies, las especies aprehenden el entendimiento; en vez de hacerse el espíritu dueño del objeto, el objeto se hace dueño del espíritu. Atale la especie que le arrebató. No está contemplativo, sino atónito; porque la inmovilidad del pensamiento es ociosi-

Sedante del dolor, de la tos, de todo estado de excitación **ATROPAVER** reúne los alcaloides del opio y de la belladona.

dad del discurso. No obstante, peor seña es el extremo opuesto. Hombres muy chocarreros son sumamente superficiales.

Tanto el silencio como la locuacidad tienen sus partidarios entre la plebe. Unos tienen por sabios a los parcos,

otros a los pródigos de palabras. El hablar poco depende de nimia cautela, ya de temor, ya de vergüenza, ya de tarda ocurrencia de voces; pero no, como comúnmente se juzga, de falta de especias. No hay hombre que si hablase todo lo que piensa no hablase mucho.

Entre hablar y callar observan algunos un medio artificioso, muy útil para captar la veneración del vulgo, que es hablar lo que alcanzan y callar lo que ignoran con aire de que lo recatan. Muchos de cortísimas noticias, con este arte se figuran en los corrillos animadas bibliotecas. Tienen sola una especie muy diminuta y abstracta del asunto que se toca. Esta basta para meterse en él en términos muy generales con aire magistral, retirándose luego, como que, fastidiados de manejar aquellas materias, dejan de explicarla más a lo largo: dicen todo lo que saben; pero hacen creer que aquello no es más que mostrar la uña del león; semejantes al otro pintor que, habiéndose ofrecido a retratar las once mil vírgenes, pintó cinco, y quiso cumplir, con esto, diciendo que las demás venían detrás en procesión. Si alguien, conociendo el engaño, quiere empuñarlas a mayor discusión, o tuercen

## Diarreas estivales

## ELDOFORMO "BAYER"

la conversación con arte, o fingen un fastidioso desdén de tratar aquella materia en tan corto teatro, o se sacuden del que los provoca, con una risita falsa, como que desprecian la provocación; que esta gente abunda de tretas semejantes, porque estudian mucho en ellas.

Otros son socorridos de unas expresiones confusas que dicen a todo, y dicen nada, al modo de los oráculos del gentilismo, que eran aplicables a todos los sucesos. Y de hecho, en todo se les parecen, pues siendo unos troncos son oídos como oráculos. La obscuridad con que hablan es sombra que oculta lo que ignoran; hacen lo que aquellos que no tienen sino moneda falsa, que procuran pasarla al favor de la noche. Y no faltan necios que por su misma confusión los acreditan de doctos, haciendo juicio que los hombres son como montes, que cuanto más sublimes más obscurecen la amenidad de los valles.

Este engaño es comúnmente auxiliado del ademán persuasivo y del gesto misterioso. Ya se arruga la frente, ya se acercan una a otra las cejas, ya se ladean los ojos, ya se arrugan las mejillas, ya se extiende el labio inferior en

forma de copa penada (1), ya se bamba-nean con movimientos vibratorios la cabeza, y en todo se procura afectar un ceño desdenoso. Estos son unos hombres que más de la mitad de su sabiduría la tienen en los músculos de que se sirven para darse todos estos movimientos. Justamente hizo burla de este artificio Marco Tulio.

### IV

El despreciar a otros que saben más es el arte más vil de todos, pero uno de

**YODALGON**  
ARRHENALADO  
COMBINACIÓN ORGÁNICA DE YODO Y ARSÉNICO

de los más seguros para acreditarse entre espíritus plebeyos. No puede haber mayor injusticia ni mayor necedad que la de transferir al envidioso aquel mismo aplauso de que éste con su censura despoja al benemérito. ¿Acaso porque el nublado se oponga al sol dejará éste de ser ilustre antorcha del cielo, será aquél más que un pardo borrrón del aire? Para poner mil tachas a las doctrinas y escritos ajenos ¿es menester ciencia? Antes, cuando no interviene envidia ni malevolencia, nace de pura ignorancia. Acuérdomos haber leído en el «Hombre de letras», del padre Daniel Bartoli, que un jumento, tropezando por accidente con la «Iliada» de Homero, la destrozó e hizo pedazos con los dientes. Así que para ultrajar y lacerar un noble escrito nadie es más a propósito que una bestia.

La procacidad o desvergüenza en la disputa es también un medio igualmente ruin que eficaz para negociar los aplausos de docto: Los necios hacen lo que los megalopolitanos, de quienes dice Pausanias que a ninguna deidad daban iguales cultos que al viento Boreas, que nosotros llamamos cierzo o regañón. A los genios tumultuantes adora el vulgo como inteligentes sobresalientes. Concibe la osadía desvergonzada como hija de la superioridad de doctrina, siendo así que es cosa absolutamente incompatible con ella. A esto se añade que los verdaderos doctos huyen

Poderoso reconstituyente:  
**BIOPLASTINA SERONO**

cuanto pueden de todo encuentro con estos genios procaces; y este prudente desvío se interpreta medrosa fuga, como

(1) Dícese de una especie de vasija prolongada y estrecha en su boca a fin de que salga en poca cantidad la bebida.



si fuese propio de hombres esforzados andar buscando sabandijas venenosas para lidiar con ellas. Justo y generoso era el arrepentimiento de Gatón de haberse metido con sus tropas en los abrasados desiertos de Africa, donde no tenía otros enemigos que áspides, ceras, dipsades y basiliscos. Menos horrible se le representó la guerra civil en los campos de Farsalia, donde pelearon contra él las invencibles huestes del César, que en los arsenales de Libia, donde batallaban por el César los mas viles y abominables insectos.

El que puede componer con su ingenio y con sus fuerzas ser inflexible en la disputa, porfiar sin término, no ren-

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

dirse jamás en la razón, tiene mucho adelantado para ser reputado como Aristóteles; porque el vulgo, tampoco en la guerra de Minerva, como las de Marte, declara la victoria por aquel que se mantiene en el campo de batalla, y en su aprehensión nunca deja de vencer el último que deja de hablar. Esto es lo que siente el vulgo. Mas para el que nos es vulgo, aquel a quien no hace fuerza la razón, en vez de calificarse de docto se gradúa de bestia. Con gracia, aunque gracia portuguesa (esto es, arrogante).

El artificio muy común de los que saben poco arrastran la conversación hacia a aquello poco que saben. Conoció un sujeto que cualquiera conversación que se excitase, insensiblemente la iba moviendo de modo que a pocos pasos se introducía en el punto que había estudiado aquel día o el antecedente. De esta suerte siempre parecería más erudito que los demás. Aun en disputas escolásticas se usa de esta estratagema. He visto más de dos veces a un buen teólogo puesto en confusión por un principiante, porque éste quimerizando en el argumento sobre algunas proposiciones sacaba la disputa de su asunto propio, algún enredo sumulístico de ampliaciones, restricciones, alienaciones, oposiciones, conversiones, equipolencias de que el teólogo estaba olvidado. Esto es, como el villano Caco, traer con astucia a Hércules a su propia caverna, cegándole con el humo que arrojaba por la boca.

(Continuará.)

**Yoduros Bern** de (K y Na), químicamente puros. No provocan Iodismo. Fabricación nacional.

**El dominio de sí mismo.**

(PARA MOZOS ADOLESCENTES)

Si quieres conquistar el mundo, comienza por conquistarte a ti mismo.

¿Qué significa conquistar el mundo? Significa adquirir buen nombre, independencia, influencia social, talento profesional y, por último, riqueza, salud y felicidad. Estos bienes deseables pueden alcanzarse, en la mayoría de los casos o en su totalidad, por quien quiera poseerlos.

¿Qué desea usted? Ser feliz. ¿Qué es

necesario para ser feliz? La salud, el éxito y la satisfacción de ser útil a los demás. ¿Cómo tendré salud? Observando las reglas de la higiene física y men-

**Urosolvina: eficaz antiúrico.**

tal y practicando la cultura física. ¿Cómo alcanzaréis éxito en la vida? Poseyendo cualidades sociales o atracción simpática: cualidades de orden y de método: sentimientos positivos, optimismo, confianza en sí, benevolencia, entusiasmo; cualidades prácticas: ponderación de los valores ajenos, lógica eficaz; cualidades morales: amor a lo bueno, a lo bello, a lo verdadero, energía, firmeza, solidaridad y caridad; cualidades profesionales desmenuadas por la aplicación, la concentración y la perseverancia.

Los conocimientos profesionales.—Deben ser, no solamente suficientes, sino superiores a los de los demás; se adquieren mediante el orden, la puntualidad y la investigación del mejoramiento.

Juicio, conciencia ponderada, solidaridad, energía y perseverancia. El hombre dueño de estas cualidades logra alcanzar infaliblemente una situación importante.

¿Es posible el lograr adquirir el desarrollo de estas cualidades? Si: si está mal constituido, si pertenece al grupo de los degenerados hereditarios o des-

## NEUROTÓNICO

Medicación glicero-arsenical fosfatada con nucleína y estricnina.

En Elixir e Inyectable.

Tónico reconstituyente en todos los casos de ANEMIA O DEBILIDAD

equilibrados, su reeducación no tendrá para él interés. Pero si atendéis estos consejos será porque todas las condiciones necesarias para este ideal existen en vosotros y sois de un espíritu selecto y bueno para la cultura humana.

No confundáis la cultura humana o física con la cultura en el sentido de la instrucción. Estos dos métodos no se proponen el mismo objeto; cultura e instrucción no son la misma cosa. Decimos, por ejemplo: «Fulano no ha tenido éxito y sin embargo es instruido, culto, posee diplomas, títulos académicos, habla cinco o seis idiomas; no cabe duda que es cultivado.»

Esto es exacto; pero esta cultura no es la que debéis ambicionar. Los conocimientos señalados son estimables y aumentan las probabilidades del éxito, pero no basta. Personalmente conozco individuos provistos de varios diplomas o que han adquirido cierto valor en una especialidad, en el arte o en las ciencias, y sin embargo arrastran una vida bohemía y miserable. ¿Por qué?

Porque no están cultivados en el sentido del cultivo humano, es decir, en el

**Inapetencia, Anemia, Debilidad.**  
**VINO MADARIAGA, tónico - fosfatado.**

sentido práctico; no están equilibrados ni han cuidado de modo normal todas sus facultades. Estos intelectuales no son gente práctica, no saben aplicar sus

facultades con propósito de mejor rendimiento. Si un filósofo, psicólogo, psicoanalista, les hubiese llevado por la mano y hubiese ordenado su energía y su inteligencia, hubieran logrado un rendimiento magnífico.

He ahí por qué los recursos de reeducación son un beneficio social. Si todos lo siguiéramos veríamos disminuir y aun desaparecer el número de los incapaces, los amargados y los envidiosos que nos rodean. La vida social se modificaría: cada cual se avendría a su suerte.

¿Qué necesitáis para lograr el éxito? Constituir vuestro verdadero yo, vuestro yo ideal. Me explicaré: coged dos individuos diferentes; uno inteligente,

El médico aconseja a los propietarios y agricultores, el abono de las tierras con

**Nitrato de Chile.**

dotado de espíritu vivo y orientado en la vida práctica, y el otro ininteligente y degenerado por una creencia funesta. Este último es la excepción. Si preguntáis a este ser inculto, ¿qué deseáis en este mundo? Responderá: poseer la riqueza ajena, comer y beber bien, dormir y divertirme, y nada más. Al responder así, no piensa en las consecuencias funestas de este estado de cosas, que le conducirían fatalmente a la ruina, al desaliento, al hastío, a una enfermedad y a la muerte precoz. No nos ocupemos de los entes inferiores porque nuestros esfuerzos merecen aplicarse a los susceptibles de perfección.

Los hombres inteligentes (y lo son todos los que leen estas notas) expresarán su propósito de este modo: Mi ideal es el ser un hombre bueno, útil, estimado, gozando de una influencia social extensa, capaz de hablar bien, de escribir, de reflexionar, de juzgar y ejecutar toda decisión, pues ellas son las cualidades que nos hacen útiles y afortunados.

He aquí vuestro objeto, ¿no es eso? Ahora bien, ya podéis realizarlo. Si habéis concebido el proyecto, poseéis ya con toda seguridad en su estado latente las cualidades a adquirir; poseéis en germen las condiciones precisas para la realización del propósito y ellas bastan para desarrollarle. ¿Cómo lo realizaréis? En primer lugar por la concentración. ¿Cómo os habituaréis a la concentración? Por la comprobación de vuestro espíritu. Debéis establecer un programa que

Fábrica especializada en Productos Dietéticos y de Régimen Vegetariano.

**CASA SANTIVERI, S. A. — Call, 22. — Barcelona.**

responda a vuestros anhelos. Dicho programa será examinado con concentración reflexiva para daros cuenta de sus detalles y sus modos de realización. Debéis acostumbraros a reflexionar, es decir, a comprobar vuestros pensamientos para fijar la atención sobre una idea y sostenerla en ella todo el tiempo necesario para la solución del problema.

Luego el programa deberá ser ejecutado sin desfallecimiento y se realizaréis en cuanto hayáis adquirido la comprobación de vuestras acciones. Esto es lo que llamáis la voluntad. Por la refle-

SIGUE A LA PAGINA XX



# Underwood portátil.

Teclado igual al del modelo para oficinas.



La máquina ideal  
para correspondencia particular.

**Guillermo Trúniger, S. A.** - Apartado 298, BARCELONA  
Sucursal en Madrid: Alcalá, 39.

**Paseos de un solitario.**—Hombres y mujeres de mi tiempo. Recuerdos y memorias de Carlos M.<sup>a</sup> Cortezo. Precio de los dos tomos publicados 5 y 6 pesetas cada uno; para los suscriptores de EL SIGLO MÉDICO 8,50 pesetas los dos tomos.

**Indicaciones del Fórceps y Técnica operatoria del mismo,** por el Dr. Paulino A. Pons. 18 figuras. Utilísimo. Precio, 4 pesetas. Pedidos a EL SIGLO MÉDICO.

**Juramento de Hipócrates.**—Tenemos a la venta algunos ejemplares en papel del Juramento de Hipócrates, editado por EL SIGLO MÉDICO con motivo de los 76 años de su publicación. A nuestros suscriptores les facilitaremos ejemplares mediante el envío de **cincuenta céntimos**. Las dimensiones del papel especial en que está impreso dicho Juramento son de 50 x 35 centímetros.

**Sanidad militar.**—Programa para el concurso de oposiciones a ingreso en la Academia de Sanidad militar. Folleto de 37 páginas. Una peseta. Pedidos a EL SIGLO MÉDICO.

**Tratado práctico de etiqueta y distinción social,** 4 pesetas. Se remite esta obra por intermedio de la Administración de EL SIGLO MÉDICO.

**Subdelegados de Medicina.**—Las contestaciones al programa de subdelegados de Medicina, todavía en vigor, y de las que son autores los Sres. D. Julio Bravo y don Baldomero Campos, se facilitan a nuestros suscriptores al precio reducidísimo de diez pesetas en vez de las 30 a que se vendían.

CCC

ROGAMOS  
UNA PESETA

AL MES, PARA LA

FERNANDO-VI-6-MADRID

CONCERTADO 
 APARTADO



LIBRERIA MEDICA

R. CHENA y C.<sup>a</sup>

Atocha, 145

— MADRID —

Apartado 7004

PRONTUARIO  
DE  
OFTALMOLOGÍA  
por el

DR. JESÚS GALÍNDEZ Y RIVERO

Director y fundador de la Clínica Moderna de Oftalmología de Madrid.  
Oculista de número del Asilo Hospital de San Rafael (Madrid) y del  
Sanatorio Psiquiátrico de San José, de Ciempozuelos (Madrid). Ex Pro-  
fesor Oculista del Instituto Rubio y del Oftálmico Nacional. Del Claustro  
de Doctores de la Universidad Central, etc., etc.

**Un tomo de 343 páginas. Precio: 8,50 pesetas.**

La obra que ofrecemos hoy al público médico en general, y a los alumnos de esta especialidad, está especificada en el PROLOGO

Su autor, eminente oftalmólogo, quiere presentar en su Prontuario un libro modesto en la forma y gigante en el fondo. En él encontrarán resueltos todos los problemas aquellos médicos que, sin dominar la especialidad, precisan intervenir en el partido rural, y el estudiante preparar su examen en un excelente resumen.

PRÓLOGO

«Requerimientos amistosos de personas muy queridas, obligáronme a aceptar el encargo—para mi muy honroso—de escribir un Prontuario de Oftalmología, en donde el médico general pudiera encontrar un guía breve y sencillo que le ayudara, en lo posible, a resolver las dificultades de diagnóstico y tratamiento que en su práctica diaria se le han de presentar.

Teniendo presente que el benemérito compañero que ejerce en los pueblos ha de actuar, en la mayoría de los casos, él solo y con sus propios medios, he procurado tratar todos aquellos puntos que más puedan interesarle.

Para mayor claridad y sencillez, divido el libro en tres partes: 1.<sup>a</sup>, Nociones de Clínica Oftalmológica; 2.<sup>a</sup>, Formulario Ocular, y 3.<sup>a</sup>, Traumatología Ocular, y un apéndice con el cuadro de inutilidad de la vigente ley de Reclutamiento, y algunos artículos de la ley de Accidentes del Trabajo.

En la primera he procurado tratar brevemente todos los temas; sin embargo, alguno, como el «Tracoma o conjuntivitis granulosa», por su importancia individual y social y por la gran misión que le está encomendada al médico general en la campaña contra esta terrible enfermedad, me he extendido un poco más; por similar razón hago un estudio detenido de las conjuntivitis purulentas, sobre todo de las gonocócicas del adulto y del recién nacido.

En la segunda estudio aquella terapéutica oftálmica que más aplicación tiene; fijándome preferentemente en las propiedades, usos, indicaciones y contraindicaciones de algunos medicamentos muy usados en Oculística y que conviene tener siempre presente. Al final de cada capítulo doy a conocer las fórmulas que a diario aplico en mi clínica.

En la tercera trato de la traumatología ocular, tema muy interesante en la que tiene que intervenir el médico general tantísimas veces haciendo la primera cura y cuya importancia no hay por qué señalar siquiera.

Además lleva un apéndice con el cuadro de inutilidades de la vista para el servicio militar y algunos artículos de la ley de Accidentes del Trabajo, que creo les han de prestar muy buenos servicios.

La relación de inutilidades con las últimas disposiciones, me la ha proporcionado mi distinguido amigo y compañero, el culto y reputado comandante médico D. Pedro Sáinz García. Para él mi gratitud.

No sé si habré acertado; lo que sí aseguro es que le he escrito con gran cariño y con el pensamiento fijo en vosotros, admirados compañeros que ejercéis en los pueblos; si encontráis algo interesante, si os aclara alguna duda y si os saca de un solo apuro, me daré por muy satisfecho.»

Abril 1930.

DR. JESÚS GALÍNDEZ.



# EL SIGLO MÉDICO

## REVISTA CLÍNICA DE MADRID

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

### PROGRAMA CIENTÍFICO:

Lema: *Progressi sumus, progredimur, progrediemur.*

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

### NÚMERO ESPECIALIZADO

## OFTALMOLOGÍA CLÍNICA PARA EL MÉDICO PRÁCTICO

Redacción del Dr. MARTÍN RENEDO

Jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital Militar de Madrid-Carabanchel.

### TRABAJO ORIGINAL

#### El lagrimeo y las inflamaciones del saco lagrimal.

Seguramente de todas las afecciones del órgano de la visión y de sus anexos, las que el médico general encuentra más frecuentemente, casi a diario, en su práctica, son el lagrimeo crónico y las inflamaciones agudas o crónicas del saco lagrimal. Algunos casos podrá y deberá resolver por sí mismo, y en otros habrá de enviar sus enfermos al especialista.

Creyendo nosotros que una exposición de conjunto y con carácter práctico de estos problemas tal y como el estado científico actual los considera ha de ser útil en una y otra circunstancia al médico general, vamos a ocuparnos de ellos, huyendo en nuestro trabajo de teorizar demasiado con perjuicio de la claridad, y procurando precisar las normas a que el médico general debe atenerse ante su clientela. Para los casos que él haya de resolver sin más auxilio, le serán útiles estos consejos, y el conocimiento exacto del problema en sus aspectos diagnóstico y terapéutico en los que él no puede resolver por sí, le dará una gran seguridad y confianza en el consejo que al paciente que le consulta ha de dar, con lo que su prestigio quedará a la altura que merece al comprobar el enfermo que el especialista no hizo sino confirmar el juicio clínico de su médico de cabecera.

Puede existir lagrimeo por dos causas fundamentales: o bien se trata de un aumento de secreción, o de un déficit de salida de las lágrimas.

Estados de alteración del equilibrio del sistema nervioso vegetativo, inflamaciones del ojo o sus anexos, cuerpos extraños en conjuntiva y córnea especialmente, etc., pueden ser la única causa del lagrimeo. En unos casos, los primeros, será suficiente un tratamiento de atropina, medio miligramo diario en dos dosis, *per os*, o por vía parenteral, para curar un

lagrimeo rebelde. En los segundos, el tratamiento de la enfermedad ocular responsable del lagrimeo será condición esencial para hacerle también desaparecer. Bastará recordar las causas más frecuentes que hemos señalado como responsables de un aumento de secreción, y especialmente la presencia de cuerpos extraños en conjuntiva y córnea, erosiones de esta última, sus diversos estados inflamatorios, para que procedamos a una exploración en este sentido que en bastantes casos permitirá descubrir su origen y hacer que desaparezca el molesto síntoma con el tratamiento indicado en cada caso (alejamiento del cuerpo extraño, etc.).

Otros diversos estados (iritis y, en general, un gran número de afecciones de polo anterior del ojo) patológicos de menos importancia en la práctica pueden dar lugar a un aumento de secreción; pero la idea sumaria que aquí nos guía aconseja no extendernos más en este punto.

En un número mucho mayor de casos, la epífora o lagrimeo dependerán de una dificultad que impide a las lágrimas su evacuación normal. Sabemos que una parte del líquido lagrimal segregado se evapora en contacto de la atmósfera, y que otra parte, después de lubricar el polo anterior del ojo, pasa normalmente por vías lagrimales a nariz. Un obstáculo en un punto cualquiera de la vía excretora desde puntos lagrimales a meato inferior impedirá el curso normal de las lágrimas, provocando el lagrimeo.

La ausencia congénita de puntos lagrimales, su obstrucción cicatricial y, sobre todo, el desplazamiento congénito o adquirido del punto lagrimal inferior, que para cumplir normalmente su función debe estar situado en pleno lago lagrimal, provocará y sostendrá un lagrimeo crónico.

De los casos últimamente citados, el defecto más corrientemente observado y el más fácil de resolver es el de que el punto lagrimal no esté en directo contacto con el lago lagrimal, sino que, en vez de estar dirigido hacia atrás y adentro, como es lo nor-





mal, está situado directamente hacia arriba o hacia adelante, bastando en los dos casos, si el desplazamiento es pequeño, incidirle con el cuchillete de Weber en una extensión de un par de milímetros hacia atrás y adentro, o mejor con una fina tijera, resecaando después uno de los bordes avivados para evitar la cicatrización ulterior que anularía el efecto logrado, para ver desaparecer instantánea y definitivamente un lagrimeo persistente.

El ectropión consecutivo a enfermedades de conjuntiva, el senil, el cicatricial, dan asimismo lugar, con frecuencia, a una eversión del punto lagrimal inferior con el consiguiente lagrimeo, siendo en estos casos el tratamiento tributario del especialista, y no interesando, por tanto, tan directamente al médico práctico.

Una pequeñísima concreción, una pestaña, un cuerpo extraño cualquiera introducido en punto lagrimal, será el responsable del lagrimeo en ciertos casos. Su extracción con una pinza fina, previa instilación de un par de gotas de solución de cocaína al 4 por 100, dará fin a la epífora en estos casos.

La estrechez congénita o adquirida de los canales lagrimales, especialmente del inferior, de función más importante que el superior; la presencia de pseudoválvulas (repliegues de mucosa que obran dificultando el paso normal de las lágrimas), la hipermia crónica de la mucosa, el espesamiento inflamatorio de su pared, podrán ser otras tantas causas de epífora, que, a veces, será posible hacer cesar, desbridando el canalículo a la vez que el punto lagrimal (cuchillete siempre dirigido su corte hacia atrás) o haciendo algunas inyecciones por punto lagrimal de una solución anestésica vasoconstrictora (novocaína al  $\frac{1}{2}$  por 100, agregando una gota de adrenalina al milésimo por cada centímetro cúbico), que en los simples estados congestivos hará la vía más permeable, facilitando así el paso de las lágrimas.

La técnica del lavado es de tal sencillez, que sin instrumental especial alguno puede hacerla el médico práctico, por lo que, y como además habrá de servirle para explorar la permeabilidad de las vías lagrimales en todos los casos en que esta práctica sea aconsejable, diremos cómo procedemos nosotros para demostrar que todo médico puede y debe hacerla. Precisamos por todo instrumental un estilete de punta fina, una jeringa ordinaria de cristal (la corriente para toda clase de inyecciones) de 5 c. c., y una aguja fina de las usuales para inyecciones hipodérmicas o intravenosas, y a la que se ha limado su punta para evitar herir la mucosa. Instilación dos veces, con cinco minutos de intervalo, de un par de gotas de la solución de cocaína arriba indicada; después, poniendo tenso el párpado inferior, para lo cual el índice de la mano izquierda apoyado en la parte más externa del reborde orbitario inferior tira del párpado hacia afuera, se dilata el punto lagrimal con el estilete dirigido perpendicularmente durante el primer milímetro, y llevándole a la horizontal, o sea paralelo al borde palpebral después, para que

avance por canalículo a la vez que hacemos un movimiento de rotación que facilita su entrada hasta unos cinco milímetros del punto lagrimal, extrayendo entonces el estilete que nos ha abierto ya el camino lo suficiente para introducir la aguja montada en la jeringa (maniobra que hacemos con la mano derecha sin abandonar la tracción que ejercemos con el índice izquierdo), empujando dulcemente el émbolo, a la vez que mandamos al paciente mire hacia arriba para poder observar si existe o no normalidad. Al empujar el émbolo pueden ocurrir tres cosas: Primera, que el líquido refluya en su totalidad por los lados de la aguja por el mismo canalículo inferior, lo que nos demostrará, que el obstáculo radica en el canalículo inferior, si éste desemboca directamente en el saco, o en el mismo canalículo antes de unirse al superior (para, formando un solo conducto, desembocar en el saco lagrimal), puesto que, como es sabido, existen ambas variedades anatómicas. Segunda, que el líquido salga por el punto lagrimal superior, es decir, que esté libre el canalículo inferior, y la obstrucción sea de la porción de canalículo común, o ya de saco mismo. Tercero, que el líquido pase a nariz, pero exigiendo una presión mucho mayor sobre el émbolo que la habitual, ligerísima, en los casos normales.

En el primer caso, el desbridamiento del canalículo con el cuchillete de Weber (corte dirigido hacia atrás), podrá sin inconveniente alguno resolver el problema. En los otros dos casos, se ensayarán unos lavados con la solución anestésica vasoconstrictora arriba indicada, debiendo si el lagrimeo persiste pasar el enfermo al especialista.

Si estas pequeñas intervenciones no pueden hacerse por tratarse de un enfermo pusilánime o nervioso, cabe instituir un tratamiento médico paliativo de instilación dos veces al día de unas gotas de solución muy débil de sulfato de cinc, 2 centigramos, cocaína 10 centigramos, y solución de adrenalina al milésimo 5 gramos e igual cantidad de agua destilada, pero haciendo constar que este tratamiento no ofrece esperanzas de curación.

De intento no hemos citado como recursos terapéuticos a emplear, ni los sondajes difíciles en manos poco expertas, y no exentos de peligros, aun practicados por el especialista, y de acción curativa poco menos que nula, ni tampoco nos ocupamos de la extirpación de porción palpebral de glándula lagrimal, porque, si bien en algunos casos puede estar indicada, creemos es intervención que, aunque fácil, cae fuera del campo del médico general.

Ahora bien, cuando el obstáculo reside más allá de los canalículos, es decir, en el saco lagrimal, conducto nasal o en su desembocadura en meato inferior, lo más frecuente es que tenga lugar una retención del líquido en el saco lagrimal, que diagnosticaremos, o bien por la presencia de una tumoración que abulta región del saco lagrimal (posibilidades de error, quiste prelagrimal poco frecuente y afecciones de laberinto etmoidal, estando en ambos casos perfectamente



permeables vías lagrimales al lavado, y siendo la tumefacción etmoidea de asiento más alto que la por retención en saco), o bien haciendo presión en región del saco con nuestro dedo índice, que aprecia que algo se vacía hacia nariz, o viendo salir por puntos lagrimales el líquido retenido y expulsado por la presión digital.

El estancamiento de las lágrimas se acompaña en muchísimos casos de un aumento de la producción de moco y favorece en otros la infección de la mucosa del saco lagrimal, dando entonces lugar a las dacriocistitis (vulgarmente rijas), desde la mucosa a la francamente purulenta, en las que el líquido retenido tiene el aspecto y constitución del moco, moco-pus, o completamente purulento.

Estas dacriocistitis, que casi siempre tienen un carácter crónico, se acompañan ocasionalmente de brotes agudos císticos o pericísticos, siendo el cuadro más alarmante el del flemón del saco lagrimal, episodio que casi siempre se desarrolla así: en una persona que padecía un antiguo lagrimeo o una dacriocistitis crónica que no la producía otras molestias que las de verse obligada a vaciar su saco lagrimal varias veces al día apretándose con el dedo en ángulo interno para de este modo hacer pasar el contenido mucoso o purulento del saco a nariz, en unos casos, o a fondo de saco conjuntival en otros, se presenta repentinamente dolor y tumefacción en región lagrimal que va aumentando rápidamente, extendiéndose a párpados y mejilla y acompañada de reacción general. El dolor se hace insufrible, impidiendo todo descanso y durando este estado varios días, hasta que, o bien, caso más corriente, se inicia en piel un punto de reblandecimiento por donde el pus se abre paso al exterior, o bien, más raro, los fenómenos inflamatorios van cediendo lentamente, volviendo otra vez a su estado de cronicidad y falta de reacción que antes tenían, pero quedando el enfermo bajo la amenaza de que casi con seguridad el accidente agudo se repita. Si se abrió espontáneamente al exterior, los fenómenos agudos ceden un tanto; pero lo frecuente es que, tras un vaciamiento incompleto y drenaje insuficiente, se organice una tenue cicatriz en piel, cicatriz que vuelve a abrirse con la mayor facilidad en cuanto el pus se acumula, eternizándose este cuadro oscilatorio de retención y de fistulación, o haciéndose ésta definitiva.

