

# EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

FRANQUEO  
CONCERTADO

HISTORIAL

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

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

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

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

## PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN

En toda España, América y Portugal, 25 pesetas al año, 14 semestre y 8 trimestre. Los demás países, 50 pesetas. Número corriente 1 peseta. — Toda suscripción se considera prorrogada, de no recibir aviso en contrario. — Pago adelantado. — Número atrasado 2 pesetas.

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

# KALOGEN

Solución de compuestos halogenados de calcio.



Fórmula por 100 c. c.

Cl <sub>2</sub> Ca.....	0,295 gramos.
Br <sub>2</sub> Ca.....	0,520 "
I <sub>2</sub> Ca.....	0,752 "
H <sub>2</sub> O.....	100 c. c.

**RECALCIFICANTE  
SOLUBLE  
NO ACIDO**

**INDOLORO  
INNOCUO  
INALTERABLE**

Por vía gástrica y en inyectables de 2 c. c.

Debido a las sales que lo integran, a su reacción y grado de disociación, es el preparado que reúne las máximas garantías para conseguir con el mismo una rápida asimilación del calcio.

Muestras y literatura: DR. TAYA & DR. BOFILL.—Comercio, 28.—Barcelona.

## 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



# Arhéol

$C^{12}H^{14}O$

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

Gonorrea - Cistitis

Catarro vesical

Pielonefritis - Pielitis

Laboratorios P. ASTIER, 41-47, rue du Docteur-Blanche, Paris (16<sup>e</sup>)  
Sucursal en ESPAÑA : 129, Bruch, BARCELONA.



**SANOCAL**  
*intramuscular*



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

**SANOCAL**  
CALCIOTERAPIA INTRAMUSCULAR INDOLORA  
Tuberculosis en general. Adenopatías, traqueo-bronquiales infantiles. Raquitismo. Osteomalacia. Amenorreas, etc.  
Único en aquellos casos que por dificultad de inyección no se puede usar la forma intravenosa. Indicadísimo en los niños.

En cajas de 10 ampollas de 5 c. c.  
De venta en las principales Farmacias y Centros de Especialidades Farmacéuticas.  
MUESTRAS Y LITERATURA  
**HIJOS DE HONORIO RIESGO, S. A.**  
PRODUCTOS QUÍMICOS  
Calle de la Flor Alta, 10 MADRID

**laboratorios abelló**



contracción a consecuencia de la oleada de sangre que se expulsa de la placenta. Tómese como norma que para el diagnóstico de la vida o de la muerte del feto es de importancia mucho mayor la auscultación que el examen de los latidos del cordón.

La procidencia del cordón no tiene gravedad alguna para la madre, si no es la mayor facilidad de infección que resulta de que el tocólogo tenga que intervenir muchas veces. Por el contrario, la vida del feto se encuentra directamente amenazada según lo demuestra la elevada mortalidad. Cuanto más fácil sea la compresión del cordón procidente, tanto más amenazada se encuentra la vida del feto, de modo que en las presentaciones de vértice las compresiones serán más frecuentes que en las de nalgas o de hombro. A título de curiosidad consignaremos que los tocólogos antiguos atribuían la muerte del feto en los casos de procidencia del cordón a la coagulación de la sangre en el mismo a consecuencia del frío. Como se comprenderá, solamente la compresión de los vasos umbilicales puede explicar la muerte fetal.

Caso de que el cordón procidente pertenezca a un feto que haya muerto antes del parto o durante el mismo, no habrá que preocuparse de dicha procidencia. Se procede como si se estuviera ante un caso normal y si por ser muy larga el asa del cordón se teme que haga tracción de la placenta, bastará seccionarle. En cuanto a la conducta del tocólogo, ha de variar según los múltiples casos que se pueden presentar. Mientras la dilatación del cuello del útero es incompleta, si la bolsa de las aguas está entera, conviene abstenerse de intervenir. En las presentaciones de hombro que van a requerir una versión es lo más probable que al hacerla quede reducida la procidencia. En las presentaciones verticales se procura conseguir la reducción teniendo a la enferma en una posición que tienda a alejar la presentación del estrecho superior de la pelvis.