¿Qué conducta ha de seguir el médico general ante una de estas agudizaciones?

Si se trata de un paciente pusilánime, quizás sea preferible se limite a recomendar la aplicación de calor húmedo, que siempre hará disminuir el violento dolor, y que, o bien favorecerá la resolución del proceso pericístico que lentamente retrocederá hasta quedar reducido a una dacrio o dacriopericistitis crónica con reacción escasa, o bien precipitará la evolución del flemón apresurando su abertura al exterior, si bien, por las razones arriba apuntadas, subsistirá una tendencia a recidiva y fistulización, por lo que deberá, aprovechando una pausa de tranquilidad, remitir el paciente al especialista.

En general, ante el ataque agudo, deberá obrar rápida y valientemente, tanto más cuanto que sólo ventajas ofrece el actuar así, y ningún peligro existe para hacer con un pequeño bisturí una amplia incisión que profundice hasta el plano óseo (no precisando anestesia, que, de intentarla, fracasaría en este período de agudización), y el resultado inmediato será que aquel paciente que no podía conciliar el sueño ni descansar un minuto desde varios días antes por los dolores insufribles, recobrará en unas horas su calma y su reposo, y con curas sucesivas y en un período variable cicatrizará su herida por segunda intención, aprovechando también el momento en que la enfermedad esté en frío para proceder a una operación radical.

Ahora bien, fuera de este período episódico de agudización, en los más frecuentes casos de dacriocistitis crónica mucopurulenta o purulenta sin gran reacción, ¿cómo debe comportarse el médico general?

Nuestra opinión es que debe abstenerse por completo de todo tratamiento, tanto médico como quirúrgico, puesto que las instilaciones de los antisépticos más variados serán perfectamente inútiles, e ineficaces también el sondaje y los lavados antisépticos, maniobras ambas que no dejan de tener sus peligros además, aun en manos muy expertas; y, desde luego, tampoco le aconsejaríamos seguir el tratamiento quirúrgico, único razonable utilizable, porque él exige una técnica del dominio del especialista, sobre todo refiriéndonos a la operación que más garantía nos ofrece, que, como veremos después, es la dacriocistorrinostomía.

Se limitará (y con ello prestará un muy valioso servicio a su enfermo) a exponer al paciente los peligros a que está expuesto de agudizaciones; además, por tener en una región tan vecina de órgano de la trascendencia del ojo un foco de infección que le amenaza constante y gravemente; le indicará cómo una simple erosión de conjuntiva o córnea y que en un sujeto sano no tendría importancia alguna, puede, infectándose por unas vías lagrimales enfermas, llegar a causar incluso la pérdida completa de su visión (úlceras de hipopión principalmente, de la que es responsable en la mayoría de los casos una dacriocistitis), y le recomendará someterse a la cura radical de su enfermedad.

Entretanto, y haciendo constar de un modo claro que no tiene efecto alguno curativo, le recomendará que tres o cuatro veces al día procure vaciar su saco lagrimal (si ello es aún posible) haciendo presión con el dedo sobre ángulo interno del ojo y haciendo después un lavado conjuntival abundante con una solución tibia de oxicianuro de mercurio al 1 por 10.000 e instilando una o dos veces al día una gota de solución de argirol al 5 por 100, colocando por la noche entre los párpados, para evitar que el exudado aglutine las pestañas y el ojo se pegue, una pomada boricada, o mejor a la optoquina, por su acción sobre el pneumococo que abunda en estas afecciones de vías lagrimales.



## ¿QUÉ ENTENDEMOS POR CURA RADICAL?

Por tratarse de un trabajo eminentemente práctico, es obligado prescindamos de todos los métodos abandonados y desechados justificadamente en la clínica actual, y no nos ocuparemos, por lo tanto, ni de la introducción en el saco de pomadas modificadoras, ni de su abertura y raspado de su mucosa infectada, de la cauterización ígnea o química, ni desde luego de los sondajes y lavados a los que hemos negado toda eficacia, limitándonos aquí a las dos operaciones que en la actualidad se practican con un fin curativo de las dacriocistitis, y que son: la extirpación reglada del saco lagrimal y la dacriocistorrinostomía.

Inútil nos parece el exponer la técnica de la extirpación del saco, de una parte, porque es perfectamente conocida de todos los médicos, y todas las obras de oftalmología la describen mucho mejor que nosotros pudiéramos hacerlo, y de otra, porque, aun cuando es operación de gran sencillez, cae fuera del campo del médico general y sería bien poco útil entretenernos y molestar a los lectores con detalles que no han de poder ser en la práctica aplicados. Nos limitaremos, pues, a señalar que la extirpación del saco lagrimal es una operación rápida y segura en sus resultados, haciendo desaparecer el foco de infección. Huelga nos detengamos en analizar dificultades operatorias o complicaciones postoperatorias que en realidad no existen. El enfermo, una semana después de operado, es dado de alta en general radicalmente curado, no pudiendo contar las excepciones en esta exposición general.

Ahora bien, nos apresuramos a manifestar que, a pesar de los juicios favorables que acabamos de hacer de esta vulgar intervención, no somos partidarios de ella más que en contadísimos casos, hasta el punto de que, como diremos en seguida, la hemos casi en absoluto desterrado de nuestra práctica.

Es una operación esencialmente antifisiológica, que nos priva de un órgano, y por consecuencia de su función. El curso de las lágrimas queda total y definitivamente suprimido, siendo las principales secuelas de este hecho la presencia casi constante de un estado de congestión de conjuntiva, de conjuntivitis crónicas incurables, y aun en muchísimos casos, queda un lagrimeo que molesta extraordinariamente a los enfermos, que se sienten defraudados en las esperanzas de curación, que creían más perfecta después de la intervención.

Claro es que este síntoma molestísimo postoperatorio del lagrimeo pudiera, teóricamente al menos, prevenirse haciendo, a la vez que la extirpación del saco lagrimal, la de la porción palpebral de la glándula lagrimal o la cauterización o desplazamiento de sus conductillos secretores que desembocan en fondo de saco conjuntival superior, pero aun siendo cualquiera de estas intervenciones cosa fácil, de unos minutos, y aun no militando nosotros en el grupo de los que ven peligros en la privación de la glándula o de su secreción que es igual, y no creyendo, por tanto,

que la falta de secreción pueda perjudicar al ojo puesto que tenemos la certeza de que las células lagrimales aisladas o formando pequeñas agrupaciones (glándulas lagrimales accesorias) esparcidas por la superficie de la conjuntiva son, si funcionan normalmente, suficientes para segregar la cantidad de lágrimas precisa para sostener la humedad necesaria en conjuntiva y globo ocular, y las queratitis filamentosas achacadas a este supuesto déficit de secreción lagrimal no se presentarán jamás si antes de destruir la glándula nos hemos convencido con las oportunas pruebas exploratorias de que la capacidad secretora es normal en estas glándulas accesorias, como no es completamente seguro (aunque si muy probable) que el lagrimeo exagerado subsista después de extirpar el saco, puesto que a veces es muy ligero y apenas molesta, seguramente porque desaparecido el foco de supuración del saco la irritabilidad que sobre glándula lagrimal ejercía desaparezca, y, por tanto, la secreción lagrimal se reduzca a los límites normales o muy poco por encima de ellos, no podemos admitir que en el mismo acto operatorio se sacrifique el saco y la glándula lagrimal, ya que esta última debería sólo extirparse o anular su secreción cuando el curso postoperatorio de la extirpación de saco nos demostrase la persistencia de un lagrimeo molesto.

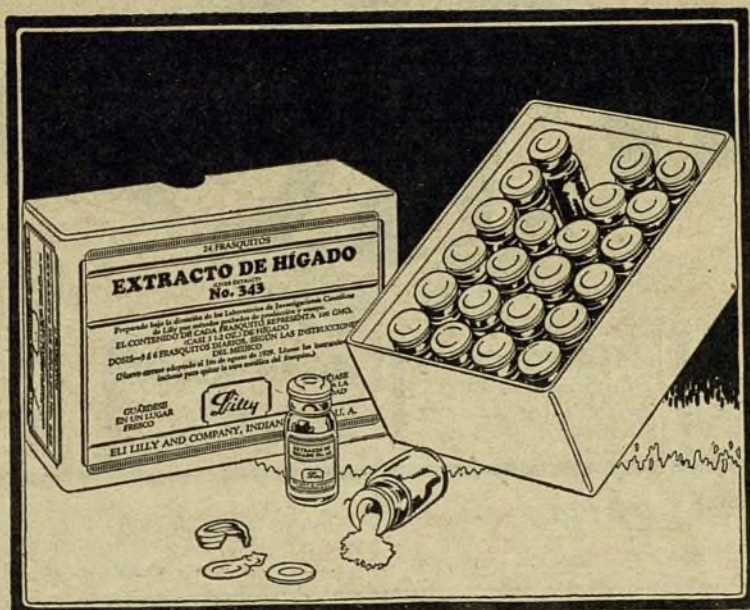
Parece pues, según lo que antecede, que lo indicado sería extirpar la glándula en caso necesario, en una segunda sesión operatoria, pasadas unas semanas o unos meses de la primera; pero la realidad de la práctica diaria nos ha convencido de lo difícil que es el que un paciente se someta, aun siendo necesario, a esta segunda intervención, prefiriendo casi sin excepción el continuar con su lagrimeo, aun cuando, naturalmente, no desaprovecha ocasión para lamentarse de lo que él cree fracaso del primer acto operatorio.

Es evidente que puede hacérsenos la objeción de que se evitaría al enfermo esta desilusión advirtiéndole previamente de la casi seguridad de que persistirá después de la operación un lagrimeo molesto; pero, aun haciéndolo así, tenemos la seguridad de que no queda satisfecho, y nosotros agregamos aún que no debe estarlo, puesto que, frente a esta operación, francamente mala, contamos hoy con otra intervención más ventajosa, más segura, más fisiológica, y que por todo ello tiene el derecho de desplazar de sus posiciones casi en el 100 por 100 de los casos a la antifisiológica extirpación del saco lagrimal. Exceptuando, pues, algunos, muy pocos casos (atropía del saco, tuberculosis, tumores, saco finísimo, deleznable, impropio para hacer suturas sin destruir sus paredes), debemos considerar a la extirpación del saco como una operación inadecuada, cuya época felizmente ha pasado para ser reemplazada por la dacriocistorrinostomía.

## DACRIOCISTORRINOSTOMÍA

Nuevamente insistimos en el carácter práctico de este trabajo, que explicará el que prescindamos





## EXTRACTO DE HIGADO No. 343, LILLY

**E**L Extracto de Hígado No. 343 ofrece el mejor medio para la aplicación de la hepatoterapia de Minot y Murphy. Representa la fracción activa aislada por los investigadores originales y se desarrolló bajo su dirección. Está ensayado clínicamente y, por consiguiente, se está seguro, al usarlo, de obtener resultados uniformes.

Si su droguista no lo tiene en existencia podrá muy bien obtenerse por conducto de nuestro distribuidor al por mayor, el

**SR. DR. REMIGIO ROMERO**

*Altamira 5 y Padilla 2, Alicante, España*

**ELI LILLY AND COMPANY**

INDIANAPOLIS, E. U. A.



# ESTREÑIMIENTO TRATAMIENTO FISIOLÓGICO



A BASE  
DE:

1 a 6 Comprimidos  
antes de cada comida

1º  
**EXTRACTO TOTAL DE LAS  
GLÁNDULAS DEL INTES-  
TINO**, que refuerza las  
secreciones glandulares  
de este órgano

2º  
**EXTRACTO BILIAR  
DESPIGMENTADO**,  
que regulariza la  
secreción de la bilis

3º  
**AGAR-AGAR**  
que rehidrata el  
contenido intestinal

4º  
**FERMENTOS LÁCTICOS  
SELECCIONADOS**  
acción anti-microbiana y  
anti-tóxica

**LABORATOIRES LOBICA**, 46, Avenue des Ternes, PARIS (17º) - G. CHENAL, Pharmacien

AGENTE: **FRANCISCO MIRABENT**, Corcega 418, BARCELONE

## ESTAFILASA del D<sup>r</sup> DOYEN

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

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

Solución coloidal  
fagógena  
polivalente.

## MICOLISINA del D<sup>r</sup> DOYEN

2 FORMAS:  
MICOLISINA BEBIBLE  
MICOLISINA INYECTABLE

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

**NEURASTENIA  
ANEMIA  
CONVALENCIAS**

## Vino de Bugeaud

Tónico-Nutritivo,  
con Quina  
y Cacao.

Actúa por la Teobromina y por los Alcaloides de la Quina

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

## Venosina

Tratamiento específico completo de las **AFECCIONES VENOSAS**

**PARIS, P. LEBEAULT & C<sup>h</sup>**, 5, Rue Bourg-l'Abbé

POR MENOR: **PRINCIPALES FARMACIAS.**



de detalles que lo alejen de nuestro propósito, que no es otro sino el de dar al médico general una idea sucinta, pero clara, del problema.

Así pasaremos por alto lo que se refiere a datos históricos de esta operación, que posiblemente se extiende en su origen a los tiempos hipocráticos, señalando únicamente dos épocas modernas interesantes: la primera, la de Toti (año 1904 y siguientes), y la segunda, la de Dupuy-Dutemps (1920 hasta el día).

Diremos primeramente, en dos palabras, qué es y qué se pretende con esta operación.

La dacriocistorrinostomía es una operación plástica destinada a crear artificialmente una amplia vía de comunicación entre el saco lagrimal infectado y la fosa nasal del mismo lado. Una vez creada esta amplia vía de desagüe, la enfermedad del saco cura rápida y espontáneamente, como cura un absceso vulgar en cuanto que es ampliamente dilatado en punto declive, y el curso normal de las lágrimas interrumpido vuelve a restablecerse. Es decir, que se trata de una operación perfectamente conservadora y con tendencias fisiológicas, ya que procura, y logra casi siempre, conservar la función de las vías lagrimales excretoras, en oposición a la extirpación del saco lagrimal que las destruye.

Para aspirar a este desideratum se han propuesto y seguido dos vías de intervención: la externa, que va avanzando de fuera a adentro, esto es, de piel de ángulo interno a fosa nasal, y la endonasal, que avanza de fosa nasal a encontrar el saco lagrimal, y ambas tienen de común la perforación del tabique óseo que separa la pituitaria de saco. La segunda vía o endonasal, que es operación de rinólogos, va siendo cada día menos practicada, pudiendo decir que está hoy casi totalmente abandonada en todos los países. En España, practicada, que nosotros sepamos, por los Dres. Hinojar, Casadesús y Aciego de Mendoza, ha corrido, creemos, la misma suerte de abandono que en las demás naciones.

West y Polyak, preconizadores de esta intervención por vía endonasal, resecaban un colgajo de pituitaria por delante de cornete medio, perforan unguis y parte de apófisis ascendente de maxilar superior inmediata, y a través de esta abertura extirpan la cara interna del saco lagrimal.

La técnica por vía endonasal tiene muchos puntos de contacto con la externa primitiva de Toti. Una y otra resecan un colgajo óseo de unos 10 milímetros de largo por 6 u 8 de ancho; el colgajo de pituitaria que lo tapiza es también resecado, y lo mismo hacen con la cara interna del saco lagrimal. La idea que guía ambas intervenciones es la de que los bordes de ambas resecciones mucosas (de saco y de pituitaria) cicatricen unidos y haciéndose permanente esta fistula entre saco y fosa nasal.

La técnica de Toti, en su época, como la vía endonasal ahora, fué abandonada por el gran número de fracasos, puesto que la vía artificialmente creada, se obstruía, se obliteraba en un gran número de casos, pasado más o menos tiempo.

Algunas tentativas de modificación de la intervención primitiva de Toti, modificaciones que tampoco lograron hacerla práctica, y apenas seguidas más que por sus preconizadores (Kuhnt, Ohm y Sattler), y llegamos así a la segunda época, verdaderamente importante, en que Dupuy-Dutemps y Bourguet publican el fundamental trabajo de 1921 en los Anales franceses de Oftalmología, implantando un método que supone tal avance en la práctica de la dacriocistorrinostomía que la ha impuesto en el mundo entero (a pesar de la resistencia que debido a las diversas razones que en nuestro siguiente trabajo exponemos en este mismo número, se la opusieron en vano por sus detractores), aumentando en todos los países cada día el número de partidarios y ejecutantes de la operación.

El mismo trabajo nuestro a que acabamos de aludir, y al que remitimos al lector, nos impide entrar en detalles que allí serán mejor comprendidos, evitando de este modo repeticiones innecesarias.

Sólo por haber redactado este trabajo general con alguna posterioridad a aquel más especial, queríamos hacer constar que el prurito modificador sigue siempre, y en general con mala fortuna, y que nuestra estadística se eleva ya a la cifra de 300 intervenciones, siendo las conclusiones que ahora podemos sentar aún más favorables que las que enunciábamos después del estudio de nuestros primeros 50 casos, y esto en el sentido de que: primero, consideramos a la dacriocistorrinostomía como una operación infinitamente superior a la extirpación del saco lagrimal en el tratamiento de las dacriocistitis crónicas supuradas, y que encuentra indicación para ser practicada en más de un 95 por 100 de estos enfermos (nosotros sólo hemos extirpado dos sacos en los últimos dos centenares de dacriocistitis intervenidos); segundo, que es una operación minuciosa y larga que exige obrar sin precipitaciones y dominando perfectamente la técnica; tercero, que debe hacerse siempre (y con exclusión de cualquiera otra variante) una sutura y adosamiento perfecto de los dos colgajos del saco y los dos de pituitaria, práctica que en la actualidad seguimos en absoluto por creerla tan importante que preferimos extirpar el saco en los raros casos en que este adosamiento no es posible, y ello porque nuestra dilatada práctica nos ha convencido de que con cualquiera otra técnica los fracasos abundan en tal proporción, que el insistir en seguirlas equivale a laborar por la desaparición y olvido de una operación que correctamente practicada supone un avance gigantesco en la terapéutica quirúrgica de las afecciones supuradas del saco lagrimal tan frecuentes en la práctica.

Resumiendo podemos decir que cuando el médico general sea consultado por una dacriocistitis crónica, debe, después de exponer los peligros a que el ojo está amenazado, limitarse a prescribir limpieza y vaciamiento frecuente del contenido del saco, evitando todo tratamiento de inyecciones medicamentosas en saco lagrimal y los sondajes dolorosos e inúti-



les, aconsejando al enfermo someterse a la cura radical quirúrgica; y respecto a ésta, haciendo constar que una operación fácil, rápida y segura, como es la extirpación del saco lagrimal, logrará suprimir el foco supurativo y alejar el peligro de infección del globo ocular, pero que muy probablemente subsistirá una conjuntivitis rebelde, y le quedará como secuela en muchísimos casos un lagrimeo crónico molesto e incurable y de efecto estético francamente desagradable, que obligará para intentar disminuirle a la práctica de una segunda operación (extirpación de porción palpebral de la glándula lagrimal). Que disponemos de otra operación más difícil, larga y minuciosa, pero que no ofrece peligro alguno, y con la que la función queda conservada, desapareciendo la supuración y sin que deje lagrimeo, operación que no sólo es la única lógica, razonable y fisiológica, sino que, además, practicada siguiendo la técnica de dos colgajos (y huyendo de las llamadas técnicas simplificadas, todas defectuosas), da una seguridad casi absoluta de éxito.

Exponiendo al paciente con toda claridad el problema según las orientaciones señaladas, al enfermo toca decidir. El médico general le habrá así prestado un valioso servicio, cumpliendo una vez más su sagrado deber.

### Nuestra experiencia sobre la dacriocistorrinostomía.

No correspondería a nuestro limitado propósito de exponer únicamente los resultados de nuestra experiencia en la práctica de la dacriocistorrinostomía, el hacer historia o relación de las técnicas diversas, a partir de Toti ensayadas, persiguiendo establecer un drenaje de saco lagrimal infectado hacia cavidad nasal. Sólo aludiremos a procedimientos que marquen alguna modificación fundamental o práctica que suponga avance hacia la solución final, y que, según se desprende de nuestras observaciones, aún no se ha logrado.

El gran número de publicaciones, ocupándose del tema en los últimos años, parecería hacer superfluo el insistir. Las líneas que siguen tratan de demostrar que es asunto merecedor de discusión, si hemos de aspirar a incorporar definitivamente a la terapéutica de vías lagrimales esta intervención.

Las razones de no haber alcanzado al método la perfección deseable, han de buscarse en lo poco extendido de su práctica. De una parte la lucha entre partidarios de la vía externa (muchos oculistas y algún rinólogo), y los de la endonasal (muchos rinólogos y algún oculista), ha dividido las fuerzas, que unidas quizás hubiesen logrado resolver totalmente el problema. También un gran número de oculistas de merecido renombre han negado toda solvencia al método, después de ensayarlo alguno, o previa renuncia a esta experiencia los más, privándolos de concurso tan valioso como necesario.

Por otra parte, los defensores del método no han encontrado modo mejor de luchar contra la corriente contraria que el de exagerar sus ventajas, callando sus inconvenientes; y aun el prurito de modificar o simplificar ha ido demasiado lejos y con beneficio escaso para la técnica.

Además del partidismo, existen otras dificultades para poder enjuiciar el problema, como son, la falta de necropsias que nos permita controlar cómo se han comportado los órganos operados, y aun la de vigilancia clínica postoperatoria, puesto que, salvo raras excepciones, se trata de pacientes de policlínica, de control incompleto y de corta duración, siendo precisamente este factor de tiempo transcurrido fundamental para el juicio definitivo de utilidad o no de la operación. El enfermo, tanto si se encuentra bien, sin molestias, sin lagrimeo, satisfecho de haber sido intervenido, como si por el contrario cree por una u otra causa fracasada la intervención, escapa casi en su totalidad a la comprobación ulterior del oculista que le operó; en el primer caso, por no querer molestarse en acudir a la policlínica temiendo molestias o dolorosas exploraciones, y en el segundo, dirigiéndose a otro compañero en busca de nuevos consejos sobre su enfermedad no curada.

Y es por lo que las estadísticas de los más entusiastas defensores de la dacriocistorrinostomía adolecen del capital defecto de poder contar a largo plazo con un tanto por ciento escaso de sujetos vueltos a explorar, perdiendo así gran parte de su valor. Citemos, por ejemplo, la recientemente publicada por el doctor Gómez Márquez, nuestro querido amigo, oculista, del que no sabemos qué admirar más, si su claro talento o su dominio perfecto de la técnica, y entusiasta de la dacriocistorrinostomía, en la que ha introducido perfeccionamientos utilísimos, y que, contando ya por centenares sus operados, sólo puede referirse en la estadística a poquísimos en los que una exploración completa postoperatoria a largo plazo ha podido hacerse.

De todos modos cuenta con muchos entusiastas (aun siendo bastantes los detractores) en España, y de los que la practican apenas si hay uno que no haya agregado su grano de arena en el camino del perfeccionamiento, y aun cuando la suerte no haya acompañado a cada intento de modificación, no hemos de escatimar el merecido elogio. Los nombres de Bastera, Gómez-Márquez, Balbuena, Soria, Arruga, etc., deben ser citados, ya que no sea posible exponer al detalle sus modificaciones.

Nosotros hemos querido reservarnos un papel más modesto que el de los citados autores, y al no sentirnos capaces de modificar la operación mejorándola, pretendemos únicamente exponer el resultado de nuestra experiencia, en la que la suerte nos ha ayudado por disponer de material abundante de enfermos dóciles a nuestras órdenes permitiendo continuar el control de nuestros operados de modo regular y durante un largo período. La circunstancia de trabajar en el Servicio de Oftalmología del Hospital Militar



de Madrid, de clínica numerosa; el tratarse de soldados hospitalizados (no de policlínica) en su mayoría, y a los que pudimos explorar periódicamente durante dos años, facilita nuestra labor, en la que nos ayudó y aconsejó muy valiosamente nuestro antecesor en la jefatura del Servicio de Oftalmología del Hospital Militar de Madrid-Carabanchel, señor coronel doctor Suárez Puerto, al que públicamente damos las gracias.

La técnica que hemos seguido ha variado en los distintos casos. Desde luego, en todos por vía externa, pues la endonasal, además de juzgarla defectuosa y desechable, entendemos cae dentro del campo del rinólogo. En lo fundamental, hemos intentado siempre que pudimos la de Dupuy-Dutemps (*Annales d'Oc.* Avril 1921; pág. 241), substituyendo para la trepanación el escoplo por el torno de dentista, posibilidad indicada ya al describir su técnica en 1921 el citado autor, y llevada con acierto a la práctica por el doctor Basterra. Hemos utilizado las fresas de dentista de dos milímetros; otras, de milímetro y medio, aún más prácticas, y para redondear, fresas gruesas, óvalas, limando su cara inferior para evitar herir pituitaria. Después de operados los primeros casos, empleamos la corona de 8 milímetros, recomendada por Gómez Márquez, y una nueva corona del mismo diámetro y forma que la citada, y que ha sido construida de un modo perfecto siguiendo nuestras indicaciones por la Fábrica de Armas de Toledo, y que, como vemos en la fig. 1.<sup>a</sup>, lleva un tope circular externo a 4 milímetros, que es el espesor medio por nosotros obtenido del tabique óseo a trepanar. La corona no lleva pibote central, como la que vimos usar al doctor Castresana, que nos parece innecesario y que se rompe con mucha frecuencia en la trepanación.

La fresa es, sin duda, buena para trepanar (dando preferencia a la de milímetro y medio) y buena también nuestra corona; la primera tiene la ventaja de dar al principiante más tranquilidad; instrumento más pequeño, se maneja indudablemente mejor, y al atravesar lámina ósea interna, si la presión que ejercíamos con la pieza de mano no era muy grande, la pituitaria es rechazada y no lesionada, o bien erosionándola superficialmente sin perforarla, lo cual no ofrece inconveniente para la buena ejecución de los tiempos siguientes (talla de colgajos y sutura); aun cuando alguna vez se perfore la mucosa lo es en un punto, y si bien es un accidente desagradable, no por ello nos impide terminar felizmente la operación. La fresa tiene el inconveniente de hacer muy largo el tiempo de la trepanación, y en una operación, ya en sí pesada por la pequeñez y profundidad del campo, por hemorragia, a veces muy molesta, etc., es aconsejable elegir un instrumento que, siendo seguro, sea a la vez rápido, como es la corona. Esta tiene, sin duda, el inconveniente (y con la primera que empleamos mucho más) de que el peligro de herir pituitaria, y aun de que la herida tenga cierta extensión, es mayor que con la fresa. Ciertamente que la hemorragia, signo constante y seguro que se produce al aproximarnos a lámina interna, nos avisa, nos previene pre-

caución anunciándonos que la pituitaria está próxima, y debemos avanzar muy cuidadosamente para evitar hierirla; pero puede ocurrir que, o bien porque la presión que ejerzamos con la pieza de mano sobrepase de lo necesario, o más frecuentemente por estar aplicada con alguna inclinación, la posibilidad de herir la pituitaria aumenta, y esta herida puede estar en parte anterior, que es lo más frecuente, o bien ser lo suficientemente extensa para que tengamos que modificar la talla de los colgajos, como señalaremos al hablar de uno de nuestros operados. Este accidente nos llevó a pensar en procurarnos la corona que utilizamos (fig. 1.<sup>a</sup>), y actualmente nos construyen otro modelo en el que el anillo protector está un milímetro más bajo, por haber comprobado que existen casos en los que el espesor de apófisis ascendente de maxilar es menor que el de la primera corona que utilizábamos, y queremos en adelante comenzar la trepanación con la corona de menor espesor, puesto que de antemano no podemos conocer el que tendrá el pilar óseo, y sólo cuando llevada la trepanación hasta el

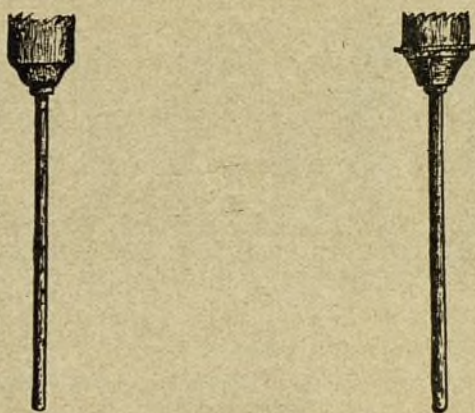


Fig. 1.<sup>a</sup>—A la izquierda, corona de 8 milímetros sin tope. A la derecha, la misma, con un tope externo, a 4 milímetros, construida según nuestras indicaciones en la Fábrica de Armas de Toledo.

tope circular no parezca la hemorragia precursora de la proximidad de lámina interna y el colgajo óseo siga inmóvil, continuar con el modelo que ahora empleamos hasta lograr la trepanación. De este modo pensamos, no sólo lograr una gran rapidez en la trepanación, sino también tener la seguridad de no lesionar pituitaria, que nos importa mucho quede intacta.

Importante es nos ocupemos de la talla de colgajos y de la sutura correspondiente.

Creemos, decíamos al comenzar, que todas las modificaciones en la técnica pretendiendo perfeccionar la talla de colgajos y sutura a partir de la exposición tan brillante de Dupuy-Dutemps, en nada han mejorado la intervención ni sus resultados, y aun las que han traído consigo una simplificación y reducción de tiempo a invertir lo han hecho con perjuicio del éxito.

Dupuy-Dutemps propuso lo único racional, esto es, tratar de asegurar lo más posible la continuidad del revestimiento mucoso alrededor del orificio óseo tallado, si bien debemos decir que este revestimiento



no se logra completamente ni aun siguiendo estrictamente su técnica.

Recordemos que, practicada la trepanación, Dupuy-Dutemps, y nosotros con él, hacía dos colgajos de pituitaria para con adosamiento mucomucoso suturarlos a los correspondientes que tallamos en el saco; pero aun tallando los dos colgajos, o como señala Dupuy-Dutemps (véase fig. 2.<sup>a</sup>), o bien como en su primera modificación indica muy acertadamente Basterra (véase fig. 3.<sup>a</sup>), no resulta el revestimiento y adosamiento mucomucoso completo, puesto que del ovoide tallado, únicamente queda recubierto de mucosa en sus bordes anteriores y posteriores, pero desprovistos de ella tanto en el arco superior como en el inferior, y es aquí, según pudimos observar en uno de nuestros enfermos (en el que la operación fracasó), donde la proliferación del tejido de granulación comienza y sigue hasta llegar a obstruir la vía artificial creada y que tanto empeño tenemos en que quede permeable a las lágrimas.

Las modificaciones de la técnica de Dupuy-Du-

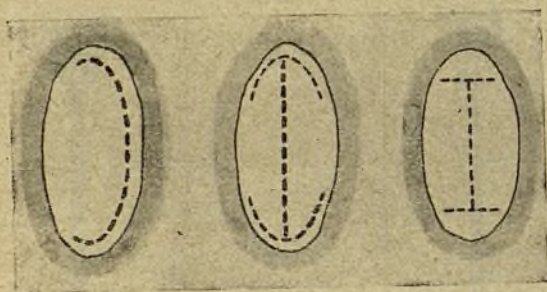
Fig. 2.<sup>a</sup>Fig. 3.<sup>a</sup>Fig. 4.<sup>a</sup>

Fig. 2.<sup>a</sup>—Talla de colgajos de pituitaria según Dupuy-Dutemps (recomendable).

Fig. 3.<sup>a</sup>—Id. id. en arco según la primera modificación de Basterra (recomendable).

Fig. 4.<sup>a</sup>—Talla de un solo colgajo de pituitaria a pedículo nasal según Basterra (no recomendable).

temps deben tender, más que a simplificar la operación, a procurar un revestimiento completo y a la continuidad de las dos mucosas en toda su extensión. El pretender apartarse de este concepto, a juicio nuestro fundamental en la operación, tratando de simplificarla a costa de un recubrimiento óseo más incompleto aún, y dejando espacio en la continuidad necesaria de mucosas, no podrá tener otras consecuencias que el descrédito de esta intervención, que perfeccionada debe conservarse por ser, si no el ideal, al menos el mejor tratamiento de las inflamaciones crónicas del saco lagrimal y de muchos casos de epífora simple.

En nuestra estadística el número de éxitos ha sido mayor cuando hemos seguido el método a dos colgajos que cuando hicimos solamente uno.

Ahora bien, es justo confesar que nos encontramos con casos en los que la talla de sus colgajos y la sutura correspondiente no es posible, y ello por causas diversas: herida de saco o pituitaria (es esto menos raro que lo anterior), profundidad inusitada de

gotiera lagrimal, hemorragia persistente que nos obliga a ser breves en la sutura para no alargar extraordinariamente la intervención, etc., y en estos casos, al no poder seguir la técnica primitiva, la mo-

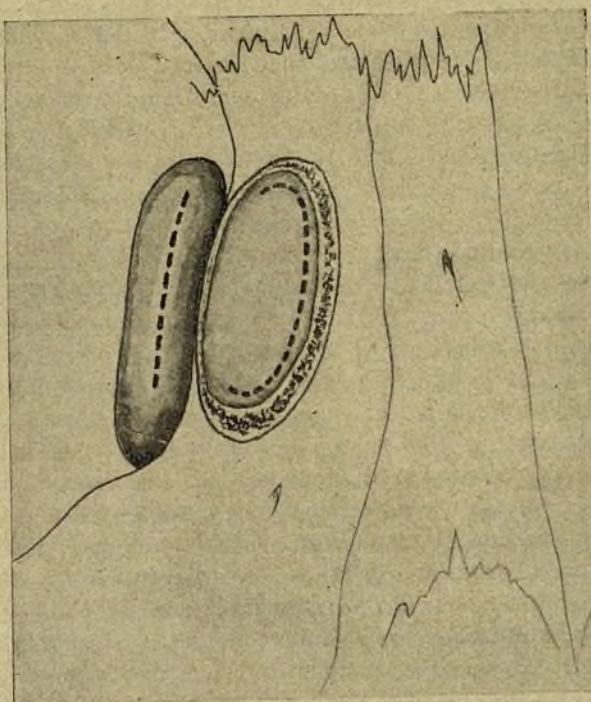


Fig. 5.<sup>a</sup>—Talla obligada por herida de pituitaria con la corona, de un solo colgajo a pedículo temporal (mala técnica a pesar del buen resultado en el enfermo en que se empleó).

dificamos forzosamente para hacer, a veces, un solo colgajo de pedículo anterior o nasal de pituitaria, como propone hacer siempre, a juicio nuestro equivocadamente, Basterra (véase fig. 4.<sup>a</sup>); otras un colgajo de pedículo posterior a suturar con el posterior del saco (según vemos en las figuras 5.<sup>a</sup> y 6.<sup>a</sup>) de un

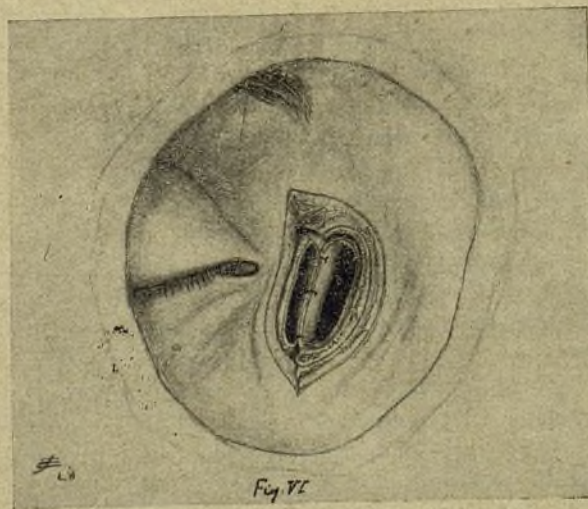


Fig. 6.<sup>a</sup>—El mismo caso de la fig. 5.<sup>a</sup> después de practicada la sutura.

enfermo nuestro en el que nos vimos a ello obligados, enfermo en que, a pesar de la técnica seguida, que repetimos juzgamos defectuosa y que en este caso fué obligada por haber herido con la corona la





pituitaria precisamente en la parte más anterior imposibilitando así no sólo la talla de dos colgajos, sino también la de uno solo con pedículo anterior; el resultado próximo y lejano ha sido del todo satisfactorio, como ahora diremos.

Este enfermo, cuya intervención data ya de más de diez meses, se encuentra perfectamente curado; una instilación coloreada en fondo de saco conjuntival pasa a los cinco minutos a fosa nasal, y la inyección por punto lagrimal pasa sin hacer la menor resistencia y abundantemente a nariz. A él corresponde la radiografía (fig. 7.<sup>a</sup>), y en la que vemos cómo el lipiodol dibuja la vía perfectamente permeable a los siete meses, fecha en que fué hecha.

Naturalmente que este éxito no puede envanecernos, puesto que decimos que la técnica nos parece

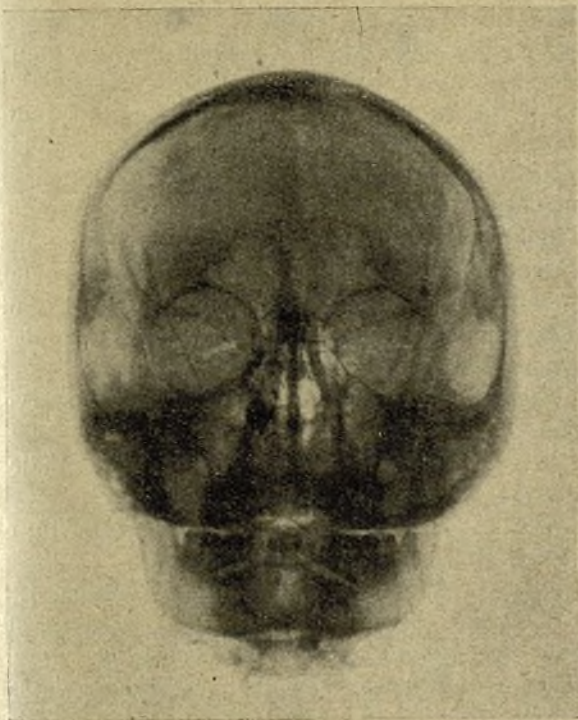


Fig. 7.<sup>a</sup>—Radiografía del enfermo a que se refieren las figuras 5.<sup>a</sup> y 6.<sup>a</sup> siete meses después de operado.

defectuosa y sólo el vernos a ello obligados nos hizo seguir, y de ningún modo puede deducirse una conclusión favorable ni aconsejarla. La citamos únicamente para demostrar cómo una mala técnica puede ir seguida de un éxito. No es por lo demás motivo de asombro, puesto que incluso con la técnica de Totí, más defectuosa aún, puesto que no practicaba adosamiento ni sutura, sino simplemente la trepanación y resección de pituitaria y cara interna de saco, pudo lograr un crecido número de éxitos, aun cuando a largo plazo el de fracasos por obliteración tardía sobrepasase de 50 por 100, obligando este resultado a abandonar la operación.

Nosotros, pues, confesamos sinceramente que cuando no nos fué posible practicar la intervención clásica (llamando así a la de Dupuy-Dutemps), la hemos modificado según nos permitió el accidente

que nos impedía seguirla, bien haciendo un colgajo amplio posterior o anterior, y aun si el colgajo resultaba defectuoso, lograr hacer una sutura que pudiéramos llamar de orientación y que bien podría quizás proporcionarnos la fistulización que perseguimos. No sacrificamos el saco más que en caso excepcional, cuando estábamos seguros del fracaso de la dacriocistorrinostomía intentada.

Por nuestro deseo de que todos los oculistas decidan incorporar a su práctica la intervención que nos ocupa, y para que del concurso de todos puedan salir más fácilmente modificaciones que la perfeccionen, queremos antes de terminar decir dos palabras de sus dificultades para que el que la ensaye y las encuentre en su camino, no se descorazone atribuyéndolas a su falta de habilidad o pericia.

No es raro oír que la dacriocistorrinostomía es operación más fácil de ejecutar que la extirpación del saco, y aún que poco más tiempo que la extirpación puede exigir. En desacuerdo completo estamos con esta opinión; a nosotros nos ha ocupado desde cuarenta y cinco minutos el caso más sencillo hasta dos horas en alguno. Al Dr. Dupuy-Dutemps vimos, entre varias intervenciones, una en que tuvo que renunciar a continuar la intervención, y otra de más de dos horas de duración. Evidente que influye la habilidad manual, pero también lo es que la dacriocistorrinostomía exige triple tiempo por lo menos que la extirpación del saco. Es preciso proceder lentamente para no perder la orientación fundamental del tendón del orbicular y cresta lagrimal para evitar herir el saco, lo que impediría quizás continuar la intervención; la separación cuidadosa del periostio exige tiempo, así como la trepanación, muy dificultada a veces por la hemorragia, contra la que es el mejor remedio taponar y esperar (nosotros empleamos el coaguieno ciba, del que estamos satisfechos); a veces nos encontramos con células etmoidales que nos obligan a separar cuidadosamente con la cizalla o las pinzas sus delgadas e irregulares paredes, y aun encontrándonos con la pituitaria modificada, adelgazada, frágil, aumentando la dificultad de una buena talla de colgajos y de las suturas correspondientes. La sutura en dos planos, que procuramos hacer siempre que podemos, es algo que, sin llegar a dificultad insuperable, es delicado y minucioso; ha de hacerse despacio y con gran dulzura, si no queremos desgarrar saco o pituitaria, o ambas cosas, y, sobre todo, el plano posterior puede ofrecer seria dificultad.

Según nuestra experiencia, hemos de consignar a modo de conclusiones de este comentario clínico sobre la tan discutida operación:

1.º Que la dacriocistorrinostomía es la operación más indicada y de mejores resultados en la inmensa mayoría de las dacriocistitis supuradas o no, y también de la epífora simple cuando ésta depende de obstrucción de vías lagrimales inferiores (conducto lacrimonasal).

2.º Que debemos preferir la vía externa.

3.º Que la técnica más ventajosa es la de Du-



puy-Dutemps, cuya duración se reduce empleando la corona sin pibote central y con tope anular que apenas si ofrece peligro de lesión de pituitaria.

4.º Que la técnica es delicada y laboriosa, aun no presentando dificultades insuperables.

5.º Que los intentos de modificación de técnica deben aspirar, no a simplificarla con perjuicio de la perfecta sutura mucomucosa, sino más bien a perfeccionar esta sutura haciéndola completa, lo que evitaría el mayor número de fracasos, que son debidos a proliferación de tejidos en parte superior o inferior que quedan sin ser revestidos de mucosa y acaban en un tiempo más o menos largo por obstruir la vía lagrimal formada artificialmente.

Ya redactado este trabajo, hemos leído dos esencialmente idénticos del Dr. Arruga, publicados en alemán (*Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, tomo 81, pág. 280), y francés (*Annales d'Oculistique*, tomo 167, pág. 580), en los que a toda costa se persigue acortar la duración de la operación, con el gravísimo inconveniente antes citado de restar importancia al buen adosamiento y sutura mucomucosa, esencial, según nuestro criterio, apoyado en la experiencia para el éxito de la intervención. La técnica descrita nos parece un lamentable retroceso hacia la primitiva de Totí, y de ser imitada por nuestros colegas, auguramos, que en no largo plazo la operación de la dacriocistorrinostomía, útil y ventajosa en el tratamiento de la dacriocistitis, y que con las modificaciones de Dupuy-Dutemps supuso un paso de gigante en la terapéutica de vías lagrimales, volverá a caer en justo olvido como cayó la técnica primitiva.

No es problema de ligereza, ni comprendemos por qué esta preocupación que embarga a muchos oculistas. Nos explicamos y encontramos perfectamente razonable y justificada la preocupación de un cirujano que al practicar una grave intervención en cerebro, tórax, etc., en un enfermo en estado precario, y en que se ha empleado, por ejemplo, la anestesia general, y que todo ello hace peligrar la vida del paciente, sacrifique hasta cierto punto la perfección de la técnica ante la inminente amenaza de muerte; pero que el oculista prescinda de lo que juzgamos esencial en la operación, cuando ningún peligro amenaza al enfermo, ni por su dolencia, ni por la anestesia, es cosa que escapa del todo a nuestro entendimiento.

Ello nos hace recordar la objeción opuesta en otros tiempos a los partidarios de la sutura de córnea en la operación de la catarata por los que no la practicaban... ¡Porque hacía perder tiempo!

Nuestro criterio, que estamos seguros de que la mayoría aceptará, es de que debemos tomarnos todo el tiempo preciso en beneficio de la buena técnica, puesto que no existe inconveniente alguno, y sí sólo ventajas para el enfermo. La dacriocistorrinostomía es operación un poco pesada, pero que es preciso aceptarla tal como es, y que bien que se modifique si con ello el resultado ha de ser mejor, pero el hacerlo sólo por el placer de ir de prisa nos parece lamentable. Es preferible a todas luces que el que no disponga de la

paciencia o el tiempo necesario, renuncie a su práctica y se conforme con la extirpación de saco lagrimal, operación sencilla, rápida y de seguros resultados, aunque sea fisiológicamente inferior a la dacriocistorrinostomía.

Nuestra experiencia se refiere a 150 casos operados. De ellos prescindimos, a los efectos de esta estadística, de 40 que llevan menos de seis meses desde la intervención. En cuatro nos encontramos un saco obstruido totalmente, que hubimos de extirpar. No tuvimos complicación alguna de hemorragia postoperatoria ni infección. El plazo mínimo de seis meses nos parece suficiente para juzgar en definitiva el resultado, ya que si la fistulización continúa en esta fecha no habría motivo de una obstrucción más tardía.

Consideramos como curados aquellos en los que ni existe supuración ni lagrimeo, pasando el líquido inyectado por punto lagrimal fácilmente a nariz sin hacer con la jeringa presión mayor que la normal en caso de vías lagrimales permeables, y hallándose ya en fosa nasal, en el tiempo máximo de diez minutos, una gota de solución coloreada instilada en fondo de saco conjuntival; como curados condicionalmente los que pasando bien y sin presión el líquido al lavado, y no existiendo supuración ni lagrimeo, la substancia coloreada instilada en conjuntiva no aparece en quince minutos en fosa nasal (caso bastante frecuente, como vemos a continuación). Fracasos, los que existen lagrimeo molesto o supuración.

Operados de más de seis meses desde la intervención, 110.

A dos colgajos, 74; curados, 58; curados condicionales, 14; fracasos, 2.

A un colgajo pedículo nasal, 29; curados, 16; curados condicionales, 7; fracasos, 6.

A un colgajo pedículo temporal, 1; curados, 1.

En cuatro casos se extirpó el saco por estar obstruido totalmente y creer inútil todo intento de dacriocistorrinostomía, y en dos, las paredes de saco eran tan friables que fué imposible hacer sutura, siendo también extirpados.

### Método seguido para vencer una obstrucción de la vía lagrimal en un enfermo anteriormente dacriocistorrinostomizado.

La descripción de la técnica que hemos seguido en el caso que vamos a estudiar a continuación y los comentarios consiguientes, deberían ser en realidad una parte del anterior trabajo sobre «Nuestra experiencia sobre la dacriocistorrinostomía». Pero sugerida la idea por la lectura de un trabajo de Goebel referente a tratamiento conservador de la dacriocistitis, el método que nosotros hemos seguido no ha sido nunca empleado en otros análogos, o al menos no se halla publicado en la literatura oftalmológica, lo que, unido al lisonjero resultado con él obtenido, explica el que un aparte especial del caso a que vamos a re-



ferirnos nos parezca justificado y no exento de interés práctico.

La dacriocistorrinostomía, como en el anterior artículo decíamos, es, a nuestro juicio, el mejor tratamiento de la tan frecuente dacriocistitis crónica supurada. No nos entretenemos en razonar este aserto, ya justificado allí, porque, en realidad, apenas si es por alguien discutido. No queremos tampoco referirnos a técnica preferible, puesto que ello es motivo del trabajo a que repetidamente aludimos, y sólo queremos dejar sentado que la dacriocistorrinostomía es una operación ya justamente consagrada en la oftalmología.

Ahora bien, y dejando aparte otras causas de fracaso posible (que imposibiliten, contraindiquen o hagan difícil la intervención), existen casos en los que a pesar de que la operación transcurra sin incidentes y con toda felicidad, permitiéndonos ejecutar una talla de colgajos y suturas correctas, el resultado es un fracaso, y aun cuando las variedades de este fracaso son muchas, desde la persistencia del lagrimeo aun con vías lagrimales (artificialmente formadas en parte) perfectamente permeables al lavado hecho con una jeringa sin exigir presión alguna, hasta la reaparición de la supuración (cosa sin duda extremadamente rara), en la mayoría de los casos en que la operación no va seguida a la larga del éxito deseado, es por la formación de un tejido de granulación demasiado abundante y que obstruye el orificio óseo, o que engloba la desembocadura de canalículo lagrimal formando un tabique impracticable para las lágrimas y con la epifora consiguiente.

Vamos a referirnos hoy únicamente a este último caso, exponiendo la técnica que hemos seguido en un enfermo para tratar de restablecer la circulación de las lágrimas interrumpida, y con resultado, si no perfecto, al menos alentador.

Es la dacriocistorrinostomía—especialmente siguiendo la técnica que nosotros seguimos, y que consideramos la mejor (que es precisamente la más complicada)—una operación difícil, larga y penosa si se compara con la extirpación del saco lagrimal (operación esta última cuyo campo de indicaciones se reduce más cada día). No pretendemos, ni mucho menos, el afirmar que las dificultades sean insuperables, pero sí que lo son de tal calidad, que nos sentimos amargados cuando después de una operación cuidadosamente practicada la realidad nos muestra el fracaso de nuestro esfuerzo. Es decir, que no siempre a la dificultad de técnica sigue, como sería nuestro deseo, la satisfacción del éxito. Los fracasos, aunque por fortuna poco frecuentes, existen, y sin que por ellos debamos perder el entusiasmo que creemos justificado por la intervención, debemos prepararnos a solucionar del mejor modo posible los casos raros de fracasos postoperatorios.

Muchas han sido las modificaciones que se han introducido en la técnica de la dacriocistorrinostomía, y casi ninguna que aporte mejora real a la por nosotros considerada fundamental de Dupuy-Du-

temps, y, sin embargo, rarísimas las técnicas aconsejadas para luchar contra los fracasos, siendo esto último explorable, de una parte, porque el paciente al que se ha practicado una dacriocistorrinostomía, seguida a plazo más o menos largo de la obstrucción de la vía lagrimal, artificialmente creada en parte por la intervención, no vuelve (salvo caso excepcional) a presentarse al oculista que le operó, puesto que le considera causante del fracaso, y, o se queda decepcionado con su molestia no acudiendo a más consultas, o bien acude a otro colega distinto que, como es natural, no suele mostrarse muy propicio a intentar deshacer el entuerto, del que no se siente responsable ni participe, y que es de solución muy problemática además, por lo cual suele aconsejarse, o la extirpación de porción palpebral de glándula lagrimal, si el lagrimeo es la única molestia que el enfermo aqueja, o bien la extirpación del saco lagrimal, si además existe supuración.

Si prescindimos de la ingeniosa, pero poco práctica intervención, que nuestro querido amigo y compañero Dr. Gómez-Márquez preconizó contra el lagrimeo, operación que sólo teóricamente conocemos, y que ciertamente no nos decidimos a intentar por no habernos convencido de su utilidad, casi la única práctica seguida en los casos de lagrimeo por obstrucción postoperatoria, ha sido la de introducir el cuchillete abotonado de Weber por punto lagrimal inferior, haciendo un desbridamiento hasta fosas nasales y sosteniendo la nueva vía así creada con lavados diarios sucesivos. Esta práctica no nos parece recomendable por distintos motivos: primero, porque el cuchillete abotonado de Weber no es capaz siempre, según hemos podido apreciar en uno de nuestros enfermos, de abrirse paso a través del tejido conjuntivo neoformado que obstruyó la vía, y si acentuamos la presión, o utilizamos un cuchillete sin botón, corremos el grave riesgo de que la delgadísima lámina de acero salte, quedando un trozo del cuchillete en el espesor de los tejidos. Un cuchillete de Graef tendría el mismo inconveniente, y, además, la forma recta le hace más inapropiado.

Otro inconveniente de esta técnica a cielo cubierto, podemos decir, es que no podemos apreciar justamente a través de la piel la resistencia de los tejidos que pretendemos atravesar, ni mucho menos podemos controlar el camino que sigue el cuchillete palpando con nuestro dedo por encima de región del saco lagrimal.

He aquí cómo hemos procedido en el caso que vamos a historiar brevemente.

El soldado Teodoro Fernández Gómez, del Regimiento Primero de Artillería Ligera, ingresa en nuestro servicio padeciendo dacriocistitis crónica supurada de ambos lados. Practicada una dacriocistorrinostomía en el lado derecho, el día 3 de Mayo de 1929. Técnica, a dos colgajos, con tres puntos de seda en cada uno de ellos; con adosamiento perfecto. Operación sin incidentes; curso postoperatorio normal. A los diez meses de la intervención el resultado sigue sien-



do ideal: ni pus, ni lagrimeo alguno; conjuntiva normal, líquido a la instilación pasa rápido, y el líquido del lavado facilísimo. Resumen, un éxito perfecto.

Experimenta una sensación de cosquilleo al sonarse la nariz del mismo lado, a la vez que nota «que le sale el aire por el ojo».

El 20 de Noviembre del mismo año es operado del segundo ojo. Igual operación, pero técnica menos correcta, permitiendo hacer únicamente un solo colgajo con pedículo anterior. Curso postoperatorio sin incidentes, siendo dado de alta dos semanas después sin lagrimeo y con vía lagrimal permeable. Pasado un mes, comienza a notar algún lagrimeo que se va acentuando hasta llegar a ser molesto, llamándole la atención que al sonarse la nariz no sale el aire por el ojo como le ocurría con el primer operado.

Cosa un poco rara, si recordamos lo que al comienzo decíamos referente a la dificultad de volver a ver a estos enfermos en que la operación ha fracasado, el paciente, a pesar de haber terminado su servicio militar, vuelve a nosotros para que le libremos de sus molestias.

Nos encontramos con que no sólo no pasa a nariz una gota de solución coloreada instilada en fondo de saco conjuntival, sino que tampoco pasa el líquido inyectado por punto lagrimal inferior y que refluye por el mismo. Tanto con la aguja (nosotros nos servimos para el lavado de vías lagrimales de un instrumental sencillísimo, una jeringa corriente de cristal de 10 c. c., y una aguja ordinaria de inyección hipodérmica desprovista de su punta y limado su extremo para no herir mucosa, prescindiendo de jeringa de Anel y de cánulas especiales que creemos inútiles), como con una sonda de Bowmann número 2, sentíamos un obstáculo de partes blandas, pero muy resistente, y situado al final del canalículo lagrimal inferior, y el mismo resultado obteníamos caminando por el superior.

Al fracaso del intento de vencer la resistencia que encontrábamos, se unía la intranquilidad con que trabajábamos por la deficiente anestesia, a pesar de haber instilado cocaína fuerte y depositado unas gotas de esta solución en fondo del canalículo, por lo que, y para poder reflexionar sobre la conducta más conveniente a seguir, suspendimos esta primera exploración.

Después de revisar *in menti* los diversos medios que podríamos poner en práctica para resolver el problema desagradable que se nos presentaba por vez primera con este caso, nos decidimos por seguir el procedimiento que ahora exponremos, en el que se aprovechaba algo de lo expuesto por Geebel para el tratamiento conservador de las dacriocistitis supuradas, tratamiento conservador con el que, por lo demás, no estamos conformes ni creemos que ningún paciente informado exactamente de sus molestias e inseguridades se decida a aceptar.

He aquí, pues, la técnica que hemos seguido, y que hasta ahora no ha sido por nadie empleada (o al menos no tenemos conocimiento de ello en la literatura a nuestro alcance) en esta intervención secundaria a una dacriocistorrinostomía malograda por obstrucción tardía debida a englobamiento de la desembocadura de canalículos por un tejido fibroso resistente. Anestesiarnos la región del mismo modo que para la dacrio; además, instilación de cocaína fuerte. Sección o desbridamiento de canalículo inferior con el cuchillete abotonado y hasta un punto muy próximo al de la obstrucción. Hecho esto, y para tener una mejor orientación en capas profundas, hacemos una incisión con el bisturí sobre la cicatriz en piel de la primera intervención, poniendo al descubierto por disección de piel en una extensión aproximada de un centímetro cuadrado, un tejido fibroso que formando una bóveda que se hace más prominente al hacer una fuerte expiración de aire por nariz teniendo ocluidas sus ventanas, salta de partes blandas profundas de cara lateral izquierda de nariz, hasta fibras musculares del orbicular próximas al tendón interno de este músculo. Introduciendo por canalículo dilatado un estilite dirigido hacia adentro, ligeramente hacia adelante y abajo, cuya punta percibimos con nuestro dedo índice que palpa la bóveda fibrosa, y al tener la seguridad de que estamos en el buen camino del orificio óseo tallado al hacer la dacriocistorrinostomía, nos permite con toda tranquilidad empujar con fuerza el estilite para con su punta atravesar el obstáculo

lo fibroso, y percibiendo al lograrlo la clarísima impresión de encontrarnos en cavidad nasal. Por la vía así fraguada, introducimos sucesivamente sondas cada vez más gruesas de Bowmann, y por fin, el voluminoso estilite de Bergen, con lo que ya contábamos con una amplia vía. Pasamos después un hilo de seda número 3, que era a su vez portador o guía de un cordón también de seda trenzada y de 3 milímetros de diámetro (véase la figura) y 4 centímetros de largo, y a cuyo otro extremo iba sujeto, como en la figura vemos, otro hilo de seda núm. 3. Extraído el primer hilo por fosa nasal, pudimos dejar el cordón grueso de modo que ocupase la parte más interna del canalículo dilatado, y el espacio entre orificio interno de éste y fosa nasal correspondiente, sujetando con esparadrapo el hilo superior a la frente, y el inferior salido por ventana nasal, a la mejilla. Dos puntos de sutura en piel de región de saco y vendaje monocular.

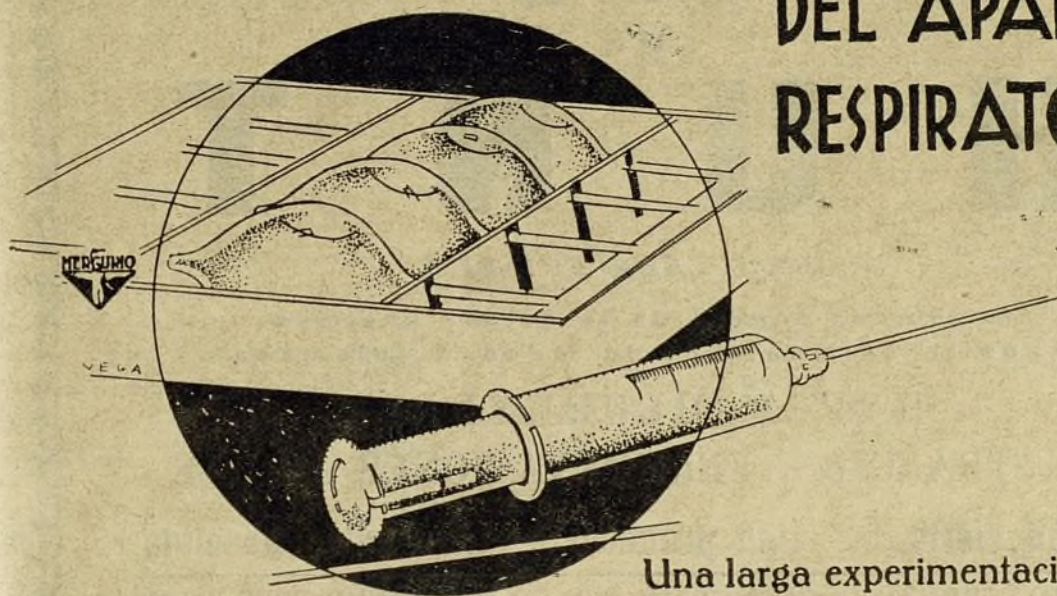


Cordón con seda a sus dos extremos empleado en la operación (tamaño reducido a  $\frac{1}{2}$ ).