Esta posición puede ser la de Trendelenburg, pero se comprende las dificultades con que se tropeza para hacer que una mujer parturienta permanezca mucho tiempo en esta postura. Por este motivo se suelen conformar los tocó-

Los tumores que no guardan conexión alguna con el conducto raquídeo se encuentran en la pelvis; son de tamaño variable, desde el de un huevo de gallina hasta el de una cabeza de feto. Hacen prominencia por el periné y su extremo inferior se suele extender hasta el nivel del pliegue glúteo, otras veces hasta la corva. Histológicamente ofrecen estos tumores numerosas variedades; desde el punto de vista obstétrico, solamente en los casos en que son de gran volumen ofrecen algún interés.

El pronóstico para el feto es muy malo. La mayoría de ellos mueren durante el embarazo; los que llegan a nacer vivos mueren muy poco tiempo después. Por tanto, si el tumor ofrece dificultades al parto no habrá inconveniente en puncionarle o seccionarle, incluso en extirparle por fraccionamiento.

La espina bífida es un tumor que se forma por detención del desarrollo de la medula y de la columna vertebral o bien de ésta solamente. Desde el punto de vista obstétrico no tiene gran interés.

En algunos casos de desarrollo máximo de la espina bífida, cuando contiene no solamente las meninges, sino incluso los rudimentos de la medula espinal que a este nivel no se desarrolló por completo, puede llegar a tener un volumen suficiente para causar distocia. En estos casos no habrá inconveniente en hacer una punción de la misma, puesto que los elementos nerviosos que se encuentren en el tumor son tan atípicos que con ello no se causará daño alguno al feto.

Cuando se observe un obstáculo en el curso del parto y coincida con hidramnios, se sospechará que se trata de una deformidad fetal y se procederá a la exploración correspondiente.

También se sospechará la existencia de un tumor o de una deformidad en los casos en que en un parto anterior se hubieran presentado ya. Cuando el feto se encuentre en una presentación de vértice, el diagnóstico suele ser fácil porque la cabeza se desprende, y anestesiada la enferma se puede introducir la mano entera en los órganos genitales.



para explorar el tronco e ir a la busca de posibles tumores del cuello, del tórax o del abdomen.

En el cuello y en el tórax no se suelen encontrar dichos tumores. Cuando se llega al abdomen se le encontrará muchas veces muy distendido, a modo de una vejiga llena de agua en la cual se inserta el cordón umbilical. Si se trata de ascitis o de retención de orina, el diagnóstico se hace con facilidad por la punción; cuando no se trata de una ni de la otra y la punción no da salida a líquido alguno, hay que agrandar con las tijeras el orificio que se hizo para la punción y meter por él la mano para explorar el contenido del abdomen. Si a pesar de la exploración no se encuentra nada en el abdomen, se procederá a indagar el estado de la pelvis y la porción lumbar de la columna vertebral para buscar la espina bífida.

En este último caso, o sea cuando se trate de tumor sacrococcigeo o de espina bífida, la exploración suele ser fácil, porque la mayor parte del tronco se encuentra ya fuera de la vulva y la región deforme ofrece fácil acceso. Si el feto se encuentra muerto, la sección del cuello, o del tronco por debajo de las axilas para separar todo lo que ya se ha explorado, facilita mucho la exploración.

Cuando el feto se presenta de nalgas, la dificultad aparece, sea cuando éstas se van a encajar, sea cuando parte de los miembros inferiores se han expulsado ya. La exploración se hará del mismo modo, si bien procediendo, como es lógico, en sentido contrario por estar aquí la pelvis y el abdomen más próximos a la vulva. Cuando el feto se presenta de hombro, la misma mano que se introduce en los genitales para ir a la busca de los pies sirve de exploradora de la anomalía que existe. Algunas veces, al seguir el dorso del feto se ha descubierto una espina bífida; otras veces una ascitis. Si se logra hacer la versión sin encontrar anomalía alguna, pero luego no es posible extraer al feto, se volverá a introducir la mano y se procederá como en el caso de la presentación de nalgas.

La conducta del médico depende de la naturaleza del tumor que se tenga que tratar. Si es líquido bastará la pun-

está muerto el diagnóstico es muy difícil, pero en este caso tampoco tiene importancia hacerlo.

Es preciso cuidar de no confundir los latidos del cordón con los que algunas veces se perciben en las paredes del útero o de la vagina y que se llaman pulso vaginal de Oslander. A veces el dedo aplicado a las membranas ha podido percibir los latidos de algunos vasos que se encuentran en ellas y que son ramificaciones de la arteria umbilical que se pueden extender por las inmediaciones de la placenta. La firmeza de estos vasos en las membranas y su escaso volumen permitirán distinguirlos; en cuanto al pulso vaginal, coincide con la frecuencia del pulso de la madre y no con la del feto.