Los días siguientes hemos movilizado el cordón grueso situado en la nueva vía artificialmente creada con la intervención, y no sólo para que el tejido de neoformación no le inmovilizase, sino también para permitirnos hacer un amplio lavado antiséptico que evitase la posible infección. Naturalmente que movilizar el cordón quiere decir el que le hacíamos pasar a fosa nasal tirando del hilo de seda inferior, o al exterior tirando del hilo superior, pero manteniendo



# TRATAMIENTO DE LAS AFECCIONES DEL APARATO RESPIRATORIO.



Una larga experimentación clínica, ha venido demostrando las excelencias de EUBRONQUIOL para el tratamiento de las afecciones de las vías respiratorias. Su valor terapéutico es indiscutible para combatir:

*Catarros, Bronquitis, Tos, Asma  
Procesos bronconeumónicos*

Su composición (Colesterolina, Alcanfor, Gomenol, Acido Tímico, Mentol, Helenina, y Aceite de Olivas) constituye la garantía de su eficacia. / Se prepara también en forma de ELIXIR, efficacísimo contra las molestias de la tos.

Preparado por su autor el  
Farmacéutico Ricardo Company

El Departamento Científico de la Casa  
FEDERICO BONET, Apart. 501, Madrid,  
facilita a los señores Médicos literatura y  
muestras y, en cualquier caso concreto, la  
información científica correspondiente.

# EUBRONQUIOL



# **ESTOMAGO** **SAL** **DE** **HUNT**

GRANULADA FRIABLE

Regulador normal de la acidez gástrica.  
Apósito calmante de la mucosa estomacal.

**HYPERCHLORHYDRIA,**  
**GASTRALGIAS, FERMENTACIONES ÁCIDAS**

**Acción cierta. — Uso práctico. — Innocuidad absoluta.**

LABORATORIO ALPH. BRUNOT, 16, RUE DE BOULAINVILLIERS, PARIS

Muestras y literatura: JUAN MARTÍN, Alcalá, 9. — MADRID

## **QUIMIOTERAPIA DE LAS INFECCIONES**

Infecciones  
crónicas

**ODO BENZO MÉTHYL FORMINE**  
**IODASEPTINE**  
**CORTIAL**

Ampollas (11 á 20 c. c. por día).

Gotas (20 á 100 por día).

Comprímulos (1 á 4 por día).

**TUBERCULOSIS PULMONAR** de evolución lenta. (2 á 5 c. c. por día.)  
**REUMATISMOS DEFORMANTES,** Tuberculosos, Gotosos, etc. — Ciática.  
*Numerosas comunicaciones y referencias.*

(Acción electiva sobre el bacilo de Koch.  
Regresión de la fiebre.  
Mejoría del estado pulmonar.)

PIRESIA  
Infecciones  
agudas.

**DI-FORMINE-ODO-BENZOMÉTHYLÉE**

**SEPTICEMINE**  
**CORTIAL**

Ampollas 4 o. o.

1 á 4 por día.

Quirúrgicas, Puerperales, Intestinales, Piógenas,  
Gripales, Broncopneumonía, Encefalitis, Erisipela.

**LABORATOIRES CORTIAL. — 15, Bd. Pasteur. — PARIS**  
Agentes generales para España: Juan Martín. — Calle de Alcalá, núm. 9. — Madrid.  
Sucursal: Consejo Ciento, 341, Barcelona.



siempre entre canalículo y fosa nasal el hilo de seda fino, bien el superior, o el inferior que nos permitía una vez terminado el lavado volver a colocar en su sitio con toda comodidad el grueso cordón, que ha sido perfectamente tolerado durante diez días.

A los dos meses de esta intervención la vía creada se sostiene permeable. Ciertamente que el plazo es corto para que podamos formar un juicio definitivo, y que además, por haberse empleado el procedimiento hasta ahora sólo en un enfermo, debemos mostrarnos prudentes y no exagerar el optimismo; pero como el resultado ha sido sin duda satisfactorio, hemos creído obligado dar a conocer este nuevo método, para que sea ensayado por nuestros colegas, tanto más cuanto que nosotros que practicamos un número grande de dacriocistorrinostomías sabemos bien la amargura que supone el encontrarnos frente a casos parecidos al que hemos historiado y sin tener una orientación terapéutica en la que podamos confiar.

Nosotros, repetimos, decididos partidarios de la dacriocistorrinostomía como el mejor tratamiento de las dacriocistitis supuradas, nos sentimos satisfechos de poder quitar un arma a sus detractores, que, sin parar mientes en sus numerosas ventajas, hacen resaltar sólo sus inconvenientes, y entre ellos, el de que no en todos los casos sea capaz de suprimir el lagrimeo.

Aparte de que no es posible hablar de operaciones que cuenten un ciento por ciento de éxitos, lo cierto es que el número de ellos es extraordinariamente mayor que el de fracasos, y aun de estos, un grupo, el más importante, al que pertenece nuestro caso, puede vencerse con la técnica que nosotros hemos seguido y que aconsejamos practicar en los que sean análogos.

NOTA.—Ya en prensa este trabajo, hemos recibido con fecha 8 de Mayo una carta de este enfermo, con residencia actual en La Mata (Toledo), en la que nos comunica (nosotros le habíamos encargado nos diese cuenta de su estado pasados unos meses) que se encuentra perfectamente del ojo últimamente operado, o sea del intervenido siguiendo el método que acabamos de exponer. Es decir, que son ya cuatro meses los transcurridos desde la intervención y que la permeabilidad persiste, por lo que casi con seguridad podemos considerarla como definitiva.

### Información científica extranjera

#### Las operaciones substitutas de la enucleación y la amputación del segmento anterior del globo ocular

Estudio técnico de COUTELA, presentado por BOUQUET a la Société des Chirurgiens de Paris en sesión de 21 de Marzo de 1930.

ADAPTACIÓN DE

F. JAVIER CORTEZO

El empeño principal de este trabajo es señalar un punto particular de la técnica operatoria en la amputación del segmento anterior del globo ocular. Puede parecer

desproporcionado discutir ante cirujanos duchos en la amplia técnica de las operaciones quirúrgicas, las operaciones destinadas a reemplazar la enucleación del globo ocular. Esta es cuestión que, *a priori*, parece de detalle, sin serlo efectivamente; el destrozo considerable y siempre manifiesto, pese a cuanto se haga, de la operación mutilante y la necesidad de remediarlo en lo posible, sin perder jamás de vista la prótesis ulterior, excusa tal vez, más en éste que en caso alguno, no descuidar el menor detalle y reemplazar, siempre que sea posible, la operación mutilante por intervenciones de menor déficit estético.

Esta no es cuestión nueva, y desde muy antiguo (Celso y Scarpa) se ha buscado substituir la enucleación por diversas intervenciones, que sólo enumeraremos para insistir únicamente sobre la intervención ideal: la amputación del segmento anterior, y acerca de un detalle técnico del que se comprenderá en seguida la extrema importancia.

Reemplazar el globo ocular por un trozo de cartilago, fresco o formolado, por un pedazo de esponja, un fragmento de grasa y aun por el ojo de un animal (cerdo) ha podido dar resultados variables e inconstantes, si bien este artificio, aunque no por completo abandonado, se reserva a casos particulares sin estar todavía firmemente establecido.

La evisceración o exenteración del globo ocular (sección crucial de la córnea y expulsión del contenido del globo con ayuda de una cucharilla, al modo que se vacía un huevo pasado por agua), produce a la larga un muñón retraído que se atrofia rápidamente hasta dimensiones tan ínfimas, que prácticamente puede decirse que la enucleación y la evisceración simple se siguen, para la prótesis, de resultados estéticos sensiblemente iguales. Se ha podido remediar este retraimiento del muñón colocando en la cavidad del globo eviscerado una bola de cristal (operación de Miles) cuidadosamente esterilizada y enfundada en la cavidad esclerótica con la sutura consiguiente.

El resultado es bueno en ocasiones, pero nulo otras veces por expulsión secundaria del cuerpo extraño. En otros casos, es peligrosa la operación, y en 1900 ya se señalaron, ante el Congreso Internacional de Medicina de París, casos de oftalmía simpática.

La ablación del globo ocular o su evisceración son, por tanto, operaciones de último extremo, a las que llegamos sólo de modo forzoso y ante imposibilidad de elección. Por esto numerosos autores han preconizado desde hace tiempo las operaciones parciales, salvo contraindicación manifiesta: resección de la córnea, amputación del segmento anterior.

Contentarse con extirpar la córnea, dejando en el globo el iris, el cristalino y el cuerpo ciliar (keratectomía de Crilchett y de Panas), puede dar lugar a accidentes secundarios de alguna gravedad, ya sea ciclitis con o sin hipertonia, bien glaucoma del muñón, impediendo de la prótesis, ya oftalmía simpática causante de pérdida de la visión en el ojo indemne por endociclitis grave.

La intervención que parece obtener en la actualidad más aceptación, operación más amplia que la simple resección corneal, se designa con el nombre de *amputación del segmento anterior*. Esta operación tiene por objeto la extirpación del tercio anterior de la esfera ocular, dejando en plaza los dos tercios posteriores. La sección debe ser hecha por delante de la inserción esclerótica de los cuatro músculos rectos, y por detrás del cuerpo ciliar,



La primera condicional (sección delante de la inserción esclerotical de los rectos) permite conservar al muñón toda la movilidad de un globo normal. Este muñón deberá servir de soporte a la pieza artificial que se adaptará exactamente a su superficie y se actuará con los movimientos del muñón.

La segunda condicional, haciendo pasar la incisión por detrás del cuerpo ciliar, permite la extracción total, evitando los dolores y accidentes graves que pudieran resultar de la irritación o enclavamiento del cuerpo ciliar en el muñón esclerotical.

Las dos condiciones son necesarias: la primera permite una perfecta estética; la segunda evita complicaciones de gravedad.

La técnica de la amputación del segmento anterior del globo del ojo es sencilla, aunque delicada, y bien conocida:

1.º Desinserción, con las tijeras, de la conjuntiva bulbar en su adherencia limbar sobre toda la circunferencia de la córnea. 2.º Ruptura, si precisa, de las adherencias que se pudieran producir entre la conjuntiva bulbar y la esclerótica; los tejidos infraconjuntival y episclerotical pueden, sobre todo en casos de inflamación antigua, provocar adherencias impertinentes, que se romperán con facilidad deslizando las tijeras entre la conjuntiva y la esclerótica y separando las ramas. 3.º El tercio anterior del globo, el casquete córneoesclerotical, puesto de este modo ampliamente al desnudo, se introduce una aguja curva, enhebrada de catgut 000 a 7 u 8 milímetros del limbo; penetra la aguja en el globo y sale por un punto exactamente simétrico en la parte inferior. Se introducen otras dos agujas, una por fuera y otra por dentro de la anterior. 4.º Resección de la parte anterior del globo; para la mitad superior de la circunferencia se emplea el cuchillete, introducido, con el corte hacia arriba, siguiendo el diámetro horizontal; para la mitad inferior se emplean las tijeras. El casquete esclerotical se retira y al volverle puede comprobarse fácilmente la presencia del iris y si el cuerpo ciliar ha sido separado totalmente. 5.º Se hacen salir las agujas, de las que asoman las puntas por la parte inferior del globo, y se atan los catgut meticulosamente. 6.º Por delante de la herida esclerotical, suturada de este modo, se asienta la conjuntiva bulbar y se suturan los labios con hilo de lino (puntos separados o sutura en bolsa). (véase figura 1.ª A).

De este modo se ha enfundado bajo la conjuntiva un muñón constituido por los dos tercios posteriores del globo ocular, muñón de considerable volumen y consistencia (pues el contenido vítreo no se expuso), muñón de gran movilidad (pues los cuatro músculos rectos permanecen insertos); la prótesis será, por lo tanto, móvil; la pieza bien adaptada, invisible: resultará un éxito estético evidente.

Esta operación, ideal *a priori*, no ha sido universalmente aceptada. ¿Procederá esta repulsa relativa de alguna dificultad de la técnica?

La enucleación, evidentemente, se efectúa con más sencillez y más prontamente, pero la anestesia local orbitaria (nada más fácil que inyectar 1 ó 2 c. c. de anestésico en el fondo de la órbita, con ayuda de una aguja de 4 ó 5 centímetros) permite practicar la amputación del segmento anterior con todas las garantías necesarias. Es, pues, obligado incriminar esta repulsa a ciertos casos de oftalmías simpáticas; indudablemente son raros, pero ¿podemos arriesgar la ceguera del enfermo por una cuestión puramente de estética?

El interrampamiento subconjuntival del muñón, tal como se acaba de describir conforme a los clásicos modernos, pone ya al abrigo de las complicaciones sépticas agudas y subagudas; pero parece más prudente todavía recurrir a un detalle de técnica sobre el cual insiste Coutela muy especialmente.

La cáscara esclerotical (envoltura fibrosa) está tapizada por una membrana vascular (coroides) doblada a su vez por la retina. Se sabe que el proceso simpatizante se desencadena por una alteración infecciosa de la coroides. Es evidente que en la técnica clásica expuesta, la aguja introducida en la parte superior del globo atraviesa sucesivamente, de la superficie a lo profundo, la esclerótica, la coroides y la retina; luego de haber recorrido de alto a bajo todo el contenido del globo, esta aguja atravesará nuevamente, esta vez de lo profundo a la superficie, la retina, la coroides y, finalmente, la esclerótica para aparecer al exterior por la parte inferior del globo.

Efectuada la resección y hecha la sutura, la herida se encontrará constituida por dos labios periféricos escleroticales y por dos labios centrales coroiderretinianos, éstos abrazados (véase figura 1.ª B). Resulta, por consiguiente,

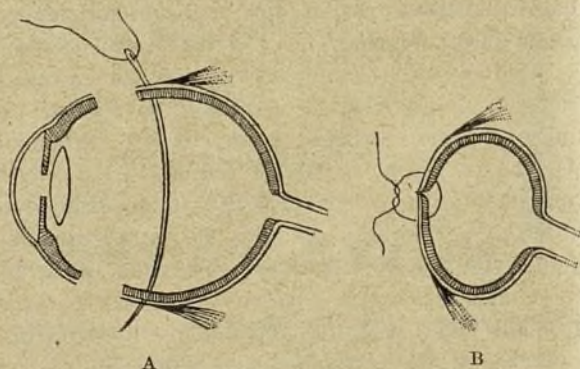


Fig. 1.ª

A. Procedimiento clásico. — La aguja de sutura atraviesa todo el espesor de las envolturas oculares.

B. Resultado. — La coroides resulta pellizcada en la sutura y en la cicatriz esclerotical.

Para mayor claridad no se representa la conjuntiva en estos esquemas.

te, un pellizcamiento de la coroiderretina entre los labios de la cicatriz esclerotical, y este pellizcamiento es, con toda evidencia, causa de irritación e infección, posiblemente generadoras de la grave oftalmía simpática.

¿Qué cabe hacer para evitar esto? Es de interés insistir sobre el siguiente extremo, detalle técnico que COUTELA practicó desde hace veinte años, un centenar de veces con excelente resultado hasta el día. Su finalidad es no pellizcar la coroides entre los bordes de la herida esclerotical.

Luego de la sección limbar de la conjuntiva, se espeta, con una aguja curva sin enhebrar, el segmento anterior, al igual que se hace con la primera aguja en el método clásico; esta es una aguja de sostén que permite la resección del casquete córneoesclerótico y que mantiene en su lugar los dos tercios posteriores del globo y ampliamente abierta la circunferencia de incisión esclerotical. Separado el segmento anterior (córnea, iris, cristalino, cuerpo ciliar y anillo esclerótico yustalimbar), se tiene delante, mantenido por la aguja de sostén, y ampliamente abierta, la circunferencia de inserción esclerocoroidiana en que se encuentra el contenido vítreo del globo. Entonces resulta fácil, con ayuda de un catgut, enfilado



en cada una de sus extremidades, pasar una aguja superior, no de la superficie a la profundidad (lo que obliga a atravesar la esclerótica y luego la coroides), sino de la profundidad a la superficie (véase figura 2.<sup>a</sup> A). Es sencillo, de ser preciso, despegar la coroides y no tocar sino la esclerótica. Del mismo modo se procede con la aguja, que termina el cabo inferior del catgut. Se colocan dos o tres catguts de igual modo y con igual técnica. Se retira luego la aguja de sostén y se anudan los catguts. Resulta así una sutura solamente esclerótica; la coroides, remangada al interior, no se pellizca entre los labios escleróticos, escapando así a toda ofensa y consiguientemente a toda irritación e infección. Luego se efectúa el recubrimiento conjuntival al modo clásico.

La aguja de sostén es necesaria, indispensable, haciendo más fácil la delimitación y la resección del casquete córneoesclerótico.

Una vez retirado éste, la aguja mantiene en su lugar lo que resta del globo y se opone a su hundimiento, que se acompañaría de abundante pérdida del vítreo, elemento importante de la consistencia del muñón definitivo.

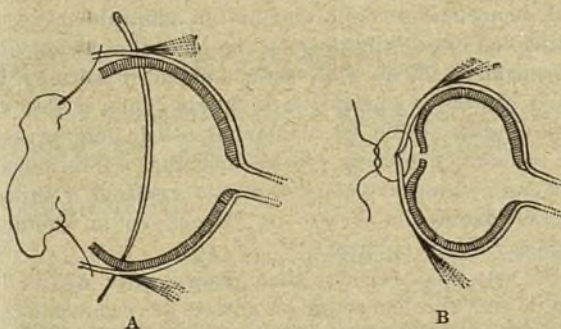


Fig. 2.<sup>a</sup>

- A. Colocada la aguja de sostén, las dos agujas de sutura se llevan de lo profundo a la superficie sin atravesar la coroides.  
B. Resultado. — La cicatriz esclerótica únicamente, no pellizca la coroides.

Este es, pues, un detalle que, desde el punto de vista técnico, parece *a priori* de poca importancia, pero que prácticamente la tiene capital por ponernos al abrigo de la más temerosa complicación que puede presentarse al oftalmólogo luego de una intervención.

Termina Bourguet la exposición de la técnica de Coutela, resumiendo brevemente la técnica clásica de la resección del segmento anterior, y añadiendo: Tal es la técnica operatoria empleada en oftalmología, pero, como lo hace observar Coutela, estas suturas de los bordes escleróticos atraviesan, no solamente esta membrana, sino la coroides y la retina, que la tapizan por dentro. Estas dos últimas membranas, por el mecanismo operatorio, son pellizcadas en los labios de la cicatriz, y de ello resulta una causa de irritación y de infección con posible génesis de la grave oftalmia simpática. Este serio peligro se remedia por Coutela. Su técnica consiste precisamente en no tocar con el hilo ni la coroides ni la retina.

Perforando al principio, como en el método clásico, el globo ocular de alto a bajo, a nivel del meridiano vertical, no pasa sino una sola aguja sin enhebrar (sostén) y entonces comienza lo original de su método: toma un hilo, enhebra sus dos extremidades en agujas respectivas, y en lugar de pasar una aguja de la superficie al profundo, y de allí nuevamente a la superficie por la parte inferior, pasa cada una de las dos agujas de lo profundo a la

superficie, como se ve en el esquema, dejando así fuera la coroides, que no resultará sujeta al anudar los hilos. (Véase figura 2.<sup>a</sup> B.) Lo demás termina como al modo clásico.

En los veinte años que Coutela viene empleando su técnica, jamás observó complicaciones concernientes, sobre todo, a la tan justamente temida oftalmia simpática.

## BIBLIOGRAFIA DE OFTALMOLOGIA

TRATADO DE CLÍNICA OFTALMOLÓGICA, por el Dr. Carlos Charlin (profesor de Oftalmología de la Universidad de Santiago de Chile).

Recia muestra científica de la personalidad médica de la América Española, cada día más pujante, es esta obra, una de las más completas y notables de la literatura oftalmológica, y de utilidad incuestionable para el médico general.

En ella, el autor describe lo fundamental de la especialidad, con tal claridad de concepto que, hasta los más apartados de esta rama de la Medicina, encontrarán satisfacción en su lectura, y se darán fácil cuenta de la importancia y necesidad de ciertas exploraciones oftalmológicas como complemento obligado para poder sentar o sospechar diversos diagnósticos de enfermedades generales que frecuentemente presentan síntomas precoces en el aparato visual (tabes, diabetes, nefritis, esclerosis renal, arterioesclerosis, etc., etc.).

Cada capítulo va precedido de un recuerdo anatómico y fisiológico utilísimo. En la descripción de los síntomas, agrupa los más salientes que cada parte del ojo tiene de comunes, para *a posteriori* ir señalando en cada afección lo que verdaderamente la distingue de las otras del mismo grupo, método éste original y ventajoso. Al estudio de cada enfermedad, une en muchos casos historias clínicas que, dando amenidad al libro, facilitan el recuerdo del asunto tratado.

Aun cuando todos los capítulos están muy bien hechos, sobresale por su claridad, a la par que por el dominio que demuestra de parte tan compleja, el referente a motilidad ocular, constituyendo uno de los trabajos más completos y más felizmente expuestos de la literatura oftalmológica.

Es, en resumen, un libro de valor y gran aplicación para el médico general, y aun el especialista beneficiará mucho de su lectura.

El estilo es claro; láminas muy numerosas, bien presentadas, y la edición nada deja que desear.

El Consejo de Instrucción Pública de Santiago de Chile, por decisión de 15 de Diciembre de 1924, acordó premiar (bien merecidamente en nuestro concepto) esta obra, de la que debe mostrarse orgullosa la ciencia de habla española.

LECCIONES DE OFTALMOLOGÍA CLÍNICA, por el Dr. Márquez, 1926-1928, Madrid.

Bien conocida en España la personalidad científica del Dr. Márquez, ella se muestra plenamente en esta obra, de la que han sido publicados los dos primeros tomos, debiendo aparecer los otros dos dedicados a la parte especial.



El Dr. Márquez, como todos los maestros que merecen el nombre de tal, tenía contraída una deuda con la ciencia española, que paga, y bien brillantemente por cierto, con esta publicación modelo. La perfección de la obra, hasta en sus menores detalles, no ha podido sorprender a los que de antiguo conocemos el positivo valer del ilustre profesor de nuestra Universidad Central.

Como en el prólogo se advierte, no se trata de una Patología ocular, de las que ya existen muchas y buenas, y en las que el estudio va de la descripción de las enfermedades hasta el enfermo, sino de una Clínica Oftalmológica, que apenas si existen, y en la que el método seguido supone al médico ante un enfermo, dándole pautas generales para que recoja síntomas, los razone, haga el diagnóstico e implante como corolario el tratamiento, método éste sin duda más útil para el práctico.

Claro está que en ciertos capítulos forzosamente ha de comenzar por dar las nociones teóricas necesarias que servirán de directrices en la exploración.

El gran afecto que nos une al profesor Márquez no puede ser un obstáculo para en justicia declarar que esta obra la creemos magnífica, completa, clara, jugosa de concepto, de sabor práctico, de estilo correcto, que delata al maestro que, dominando los temas, los tamiza a través de su sabia experiencia, y señalarla como honra de la Medicina y de la Oftalmología patrias.

Al capítulo dedicado en el primer tomo a la historia de la Oftalmología, en el que se honra, no sólo a los extraños, sino también a los beneméritos oculistas españoles dignos de ello, siguen, después de hacer un resumen histológico y embriológico del ojo, los destinados a exploración en general (datos que pueden obtenerse por la inspección, interrogatorio); ídem de los anejos y globo ocular en general; del polo anterior del ojo (brillo, vascularizaciones, extravasados, etc.).

Dedicando un capítulo completo por su interés, describe ampliamente la tensión ocular normal y patológica; detalla en otros los síntomas de sensibilidad general en las afecciones del aparato visual y los sensoriales (agudeza visual, ambliopía, amaurosis, sentidos luminoso y cromático, campo visual), terminando este primer tomo con unas magistrales lecciones de óptica física fisiológica y anormal del ojo.

En el tomo segundo continúa, de la misma brillante manera, con el examen de la refracción ocular, oftalmoscopia anterior y posterior, y de otras menos especiales que agrupa bajo el nombre de diversos (clínicos generales, físicos, químicos y biológicos).

El capítulo X es un completísimo estudio de terapéutica general y local, farmacológica, mecánica, quirúrgica y física.

Imposible es el poder dar una justa idea del gran valor científico y práctico de este libro en una breve nota bibliográfica. El índice, índice incompleto que acabamos de hacer, es sólo una pequeña muestra de su contenido. Sólo su lectura y, mejor aún, su lectura repetida, nos descubrirá que nada sobra y que nada falta en él; y si no creyésemos falta de discreción el hacer comparaciones con otras obras extranjeras (otras españolas desgraciadamente no existen modernas) justamente consagradas, demostraríamos que la del Dr. Márquez puede ir orgullosa al lado de las mejores, superando en conjunto a muchas de ellas, y quizás a todas en algunos de los temas.

Al leer detenidamente esta obra queda un solo deseo, y es el de que los tomos aún restantes que habrán de ser

dedicados a la parte especial, no hagan esperar demasiado su aparición, ya que, a juzgar por los dos primeros publicados, tenemos la garantía de que en el día no lejano de su aparición contará la Oftalmología española con la obra maestra, no sólo útil al estudiante, sino necesaria a todo médico práctico y al mismo especialista.

El libro, bastante bien editado, contiene profusión de figuras de gran enseñanza.

EL TRACOMA, por los Dres. Morax y Petit. Un tomo (en francés) de 382 páginas, con seis planchas en color y 85 figuras en el texto. Editor, Jean Morax, Paris, 1930.

La extensa monografía de los Dres. Morax y Petit es una exposición detallada, concienzuda y completa, de la conjuntivitis granulosa o tracoma.

España es uno de los países más interesados en el conocimiento de esta enfermedad, por el gran número de enfermos atacados de tracoma en nuestra patria, que empieza a despertar de su letargo para acudir a la lucha contra la grave afección que es responsable de tantas ceguerras y cuya importancia social y económica es considerable.

El conocimiento del problema tan admirablemente estudiado en esta obra, interesa, no sólo al especialista en enfermedades de los ojos, sino también, y en muy alto grado, al médico general, cuya valiosa ayuda es absolutamente indispensable en el movimiento de defensa social que se inicia y que es preciso continuar e intensificar a toda costa en nuestro país por propio egoísmo, y para colaborar además con el resto de Europa en la limitación del mal y de sus peligros.

Por esto ha de ser al médico general muy útil la lectura de este libro, en el que los autores de reconocida competencia mundial hacen en los primeros capítulos un claro y detallado estudio clínico, sintomatología, complicaciones y diagnóstico de la conjuntivitis granulosa, describiendo con mano maestra los aspectos variados con que la enfermedad se presenta, cómo evoluciona, y la frecuencia y caracteres de sus complicaciones corneales, palpebrales y lagrimales.

En el capítulo dedicado a tratamiento, se ocupan primeramente de las líneas terapéuticas generales a seguir con los tracomatosis, pasando después al detalle de los medios químicos, físicos, mecánicos, biológicos y quirúrgicos que podemos poner en práctica para lograr la curación del tracoma y de sus diversas complicaciones.

Capítulos, aunque de positivo mérito, menos interesantes ciertamente para el médico práctico, pero necesarios para llegar a obtener una visión de conjunto del problema, son los dedicados a historia, anatomía patológica, etiología, distribución geográfica y estudios experimentales.

Lo referente a profilaxis de tan gran interés y lo que afecta a legislación sanitaria, se trata con gran extensión, ocupándose, por fin, de las relaciones entre la conjuntivitis tracomatosa y los accidentes del trabajo, y de los trabajos efectuados y planeados por la Liga Internacional contra el Tracoma.

Varias planchas en color con 18 grabados y 85 figuras en el texto en negro, dan una imagen tan fiel como es posible de las modificaciones a que da lugar el tracoma en la conjuntiva y en la córnea.

El estilo ameno hace además que se lea este libro con verdadero placer. La edición es muy buena.



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.<sup>A</sup>**

DIRECTOR: D. BERNARDO MORALES

**BURJASOT** VALENCIA  
ESPAÑA

**Jarabe Bebé**

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

Agentes exclusivos, J. URIACH Y C.<sup>a</sup>, S. A. — Barcelona.

**Tetradínamo**

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

**Septicemiol**

(INYECTABLE)

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

**Eusistolina**

(SOLUCION E INYECTABLE)

Preparado cardio-tónico y diurético a 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.

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación de ferrocarril.

Ayuntamiento de Madrid



## 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

## ALMORRANAS



Producto español a base de Hamam-virg.<sup>a</sup>. Esculus hipocast; novocaina, anestésina, etc. Cura Hemorroides internas, externas, sangrantes y pachedimientos del recto. Tubo con cánula. 3,50 pesetas; correo, 4. De venta en farmacias.

## ANTIASMÁTICO PODEROSO

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES

### Jarabe-Medina de Quebracho.

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

## VACANTES

La de médico titular e inspector municipal de Sanidad de Mora la Nueva (Tarragona), con el haber anual de 2.200 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Puede contratarse con los vecinos pudientes. Solicitudes documentadas hasta el 17 de Junio.

Datos.—Villa de 2.080 habitantes, a 22 kilómetros de Gandesa y a 37 de la capital. Carretera. Ferrocarril.

—La de médico titular e inspector municipal de Sanidad de Fasnía (Santa Cruz de Tenerife), con el haber anual de 2.200 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Puede contratarse con los vecinos pudientes. Solicitudes documentadas hasta el 12 de Julio.