Cuando se han roto las membranas es muy fácil reconocer el cordón. Si ha salido de la vulva, el diagnóstico se hará inmediatamente a la vista y no permitirá duda alguna.

El segundo caso que se puede presentar en la presentación del cordón es aquel en que un asa de éste acompaña a la parte fetal prociendente, pero sin sobresalir de ella. En estas condiciones el diagnóstico es muy difícil. Se observarán en el feto síntomas de sufrimiento; por ejemplo, disminución de la frecuencia de los latidos y que el líquido amniótico sale intensamente teñido de verde, pero no se averiguará la causa porque en la mayoría de los casos no se llegará o solamente se podrá llegar con mucha dificultad al asa del cordón prociendente. Cuando por un sufrimiento del feto sin causa explicable se crea conveniente indagar la existencia de esta prociendencia, se tendrá en cuenta que los sitios por donde con mayor frecuencia suele deslizarse dicho cordón son los extremos de los diámetros oblicuos, o sea a nivel de las sínfisis sacroilíacas y a nivel de las eminencias iliopectíneas. Importa mucho, para la conducta que se ha de adoptar, saber si el feto se encuentra vivo o muerto. El diagnóstico algunas veces es muy fácil. Si el cordón tiene color pardo uzo o verde y si se observa durante largo rato falta de latidos, se puede afirmar la muerte del feto. No hay que conceder importancia a la falta de latidos en los períodos de la contracción uterina ni confundir con un latido el aumento de volumen que se produce al principio de cada



# BALNEARIOS ESPAÑOLES

## ALANGE

(BADAJOZ)

Bicarbonatado cálcico.—Oligometálicas, poderosamente radioactivas.—Acratoterma.—Enfermedades nerviosas.

Temporada: 1 de Junio a 30 de Septiembre.

## ALZOLA

(GUIPUZCOA)

Variedad cloruradosódicas y bicarbonatadas calcicomagnésicas marcadamente litínicas y radioactivas, 30°.

Colic s nefrítico, artritis del ácido úrico, vías urinarias.

Temporada: 15 de Junio a 15 de Octubre.

## BALNEARIO DE BOÑAR

(LEÓN)

Estación climatoterápica.

Aguas bicarbonatadosódicocálcicas nitrogenadas.

Las más nitrogenadas de España. Especialmente indicadas en las afecciones broncopulmonares.

Temporada: 1 de Julio a 30 de Septiembre.

## CALDAS DE BESAYA

(SANTANDER)

Cloruradosódicas, variedad bicarbonatada, 34 a 37°.

Neurosis, parálisis, catarros bronquiales, reumatismo.

Temporada: 1 de Junio a 30 de Septiembre.

## GRANDES BALNEARIOS DE ALCEDA Y ONTANEDA

Únicas aguas que pueden garantizar, con absolutas seguridades de éxito la curación completa de las enfermedades de la piel, aun en las erupciones más rebeldes; afecciones de la nariz, garganta y bronquios; pruritos y picazones y enfermedades de la matriz.

Temporada oficial: Del 10 de Junio al 20 de Septiembre.

GRAN HOTEL DE ONTANEDA

## CABREIROA

Las más litínicas de España.

Vías urinarias. — Estómago. — Diabetes. — Artritis.

Hotel en el mismo Balneario.

Temporada oficial 1.º de Julio al 30 de Septiembre.

Informes: Conde de Aranda, 3, Madrid.

RECOMENDADOS POR LOS MÉDICOS POR LOS RESULTADOS EXCELENTES DE SUS AGUAS

## ESTABLECIMIENTO BALNEARIO DE ARNEDILLO

(LOGROÑO)

Aguas termales (52° 5 c.) clorurado-sódicas (5 gramos en litro), sulfatado-bromuradas, con litio y rubidio, notablemente radioactivas (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 LODOS vegeto-minerales, únicos en el mundo.

Hotel del Balneario. Precios moderados. Excelente trato. Todo confort.

Viaje estación de CALAHORRA. — 15 Junio a 30 Septiembre.

Detalles, folletos, etc.: GERENCIA

## Balneario de Carlos III TRILLO

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

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

Nervios. — Reuma. — Escrófula. — Piel.

Deliciosa estación de verano. — Gran parque y monte.

Clima de montaña, 780 metros.

Servicio directo desde Madrid en tres horas

Informes y folletos:

HOTEL LEONES DE ORO, Carmen, 30, Madrid.



## SANATORIO NEUROPÁTICO

CARABANCHEL BAJO (Madrid). — Teléfono 116 C.

Director: DR. GONZALO R. LAFORA

Calle de Lope de Vega, 55. — MADRID.

Único Sanatorio mixto, con edificios y jardines independientes: uno, solo para enfermos nerviosos ó psiconeuróticos y otros dos para enajenados. Tratamientos modernos. — Vida familiar. — Dos Médicos internos.

Pídanse 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 per el Dr. Gonzalo R. Lafora.



# ARTEROL

Tratamiento de la arterioesclerosis sin yoduros.

De reconocida eficacia en la apoplejía (feridura) y en general en todas aquellas enfermedades que tienen como causa la falta de circulación sanguínea.

Como preventivo se tomará 10 gotas de «Arterol» tres veces al día en medio vaso de agua templada media hora antes de las comidas. En caso de apoplejía y parálisis, será aumentada la dosis a criterio del facultativo.

La composición del «Arterol» es a base de Allium Sativum y Viscum Album.



# PLASMASERUM

INYECTABLES INDOLOROS

Remineralizante rápido e ideal del organismo y en todos los casos de depresión nerviosa.

Indicaciones en todas las convalecencias, anemias, NEURASTENIA, astenia (sumernaje), etc.

FORMULA: Nucleinato sódico, 5 centigramos. Metilarsinato sódico, 5 centigramos. Glicerofosfato sódico, 10 centigramos. Sulfato estricnino, 1 miligramo, por inyectable de 1 c. c.

DOSIS:

Una inyección diaria salvo prescripción facultativa.

NOTA. — Nuestros Laboratorios hacen propaganda científica destinada a los señores FACULTATIVOS

LABORATORIOS R. T. B. — Roger de Flor, 204, BARCELONA

# Vías respiratorias

**JARABE FAMEL**  
a base de Lactococcus soluble

**ACCIÓN  
RÁPIDA  
Y  
SEGURA**

calma la tos  
facilita la expectoración  
reanima el estado general

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

## Preparados de hormonas extraídos de las glándulas.

Intensificados por sustancias catalíticas (vitamina mineral electrolizada), del

Dr. Richard Weiss, de Berlín, NW. 6.

**VIRILINE (Para el hombre).**

Fórmula: Testículos desecados estandarizados... 200 miligramos.  
Cal magnesio anhydroxymethylendiphosphor. (Irradiación ultravioleta)... 50 —  
Vainillina... 1 —  
Color azul... 1 —  
Para una tableta.

Empleo: Impotencia de funcionamiento, vejez prematura, neurastenia sexual, etc.  
Dosis: Una o dos tabletas con agua, dos o tres veces al día, después de las comidas.

**FERTILINE (Para la mujer).**

Fórmula: Ovario desecados estandarizados... 200 miligramos.  
Cal magnesio anhydroxymethylendiphosphor. (Irradiación ultravioleta)... 50 —  
Vainillina... 1 —  
Color rojo... 1 —  
Para una tableta.

Empleo: Esterilidad, medio para conservar y regularizar todas las funciones del sistema genital, para los ovarios y cambio de naturaleza, como también para el sistema nervioso en general.

Dosis: Una o dos tabletas con agua, dos o tres veces al día, después de las comidas.  
En frascos de 40 y de 100 tabletas.

## PANCRESAL

Tabletas activadas de las Hormonas Páncreas, para el tratamiento eficaz y seguro de la

**DIABETES MELLITUS**

Fórmula: Fermento de páncreas... 0,3 miligramos.  
Asparagina... 0,3 —  
Vitaminas minerales... 0,4 —  
Para una tableta.

Dosis: Una o dos tabletas en agua, dos o tres veces al día, diez minutos después de cada comida. Después de diez días, descansar uno, sin tomarlas. Asimismo, deberá interpolarse un día, una o dos veces por semana, en el que no se darán ninguna clase de carbonos hidrógenos.

En tubos de 15 tabletas. — Cura completa: 6 tubos.

Venta en Farmacias y Centros de específicos.

Solicite literatura y una prueba de en ayo al D postario General para España: **LUIS RONEBRO**, Alcalá, 16, Madrid. - Tel. 93.838.