Datos.—Lugar con Ayuntamiento de 1.225 habitantes, a 51 kilómetros de la capital, a la que está unida por carretera.

—Por dimisión, la de médico titular e inspector municipal de Sanidad de Orés (Zaragoza), con el haber anual de 1.375 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Puede contratarse con los vecinos pudientes. Solicitudes documentadas hasta el 17 de Junio.

Datos.—Lugar con Ayuntamiento de 735 habitantes, a 21 kilómetros de la cabeza de partido (Ejea de los Caballeros) que es la estación más próxima, y a 85 de la capital.

—La de médico titular e inspector municipal de Sanidad de Cortes de Baza (Granada), con el haber anual de 2.200 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Puede contratarse con los vecinos pudientes. Solicitudes documentadas hasta el 14 de Junio.

Datos.—Villa con Ayuntamiento de 686 habitantes, a 15 kilómetros de la cabeza de partido (Baza), cuya estación es la más próxima, y a 100 de la capital. Río Castril.

(Continúa en la pág. XXI.)

# SARNA

— (ROÑA) —

cura rápida y cómoda con el **SULFURETO CABALLERO**

Destructor tan seguro del Sarcptes Scabiei, que una sola fricción, sin baño previo lo hace desaparecer por completo, siendo aplicable en todas circunstancias y edades por su perfecta inocuidad.

**J. CABALLERO ROIG**

Farmacia-Laboratorio: Calle Rocafort, 135, Barcelona.

# INMUNIDAD

**DR. MARTÍN SALAZAR**

Ayuntamiento de Madrid



ción veréis claros los objetos, estableceréis un plan y afirmaréis las ideas. El día en que hayáis adquirido espontáneamente o por autosugestión voluntaria una idea fuerte y poderosa, despertará en vosotros un sentimiento y una emoción que se manifestará por el impulso y el entusiasmo. La inteligencia va íntimamente ligada al sentimiento. Os veréis impulsados hacia la ejecución por la intensidad del deseo, por el poder del pensamiento que creéis ser la voluntad. En realidad, la voluntad no es más que una palabra, sólo una palabra. Es el proceso que hace pasar la idea a la realización por un deseo intenso, por un sentimiento violento de lograr re-

Sorprendentes resultados obtendrá usted en **Esguinces**, si prescribe dos veces día: baño alcalino local a temperatura elevada y a 5 a 10 c. e. de **YODESAL** en fricción suave.

sultado; el sentimiento es quien os dirige, que no la voluntad ni la razón.

La idea fuerte y motriz es la que provoca el entusiasmo e impulsa a la acción. Obramos siempre bajo la influencia de un motivo, del móvil más fuerte, es decir, bajo la influencia del sentimiento, bajo la impresión de una tendencia natural o adquirida. Este móvil está puesto en acción por la idea fuerte sembrada por la sugestión. El destino no es otra cosa que la expresión de nuestro inconsciente.

Si tenéis la duda sobre la posibilidad de transformaros, pensad en esta verdad: nuestra naturaleza es siempre perfeccionable. Todo ser vivo, vegetal o animal, está sometido a la ley de la evolución y no permanece nunca en un punto fijo. Es preciso que evolucione hacia el bien o que retroceda hacia el mal. Desde el momento en que emprendáis la conquista de vosotros mismos, se marcará en vuestra vida una fase nueva que precederá a la realización de vuestra ideal.

Desde el momento que realicéis ese ideal le veréis reemplazado por otro todavía superior; en la marcha hacia la perfección no existen límites. Es preciso desde el primer momento *apuntar* tan largo como alcance vuestra vista. Hay que realizar vuestro ideal, que es la expresión de nuestra naturaleza verdadera, de vuestro yo ideal. Fuera de él no

### Estreñimiento:

Supositorios Evacuafil Ribalta. De eficacia infalible. Prospectos gratis.

Preparación de óvulos y supositorios.

Rambla Cataluña, 44, Barcelona

podréis ser felices; sin él vuestra felicidad se nubla; quizá experimentéis la influencia de las excitaciones engañosas que os rodeen; ellas constituyen el placer, pero no la felicidad.

*Podéis y debéis evolucionar.*—Nuestra raza es progresiva y la naturaleza ha puesto en nosotros todas las aspiraciones hacia el progreso. Desde el momento en que hayáis concebido vuestro programa; desde el momento que hayáis comenzado a cultivaros, vuestra vida será más amplia. No perderéis tiempo; ocuparéis todos los días y tendréis la impresión de fuerza y satisfacción que proporciona todo entusiasmo sistemático. Habéis llegado a ser hombres.

*Hay que contrapesar los pensamientos: es decir, educar el inconsciente.*—1.º No deis cabida en vuestro espíritu a pensamientos negativos, es decir, a nada

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

**ELIXIR CALLOL**

inquietante, angustioso o que exprese odio, envidia, celos, preocupaciones o desaliento.

2.º Fijad vuestra atención en un solo punto, en una sola cosa cada vez, sin dejaros invadir por ninguna idea secundaria.

Si queréis adquirir gran valor profesional y formaros un ser superior, lo lograréis por la concentración. Fijad la atención sobre un asunto dado y único, tanto tiempo como hayáis dispuesto para hacerlo. Fijadla primero un minuto y progresivamente llegaréis a concentrarla durante varios minutos, media hora.

¶ Durante estos ejercicios de concentración alcanzáis una potencia de inteligencia excepcional; viendo el asunto por todas sus fases, deducís de él la verdad. Pero diréis: yo no soy capaz de concentrar mis pensamientos; soy aturrido y distraído. Sí, lo sois y lo habéis sido desde la época del colegio; vuestros maestros y vuestros padres, han dicho: «es inteligente, pero distraído y

### EL CHOCOLATE ZORRAQUINO

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

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

aturrido», y se sonreían al decirlo expresando esta verdad, pero nada han hecho por corregirlos; eran equivocados. Aturrido y distraído son dos estados funestos que desaparecen con el entrenamiento (como ahora se dice); por la educación de la perseverancia y de la aplicación. Para experimentar o entrenaros, practicad la continuidad; sed perseverantes, si no, no realizaréis nada.

El niño aturrido fracasará en los exámenes y más adelante no valdrá para ninguna rama de la actividad humana. Con las mismas facultades, si desenvuelve la concentración, su provecho subirá de uno a ciento. La concentración es la primera condición del éxito.

El hombre es lo que le hacen sus pensamientos. Si la preocupación, la inquietud y el desaliento aparecen en vosotros, eliminadlos sistemáticamente y fijad la atención sobre otro asunto que os interese o absorba; de esa forma desarrollaréis la comprobación de vuestros pensamientos, fijad las ideas vagas e inciertas, desprovistas de fuerzas de acción. Sois lo que son vuestros pensa-

### CARABANA: el mejor purgante.

mientos y vuestros sentimientos; es decir, deseos, apetitos y pasiones. El hombre en efecto es a la vez una inteligencia y un ser afectivo dotado de vo-

luntad, Digo voluntad para indicar la facultad subjetiva de realización, pero en realidad, la inteligencia y el sentimiento son los que impulsan a obrar. Las ideas fuertes y los afectos poderosos son los que nos impulsan a la acción. Aprended, pues, a disimular los pensamientos penosos (inquietud, preocupación, envidia). Si os encontráis en un acceso de mal humor, procurar tomar una actitud alegre y risueña y vuestro estado de alma cambiará. Coged un libro impregnado de optimismo y valentía: al principio leeréis maquinalmente, pero si os esforzáis en fijar la atención sobre la lectura, poco a poco habrá cambiado el curso de vuestros pensa-

### Antiséptico GLOGENO LUMEN

Muestras gratis.

Centro Farmacéutico Jienense.

Apartado 22. — Jaén.

mientos y alcanzaréis la calma como el sol apar ce entre las nubes.

Los sentimientos impulsan a la acción. Para hacerlos surgir hay que provocar los pensamientos y controlarlos por la autosugestión. Por el entrenamiento producido y por la repetición de vuestros esfuerzos mentales, adquiriréis los sentimientos que deseáis experimentar y obraréis conforme a vuestros deseos.

Por este medio daréis un juicio recto, os haréis dueños de vosotros mismos y adquiriréis el autocontrol.

El espíritu concentrado piensa con inteligencia perfecta; y al hacerlo así, desenvuelve sus facultades de decisión y de realización.

La voluntad es la expresión de la idea motriz. Esta idea está unida a la acción y hace eficaz el deseo. La voluntad no determina la naturaleza de los pensamientos, sino que permanece al servicio del pensamiento inteligente. El pensamiento provoca deseos que sigue la acción; hay pues que controlar los sentimientos y los pensamientos. Si observáis o sobre todo señaláis los defectos de quienes os rodean, mantenéis una mala costumbre y creáis a vuestro alrededor un ambiente de antipatía. Dejad, pues, la manía muy común de criticar a los demás y señalar sus defectos. Acostumbraos por voluntad propia a ver solamente en los demás lo que tengan de bueno y de ese modo lo malo que po-

### IODARSOLO

Primer producto de yodo y arsénico.

**BALDACCI - PISA**

seáis en vosotros llegará a convertirse en bueno; ayudaos por la autosugestión.

*Educad vuestra voluntad con la auto sugestión.*—Para educar vuestra voluntad es preciso desenvolver en vuestro cerebro la zona motriz, este desarrollo se realizará por medio de los cuerpos, tanto en lo físico como en lo intelectual y moral. Animaos por la autosugestión dada en alta voz mucho tiempo repetida.

a) Por la mañana haréis siempre un programa que llevaréis a cabo en el día. El hecho de ejecutar dicho programa educa la voluntad.

b) Masticad lentamente los alimen-



tos. La masticación tiene la ventaja enorme de ayudar a la digestión en grado sumo, y la boca es la única parte del tubo digestivo que puede regirse por la voluntad. En cuanto se abre, un acto maquinal le convierte en involuntario.

c) Regulaos un menú con los alimentos, es decir privaos de comer más de lo que hayáis decidido y no comáis sin hambre; ayunad de vez en cuando y algunas temporadas o casi siempre suprimid la carne, los excitantes (aperitivos, bebidas alcohólicas, condimentos, café, té, chocolate).

d) Imponeos de quince a veinte minutos de cultura física todas las mañanas y cinco por las tardes.

e) Ejecutad la sobrerrespiración,

## Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.

Alcalá, 88. — Madrid.

siempre que salgáis; respirando a fondo seis veces seguidas, inspirad por la nariz la mayor cantidad de aire posible y respirad todo el aire despacio y por la nariz.

**Conclusión.**—El cultivo del espíritu es inseparable de la cultura física.

Para pensar bien y poseer con fortaleza hay que regar el cerebro con sangre purificada con la higiene y la cultura física (como mínimo veinte minutos al día).

La cultura física sirve para mejorar la salud. La práctica de la higiene requiere un excelente ambiente moral que permita educar la voluntad y formar el inconsciente con la autosugestión.

M. P.

(De El Huerfanito.)

## Indicaciones terapéuticas de la música. (1)

Figura la serpiente de cascabel como uno de los seres en que más actúa la música, al extremo de aletargarla, cual lo prueba este hecho referido por Chateau Briand: «Viajaba por el Alto Canadá en compañía de algunas familias salvajes; de improviso aparece una

## REUMA CIATICA ARTRITISMO CIATICARINA García Suárez.

culebra en el campo; propónese un indigena admirar a sus compañeros de fatigas, para lo que toma una flauta, se aproxima al enemigo que se preparaba para atacarle, y cuando el peligro era inminente, el individuo toca una melodía, el reptil se desarma y se subyuga a su instrumento; entona el músico sonidos suaves alejándose del huésped venenoso, y éste, no pudiéndose resistir a su dominio, le sigue, con lo que logró llevarla lejos del campamento».

Muchas aves gustan de la música, dándoles los motivos juguetones más animación a sus cantos; realizase en los

bosques poblados por gran número de aquéllas el gran concierto de la naturaleza, imitado por Listz en su leyenda y por San Francisco de Asís, que predi-

## Kelatox: Sedante atóxico.

cando a los pájaros demuestra el valor de la música descriptiva cuando hay genios que sepan manejarla.

Los cisnes se avivan al escuchar una guitarra.

Quinet ha creído ver en el canto de los pájaros un verdadero idioma que se perfecciona, lo que sólo es hijo de la imaginación. Dichos sujetos, enhorabuena que por los sonidos que emitan se dividan en oscinos o cantores, y en clamatores o chillones, pero nada más.

Cuando el pájaro imita lo hace inconscientemente, debiendo recordar a propósito de esto lo que dice de nuestro sinsonte, *turdus poly glotus*, D. Miguel Rodríguez en su obra «Naturaleza de la isla de Cuba» que entona pedazos completos de opera; pero lo cierto es que no lo hace mejor ni con más sentimiento que lo expusiera un pájaro mecánico.

Muchos son los mamíferos que gustan de la música, en los que ejerce señalada influencia; los ratones son melómanos, y por eso, conociendo esa pro-

## ION-CALCINA PALLARÉS

HEMOSTÁTICO-RECONSTITUYENTE

á base de

CLORURO DE CALCIO

piedad, un habitante de Brujas ha construido una trampa para cogerlos, sustituyendo en cualquiera de las comunes el cebo vulgar por una caja de música; los roedores mencionados son atraídos por las tocatas, pudiéndose recoger 10 y 12 de aquéllos a la vez dentro del aparato. (*Diario de la Marina*, 26 de Junio de 1897.)

A los perros les halaga de modo extraordinario, siendo tanto lo que les deleita que gimen al oír un organillo; Baglivio cita a uno que bailaba de gozo cuando escuchaba música, y Darwin otros ejemplos curiosos de este género.

Berlioz habla de una perra que danzaba de placer oyendo tocar el violín, y el Dr. Meard refiere el caso de otro sujeto de la misma especie, tan aficionado al instrumento mencionado, que prorrumpla en lamentos cuando lo oía, llegando el efecto hasta el punto que una vez el animal fué presa de convulsiones.

El caballo, prototipo de la nobleza, sigue en las marchas el compás de los instrumentos, y se excita su fogosidad para combatir al enemigo al oír las piezas bélicas.

Jacques Bonnet refiere que lord Port-

## Lactofitina: reconstituyente infantil

lad daba conciertos a sus caballos dos veces por semana, con el objeto de animarlos.

El camello presta atento oído a la

canción melancólica del árabe nómada; los mulos se regocijan con el sonido de los cascabeles, y el buey se desalienta en su faena si su conductor deja de silbar o de cantar.

Ejerce también la música efectos notables en el toro; un periódico de Berlín relata el siguiente hecho que lo comprueba:

«En las cercanías de la capital del Imperio Alemán verificábanse pequeñas maniobras militares; la música de un regimiento se retiró a una cantera próxima para ensayar cierta pieza.

Dispuesto el músico mayor a dar la señal, se fijó su vista en un espectáculo que le llenó de espanto.

Un toro, a toda carrera, había salido de

## “MALTOPOL”

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

una arboleda inmediata, persiguiendo a un niño que cruzaba por delante de la torada.

La pobre criatura y el cornúpeto se hallaban lejos para intentar cosa alguna en su auxilio, y el toro se iba ya a precipitar sobre su víctima para destrozarla, cuando el músico mayor tuvo la feliz ocurrencia de gritar: ¡un acorde!

Y al ser heridos los oídos del toro por el estruendo producido por los instrumentos, la fiera se detuvo en firme como herida por un rayo, y empezó a mugir lastimosamente.

En vista de tal resultado, los músicos repitieron el acorde diferentes veces, y el toro aterrado ante aquel huracán de sonoras notas, se lanzó a la carrera en dirección contraria, tomando el camino de la torada, con lo que el niño se salvó de la fiera.»

(Continuará.)

LOS SUSPIROS son aire y van al aire; las lágrimas son agua y van al mar; y dime, mujer, cuando el amor se olvida, ¿sabes tú dónde va?

BÉCQUER.

\*\*

LOS ACONTECIMIENTOS y sus aniversarios se conmemoran comiendo. Ello hace pensar que ordinariamente no se come bastante.

## ANTIPHLOGISTINE

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

## VARIAS NOTICIAS

### NECROLOGÍAS

Ha fallecido el médico D. Manuel Tejada Armada, titular de Lahora (Orense). — En Murcia, el médico D. Rafael Cuadrado Valcárcel.

— En Geve, el médico D. Segundo Costas Maqueira.

— En Cádiz, el catedrático jubilado de aquella Facultad y ex alcalde doctor D. Benito Arroyo Gil.

(1) Véase el número anterior.



# CATARROS FOSFOTIOCOL :: TOSES ::

## SOLUCION ARSENIO FOSFORADA CON TIOCOL

Se obtienen resultados positivos y rápidos con este preparado en las afecciones pulmonares, catarros bronquiales y gripales, desgaste orgánico, escrofulismo e inapetencias.—Precio del frasco: 4,50 pesetas.

## LA TERAPIA POR EL RADIUM

por medio del producto

## RADIOSCLERIN

en forma de tabletas que contienen cloruro de radium puro en la proporción de 1.388 por  $10^{-5}$  miligramos, compuesto con sales fisiológicas.

Indicación principal: **Arteriosclerosis**, además, gota, reumatismo, neuralgia, ciática, enfermedades de la vejez, etc.

El **Radiosclerin** ha obtenido en todos los demás países un grandioso éxito y será introducido ahora también en España.

Literatura y muestras a disposición de los señores médicos.

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

## Jarabe

## “DEYEN”

de Manzana Laxante.

Útilísimo en los adultos e insustituible en los niños.

**DOSIS:** Adultos, de una a dos cucharadas de las de sopa diluido en agua o solo; niños y menores de un año, una cucharada de las de café; de dos a seis años, una cucharada de las de postre; de seis en adelante, una cucharada de las de sopa, diluido en agua o solo, después de la cena. Todas estas dosis se pueden aumentar o disminuir, según el efecto que produzcan. **De venta en todas las Farmacias.**

Depositarlo: E. DURAN. — Tetuán, 9 y 11. — Madrid.

Frasco de muestra a los señores médicos, pidiéndolo al director del Laboratorio, Ponzano, 18, entresuelo izqda.

¡Cuidado! Pedid el “DEYEN” pues hay imitaciones.

## ESTABLECIMIENTO

## BALNEARIO DE ARNEDILLO

Aguas termales (52° 5 c.) clorurado-sódicas (5 gramos en litro), sulfatado bromuradas, con litio y rubidio, notablemente radiactivas (1.142 voltios hora litro).

Especialísimas en la curación del reumatismo, gota, ciática, artritis, escrofulismo, luxaciones, fracturas, heridas, úlceras, gripe mal curada, etc., etc.

Aplicaciones completas de **LEDOS** vegeto-minerales, únicos en el mundo.

Hotel del Balneario. Precios moderados. Excelente trato.

Viaje estación CALAHORRA.—15 Junio a 30 Septiembre.

Detalles: **GERENCIA**

## SANATORIO NEUROPÁTICO

CARABANCHEL BAJO (Madrid). — Teléfono 116 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 psiconeuróticos y otros dos para enajenados.

Tratamientos modernos.—Vida familiar.—Dos Médicos internos.

Vídanse 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.



—La de médico titular e inspector municipal de Sanidad de Puebla de Don Fadrique (Granada), con el haber anual de 2.750 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Puede contratarse con los vecinos pudientes. Solicitudes documentadas hasta el 14 de Junio.

**Datos.**—Villa con Ayuntamiento de 5.000 habitantes, a 24 kilómetros de la cabeza de partido (Huéscar), y a 185 de la capital. La estación más próxima, Calasparra, a 80 kilómetros. Carretera a Murcia, Lorca y otras. Río Barbata.

—La de médico titular e inspector municipal de Sanidad de Cachorrilla (Cáceres), con el haber anual de 2.350 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Puede contratarse con los vecinos pudientes, por lo que recibirá 2.750 pesetas. Solicitudes documentadas hasta el 16 de Junio.

(Continúa en la pág. XXII.)



CARIES  
OSEA Y  
DENTARIA  
TUBERCULOLOSIS - RAQUITISMO.

BIONERGOL  
LEFEL  
ELIXIR E INECSTABLE.

PODEROSO  
RECONSTITUYENTE  
EFICAZ  
ANTITUBERCULOLOSO.

CALCIL  
LEFEL  
COMPRIDOS DE VALES CALICIAS CON MIERA

MUESTRA LABORATORIO LEFEL MADRID

## AGUAS DE MARMOLEJO

Carbónicas, bicarbonatado-sódicas, magnésicas, cálcicas, litínicas muy radioactivas.

De creciente éxito en el tratamiento de enfermos de estómago, hígado, bazo, riñones, vejiga, intestinos, diabetes sacarina, cloro-anemia. Arterioesclerosis, etc.

2.<sup>a</sup> temporada de 1.<sup>o</sup> de Septiembre á 15 de Noviembre.

Estación de ferrocarril á 7 horas de Madrid y 4 de Sevilla.

Alquileranada la carretera que conduce á los manantiales.

**Gran Hotel del Balneario. Todo confort.**

Pedidos de botellas é informes al señor Gerente, en  
**MARMOLEJO (Jaén).**

## Balneario de Carlos III TRILLO

Temporada de 1.<sup>o</sup> de Julio  
— á 15 de Septiembre. —

Médico director en propiedad: Excmo. Sr. D. Victor M.<sup>a</sup> Cortezo.

**Nervios. - Reuma. - Escrófula. - Piel.**

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

Servicio directo desde Madrid en tres horas.

Informes y folletos:

**HOTEL LEONES DE ORO, Carmen, 30, Madrid.**

*Datos.*—Lugar con Ayuntamiento de 454 habitantes, a 13 kilómetros de la cabeza de partido (Coria), y a 60 de la capital. La estación más próxima, Cañaveral, a 30 kilómetros. Río Alagón.

—Por renuncia, la de médico titular e inspector municipal de Sanidad de Villafuente (Valladolid), con el haber anual de 1.375 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Puede contratarse con los vecinos pudientes. Solicitudes documentadas hasta el 17 de Junio.

*Datos.*— Villa con Ayuntamiento de 605 habitantes, a 26 kilómetros de la cabeza de partido (Valoria la Buena), y a 36 de la capital. La estación más próxima, Quintanilla de Abajo, a 15 kilómetros. Carretera de Valladolid a Tórtoles. Río Esgueva.

—La Asociación Ferroviaria Médico-Farmacéutica anuncia la de un especialista otorrinolaringólogo. Véanse más detalles en la sección de «Crónicas».

—Hallándose vacante por renuncia del que la desempeñaba la plaza de médico inspector municipal de Sanidad de esta villa, Hecho (Huesca) y su agregado Sirasa, queda abierto concurso para su provisión, admitiéndose solicitudes documentadas en el plazo de un mes, a contar de la inserción de este anuncio en el *Boletín Oficial* (B. O. del 19 de Mayo). La dotación anual es de 1.500 pesetas y por inspector municipal de 150. Las iguales del vecindario son unas 4.350. El agraciado podrá contratar con el vecino pueblo de Urdués, a 9 kilómetros por carretera, como también con las secciones de Carabineros de Sirez, Hecho y Urdués, contratistas del camino vecinal de Hoza y los de la explotación forestal en ejecución.

—Hallándose vacante la plaza de médico titular e inspector municipal de Sanidad de este partido, el cual lo componen los Municipios de El Collado (Soria) como matriz, con sus agregados Navabellida, Oncala y San Andrés de San Pedro, se anuncia a concurso para su provisión en propiedad, con el haber anual de 1.500 pesetas la primera y 150 la segunda, pagadas de los respectivos Municipios. Asimismo, y debiendo quedar vacante en 1.<sup>o</sup> de Julio próximo la plaza de servicio médico de unas 173 familias acomodadas que componen el citado partido, se anuncia también para su provisión con el sueldo anual de 4.350 pesetas, que serán satisfechas por trimestres vencidos por los respectivos Ayuntamientos. La matriz del partido se encuentra en el punto céntrico, y el pueblo más distante se halla a 3 kilómetros de camino vecinal, a excepción de Navabellida, que sólo dista 1  $\frac{1}{2}$  kilómetros con buen camino de herradura, y de Oncala a Soria circulan dos autos diarios por la carretera de Garray y Calahorra. El agraciado, que deberá ser uno mismo para las ambas plazas, disfrutará de casa-habitación gratis y libre de cargas vecinales. Los aspirantes que se crean con derecho

(Continúa en la pág. XXIII.)

# CORTEZO

PASEOS DE  
UN SOLITARIO  
DOS TOMOS  
Librerías.



pan la sangre de los mamíferos y de las aves y la picadura apenas es perceptible. Claro está que pueden servir de transmisores de las enfermedades parasitarias.

Hippobosca equina. Mide unos 8 milímetros de longitud, pero las alas son más largas que el abdomen y están provistas de cinco nervios (costillas de las alas) fuertes y muy desarrolladas. El color es pardo, en tanto que las alas son rojizas. Las antenas constan de tres piezas. Vive especialmente en los caballos, y ataca, sobre todo a la piel del vientre, los pliegues inguinales y de la región subcaudal. Es sabido que la mosca equina suele permanecer dicho tiempo dando vueltas alrededor de la presa y que su presencia es suficiente para enfurecer a los caballos.

Suborden braquíceros. Este gran grupo comprende muchos dípteros transmisores de enfermedades y no pocos parásitos del hombre y de los animales domésticos, especialmente en el estado de larva. La división principal es la que se hace en estrídeos, tabánidos y mscidos.

La familia de los estrídeos tienen la cabeza ancha, los ojos bien desarrollados y tres ojos simples en la frente. La trompa o probóscide se encuentra en los estrídeos europeos muy reducida de tamaño. Las antenas son cortas. Su tercer segmento se encuentra prolongado en un filamento, unas veces descubierto y otras veces oculto. El abdomen, que es redondeado en los machos, se prolonga en las hembras en su parte posterior, en los órganos depositadores de los huevos. El adulto vive poco tiempo y parece ser que no se alimenta; las hembras vivíparas u ovíparas ponen siempre su descendencia sobre la piel de los mamíferos. Las larvas son todas parásitas, pudiendo albergarse, unas veces sobre la piel, como sucede en la miasis cuticular; si bien otras formas de esta misma miasis se producen con las larvas bajo la piel; otras veces las larvas se alojan en las cavidades de la cabeza, por ejemplo: la boca, las formas nasales, el conducto auditivo, miasis cavitaria, y otras veces penetran en el estómago o en el intestino (miasis gástricola). Las larvas constan de 12 segmentos, de los cuales el cefálico lleva uno o varios ganchos, mediante los cuales se fijan. En otros

tes, pero especialmente mezclados con el polvo y en las rendijas del suelo.

En dos semanas, o en menos si se trata del centro del verano es completo el desarrollo. Puede intervenir en la transmisión de la peste, pero en este sentido tiene poca importancia. Cuando llega a la fase adulta puede ser transmisora del *dipylidium caninum*. Pero su importancia como transmisora de las enfermedades infecciosas ha quedado, sobre todo, demostrada desde que se ha puesto fuera de duda su papel como transmisora de la leishmaniosis infantil del perro al hombre, del hombre al perro y de perro a perro.

*Pulex cheopis*. Es muy semejante a la precedente por las proporciones del cuerpo, pero se diferencia de ella por tener dos pestañas en forma de V en el borde posterior de la cabeza y otra por delante del ojo. Vive habitualmente en las ratas y otros roedores, pudiendo también picar al hombre. No es lo corriente que ataque a éste, por lo menos mientras pueda vivir en los roedores, pero si éstos mueren, las pulgas emigran, y entonces pican incluso a los mamíferos superiores. Su desarrollo es todavía más rápido que el de la *pulex irritans*. Es el transmisor principal de la peste bubónica. Sabido es que cuando estalla una epidemia de esta enfermedad se suele manifestar primeramente en las ratas con una gran mortalidad de éstas, y las pulgas que abandonan los cadáveres de las ratas pueden atacar a otras ratas o al hombre.

*Ctenocephalus canis*. Llamada también *pulex serraticeps*. Ya hemos dicho que se diferencia del género *pulex* por la existencia de los dientes quitinosos y robustos en el protórax y en el contorno posterior de la cabeza. Además es su cuerpo más alargado y esbelto, aunque las dimensiones de los dos sexos no se diferencian de las del *pulex irritans*. Las dos series de pestañas o dientes, llamadas peines, y que son características de este género, tienen cada una de siete a nueve dientes. Es la especie más corriente en el perro y en el gato. A veces se la encuentra también en las ratas y ratones, en algunos carnívoros salvajes e incluso en el hombre, pero esto no sucede con frecuencia. Abunda especialmente en los



países cálidos y en el Mediodía de Europa. Sirve de transmisor de la peste, si bien no tiene importancia en este sentido. También sirve de huésped intermedio al *diplidium* caninum. También puede servir de transmisor del kala-azar de perro a perro y del perro al hombre.

*Ceratophyllus avium* o *Pulex gallinae*. Tiene unos caracteres genéricos bien diferentes, y muestran un cuerpo alargado como el de *Ctenophalus* canis, pero se diferencia de él por la falta de peines de dientes quitinosos en ambos carrillos, teniéndolos solamente en el protórax. Las antenas son más aparentes y se encuentran levantadas, pues les falta la fosita que es corriente en los otros dos géneros. Es parásito habitual de toda clase de aves, pero también ataca fácilmente a los mamíferos. En las ratas no es excepcional encontrarla y, de cuando en cuando, pica también al hombre. Se puede admitir la intervención de esta especie en la transmisión de la peste, pero no está demostrado que tenga verdadera importancia por esta transmisión.

Familia *sarcopsyllidae*. En los palpos labiales no se pueden diferenciar los diversos segmentos. El tórax es corto. El abdomen de la hembra preñada se redondea y se abulta considerablemente.