## 1 VIII 1931

# EL CHOCOLATE

Ayuntamiento de Madrid



# ION-CALCINA

## PALLARÉS

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

*Frasco.* — Para uso interno.

*Ampollas.* — Inyección intravenosa.

Laboratorio M. PALLARES

Plaza Mosén Sorell, 6.

VALENCIA

# STROPHANTUM

## PALLARES

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

## LA METAIRIE

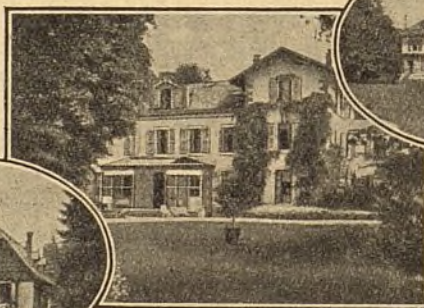
Cerca de NYON (Suiza.)

Casa de salud, particular,  
de primer orden.

FUNDADA EN 1857

GRAN  
PARQUE

VILLAS  
SEPARADAS



CURA  
DE REPOSO

PSICOTERAPIA

VIDA  
DE FAMILIA

Tratamiento individual de  
las enfermedades

NERVIOSAS Y MENTALES  
Y TOXICOMANIAS

Médico director: DR. F. DIZARD  
Médico anejo: DR. M. GUILLEREY

## Anticalculina EBREY

## EXTRACTO PURAMENTE VEGETAL CONCENTRADO

Ayuda considerablemente a eliminar el ácido úrico.

Estimula la diuresis y la actividad hepática.

Mantiene normal el funcionamiento del hígado y el riñón, por su acción  
descongestiva e impide los síntomas penosos por su efecto analgésico.

Anticalculina Ebrey produce la asesiya renal y ayuda al profesional en las  
crisis. Cuando se usa simultáneamente con los tratamientos arsenicales y

mercuriales, mantiene expeditas las vías urinarias permitiendo hacer un tratamiento más extensivo.

Evita los cólicos hepáticos y la formación de concreciones.

La pureza de sus componentes vegetales y la ausencia de toxicidad hacen a la Anticalculina Ebrey un medicamento ideal para ser  
administrada a los ancianos, mujeres embarazadas y niños que padecen de enfermedades renales.

INDICACIONES: Reumatismo, gota, litiasis, cálculos renales y hepáticos, uricemia, arterioesclerosis, y en general como coadyu-  
vante en las enfermedades renales, hepáticas y vesicales.

DOSIS: 30 gotas en un vaso de agua azucarada, si se prefiere, o una cucharada en un litro de agua filtrada, al día.

ANTICALCULINA EBREY se vende en todas partes.