*Sarcopsylla penetrans*. Es muy frecuente en América del Sur, donde se la conoce principalmente con los nombres de nigua y de chiga. Es una pulga pequeña que mide aproximadamente un milímetro de longitud. El extremo anterior es anguloso, las mandíbulas son fuertemente dentadas. Los machos y las hembras sin fecundar tienen las mismas costumbres que las demás pulgas, pero la hembra fecundada perfora la piel de los mamíferos y penetra bajo la misma. Al cabo de pocos días aumenta de volumen y el abdomen se transforma en una esfera pequeña llena de huevos. Por este motivo se produce debajo de la piel un tumor subcutáneo, lo mismo si se trata del hombre que si se trata de los animales, sean éstos domésticos sean salvajes. Cuando los huevos se han desarrollado por completo, sale la madre del tumor, se deja caer a tierra y allí pone los nuevos. Al cabo de unas tres semanas la nueva generación alcanza su ma-

urez sexual. Puede habitar la nigua en cualquier parte del cuerpo, pero se la encuentra casi siempre en la piel de los pies, cosa que se comprende si se tiene en cuenta que los indígenas suelen ir descalzos. La pulga de por sí es poco peligrosa, pero es muy fácil que se infecte la herida que queda en el sitio en que anidó, si no se la cura asépticamente. Se encuentra también en África, pero es porque ha sido importada desde América.

Insectos dípteros, pupíparos y braquiceros.

Orden de los dípteros. Este orden, muy amplio, comprende numerosos transmisores de enfermedades y varios parásitos. Se caracterizan por tener un solo par de alas, las anteriores, en tanto que las posteriores están sustituidas por dos balancines minúsculos que son órganos de la sensibilidad. La clasificación más sencilla, si no precisamente la más científica, es la que divide este orden en tres subórdenes que son: Pupíparos, con el abdomen que no está claramente segmentado; pueden tener alas o carecer de ellas; braquiceros, con el abdomen bien segmentado, dos alas y las antenas cortas, y nematóceros, con dos alas, el abdomen segmentado, las antenas largas y filiformes. Más reciente es otra clasificación, que los divide, según la manera de hendirse la ninfa, en *orthorapha* y *cycloracha*. En el primero de estos subórdenes se encuentran todos los nematóceros y los tabánidos que en la anterior clasificación corresponden a los braquiceros; en el segundo, los braquiceros, familia másicos y los pupíparos.

Suborden pupíparos, familia *Ippoboscidae*. Tienen las antenas muy breves, compuestas solamente de dos segmentos. El cuerpo es ancho, aplanado, dorso ventralmente cóncavo. En sección transversal resulta ovoideo. Pueden existir las alas o no existir. La trompa está constituida en su parte más externa por la epifaringe, que se extiende y forma un surco cóncavo hacia abajo, dentro del cual se encuentra la hipofaringe, que es la verdadera trompa y sirve de conducto excretor a las glándulas salivales.

Está unida al resto del labium. No existen los palpos. El tarso está armado de dos ganchos uncinados robustos. Chn-





Pildoras  
Quercinizadas  
de  
Belladona, Valeriana  
y Papaverina

**Colitis aguda y crónica,  
Estreñimiento espasmódico, etc.**

DE VENTA EN TODAS LAS FARMACIAS Y CENTROS DE ESPECIFICOS.

MUESTRAS Y FOLLETOS: DR. J. VALLÉS Y RIBÓ-Paseo de Gracia, 75-Barcelona

Laboratorio Farmacológico Reggiano (ITALIA) Depositarios: D. RAMÓN SALA - París, 174

**HIERRO QUEVENNE** — Aprobado por la ACADEMIA DE MEDICINA de PARÍS —  
A causa de su pureza y de su poderosa actividad para curar **Cloro-Anemia**.  
Único ferruginoso inalterable en los países cálidos — 14, rue de Valenciennes, París.

**TINTURA COCHEUX** cura la **Gota, Reumatismo**  
— y el **Mal de Piedra.** —  
Exito en los Hospitales desde 1848.

En todas las farmacias. — Al por mayor **TAVERNIER & AGUETTANT.** — LYON (Francia).

## ANALISIS

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

Laboratorio del Dr. E. Ortega,  
sucesor del Dr. Calderón.

**Carretas, 14, Madrid.**

FUNDADO EN 1866.

Las enfermedades del

## Estómago e Intestinos

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

**ELIXIR ESTOMACAL  
SAIZ DE CARLOS**  
(STOMALIX)

Poderoso tónico digestivo  
que triunfa siempre.

Venta: Principales farmacias  
del mundo.



4.000 recetas, 20 ptas.

4.000 recibos, 20 —

**LIBRERIA E. PERAITA**

Montera, 35 (Pasaje).  
MADRID

y adornados de los requisitos legales presentarán sus instancias acompañadas de sus hojas de servicios en esta Alcaldía en el plazo de treinta días. (B. O. del 21 de Mayo.)

—Por dimisión voluntaria del que la desempeña se halla vacante la titular de Medicina e Inspección de Sanidad del partido de Ternel, compuesto de este Municipio, con residencia, y los de Frías, Griegos y Guadalaviar, con la dotación de 2.200 pesetas, pagadas del presupuesto municipal. Los señores que deseen desempeñarla la solicitarán de esta Alcaldía durante el plazo de treinta días contados desde la inserción del presente, siendo méritos preferentes los que determina el apartado 9.º del art. 1.º del apéndice al Reglamento de Sanidad municipal, pudiendo el agraciado contratar también los servicios de su profesión con los vecinos de todos los cuatro pueblos referidos. (B. O. del 21 de Mayo.)

—Del Boletín del Ayuntamiento de Madrid del día 19 de Mayo. Sesión ordinaria del día 14 de Mayo de 1930.

Se dió cuenta de un dictamen fecha 19 del pasado mes de Abril, en el que propone la aprobación de las bases que a continuación se expresan en vista de la propuesta formulada por el señor inspector del Cuerpo. Se anuncia para proveerla por concurso-oposición una plaza de médico de consulta de vías urinarias de la Casa de Socorro del distrito del Centro. Condiciones:

1.ª Ser médico numerario de la Beneficencia municipal.

2.ª Haberse dedicado durante dos años por lo menos a la especialidad de vías urinarias, probándolo con documentos que acrediten.

Ayuntamiento de Madrid

3.ª Solicitarlo del excelentísimo señor alcalde presidente mediante instancia con relación de los méritos y servicios referentes a la especialidad y con los justificantes de los mismos.

4.ª Ejecutar una disertación oral sobre conceptos generales de la especialidad, desde el punto de vista anatómico, fisiológico, patológico y terapéutico, durante una hora como máximo ante el Tribunal designado por la Alcaldía presidencia.

5.ª El Tribunal estará presidido por el excelentísimo señor alcalde presidente, el inspector de Beneficencia o concejal a quien delegue un jefe del Cuerpo de Beneficencia municipal y un especialista de vías urinarias a ser posible de la Beneficencia municipal o del Cuerpo de la Beneficencia provincial o general, o un catedrático de la especialidad.

6.ª El decanato del Cuerpo anunciará mediante oficio el plazo de solicitudes, para lo que se concederán quince días.

El concursante practicará el estudio diagnóstico, pronóstico y terapéutico de un enfermo, sacado a la suerte de una clínica oficial para lo que se le proveerá de los medios hábiles y del tiempo que el Tribunal estime necesario, pero que será igual para todos los opositores y que irá seguido sin interrupción de la exposición del caso durante una hora como máximo y media para objeciones a cada uno de los aspirantes, y la mitad del tiempo concedido a los actuantes se concederá a los otros individuos de la trínca o binca que por sorteo formará el Tribunal que determine, tratándose de un enfermo y se verificará dicha operación bajo la inspección directa del Tribunal.

### Practicantes y comadronas.

Padul (Granada). Matrona. 750 pesetas. 15 de Junio.

—Niebla (Huelva). Practicante y matrona. 750 pesetas. Solicitudes hasta el 15 de Junio.

—Alcozar (Soria). Practicante y matrona. 375 pesetas. Solicitudes hasta el 16 de Junio.

—Monegrillo (Zaragoza). Practicante y matrona. 600 pesetas. Solicitudes hasta el 16 de Junio.

—Aldequemada (Jaén). Practicante. 450 pesetas. Solicitudes hasta el 17 de Junio.

—Campillo de Arenas (Jaén). Practicante. 750 pesetas. Solicitudes hasta el 17 de Junio.



Terapéutica de la Hipofunción Genital Femenina

# OVARIOTONO



Substancia de ovario . . .	0,10
Substancia de tiroides . . .	0,03
Viburnum prun. extr. . .	0,06
Piscidia erythrina extr. . .	0,06
Hyoscyamus nig. extr . . .	0,01

**Modo de usarlo y dosis**

Tómense antes de cada comida—  
con un poco de agua y sin mas-  
tlear—de dos a ocho grageas al  
día (dos cada vez)

Hipofuncionamiento ovárico, Amenorrea rebelde, Oligomenorrea, Pubertad retrasada, Trastornos de la menopausia, Reglas dolorosas, Psicosis sexuales

Terapéutica de la Hiperfunción Genital Femenina

# HEMOSTONO



Substancia de mama . . .	0,10
Substancia de placenta . . .	0,05
Secale cornutum extr. . .	0,06
Hamamelis virgin. extr.. . .	0,04
Hidrastis canad. extr.. . .	0,02

**Modo de usarlo y dosis**

Tómense antes de cada comida—  
con un poco de agua y sin mas-  
tlear—de dos a ocho grageas al  
día (dos cada vez)

Menorragia profusas, Metrorragias menstruales, Fibromas uterinos, Conges-  
tiones útero ováricas, Hemorragias de la pubertad y menopausia

SOLICITESE LITERATURA Y MUESTRAS PARA EXPERIMENTACION CLINICA:

**LABORATORIO BIOLÓGICO LOPEZ-BREA**

León XIII. 7

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.—Cronicon sentimental, por F. Javier Cortezo.—El problema del excesivo número de estudiantes de Medicina, por Ricardo Royo Villanova y Morales.—Los anuncios de vacantes de titulares.—Movimiento médico de Barcelona, por F. Wüst Berdaguer.—Academias, Sociedades y Conferencias.—Colegio de Huérfanos.—Sección oficial.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Por las clínicas de Europa.—Tertulia médica.—Anuncios.

## Boletín de la semana.

Homenajes merecidos.—Francos Rodríguez.—Goyanes.—Conferencias.—Cuando las barbas de tu vecino...—Colegio Provincial de Médicos.

Con verdadero alborozo comenzamos las referencias que hemos de contener en nuestro *Boletín* de hoy. Sentimos tal regocijo, porque nada nos complace tanto como el sumar nuestros aplausos a los que merecidamente se tributan a médicos y españoles ilustres.

En la pasada semana se han efectuado dos fiestas de este género; la primera de ellas dedicada a un compañero nuestro de redacción, de profesión y de vida: a Francos Rodríguez. Si nosotros dijéramos en elogio suyo cuanto sabemos y cuánto nos congratulamos en verle reconocido por un público más extenso y numeroso por pertenecer a todas las clases culturales y populares del país, tendríamos que llenar un número, y nos quedaría en el cerebro y en el corazón mucho por decir.

Varias personalidades médicas hemos visto aparecer, desarrollarse y desaparecer alrededor nuestro; pero ninguna con aquella intimidad y constante comprobación como la de Francos Rodríguez. Desde su ingreso de alumno honorario en el Hospital de la Princesa, siguiéndole en sus luchas con la vida material, con la social y con la intelectual, sobre todo hasta llegar a la cúspide, que nadie le disputa por lo universal del plebiscito: del puesto de maestro entre los maestros de la Prensa general y profesional española. Más resonante la general, hace más general su aplauso; pero *EL SIGLO MEDICO*, en cuyas columnas escribió la mano casi infantil de nuestro discípulo y amigo sus primeros trabajos literarios, tiene que envanecerse hoy al poder expresar que nunca nos faltó su colaboración entusiasta y calurosa, ni a él aquel amoroso afecto que, empezando por ser casi paternal, ha derivado, por las equidades de la edad madura, en fraternidad nunca interrumpida.

El banquete dedicado por los intelectuales españoles a Francos Rodríguez en el Círculo de Bellas Artes para celebrar sus más recientes trabajos

en pro del habla castellana, aplicada a las modernas manifestaciones artísticas, ha sido una fiesta inolvidable. Académicos, escritores, políticos, periodistas, acudieron a manifestar a esta personalidad simpática, bondadosa, inteligente y enérgica el testimonio de su adhesión. Reciba el nuestro el que fué nuestro ayudante y ha sido siempre nuestro hermano.

\* \* \*

También ha sido brillante y merecido el homenaje que, en forma de entrega de un libro de los llamados de jubileo, se celebró, en honor del doctor Goyanes, el último miércoles en la Academia de Medicina, por iniciativa de *La Gaceta Médica*, y con la franca y entusiasta colaboración de los amigos y admiradores del Dr. Goyanes. Algo parecido, aunque no tan íntimo en el sentido del afecto amistoso, nos sugiere la personalidad de este célebre cirujano, a quien nadie puede negar un puesto culminante y merecido en la notable pléyade de los cirujanos españoles.

A Goyanes no podemos llamarle, como a Francos, nuestro hijo espiritual; pero sí creemos que no se ofenderá si decimos que le tenemos por nieto nuestro, dado que él conoce la filiación que con nosotros tenía aquel superior espíritu, y hombre extraordinario, que se llamó Alejandro San Martín, al que el Sr. Goyanes reconoce deber esos principios iniciadores de la que luego ha sido y es hoy su relevante personalidad.

Al aplaudir a Goyanes nos parece ver a nuestro fraternal Alejandro en el momento de su abrazo efusivo, cuando venciendo todo lo que hubo que vencer para que se cumpliera la justicia, un joven de treinta años deshacía las rutinas, obstáculos y aun intrigas que se oponían al ingreso en la cátedra de Cirugía, del que luego fué en ella un astro de primera magnitud.

Perdone Goyanes y perdonen nuestros lectores estas chocheas recordatorias; pero si no se recuerdan los actos decorosos en lo pasado, ¿dónde encontrarlos en lo presente ni quizás esperarlos en lo por venir?



Vaya, pues, nuestra sincera felicitación al señor Goyanes por el anticipado jubileo que sus méritos justifican y que seguramente consolidarán diariamente las facultades y condiciones que adornan al que, aún por fortuna suya, puede llamarse joven, y por lo que él y yo sabemos no puede llamársele, oficialmente, profesor.

¿Por qué en cierto tribunal que juzgó a Goyanes no entraría el jovencillo que intervino en el de mi amigo Alejandro?

\*\*\*

Muchas otras noticias pudiéramos sacar de los apuntes que a mano, no a la vista, tenemos; pero ni tiempo ni espacio nos quedan, si hemos de tratar de otros asuntos de índole profesional.

Conferencia del Dr. Tapia (D. Antonio) en el Círculo de la Unión Mercantil, que al decir que fué suya, envolvemos la calificación de notable, oportuna y digna de ser publicada.

Conferencia en la Academia Médico Quirúrgica (local de la de Medicina) por el Dr. Goyanes, sobre tumores malignos, de la cual sólo diremos que no pudo, ni en el asunto ni en el orador, pedirse mayores condiciones de oportunidad.

\*\*\*

Al decir eso de las *barbas de nuestros vecinos*, habrán comprendido nuestros favorecedores y, sobre todo, los médicos titulares, que nos referimos a lo que estos días se llama la crisis del Magisterio, y que a nuestro juicio nadie podrá tomar como sinónimo de la crisis de la instrucción. Del Magisterio es la crisis, pues que, aún en los más entusiastas propugnadores, no aparecen, ni siquiera mencionados, los intereses de la educación ni de la instrucción de la niñez. Todo se vuelve argumentar con aquello de las 4.000 pesetas, las 5.000 pesetas y las 3.500 pesetas, y ésto para llegar a la definitiva constitución de un Cuerpo en que no ha muchos años se percibían, por algunos de sus individuos (cuando se percibían), 600, 700 ó 1.000 pesetas. Esto último, como premio de la lotería podría considerarse.

Comprenderá el que nos lea, médico o maestro, que no censuramos, ni nos referimos en lo de las barbas peladas, a mirar con desagrado el que los honrados e inteligentes maestros de instrucción primaria cobren consignaciones más decorosas de lo que lo eran las que antes percibían. No es eso. Lo que deploramos es que su espíritu de avance y de reivindicación les lleve hasta a obtener disposiciones como las que leemos en las *Gacetas* de estos días, haciendo referencia a las últimas oposiciones y so-

bre todo a las consecuencias que de ellas se pueden obtener.

Nos parece ver en tales disposiciones una injusticia de fondo, que es de creer que será corregida, o por lo menos atenuada, por el Sr. Tormo o por sus sucesores; pues de otro modo la carrera del Magisterio, que parecía marchar por caminos prósperos, resultará truncada por muchos años y, lo que es peor, entregado su ejercicio a individuos de demostrada (no diremos que justa) inferioridad.

En eso está lo de las barbas, con lo que queremos evitar que caigamos en análoga interpretación. Vamos a demostrarlo.

Salen a oposición 2.200 plazas de maestros para toda España. Se celebran los ejercicios; en ellos solamente son aprobados 1.196 opositores, quedando con calificación insuficiente y, por lo tanto, sin plaza 1.004 individuos.

Pues bien, ahora, por el funesto sistema de las ampliaciones de plazas después de efectuados los ejercicios, resultarán favorecidos los 1.004 que los tribunales desaprobaron.

Este procedimiento ofrece, en defensa del ministro que lo adopta, el argumento de que apresura la provisión defectuosa de las escuelas; pero, ¿qué es mejor, confiar su desempeño puramente *provisional* a los que tengan el título de maestro debidamente obtenido, o dar un carácter definitivo a los que definitivamente han sido calificados de insuficientes? ¿Y los jóvenes estudiantes esperanzados ante un porvenir que creen risueño y los maestros recientes para quienes no ha transcurrido todavía el plazo de poder acudir a las oposiciones? ¿No es de creer, es más, no puede asegurarse que entre ellos habrá muchos más capacitados que los 1.004 individuos que habiendo plazas vacantes no han obtenido nota favorable de los tribunales?

En toda oposición es de suponer un grupo de individuos que ganan las plazas por sus méritos; otros que tienen menores méritos o que sólo han sido calificados de menos estimables. Pues bien, entre los opositores que vendrán en los años 1932 y 1933 habrá seguramente un número por lo menos igual que en 1929 para ganar de un modo definitivo las plazas que ahora artificiosamente se conceden a los que no han sido debidamente calificados. ¿Es esto justo? Para nosotros, no; y creemos que esto es debido a la confusión, intencionada y deplorable de la palabra *oposición* dada a lo que no son más que exámenes de aptitud.

Piensen sobre esto los que piensen legislar acerca de los médicos titulares, y aclarando bien los conceptos llamen al pan, pan, y al vino, vino.

\*\*\*



# Opoterapia Hemática

Total

JARABE y VINO de  
**DESCHIENS**

à base de Hemoglobina

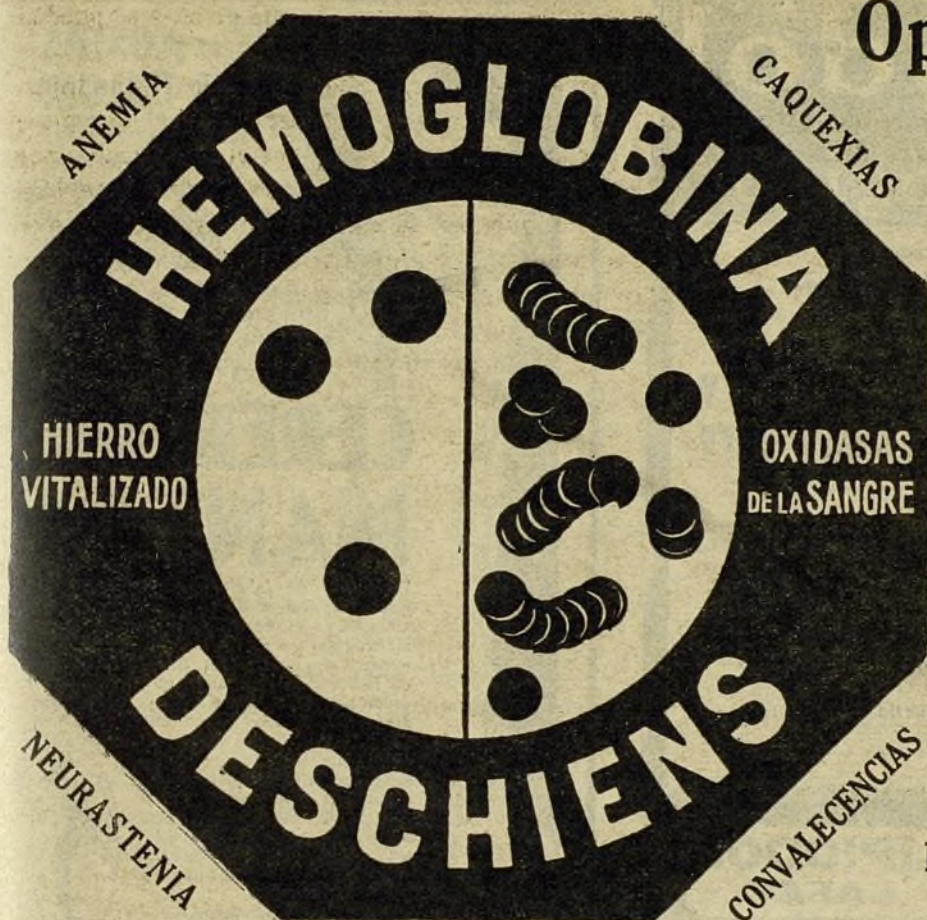
contienen intactas las Substancias  
Minimales de la Sangre total

MEDICACIONES RACIONALES DE LOS

**Síndromes Anémicos**

y de las

**Decadencias Orgánicas**



DESCHIENS, Doctor en Farmacia, 9, Rue Paul-Baudry, Paris (8\*) — Agente para España : J. G. SAINAS, 2, Calle Sagués, Barcelona

## *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



# Lipiodol

## Radiológico

Acelte Vegetal y Yodo puro  
del Doctor **LAFAY**

**“ASCENDIENTE” Y  
“DESCENDIENTE”**

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

*Se halla en todas las buenas farmacias.*

Concesionarios Generales para la Exportación:  
**LECZINSKI & C<sup>o</sup>,**  
67, Rue de la Victoire  
Paris.

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

**LIPIODOL  
LAFAY**

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

Termómetros clínicos **“SCOTT PRECISION”**

DE ABSOLUTA GARANTIA

Adoptados en España por más de 2.000 importantes farmacias, clínicas, sanatorios, etc.

Modelos prismáticos y cilíndricos de 11 y 13 centímetros al minuto y de 12 centímetros al medio minuto.

**EMILIO M. GÜELL**

Apoderado general:

**CARLOS ESTEBAN ALVAREZ**

Bailén, 62, pisos principal y segundo.

Apartado núm. 645.—BARCELONA



**• ¡CONTRA  
EL DOLOR!**

nervioso, reumático, cefálea, neurálgico, regla dolorosa, dolor tabético, dentario nervioso, dolor canceroso, raquialgia meningítica y post-anestésica, dolor post-partum y post-abortum.

ACONSEJAD

**CEREBRINO  
MANDRI**

Producto de fabricación nacional que desde el año 1894 ha llevado su fama siempre en aumento, llegando a ser considerado como una especialidad de primer orden consagrada por médicos y público, habiendo alcanzado supremacía como medicamento de éxito seguro para vencer dolores nerviosos o reumáticos los más variados sin producir accidentes de ninguna clase, ya que los medicamentos que integran su fórmula están en dosis mínima y solo por una feliz asociación de sus acciones analgésicas y antirreumáticas se logra obtener grandes resultados terapéuticos con una mínima cantidad de medicamento.



Preparada esta especialidad farmacéutica por el Médico y Químico Farmacéutico Francisco Mandri en su Laboratorio, Provenza, 203 Barcelona

**TERAPEUTICA NOVISIMA**

**FEBRIFUGOL Elixir:**

Fórmula racional, moderna y eficazísima, infalible en fiebres tíficas, paratíficas, colibacilares y todas las infecciones endodigestivas. Rápida antisepsia interna sin sales de mercurio ni fermentos lácticos.

**NUTRIL:**

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

**HEMOBICAL:**

Aperitivo hematógeno, rápido antituberculoso, vigorizador y recaleficante único.

Servimos muestras indicando estación destino.

**LABORATORIO EGABRO.—CABRA (Córdoba) España.**



Con gran concurrencia se celebró la Junta anunciada para discutir el proyecto de Reglamento interior del Colegio de Médicos de Madrid.

Cerca de dos horas de duración tuvo la Junta, y en ella, a pesar de los grandes esfuerzos hechos por el Dr. Hinojar para que se encauzase el debate hacia fines prácticos, no se consiguió sino escuchar discursos acalorados, más o menos sinceros, y destinados a perder lastimosamente el tiempo.

Afortunadamente esto no durará mucho. El ambiente del Colegio se manifiesta cada vez más opuesto a la actuación de esos elementos que no hacen sino oponer resistencia a todo lo que no sea llevar a la Corporación por cauces de alboroto pseudo-político.

La mayoría protesta, y anoche bien claro se demostró, contra estas faenas, y es de esperar que la energía y la *asombrosa paciencia* del Dr. Hinojar, apoyada firmemente, determine el alejamiento de un sistema fatal para el prestigio corporativo y para los intereses supremos de la clase.

Veremos en la próxima; y no nos cansamos de aconsejar a los médicos de Madrid que acudan a las Juntas del Colegio, porque cuantos más vayan menos serán los que puedan estorbar el justo camino de las deliberaciones.

DECIO CARLAN

## CRONICON SENTIMENTAL

*A Emilio Luengo.*

Con Gabriel Miró, con ese segundo padre que te arrebató la muerte, pierde España uno de los más serios prestigios de la literatura contemporánea. La sorpresa que a todos nos ha producido la muerte prematura y casi accidental de este maestro de las letras y de la vida de las letras, eleva hasta sus familiares un clamor de duelo y de protesta sincera contra el implacable destino.

En esta casa todos conocíamos a Gabriel Miró y todos admirábamos su obra y su ejemplaridad literaria. Nuestro director fué siempre aliado de su mérito limpio, claro, recto y digno, en las luchas en que, pareciendo vencido, Gabriel Miró lograba más que el empobrecido lauro que le robaban otros.

Para mí en particular, la muerte de Gabriel Miró ha sobrecogido tan íntimos recuerdos que he llorado como sólo lloran los niños y los viejos, ¡yo que ni soy una ni otra cosa!

\*\*\*

Cuando a principios del año 1907 comenzó a publicarse *El Cuento Semanal*, todos los que, mozamente, alardeábamos de *genios* literarios de diez y siete años, leíamos con desdén las firmas preclaras que avalaban aquellas novelas deliciosas: Picón, Benavente, la Pardo Bazán, Linares Rivas, Palomero, Apeles Mestres, Manolo Bueno...

Pasaba el año sin que uno de los nuestros, que cada cual se figuraba poder ser él, tuviese acogida en aquella

especie de consagración que suponía un cuento en *El Cuento*.

Por fin, en Octubre de aquel año apareció el anuncio de un concurso para escritores *nuevos*. ¡Ya era hora!

El jurado de aquel concurso, Baroja, Felipe Trigo, Valle Inclán y Zamacois, debió tener un abrumador trabajo de lectura y crítica.

Al cabo, y a finales de Enero de 1908, se concedió el premio (500 pesetas) a Gabriel Miró.

Muchos se preguntaron como yo. ¿Quién es ése? Pocos sabían alguna cosa. Yo sí. Yo tenía convencimiento de su valer y de su arte. Cerca de mí una mujer bellísima e inteligente como he conocido pocas, desvelaba el misterio que agujoneaba mi desdén un tanto envidioso.

Gabriel Miró acudió en Madrid a casa de Felipe Trigo, el inolvidable novelista, tres veces héroe: médico, militar y literato. En aquel piso bajo de la calle de la Academia, se acogía con todo afecto a aquel muchacho, serio, ponderado, simpático, que llegaba a la conquista de Madrid y de la gloria.

Julia Trigo me convenció del mérito que Gabriel Miró apenas comenzaba a mostrar.

—Es un hombre de condiciones excepcionales. Le he oído leer numerosos trabajos a mi padre—decía Julia—. Será un gran escritor.

Alababa su estilo, su voz, su figura, su trato..., yo acabé por conocerle como si fuésemos viejos amigos.

Desde entonces acá leía a Miró recordando los días de su primera gloria, de aquel triunfo que tuvo, tan justo como todos los suyos, sobre tantos que, visto está, fuimos más pretenciosos que capaces.

El triunfo de Gabriel Miró no pesó a nadie. La superioridad de su espíritu artista se impuso sin avalancha, sin ruido ni estridencias: todos decimos que ha muerto un príncipe de las letras sin el menor asomo de cortesanos, con toda la sinceridad de un pueblo amante y convencido.

En los veintitrés años que han pasado ya desde aquellos días en que Miró marchaba en compañía de Felipe Trigo a lo largo del muro de la Academia Española, charlando intimamente, sin mirar siquiera aquella casa que, todo a lo más, despertaba en ellos una sonrisita desdeñosa y cruel; en los veintitrés años de trabajo serio, luminoso, constante, que consumió Miró desde su popularidad hasta su muerte, he sido un constante lector suyo, y cada vez que un libro nuevo me arrancaba nuevas admiraciones, pasada la llama del entusiasmo quedábame siempre pensativo, sentimentalmente, al arrullo de aquellos recuerdos de mi envidia y celos por aquel hombre triunfador que me arrancara una de mis primeras ilusiones, tan mal fundada como tantas otras, y sonreía pensando en la amargura que despertaban en mi ánimo despechado las seguridades con que Julia Trigo me afirmaba los méritos de Miró, que yo me resistía un poquitín a reconocer.

Y precisamente una de las características de este gran hombre de letras ha sido no sentir nunca la envidia ni la prisa. Llegar a la fama, lenta y seguramente, de paseo bajo los floridos cerezos del cementerio, viendo el humo dormido sobre el sereno azul, escuchando los ruidos sugéridos del molino y el caracol del faro, reposando en el huerto provinciano mientras le contaban las andanzas de Sigüenza o los injustos clamores que despertaban sus opiniones históricas.

Con razón, sin prisa y sin envidias ha logrado Miró llegar al cabo de su corta vida rodeado del máximo aprecio de todos, y esa frase que hoy corre como la última por él pronunciada, ese *¡Llévame, Señor!*, dulcemente rezado,



es la última bella rosa que ha tomado Gabriel Miró de su corazón sereno para deleitarse con su aroma.

F. JAVIER CORTEZO.

28 de Mayo de 1936.

## El problema del excesivo número de estudiantes de Medicina <sup>(1)</sup>

POR

RICARDO ROYO-VILLANOVA Y MORALES

Catedrático de Medicina legal en la Universidad de Valladolid.

### III

#### EFFECTOS

Consecuencia inmediata del excesivo número de estudiantes de Medicina es la insuficiencia local de la mayoría de nuestras Facultades de Medicina, que construidas a base de las necesidades reducidas de hace años resultan hoy día escandalosamente insuficientes.

Los alumnos son muchos; el material de enseñanza anatómico, fisiológico, clínico, etc., resulta muy escaso. En tales condiciones no puede hacerse más que un simulacro de enseñanza.

Desde hace algunos años, las Asociaciones de estudiantes de Medicina—recientes son las campañas de Zaragoza, Valladolid, etc.—no cesan de clamar contra este estado de cosas. Estiman—y con razón—que el Estado y el *Alma Mater*, no cumplen su obligación del contrato de enseñanza; les dan muy poco en comparación con el dinero que les exigen, resultando su educación profesional sobre todo práctica—notoriamente insuficiente.

En los periódicos profesionales aparecen con frecuencia artículos de médicos jóvenes—que ya en las aulas experimentaron esta insuficiencia de la enseñanza científica y profesional—lamentándose de la escasa preparación teórica y técnica con que fueron lanzados al arduo ejercicio profesional: con ejemplos y argumentos harto dolorosos demuestran que es por la experiencia sobre sus primeros enfermos como la mayoría de los médicos aprenden su profesión.

Es curioso observar cómo el Estado, en otras enseñanzas que no son las universitarias, prohíbe que un mismo profesor tenga más de 30 alumnos por asignatura. En cambio, en la enseñanza de la Medicina, un catedrático viene obligado a enseñar una asignatura teórica y práctica a más de 100 alumnos, en ciento cincuenta días de clase diaria o en la mitad de alterna, lo cual, dada la insuficiencia local y de material de nuestras Facultades, resulta absolutamente imposible.

Este es el motivo principal de por qué el alumno sale de la Facultad ignorando muchas cosas, sin que sea culpa suya, ni mucho menos de los profesores, a quienes muchos de los médicos jóvenes pretenden atribuir la responsabilidad de sus primeros fracasos profesionales.

Masas tan numerosas de estudiantes, como las que hoy día invaden las Facultades de Medicina, es imposible distribuir las en forma que puedan recibir la enseñanza práctica más indispensable. Para que se pudiera estudiar bien sería necesario que el número de estudiantes admisibles en los centros de enseñanza de la Medicina estuviera en estrecha relación con sus posibilidades docentes. Así se hace en algunos hospitales y laboratorios, pero no en los

centros oficiales, donde los alumnos matriculados son cinco o seis veces más numerosos que los medios docentes de que disponen. Las Facultades de Medicina de mayor capacidad apenas lo son para 400 alumnos, y dado el estado actual de la matrícula resulta que por lo menos un 65 por 100 de estudiantes reciben una educación científica bastante defectuosa.

De esto resulta que el Estado, por respetar la libertad de aprender, cae en la monstruosidad de capacitar para el ejercicio profesional de la Medicina a numerosas personas que al terminar sus estudios distan mucho de haber alcanzado la preparación suficiente.

En este sentido, más bien que suprimir Facultades, debería existir una en cada provincia. Es decir, que fueran muy pocos los matriculados en cada Universidad y en cada asignatura. Pretender que un profesor pueda enseñar bien la asignatura a más de 30 alumnos es un absurdo. Distribuyendo equitativamente el número de estudiantes a razón de 30 alumnos por profesor, es decir, 30 alumnos por curso, se licenciarían cada año un número de médicos mucho menor que actualmente, pero de todos modos más que suficiente, dada la actual plétora que padecemos.

### IV

#### REMEDIOS

##### 1.—Limitación del número de estudiantes.

La reducción del número de estudiantes en razón de la capacidad docente de las Facultades de Medicina, es una limitación de índole pedagógica que afecta principalmente a los escolares, a quienes corresponde propugnarla y defenderla, ya que son ellos principalmente quienes tienen derecho a una enseñanza completa, con el material clínico y de laboratorio indispensables.

Así ha sido, en efecto. Fueron los estudiantes de sexto año de Medicina de Zaragoza los primeros que votaron conclusiones y elevaron una razonada moción para el mejoramiento de su carrera y de su condición de estudiantes. Quejábanse principalmente de la enorme concurrencia que dificultaba el porvenir de la profesión y del inminente peligro que les amenazaba, cuando después de siete años de trabajos forzados, dispendios enormes y zozobras sin cuento, iban a obtener un título que apenas les serviría para algo más que para asistir gratuitamente a las dilatadas familias de numerosísimos compañeros.

«Somos demasiados—decían—; las matrículas crecen anualmente de un modo abrumador, y los títulos que nos da el Estado valen menos de lo que nos cuestan en tiempo, trabajo y sacrificios, y acaban por no servirnos para nada, porque nadie puede vivir decorosamente de su carrera.»

Antes y después que los estudiantes de Zaragoza, la mayoría de los autores que escribieron sobre esta cuestión están de acuerdo en el principio de establecer dicha limitación, con arreglo a las necesidades y a los medios disponibles, y no solamente por el excesivo número de médicos futuros, sino también porque siendo—como dijimos antes—casi imposible o por lo menos muy deficiente la enseñanza, a consecuencia de dicha abundancia las Facultades de Medicina defraudan a la sociedad admitiendo un número de estudiantes superiores a los medios de educación científica de que disponen, y, además, por el ineludible deber de humanidad en que se encuentra la sociedad y el Estado de proporcionar a los futuros médicos una educación profesional y una instrucción científica.

(1) Véase el número anterior.



ca todo lo completas que se requieren para que jamás la negligencia o la impericia del médico puedan poner en peligro la vida de un semejante.

Actualmente son muchos los países que se preocupan de limitar el número de estudiantes en las Facultades de Medicina.

La Facultad de la Plata no admite en el primer año más de 200 alumnos.

El Brasil sólo admite 80 estudiantes de primer año en la Facultad de San Pablo y 250 en la de Río Janeiro.

En Hungría, la cifra total de estudiantes de Medicina no puede pasar de 600.

Austria ha limitado a 40 el número de alumnos de primer año de Medicina.

Desde 1925 se viene hablando también en Alemania de la necesidad de limitar el número de plazas de ingreso en las Escuelas de Medicina, habiéndose llegado a propugnar que se refieran en esta selección los hijos de médicos, tal vez con un exclusivismo algo cerrado, pero no sin fundamento, pues no es posible negar que los hijos de los médicos están en condiciones muy superiores a las de los demás para emprender la profesión de sus padres, ya que en ellos encontrarán su mejor maestro y su más desinteresado mentor.

En los Estados Unidos, de las 80 escuelas de Medicina que actualmente existen, 47 han acordado que ningún curso pueda tener más de 125 alumnos, y ello a pesar de la riqueza de medios de este país y de tener un número total de médicos proporcionalmente cuatro o cinco veces menor que nosotros.

El Gobierno chileno ha limitado a 80 el número de nuevas inscripciones en la carrera de Medicina en el actual año escolar de 1929 a 1930.

Se designó una Comisión para designar los candidatos, fundándose en las notas obtenidas durante los tres años últimos de estudios secundarios en las siguientes materias: física, química, biología y dos idiomas (francés, inglés o alemán); además a un examen escrito y otro oral sobre las mismas materias. La Comisión está constituida por profesores de la Facultad de Medicina y del Instituto pedagógico.

En la Argentina y otras repúblicas americanas se ha intentado también de una manera concreta limitar el ingreso en las Facultades de Medicina; pero hecho de esta cuestión bandera política por algunos partidos, que consideraban la limitación como un atentado a la libertad de aprender y enseñar establecida en la Constitución y como un proyecto de marcado sabor burgués y aristocrático, ha dado lugar a una verdadera revolución académica y aun a graves situaciones políticas.

Así, la Facultad de Medicina de Buenos Aires, haciendo uso de una atribución que le conferían los estatutos de su autonomía, tomó el acuerdo de señalar un límite en el número de sus alumnos, y no precisamente porque el número de galenos fuera excesivo, sino principalmente porque consideraban que defraudaban a la sociedad admitiendo una cantidad de estudiantes superior a los medios de educación profesional de que podían disponer. Pero el Gobierno desautorizó el acuerdo, considerándolo anticonstitucional, y esta discrepancia determinó la dimisión del decano y de siete consejeros de la Universidad, interpretando los dimisionarios la actitud del Gobierno como una transgresión del fuero universitario.

A pesar de todo, es innegable que las tesis de la reducción obligada del número de estudiantes de Medicina va abriendo paso. No obstante, todavía son numerosos los

que se oponen a tal limitación creyendo que en nombre de la libertad no es lícito adoptarla.

¿Hasta qué punto—se preguntan los impugnadores—se puede negar a un ciudadano el derecho a seguir una profesión alegando el pretexto de que son ya muchos los que la ejercen? El exclusivismo y acaparamiento que habría de crear la limitación a expensas de la justicia y de la libertad, tal vez resucitasen las antiguas oligarquías gremiales, con el dominio feudal de los oficios y de los beneficios, sepultando de nuevo al país en el atraso y en la pobreza de siglos anteriores.

En realidad, como ha hecho notar el profesor Enrique Suñer, se trata de un argumento más sofisticado que real, pues la práctica nos enseña cómo, de hecho o de derecho, se limitan en nuestro país algunos estudios, tales como las carreras militares, ingeniería, arquitectura, estadística, etc. Cabe, por otra parte, pensar en las últimas consecuencias de esa mal entendida libertad que ha hecho posible un desequilibrio social tan grande como el que estamos padeciendo actualmente los médicos.

Los partidarios de la no limitación combaten también este argumento diciendo que el Estado, al llamar personal a su servicio directo, sabe el que necesita y cuenta el número de plazas, pero no puede calcular ni tasar los servicios profesionales que convengan a las necesidades públicas, ni puede tampoco limitar profesiones que en todas las partes del mundo ha declarado libres el derecho público.

Quizá esta imposibilidad de evaluar el número de estudiantes que deban ser admitidos en las Facultades de Medicina sea uno de los argumentos más sólidos en pro de la no limitación, pues como dicen muy bien los impugnadores a la tesis que defendemos, aun cuando se estableciera una media de médicos por número de habitantes—se ha dicho que 4 por cada 10.000—, y partir de esa cifra para la selección, nada impediría el éxodo de un gran número de médicos hacia las grandes urbes.

Otros han dicho que en la Medicina, lo mismo que en todas las demás profesiones, unos brillan mucho y viven bien, otros no descuellan y viven en la mediocridad y algunos fracasan. Sólo creyendo que el título iguala a los titulados, estableciendo idénticos méritos y derechos, se puede pedir que una profesión sirva de igual manera para todos los que la cultivan, con los mismos rendimientos de honor y utilidad.

Además, el gran público ve con desagrado esta reforma de la limitación, dándole una interpretación errónea, ya que el principal argumento que esgrimen los propugnadores es la ruinosa competencia profesional que se establece cuando la oferta es superior a la demanda; la opinión pública ha creído ver en esta selección una aspiración egoísta de los médicos, que con la limitación habrían de ver aumentados sus ingresos en perjuicio de los clientes, que sin duda alguna habrían de preferir todo lo contrario.

En general—y esto es natural—, todos se oponen a la limitación mientras el Estado no asegure el porvenir de los que obtuvieran el título.

A pesar de todos los argumentos en contra que acabamos de exponer—algunos de peso—, la limitación se impone. Como ha dicho Houssay, los médicos en exceso buscan puestos administrativos. El número exagerado de estudiantes perjudica a la enseñanza. El ideal sería que las Facultades de Medicina pudieran seleccionar sus discípulos.

(Continuará.)



## LOS ANUNCIOS DE VACANTES DE TITULARES

Por el Ministerio de la Gobernación se ha dictado la Real orden núm. 543 siguiente:

Ilmo Sr.: El art. 1.º del Reglamento de ingreso y provisión de plazas de inspectores municipales de Sanidad y asimismo las concordantes para farmacéuticos y veterinarios titulares, determinan el concurso, al que sólo podrán acudir los respectivos profesionales titulares, como medio único para proveer las vacantes que ocurran en las diferentes localidades; imponiendo a los Ayuntamientos la obligación de anunciarlas dentro de los quince días siguientes a la fecha de aquéllas, pero sin determinar la forma en que debe efectuarse el anuncio. De aquí que, por regla general, la publicidad que hacen la mayoría de los Municipios de las vacantes de titulares tiene un carácter sumamente restringido, ya que, mirando las Corporaciones municipales al menor gasto, sólo insertan la convocatoria de concurso en el *Boletín Oficial* de la provincia, con lo que la inmensa mayoría de los médicos, farmacéuticos y veterinarios titulares se encuentran imposibilitados de concurrir al concurso, por ignorar su existencia, toda vez que el conocimiento de los *Boletines Oficiales* no suele traspasar el límite de la respectiva provincia, con lo que ni los profesionales se enteran ni los Ayuntamientos consiguen el fin que en los concursos se persigue de procurar mayor concurrencia de solicitantes. Surge de lo dicho la necesidad de dar mayor publicidad a las vacantes y anuncios de concurso, insertándolos para su mayor difusión y que llegue a conocimiento de todos, en la *Gaceta de Madrid*, por ser el órgano oficial de publicidad del Estado; y contándose el plazo que señalen los Ayuntamientos, que no podrá ser inferior a treinta días, desde la fecha en que aparezca inserto el anuncio en la citada publicación.

En consideración a lo expuesto,

S. M. el Rey (q. D. g.), de acuerdo con lo informado por la Asesoría Jurídica de este Ministerio y a propuesta de la Dirección general del Ramo, se ha servido disponer que los Ayuntamientos en que se produzcan vacantes de titular médico, farmacéutico o veterinario lo comuniquen en el plazo legal vigente a esa Dirección, acompañando el anuncio de concurso para su provisión por un plazo no inferior a treinta días, a fin de que sea inserto en la *Gaceta de Madrid*, cuyo plazo comenzará a contarse desde que la vacante aparezca en dicha publicación oficial.

Lo que de Real orden comunico a V. I. para su conocimiento y efectos consiguientes. Dios guarde a V. I. muchos años. Madrid, 23 de Mayo de 1930.—*Marzo*.—Señor director general de Sanidad. (*Gaceta* del 25 de Mayo de 1930.)

\*\*

### DIRECCION GENERAL DE SANIDAD

En cumplimiento de lo dispuesto en Real orden de esta fecha,

Esta Dirección ha tenido a bien disponer que las condiciones que han de reunir los anuncios de plazas vacantes de médicos, farmacéuticos y veterinarios titulares, sean las siguientes:

#### CONDICIONES GENERALES A LAS TRES PROFESIONES

- 1.ª Causa de la vacante.
- 2.ª Ayuntamiento o Ayuntamientos que integran el partido y localidad de residencia del facultativo,

- 3.ª Provincia y distrito judicial a que pertenece.
- 4.ª Censo de población de la totalidad del partido.

#### CONDICIONES ESPECIALES PARA PLAZAS DE MÉDICOS TITULARES INSPECTORES MUNICIPALES DE SANIDAD

- 1.ª Categoría de la plaza.
- 2.ª Fecha en que tuvo lugar la clasificación actual y autoridad que la ordenó.
- 3.ª Dotación anual que tiene consignada en el presupuesto municipal por titular e Inspección municipal de Sanidad.
- 4.ª Número de familias pobres incluidas en la Beneficencia municipal.

#### CONDICIONES ESPECIALES PARA PLAZAS DE FARMACÉUTICOS TITULARES

- 1.ª Clasificación del partido farmacéutico y dotación por residencia de su titular (Real orden de 18 de Abril de 1905 y demás disposiciones vigentes), con exclusión del suministro de medicamentos regulado por Real decreto de 13 de Noviembre de 1928.
- 2.ª Número de familias pobres incluidas en la Beneficencia municipal.

#### CONDICIONES ESPECIALES PARA PLAZAS DE VETERINARIOS TITULARES

- 1.ª Censo ganadero de especies de abasto.
- 2.ª Dotación de las titulares y consignación por servicios pecuarios.
- 3.ª Servicio de matanza porcina domiciliaria.
- 4.ª Servicio de mercados o de puestos.

De no expresar los datos comprendidos en la relación que antecede, será devuelto el anuncio al Ayuntamiento de procedencia, a fin de que, en el plazo máximo de ocho días, sea completado en el sentido expuesto, pudiendo hacer constar, además, cuantos datos crean convenientes los Ayuntamientos en cada caso, en relación con la provisión de las citadas plazas.

Madrid, 23 de Mayo de 1930.—El director general, *José A. Palanca*. (*Gaceta* del 25 de Mayo de 1930.)

## Movimiento médico de Barcelona.

(CRÓNICA SEMANAL)

### INSTITUTO MÉDICO-FARMACÉUTICO

*Fibrosarcoma del ano*.—Dr. H. Sicart Soler.

Se trata de una mujer de cuarenta y dos años de edad de tipo asténico congénito. Incidentalmente el 9 de Marzo se presentó en el despacho del exponente y como cosa secundaria por presentar pequeñas molestias en la región anal. Fué explorada detenidamente, y el 8 de Abril presentaba un absceso de la fosa isquiótica, llamando la atención los dolores intensísimos y el poco movimiento febril. Se procede a la abertura del absceso, con raquí, saliendo pus muy fétido y a gran presión. Hecho un tacto, se notó como si fuera un fibroma. Se hizo un vaciamiento de la fosa isquiorrectal. Evacuó bien al cuarto día de la intervención. Cicatrización rápida. Pero a los nueve días de haber sido intervenida se presentó un nódulo cuyo crecimiento se veía a simple vista, lo que dice el disertante que no es cosa figurada, sino real. A la tarde siguiente el desarrollo había sido fantástico y ocupaba una gran extensión. Rectoscopia, negativa. Wassermann, negativa. Fenómenos rectales, nulos. Se trataba de un proceso eminentemente localizado que crecía hacia afuera. Estado caquéctico desesperante. El 5 de





Mayo el estado era tan malo que las probabilidades de una nueva intervención eran nulas. Y el 18 de Mayo la enferma murió, o sea al mes y doce días de la intervención. La lesión abarcaba toda la región anal, pero sin interesar el recto. Muslo derecho muy abultado.

Estudio anatomopatológico: fibrosarcoma.

Patogenia: El exponente considera este caso como de evolución maligna de una hemorroide. Indica que el 75 por 100 de las neoplasias del recto son degeneraciones de las hemorroides. Esta mujer tenía una hemorroide trombótica; vino la degeneración sarcomatosa del nódulo hasta presentarse con toda intensidad el fibrosarcoma infectante.

Nunca tuvo la enferma obstáculos en la región rectal, a pesar del volumen y de la malignidad del fibrosarcoma.

Discusión.—Dr. Bosch Solá: Indica que tratándose de una lesión sarcomatosa, tal vez hubiera sido sensible a la radioterapia.

Dr. Trenchs Codoñés: Se refiere al crecimiento formidable de los sarcomas. En toda su larga carrera de cirujano sólo ha visto un caso algo semejante al presentado. Se trataba de un sarcoma de la cabeza del fémur, que en siete días alcanzó el volumen de un melón, y el sujeto falleció a los quince días.

Dr. Vidal Fraxanet: Da a conocer tres casos de tumores sarcomatosos de evolución rápida. En uno de ellos se tuvo que extirpar el globo ocular junto con el tumor, que pesaba 900 gramos. Al mes de la intervención se reprodujo y pesaba más de un kilo. Otro caso era de un sarcoma de células gigantes de la pierna. Se intervino y el enfermo murió. El último caso era el de una niña que hacía tres o cuatro años que presentaba un pequeño tumor en el ojo izquierdo. Varios médicos se negaron a intervenir y él también, pero ante la insistencia de la madre de la enfermita procedió a la enucleación; hubo una hemorragia muy copiosa y el examen histopatológico demostró la existencia de un sarcoma de células pequeñas. A los tres o cuatro días había perforación del ojo, se presentaron síntomas cerebrales y murió. Si no se hubiese intervenido, naturalmente, se habría alargado algo la vida de la enferma.

Dr. Comas Camps: Indica que la degeneración quística no es rara siempre que sea posible una infección. En un caso de sarcoma de trocánter, por los rayos X se obtuvo un buen éxito de detención. En este caso la región parecía un jamón de grande. Se empezó un tratamiento Roentgen, y en dos meses la lesión se redujo mucho, el enfermo vivió un año y murió de consecuencias cerebrales. Cree que los rayos X pueden obtener resultados buenos, no de curación, naturalmente, pero sí de detención del proceso.

Rectificación.—Dr. Sicart: Las particularidades del caso eran poco favorables a un tratamiento Roentgen. Si el sarcoma se hubiese diagnosticado antes de la intervención, naturalmente se habría recurrido a los rayos X, pero fué después. La localización, además, era muy rara. En este caso no había infarto inguinal. Esta enferma la vieron dos radiólogos, y los dos se negaron a tratarla por creerlo inútil. Hay que tener en cuenta que a las veinticuatro horas de la intervención el proceso creció formidablemente, y a los tres o cuatro días la barrera de defensa estaba perdida. No presenta el caso por la rapidez con que se desarrolló la lesión, sino por el volumen. El hecho del crecimiento no es raro, pues hay que tener en cuenta que los fibrosarcomas están constituidos por células jóvenes. En este caso no había fenómenos generales, más que caquexia. Sin curva térmica.

\*\*\*

## HOSPITAL DEL SAGRADO CORAZÓN

*Tratamiento moderno del lagrimeo y de las fistulas lagrimales.*—Dr. J. Gómez Márquez.

Se refiere a la necesidad de que el vulgo conozca la gravedad del lagrimeo. Critica su tratamiento por las sondas y la extirpación del saco lagrimal y demuestra la ineficacia y peligro del mismo, todavía en uso demasiado general.

Seguidamente describe las modernas intervenciones para la curación radical del lagrimeo, entre ellas una de que es autor el disertante, y que recientemente ha sido premiada por el Ministerio de la Guerra.

Con las estadísticas recogidas durante los cinco últimos años en su servicio del Hospital, demostró que las curaciones obtenidas por los modernos métodos alcanzan el 98 por 100 de los casos, cifra que no es superada por ninguna otra intervención.

*El suero citratado en la anemia.*—Dr. Galofré.

El exponente se refiere a la mejoría lograda con suero citratado en un caso de anemia y pneumonía consecutiva a una intervención por quiste del ovario. Se trata de un método nuevo de tratamiento por transfusión que promete substituir a la transfusión sanguínea, no exenta de peligros, o, cuando menos, para que sea un compás de espera, de proceder a ésta, si resultara insuficiente aquélla.

\*\*\*

## COLEGIO DE ESTOMATÓLOGOS Y ODONTÓLOGOS DE BARCELONA

*Reumatismo de origen focal infeccioso.*—Profesor doctor A. Pedro Pons.

Expuso las principales diferencias que existen entre el llamado reumatismo de Guyot y el reumatismo focal infeccioso, y luego pasó a enumerar la sintomatología de este último, citando varios casos en demostración de la íntima relación existente entre el reumatismo focal infeccioso y la boca.

Afirmó que las múltiples afecciones de la boca tratadas o no por manos inexpertas son causa de muchos estados de reumatismo focal infeccioso, reconociendo con ello la importancia que el odontólogo tiene en la profilaxia del individuo, quien no debiera nunca abandonar el cuidado de su boca.

\*\*\*

## CÍRCULO ODONTOLÓGICO DE CATALUÑA

*Coronas.*—Sr. D. José Boniquet.

El disertante describió nuevas clases de coronas, así como su técnica de laboratorio, acompañando su disertación con varias coronas de oro y porcelana sobre dientes naturales y gráficas. Se declaró contrario a las coronas de oro largas, por la dificultad que presentan de ajustaje en boca, presentando varias radiografías en prueba de su opinión, así como unos modelos de coronas cortas, que fueron favorablemente comentadas.

\*\*\*

## ACADEMIA Y LABORATORIO DE CIENCIAS MEDICAS DE CATALUÑA

*Contribución al estudio del síndrome de Lichtein y otras alteraciones nerviosas en las hemopatías.*—Profesor doctor A. Pedro Pons.

Dejerine y Thomas, junto con su escuela, fueron unos de los primeros autores que mejor estudiaron las alteraciones nerviosas en las hemopatías y en especial el síndrome de Lichtein. Otros autores no creyeron que estas manifes-



taciones nerviosas fuesen producidas por la anemia. Pierre Malhon ha sido quizás quien mejor ha estudiado el síndrome neuroanémico.

La patogenia de estas manifestaciones ha sido diversamente interpretada, habiéndose dado gran importancia a las infecciones amigdalinas, intestinal y a la herencia.

Aparece este cuadro sindrómico especialmente en individuos de cuarenta a cincuenta años. El síntoma principal de este cuadro sindrómico son las parestesias, aunque debe tenerse en cuenta que no siempre existen, pero es lo más frecuente; generalmente, estas parestesias aparecen en las manos, añadiéndose a éstas intensa sensación de hormigueo. La existencia de parestesias, junto con el hormigueo, pueden ser los únicos signos clínicos.

Presentan, además, manifestaciones bucales: molestias, lengua anémica, glositis a veces intensa. Entra ya después en un nuevo período, caracterizado por trastornos atáxicos, ataxia mixta cerebelosa, anestesia profunda, con parálisis o paresias. La punción lumbar suele ser siempre negativa, así como el signo de Argyll-Robertson y las reacciones de Wassermann y banyai coloidal en el líquido cefalorraquídeo.

Después entra en el segundo período, caracterizado por trastornos espasmódicos y esfinterianos. Y finalmente, en el período terminal, la paraplejía espasmódica se transforma en flácida y se producen escaras, edemas en las extremidades, etc.

Nunca falta la existencia de fiebre, la patogenia de la cual es incierta. Además existen trastornos psíquicos, delirio a veces depresivo, melancólico y a veces persecutorio, especialmente de noche.

La muerte se produce con coma terminal.

Existe también la forma polineurítica, la cual ataca a ambas extremidades.

Las lesiones medulares que con más frecuencia se encuentran son las de la porción gris en el asta anterior, pudiendo adquirir estas lesiones un aspecto difuso y localizado, siendo, además, su aspecto vacuolar.

Existen también trastornos nerviosos en los casos de leucemia, de cuya naturaleza el disertante citó un caso.

F. WÜST BERDAGUER

Barcelona.

## Academias, Sociedades y Conferencias

### CONFERENCIAS DE LA SEMANA

*Curso de divulgación de investigaciones médicas, organizado por la Academia Médico Quirúrgica. Conferencia del doctor González Campo.*

En el local de la Real Academia pronunció el Dr. González Campo su anunciada conferencia sobre «Enfermedades del estómago e intestinos». En el capítulo de los métodos de exploración recientemente introducidos en la práctica, estudia la endoscopia, o sea la inyección de sustancias colorantes, la cual, en su criterio, no tiene más valor que el corriente de la medida del poder secretor. Y finalmente estudia en este lugar la determinación de los iones hidrógeno para averiguar la acidez del jugo gástrico; así como el empleo de la histamina como excitadora de la secreción.

En el terreno de la exploración radiológica, el único asunto interesante es el estudio del relieve de la mucosa gástrica.

Ya en el campo de la patología, admite dos clases de hipercloridria, según produzca o no una sintomatología apa-

rente. Insiste sobre la actual importancia que se concede a la gastritis crónica, por su frecuencia y por las complicaciones a que puede dar lugar.

Expone las diferentes hipótesis patogénicas emitidas para explicar la úlcera, así como su más útil terapéutica.

En el aparte dedicado al intestino considera como del mayor interés la importancia actualmente concedida a la auscultación del vientre para el diagnóstico de la oclusión intestinal.

\*\*\*

### Conferencia del Dr. Mouriz.

En el mismo local que el anterior, disertó el Dr. Mouriz Riesgo sobre «Aplicaciones del laboratorio a la clínica».

Comienza hablando del aislamiento de los gérmenes en los diversos materiales patológicos. Igualmente desarrolla el actual asunto de la identificación de los antígenos, haciendo un interesantísimo estudio de las reacciones de inmunidad.

En el tema de la serología de la sífilis, tuberculosis y cáncer, estudia los diferentes métodos, así como el modo práctico y rápido de determinación de los grupos sanguíneos, de tan gran utilidad clínica en muy diversas cuestiones.

Dedica frases al estudio de la química de la sangre, especialmente desde el punto de vista fisiopatológico.

En último término menciona el mecanismo de la glucogénesis y los métodos para determinar la acidosis.

Ambos oradores fueron muy aplaudidos.

\*\*\*

### En el Instituto Rubio. Conferencia del Dr. García Triviño.

Acerca de «Las localizaciones iniciales de la tuberculosis pulmonar» ha dado el Dr. García Triviño, la semana pasada, una interesante conferencia en el Instituto Rubio, ocupándose extensamente de este asunto, que en la actualidad atrae la atención del mundo científico por la revisión y renovación de ideas que han determinado los estudios experimentales de estos últimos tiempos en el esclarecimiento del complejo problema de la tuberculosis.

Comienza el conferenciante llamando la atención e indicando que el estudio y exacto conocimiento de las lesiones o localizaciones primeras de la tuberculosis pulmonar no es una cuestión teórica y abstracta, sin ninguna finalidad positiva, como algunos espíritus superficiales pueden suponer, sino que se trata, por el contrario, de un asunto cuyo interés clínico y social se deduce fácilmente, puesto que mediante ese conocimiento preciso de las fases iniciales de la tuberculosis puede llegarse con mayor facilidad al diagnóstico precoz de la dolencia y a la institución del oportuno tratamiento, que será tanto más eficaz cuanto antes se ponga en práctica, y desde el punto de vista social, porque permite desenvolver rápidamente las medidas preventivas necesarias en el recién nacido, en el niño y en el adulto, que son las bases fundamentales de la lucha antituberculosa eficaz y científica.

Analiza y estudia detalladamente las fases de iniciación de la tuberculosis en las distintas edades de la vida, poniendo de relieve cómo merced a los actuales conocimientos que acerca del comienzo y evolución de la tuberculosis pulmonar se tienen es necesario no olvidar que el punto de partida de esta enfermedad hay que estudiarlo desde la infancia, siendo un error suponer que la tuberculosis del niño es distinta e independiente de la del adulto, estando como está demostrado que la tuberculosis de éste no es más que la continuación de la otra y que la tuberculosis



infantil se desarrolla y presenta las mismas fases que la del adolescente y del adulto.

Se ocupa a continuación de las lesiones pulmonares tuberculosas que con el nombre de infiltraciones precoces se presentan en la juventud y en la edad adulta, siendo lesiones casi siempre graves y que, sin embargo, no determinan casi síntomas ni molestias, haciéndolas pasar inadvertidas si no se hace la exploración con los rayos X de una manera sistemática, dato de extraordinario interés desde el punto de vista de la profilaxis social contra la tuberculosis si estas investigaciones se hacen con todos los individuos contaminados en el hogar del tuberculoso, pues así se sorprenden las lesiones en sus comienzos y es más factible el diagnóstico y la posible curación de las mismas.

Durante el curso de la disertación mostró una interesante serie de radiografías y de historias clínicas, con las que puso de relieve la profunda modificación iniciada en el concepto hasta hace poco tiempo admitido como incuestionable en la iniciación y desarrollo de la tuberculosis pulmonar.

\*\*

Jueves 22 de Mayo. *Sociedad de Pediatría de Madrid*, presidida por el Dr. Suñer, que en unas cuantas selectas y apropiadas frases dejó entrever y acertó a subir de punto la expectante curiosidad e interés con que era esperada la conferencia del Dr. Duarte Salcedo, catedrático de Pediatría de la Universidad de Granada, a quien presentó y dejó en el uso de la palabra.

El Dr. Duarte, a no dudar, partidario convencido de las ventajas que al público acarrea el sistema de instruir deleitando, después de exponer a guisa de obligado preámbulo todas y cada una de las excepcionales aptitudes que en un pediatra deben concurrir si a conciencia ha de cumplir su cometido, de lleno se engolfa en la demostración de su enunciado, «La fisonomía del niño», haciendo desfilar en proyecciones innúmeras los variadísimos aspectos que en ellas se han de reflejar desde los distintos puntos de vista fisiológico o normal, anormal o patológico, afectivo, sexual, etcétera, entre los cuales descuellan como más impresionantes, por ser de todos los más conocidos entre los primeros: la inexpressiva y edematosa fisonomía del niño recién nacido; la placida actitud del niño más adelante en reposo, y la triste y entenebrecida facies del niño inclusero o desconocido a quien la falta de la madre y la misma deficiente asistencia social privan del amor, si siempre útil y conveniente, de indispensable necesidad en esta época de la vida.

La clarividente y fina percepción con que el clínico sagaz, estableciendo un diagnóstico precoz sale al paso de las complicaciones y peligros que a la profilaxis y a las probabilidades de curación podrían oponerse; la especial sintomatología que a cada modalidad patológica acompaña; el diagnóstico diferencial que hace imposibles los no improbables equívocos; las individualidades características que modifican los tratamientos, y el más que todo y sobre todo, nunca olvidado y siempre atento examen de la fisonomía del niño enfermo..., fielmente dejaron demostrada su excepcional importancia en las patológicas prospecciones del niño neuropático, el ciego, el anormal fisiológico consecutivo a procesos meníngeos, deformidades de cráneo y cara, raquitismos, linfatisismos, tuberculismos, escrófulas, dermatosis, fiebres eruptivas, sífilis y tos ferinas en sus más típicas manifestaciones.

Unas cuantas proyecciones más del niño a través del arte, y algunas generales apreciaciones a título de aditamento acerca de la degeneración de familias determinadas, pusieron término a la magna conferencia, en su casi totalidad

desenvuelta entre sombras, en medio de la desesperación del amigo Herce, que en vano se debatía por subsanar la falta de luz.

En resumen: La conferencia del Dr. Duarte, modelo de buen decir y de mímica auxiliar descriptiva muy recomendable, unánimemente celebrada y aplaudida, dejó en la concurrencia el resquemor de que algo y aun algo quedaran por detrás, a pesar de la extremada duración del acto en que ni por asomo se llegara a vislumbrar el menor indicio de impaciencia.—*Sedisal*.

## COLEGIO DE HUERFANOS

El señor tesorero ha recibido de D. Laurentino Cardiel 8 pesetas en vales de certificaciones.

Don Macario Allende nos ha enviado dos vales de certificación con destino al Colegio.

## SECCION OFICIAL

### PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS

#### REAL DECRETO LEY NÚM. 1.310

A propuesta del presidente de Mi Consejo de Ministros y de acuerdo con éste,

Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo 1.º El artículo 60 del Estatuto de las Clases Pasivas del Estado, de 22 de Octubre de 1926, queda redactado en la siguiente forma:

«Artículo 60. Los empleados civiles de todos los ramos de la Administración del Estado, cualquiera que sea el tiempo de servicios que hubieren prestado, que se inutilicen permanentemente para el servicio como consecuencia directa de actos realizados en el cumplimiento de los deberes propios de sus cargos o de comisiones que en virtud de obediencia debida se hallasen desempeñando, siempre que entre el ejercicio de los dichos deberes y el hecho de la inutilización exista una indudable relación de causa o efecto y les que se invaliden o inutilicen a causa del manejo de los rayos X, siempre que el hecho no sea producido por imprudencia o impericia de la víctima, tendrán derecho a una pensión extraordinaria de jubilación igual al sueldo que se hallasen disfrutando en el acto de la inutilización.»

Artículo 2.º El Gobierno dará cuenta a las Cortes del presente Real decreto-ley.

Dado en Palacio a diez y seis de Mayo de mil novecientos treinta.—ALFONSO.—El presidente del Consejo de Ministros, *Dámaso Berenguer Fusté*.—(*Gaceta* del 20 de Mayo de 1930.)

### MINISTERIO DE LA GOBERNACION

#### REAL ORDEN NÚM. 512

Ilmo. Sr.: Habiéndose padecido un error substancial en la redacción de la Real orden de este Ministerio núm. 1.435, de fecha 30 de Noviembre último (*Gaceta* de 5 de Diciembre), en su apartado 7.º, en que se dispone que las hojas de servicios del personal comprendido en el Escalafón del Cuerpo de Inspectores municipales de Sanidad, cuyo modelo fué aprobado por la Dirección general del Ramo con fecha 20 de Diciembre próximo pasado, tengan carácter de documento oficial y validez para acreditar en los concursos de provisión de vacantes de médicos titulares inspectores



municipales de Sanidad, lo certificado en las mismas, en su lugar debe entenderse que dichas hojas de servicios no tendrán dicho carácter, ni más finalidad que la de conocer por parte de los interesados la situación de los mismos en el Escalafón provisional del Cuerpo, a fin de que en el plazo que determina la citada disposición legal puedan formular aquellas reclamaciones que estimen convenientes para su mejor derecho: bien entendido que solamente tendrán el carácter de documento oficial aquellas certificaciones que sean expedidas por el Negociado de Inspectores municipales de Sanidad de la Dirección general de este Ministerio, y validez para acreditar en los concursos de provisión de vacantes de plazas de los citados funcionarios en la misma forma que hasta la fecha se ha venido efectuando por este Centro.

Por todo lo cual, y de conformidad con lo propuesto por la Dirección general de Sanidad,

S. M. al Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que el apartado 7.º de la Real orden de referencia quede redactado en la forma siguiente:

Artículo 7.º Que las citadas hojas de servicios no tendrán carácter de documento oficial y validez para acreditar en los concursos de provisión de vacantes de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad, y sólo surtirán efecto para los fines de reclamación que los interesados puedan formular, con arreglo al derecho que se les reconoce en la repetida Real orden de 30 de Noviembre último.

Lo que de Real orden digo a V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde a V. I. muchos años. Madrid, 13 de Mayo de 1930. — *Marzo*. — Señor director general de Sanidad. (*Gaceta* del 19 de Mayo de 1930.)

## MINISTERIO DEL EJÉRCITO

### PROGRAMA

para el concurso de oposiciones a ingreso en la Academia de Sanidad Militar (1).

#### TERCERA SECCIÓN

##### *Patología médica y Neurología.*

1. Enfermedades de la boca.—Diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las gingivitis y estomatitis.—Patología de la lengua.—Angina de Ludwig.—Afecciones de las glándulas salivales y sus conductos excretores.
2. Amigdalitis primarias y sintomáticas de infecciones generales.— Diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las anginas catarral, lacunar y ulceromembranosa.— Angina diftérica.
3. Rinitis aguda y crónica.—Epistaxis.—Laringitis agudas y crónicas.—Estudio especial de la laringitis tuberculosa.—Necesidad del diagnóstico precoz del cáncer laríngeo.—Signos de esta afección.
4. Semeiología de la laringe.—Trastornos de la motilidad y de la sensibilidad.—Parálisis laríngeas.—Espasmo de la glotis.
5. Bronquitis aguda y crónica.—Bronquiectasia.—Asma bronquial.—Su patogenia y tratamiento.
6. Pulmonía fibrinosa.—Neumonías crónicas.—Broconeumonías.—Etiología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento.—Edema pulmonar.
7. Enfisema pulmonar.—Gangrena pulmonar.—Sífilis del pulmón.—Abscesos, quistes y tumores pulmonares.— Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.—Embolia pulmonar.

(1) Véase el número anterior

8. Pleuritis.—Sus diversas formas.—Pleuresías con derrame serofibrinoso, purulento y hemorrágico.—Hidrotórax. Diagnóstico, pronóstico y tratamiento médico y quirúrgico.

9. Tuberculosis pulmonar.—Bacilo de Koch.—Ultrabacilo tuberculoso.—Herencia, predisposición e inmunidad.—Lesión primaria.—Infiltración infraclavicular.—Importancia de las superinfecciones.

10. Formas clínicas de la tuberculosis pulmonar.—Importancia del diagnóstico precoz.—Parangón entre los signos suministrados por la clínica, el laboratorio y los rayos X.

11. Profilaxia y tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Vacuna B. C. G.—Crítica de los diferentes métodos terapéuticos y en especial de las tuberculinas, quimioterapia, neuromotórax, frenicectomía y toracoplastias.

12. Fisiología del corazón.—Producción del estímulo, excitabilidad, conducción del estímulo, contractilidad.

13. Semeiología cardíaca.—Método para observar y valorizar los diferentes síntomas que se presentan en las enfermedades que directa e indirectamente afectan al corazón. Insuficiencia cardíaca aguda y crónica.—Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

14. Endocarditis aguda.—Endocarditis lenta.—Bacteriología.—Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

15. Lesiones óricas y valvulares del corazón.—Etiología, patogenia, diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

16. Pericarditis.—Etiología, patogenia, diagnóstico, pronóstico y tratamiento.—Función del pericardio. Cardiolisis.

17. Arterioesclerosis.—Diferentes formas, según los órganos y regiones especialmente afectos.—Etiología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento.—Hipertonía e hipotonía esenciales.—Su tratamiento.

18. Aneurismas.—Estudio especial de los aórticos.—Etiología, diagnóstico, pronóstico, tratamiento.—Arteritis obliterante.

19. Arritmias.—Sus clases.—Arritmias sinurales.—Arritmias por trastornos de la excitabilidad, contractilidad y conductibilidad.—Arritmia completa.—Taquicardia y bradicardia.—Taquicardia paroxística.

20. Angina de pecho.—Etiología.—Variedades.—Síntomas.—Diagnóstico y pronóstico.—Tratamiento médico y quirúrgico.

21. Afecciones del estómago.—Alteraciones de forma y situación.—Trastornos de la motilidad, de la secreción y de la sensibilidad.

22. Gastrorragia.—Sus causas, excluidas la úlcera y el carcinoma.—Estudio clínico de las gastritis.

23. Úlcera del estómago.—Úlcera del duodeno.—Etiología, patogenia, síntomas, diagnóstico, pronóstico y tratamiento.—Cáncer del estómago.

24. Catarro intestinal, agudo y crónico.—Enteritis y colitis específica.—Etiología.—Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.—Estreñimiento habitual.—Sus causas y medios para combatirlo.

25. Oclusión intestinal.—Diferentes mecanismos patológicos.—Diagnóstico. Pronóstico.—Tratamiento médico y quirúrgico.

26. Apendicitis.—Etiología.—Formas clínicas.—Diagnóstico.—Tratamiento médico y quirúrgico.—Tifitis y peritifitis.

27. Procesos patológicos más frecuentes de la serosa peritoneal.—Etiología, anatomía patológica.—Síntomas, diagnóstico diferencial.—Pronóstico y tratamiento.

28. Ictericias; etiología.—Diferentes mecanismos patológicos.—Síntomas.—Diagnóstico.—Pronóstico.—Trata-





# Digalène

*la más manejable de las preparaciones digitálicas*

MEDICAMENTO de URGENCIA  
INYECTABLE  
DIURESIS RÁPIDA e INTENSA  
ACCIÓN CONSTANTE y CERTA

*La Digalène tiene una acción en todos los puntos parecida a la de la maceración de las hojas frescas de digital pero posee sobre esta última la ventaja de ser siempre idéntica y sobre todo inyectable*

SOLUCIÓN. AMPOLLAS  
COMPRIMIDOS.



Nuestros y Librerías  
Productos: F. HOFFMANN-LA ROCHE & Co  
21 Place des Vosges, PARIS

Representante: A. Arana, Clotís 30, Barcelona

Todos los alcaloides del opio  
solubilizados

## PANTOPON "ROCHE"

Jarabe

*Calma la tos  
apacigua el dolor  
produce el sueño*

mejor y mas deprisa

*que todas las otras preparaciones hipnóticas y calmantes.*



Dosis  
medias

Adultos : 1 a 4 cucharadas de las de sopa al día  
Niños : 1 a 4 cucharadas de las de café al día según  
la edad.

Nuestros y Librerías  
sobre pedido

Productos F. HOFFMANN-LA ROCHE & Co  
21, Place des Vosges, PARIS.

Representante: A. Arana, Clotís 30, Barcelona



# Mucílago Puro

## “REFI”

(Regulariza El Funcionamiento Intestinal).

«**REFI**», mucílago puro, invulnerable a los jugos digestivos a su paso por el estómago, una vez en el tramo intestinal, retiene más de cincuenta veces su peso de agua. En virtud de esta hidrofília de «**REFI**», mucílago puro, a su contacto e interposición se hidratan, ablandan, esponjan, suavizan y aumentan de volumen las heces, lo que origina un peristaltismo normal, fisiológico, que facilita su expulsión.

De aquí, que «**REFI**», mucílago puro, sea el agente terapéutico racional y eficaz por excelencia, para combatir el

### ESTREÑIMIENTO Y SUS SECUELAS NOSOLOGICAS

La acción reguladora del funcionamiento intestinal que ejerce «**REFI**», mucílago puro, proviene, pues, exclusivamente, de la influencia de sus propiedades físicas sobre el contenido intestinal, y no sobre el continente; por esto,

### JAMAS CON SU USO PROLONGADO PUEDE SOBREVENIR EL HABITO

Por ser un mucílago puro, «**REFI**» goza de propiedades emolientes inigualables, y por ello, no solo no produce cólicos ni irrita nunca la mucosa gástrica, sino que, por el contrario, cuando está irritada o ulcerada, constituye el apósito ideal, lo que justifica la acción calmante de «**REFI**» en muchas gastralgias, y su empleo, con éxito sobresaliente, en las

### COLITIS MUCOSAS Y MUCOMEMBRANOSAS

«**REFI**», mucílago puro, puede formularse en las siguientes formas farmacéuticas: Sellos, Granulado y Escamas.

Muestras y literatura: LABORATORIO IBERO.—TOLOSA (Guipúzcoa).



miento médico y quirúrgico.—Litiasis biliar.—Cólico hepático.—Su tratamiento.

29. Afecciones hepáticas de origen infeccioso y tóxico.—Cirrosis del hígado.—Sus diferentes causas.—Insuficiencia hepática.—Medios para diagnosticarla.

30. Nefrosis y nefritis: etiología, sintomatología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento.—Litiasis renal.—Cólico nefrítico.—Su tratamiento.

31. Uremia: etiología, patogenia, síntomas, diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

32. Diagnóstico diferencial entre la congestión, la hemorragia, la embolia, el reblandecimiento y los tumores del cerebro.

33. Meningitis: etiología.—Estudio particular de la tuberculosis.—Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.—Paquimeningitis.—Encefalitis.—Sus diversas formas clínicas.—Parkinsonismo.

34. Tabes dorsalis y tabes espasmódica.—Su etiología y tratamiento.

35. Esclerosos en placas.—Poliomielitis crónica y mielitis transversa.—Conceptos generales, diagnóstico diferencial y tratamiento de estas afecciones medulares.

36. Polioneuritis en general.—Etiología.—Síntomas y tratamiento.

37. Parálisis general progresiva.—Su etiología neuropsicogénica.—Síntomas psíquicos, neurológicos, somáticos y de laboratorio.—Remisiones.—Cursos.—Formas clínicas.—Pronóstico.—Diagnóstico diferencial y tratamiento.

38. Anemias primitivas y secundarias.—Clorosis.—Anemia perniciosa.—Leucemias y pseudoleucemias.—Etiología, patogenia, diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

39. Enfermedad de Banti.—Hemoglobinuria paroxística. Diátesis hemorrágicas.—Hemofilia.—Púrpuras.—Escorbuto: etiología, patogenia, síntomas, diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

40. Enfermedades del tiroides.—Hiper e hipotiroidismo. Enfermedad de Basedow.—Patogenia: síntomas, diagnóstico, pronóstico y tratamiento médico y quirúrgico.

41. Enfermedades de las glándulas paratiroides.—Metabolismo del calcio.—Tetania: síntomas y tratamiento.

42. Enfermedades de la hipófisis.—Aeromegalia.—Síndrome adiposogenital.—Enfermedades de la hipófisis: síntomas, diagnóstico y tratamiento.

43. Enfermedades de las cápsulas suprarrenales.—Trastornos producidos por el exceso o defecto de sus secreciones.—Enfermedad de Addison.

44. Enfermedades de las glándulas genitales.—Argenitalismo e hipogenitalismo.—Eunucoidismo.—Hipergenitalismo.

45. Neurastenia.—Concepto moderno y etiológico de esta enfermedad.—Síntomas psicoorgánicos y neurológicos.—Estado mental del neurasténico.—Curso.—Pronóstico.—Formas clínicas.—Diagnóstico diferencial y tratamiento.

46. Enfermedad de Parkinson: su etiogénesis.—Sintomatología.—Diagnóstico diferencial.—Curso, pronóstico y tratamiento.—Corea de Sydeham.

47. Epilepsia: su concepto y psicogénesis.—Constitución, carácter y estado mental de los sujetos afectados de epilepsia esencial o genuina.—Crisis epiliforme y períodos intercríticos.—Formas clínicas.—Gran mal epiléptico.—Epilepsia larvada.—Epilepsia refleja y Bravais Jacksoniana.—Diagnóstico diferencial con el histerismo: eclampsia y la agitación impulsivomotriz de algunos alienados.—Curso, pronóstico y tratamiento.—Peligrosidad de los epilépticos.

48. Histerismo: su concepto y psicogénesis.—Constitu-

ción, carácter y estado mental de los sujetos histéricos. Poliformismo y mutabilidad de sus síntomas.—La tempestad de movimientos; el reflejo de inmovilización; la vida de los instintos; el hábito; la autosugestión y la transformación de la vivencia en el histérico.—Formas clínicas.—Diagnóstico diferencial.—Curso.—Pronóstico y tratamiento.

49. Exploración de un enfermo del sistema nervioso: exploración psíquica.—Tests mentales para la exploración de la percepción psicosensores, memoria, imaginación, asociación mental, juicio, razonamiento, afectividad y voluntad.—Exploración somática: Edad, sexo, hábito exterior, estigmas físicos de degeneración, cicatrices y tatuajes, análisis de orina y líquido cefalorraquídeo.

50. Exploración neurológica: visual, auditiva, olfatoria, gustativa, táctil y del lenguaje.—Exploración motora (parálisis, atrofias, convulsiones, ataxia, temblor, reflejos y tipos de marcha).—Reacción de degeneración.—Exploración sensitiva (sensibilidad cutánea, dolorosa, térmica y táctil), sensibilidad profunda (sensibilidad de posición, de vibración y de precisión). Sentido estereognóstico.

(Continuará.)

## INSTRUCCIÓN PÚBLICA Y BELLAS ARTES

REAL ORDEN NÚM. 862

Ilmo. Sr.: S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido a bien disponer que para el estudio de cuanto afecta al servicio médico-escolar, adopción de resoluciones necesarias y propuestas de acuerdos que se estimen oportunos, se constituya una Comisión presidida por V. I. y en la que figuren como vocales:

El ilustrísimo señor director general de Sanidad.

El profesor numerario de Fisiología e Higiene de la Escuela de Estudios Superiores del Magisterio, D. Luis de Hoyos Sáiz.

El inspector jefe de Primera enseñanza de Madrid, don Francisco Carrillo Guerrero.

Los médicos escolares, D. José Alonso Muñoz y don Eduardo Masip y Budesca.

El jefe de propaganda de la Dirección general de Sanidad, D. Julio Bravo.

La maestra de Escuelas nacionales de Madrid, doña Carmen Abela; y

El maestro, también de esta Corte, D. Luis Huerta Navas, que actuará de secretario.

De Real orden lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos. Dios guarde a V. I. muchos años. Madrid, 22 de Abril de 1930.—Tomo.—Señor director general de Primera enseñanza. (Gaceta del 1.º de Mayo de 1930.)

## GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 705,8; ídem mínima, 698,1; temperatura máxima, 25º,7; ídem mínima, 8º,5; vientos dominantes, SO. OSO.

Abundan entre las enfermedades agudas las de carácter reumático en forma monoarticular y poliarticular, en neuralgias locales y manifestaciones viscerales. Han disminuido las bronquitis, pleuresías y neumonías, y asimismo la cifra de la mortalidad.

En los niños se presentan anginas catarrales y parótidas, a veces de carácter contagioso, pero leve.



## CRONICAS

**Promoción médica del año 1905.**—Para conmemorar las bodas de plata con el ejercicio profesional de los médicos que terminaron sus estudios en la Facultad de Medicina de Madrid en el año 1905, se ha nombrado una Comisión para organizar varios actos que se celebrarán en la tercera decena del próximo mes de Junio, y a los que se espera concurren la mayor parte de los médicos de dicha promoción.

Para comunicarles cuantos datos sean precisos relacionados con esta conmemoración, se ruega a los compañeros que pertenezcan a ella envíen sus direcciones a cualquiera de los miembros de la Comisión organizadora, que está constituida por los Dres. D. Ramón Gallástegui (Santa Engracia, 17), D. José de Unzaga (Salud, 11), don Julián de la Villa (Marqués del Duero, 6, Madrid).

**Academia Española de Dermatología y Sifilografía.** Esta Academia celebrará sesión el miércoles 4 de Junio de 1905, a las siete de la tarde, en el Dispensario Martínez Anido, Sandoval, 5, con el siguiente orden del día: Crómorreacción de aclaramiento.—Neurosifilis. Segunda seronegativa.—Contribución al estudio experimental de las urticarias térmicas.—¿Reinfección sifilítica?—Sobre el tratamiento mercurial.—Queloides y su tratamiento.—Mediastinitis sifilítica.—Nueva aportación al estudio de la crisisarrobina en el tratamiento del psoriasis.—Contribución al estudio de la reacción de aclaramiento de Meinicke (M. K. R.).—Nota previa sobre los resultados conseguidos con las pruebas eczematógenas.

**Banquete al profesor D. Pío del Río Hortega.**—En el Círculo de Bellas Artes se reunieron en un banquete más de 200 amigos del profesor Del Río Hortega con objeto de despedirle antes de su salida para Cuba y Méjico, adonde va invitado para dar un curso de conferencias sobre Anatomía patológica.

El banquete le fué ofrecido por el Dr. Goyanes, y el agasajado pronunció breves frases para patentizar a todos su gratitud.

**Asociación Ferroviaria Médico-Farmacéutica.**—Esta Asociación ha abierto un concurso para cubrir en Madrid la vacante de especialista otorrinolaringólogo.

En su domicilio social (Atocha, núm. 115), y durante las horas de diez y ocho a veinte de los días laborables, están de manifiesto las bases que han de regir para este concurso.

El plazo de presentación de instancias y justificantes de méritos expira el día 25 de Junio próximo, a las veintuna en punto.

Madrid, 31 de Mayo de 1905.—V.º B.º, el presidente, Alfonso Imedio.—El secretario, Eduardo Serrano Coruña.

**De la Asamblea de Practicantes.**—Al clausurarse esta Asamblea, parece que entre otras conclusiones se acordó elevar al Gobierno las siguientes:

Que cuando lo estime conveniente el futuro Comité ejecutivo se solicite del Ministerio que corresponda una Real orden obligando a que en los puntos que indica el art. 18 del Reglamento sanitario de vías férreas se nombren médicos y practicantes.

Que se legisle por parte de los Poderes públicos que para accidentes imprevistos, enfermedades repentinas de viajeros, etc., exista en los trenes de viajeros un departamento sanitario a cuyo cargo vaya un practicante.

Que teniendo en cuenta lo preceptuado, cada Compañía de ferrocarriles cree y organice un Cuerpo de Médicos y Practicantes, cuyo Reglamento deberá ser sometido a la aprobación de la Dirección general de Sanidad.

La creación del Cuerpo de Practicantes de Bañeros, el ingreso en la Escuela Nacional de Sanidad, y el reconocimiento como auxiliar único del médico.

Para presidente del Comité ha sido elegido D. Balbino Díaz Morcillo.

**Nuevo Sanatorio.**—En Córdoba se ha inaugurado un nuevo Sanatorio Quirúrgico, propiedad del Dr. D. Fernando Ansorena.

**Colegio de Matronas de Madrid.**—Este Colegio convoca a todas las matronas de Madrid y su provincia a la Junta general que se celebrará el próximo día 7 de Junio, a las cuatro de la tarde, en el domicilio de la Federa-

ción de Empleados y Obreros del Ayuntamiento, sito en la calle de Santa Clara, núm. 4, para constituir el Colegio Oficial de Matronas, con arreglo a la Real orden de 7 del mes actual. Se suplica la puntual asistencia.

El proyecto de reglamento podrán estudiarlo todos los días, a partir del día 27, en el domicilio social del Colegio de Matronas, sito en la calle de Juanelo, números 13 y 15, de cuatro a seis de la tarde.

**Comisaría Sanitaria Central.**—El día 19 se reunió el Pleno de esta Comisaría, dando cuenta el director de Sanidad del nombramiento de secretario interino a favor del Dr. González Bernal.

**Noticias.**—La Junta de Patronato de la Biblioteca Nacional ha elegido vicepresidente de la misma al doctor D. Gregorio Marañón.

—Tribunal para juzgar las oposiciones, turno de auxiliares, a la cátedra de Pediatría, vacante en la Facultad de Medicina de Cádiz:

*Presidente*, D. Enrique Suñer y Ordóñez; *vocales*: don Hipólito Rodríguez Pinilla y Bartolomé, D. Rafael García Duarte y Salcedo, D. Francisco Zamarriego y García, D. Dario Fernández.

—Por el Ministerio de la Gobernación se ha dictado una Real orden señalando las dietas de asistencia del Real Consejo de Sanidad.

**Asamblea nacional del Cuerpo médico forense.**—En el próximo mes de Junio, días 10, 11 y 12, se celebrará en Madrid (Colegio de Médicos, Esparteros, 9), una importante Asamblea nacional del Cuerpo médico forense.

La trascendencia de la actuación de los citados funcionarios en los asuntos de justicia y el prestigio científico de los miembros que constituyen tan distinguido Cuerpo, otorga a la Asamblea singular interés. El ministro de Justicia y Culto ha prometido honrar con su asistencia la sesión inaugural.

A la Asamblea vendrán delegados de todas las provincias, y es de esperar que el Gobierno fije su atención en las conclusiones que le serán presentadas.

**Excipiente inerte.**—Cada vez que se adquiere injustamente un céntimo, se recoge con él un grano de depravación que queda sembrado en el alma de quien le recibe; necesariamente recogerá después frutos marcados con el sello de la degradación.

Victor Pauchet.

¡Oh envidia, raíz de infinitos males y carcoma de las virtudes! Todos los vicios, Sancho, tienen un no sé qué de deleite consigo; pero el de la envidia no trae sino disgustos, rencores y rabias.

Cervantes.

**Efetonina.**—Efedrina Merck.—Con el número presente acompañamos un prospecto de las indicadas especialidades y recomendamos su lectura. Para muestras y literatura de ambos preparados dirijase a Productos Químico-Farmacéuticos, S. A. Apartado 724. Barcelona.

**Píldoras V. E. Doumer.**—Acompañamos un prospecto y tarjeta de la mencionada preparación y recomendamos su lectura. Pueden solicitarse muestras de D. Antonio Flores. Calle de Toledo, 63. Madrid.

### SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados).

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Único preparador en España: DOCTOR GIRAL

Catedrático y Académico.—Atocha, 35.—Teléf. M-33.—Madrid.

Forma emulsionable en frío: 2,90 ptas. caja de 150 gramos.

Forma cremosa: 4,40 ptas. frasco de 250 gramos.

Ambas formas: A granel por kilos. —Muestras gratuitas.

## BARDANOL

Compuesta de extracto de raíces de LAPPA MAJOR L., y Estño coloidal.

LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 84. — Valencia.

IMPRESA DEL SUCESOR DE E. TEODORO

Glorieta de Santa María de la Cabeza, 1.—Madrid. Teléfono 70.435.