EBREY CHEMICAL WORKS, NEW YORK

E. Durán, MADRID. — C. A. Vicente Ferrer, BARCELONA. — Dr. Cuesta, VALENCIA, y en todas las farmacias.



# EL SIGLO MÉDICO

## REVISTA CLÍNICA DE MADRID

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

**Director honorario: Excmo. Sr. D. ANGEL PULIDO**

**REDACTORES:**

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

<b>VITAL AZA</b> Ginecólogo. Académico C. de la R. A. N. de M.	<b>S. GARCÍA VICENTE</b> Jefe del Servicio de Laringología de la Institución Antituberculosa Municipal.	<b>G. MARAÑÓN</b> Del Hospital General de Madrid. Profesor A. de la F. de M. Académico.	<b>G. RODRÍGUEZ LAFORA</b> Prof. A. de la F. de M. ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
<b>J. BLANC Y FORTACÍN</b> Del Hospital de la Princesa.	<b>A. GARCÍA TAPIA</b> Laringólogo. Académico.	<b>M. MARÍN AMAT</b> Oftalmólogo Académico C. de la Real de Medicina.	<b>R. ROYO VILLANOVA</b> Catedrático de Med. legal. Valladolid.
<b>L. CARDENAL</b> Catedrático. Académico. Cirujano del Hospital de la Princesa.	<b>J. GOYANES</b> Cirujano del Hospital General de Madrid. Académico.	<b>M. MARTÍNEZ SALDÍ</b> Publicista médico.	<b>J. SARABIA PARDO</b> Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina.
<b>J. CODINA CASTELLVÍ</b> Académico. Médico de los Hospitales Dr. de los San. Antituberculosos.	<b>B. HERNÁNDEZ BRIZ</b> Médico-Jefe de la Clínica y Colegio de la Paz.	<b>J. MOURIZ RIESGO</b> Jefe del Laboratorio del Hospital General. Académico.	<b>E. SLOCKER</b> Académico. Cirujano de la Beneficencia general (antes Hospital Princesa).
<b>R. COMENGE</b> Oftalmólogo.	<b>T. HERNÁNDEZ</b> Catedrático. Académico.	<b>B. NAVARRO CÁNOVAS</b> Médico-Director del Gabinete de radiografía y radioterapia del Hospital de la Princesa.	<b>F. TELLO</b> Director del Instituto Alfonso XIII.
<b>J. L. ELIZAGARAY</b> Académico. Del Hospital General.	<b>J. M. HUARTE MENDICOA</b> Laringólogo.	<b>F. PECO</b> Medicina interna.	<b>J. M. TOMÉ Y BONA</b> Dermatólogo.
<b>E. FERNÁNDEZ SANZ</b> Académico de la Real de Medicina.	<b>F. HUERTAS</b> Del Hospital General. Académico.	<b>G. PITTALUGA</b> Catedrático Académico.	<b>A. VALLEJO NÁGERA</b> Jefe de Clínica mental militar de Oroposuelos.
<b>FIDEL FERNÁNDEZ MARTÍNEZ</b> Director de los servicios de aparato digestivo de la Beneficencia general y de la Facultad de Medicina de Granada. Académico.	<b>C. JUARROS</b> Profesor de Psiquiatría del Instituto Criminológico. Académico.	<b>A. PULIDO MARTÍN</b> Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.	<b>J. M. DE VILLAVEDE</b> Del Real Hospital del Buen Suceso. Del Instituto Cajal.
<b>A. FERNÁNDEZ MARTÍN</b> Ex-interno de la Etad. y Hospitales.	<b>E. LUENGO ARROYO</b> De la Sección de Parasitología del Instituto de Alfonso XIII y del Hospital de la Facultad de Medicina.	<b>J. Y S. RATERA</b> De las Beneficencias Provincial y Municipal de Madrid. Radiólogos del Hospital General y de San Juan de Dios.	<b>R. DEL VALLE Y ALDABALDE</b> Académico H. de la Real de Medicina.

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

### PROGRAMA CIENTÍFICO:

**Lema: Progressi sumus, progredimur, progrediemur.**

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

**SUMARIO:** Sección científica: Aportación clínica a propósito de un caso de tumor en el velo del paladar, por el Dr. G. Durán.—Cáncer (Consideraciones sobre su histogénesis. Teoría leucoblastica), por el Dr. F. Riudavets.—Notas prácticas de aparato digestivo, por el doctor S. Luis Yagüe y Espinosa.—Bibliografía.—Periódicos médicos.

## Aportación clínica a propósito de un caso de tumor en el velo del paladar

POR EL

**DOCTOR G. DURÁN**

De Sanidad Militar y de la Beneficencia municipal.

El diagnóstico correcto de una neoplasia, en su acepción más amplia, es siempre un problema que envuelve serias dificultades, aun para los cirujanos más expertos. Y no nos referimos ahora a los tumores desarrollados en cavidades esplánicas, particularmente en el vientre, sino a aquellos otros que asientan en regiones fácilmente accesibles a la exploración más completa; por ejemplo: un tumor de parótida o del seno. Claro es que al hablar de estas dificultades queremos indicar las de orden puramente clínico, que son las únicas que ordinariamente encuentra el práctico que no tiene a su alcance los medios complementarios de diagnóstico de que se dispone en los grandes centros especializados, tales como la biopsia y las reacciones serológicas. Y es que nosotros pensamos que, a pesar del enorme progreso que estos medios biológicos proporcionan, el problema del diagnóstico de la naturaleza de un tumor continúa sien-

do en la práctica corriente del dominio puramente clínico, y es justamente el médico, de ordinario no especializado en cuestiones de oncología, el que ve primeramente a un enfermo afecto de un neoplasma incipiente, de un «bultoma» que acaba de llamar la atención del enfermo.

Y es tan interesante el diagnóstico preciso en este periodo de comienzo, que ello puede decidir de modo definitivo la conducta terapéutica a seguir: tal vez la oportunidad de una intervención, que pasado este momento puede ser absolutamente ineficaz. Con esto no hacemos más que repetir una noción demasiado sabida del diagnóstico precoz de toda neoformación; pero es que todos los días se ven estos descuidos diagnósticos de consecuencias irreparables para el enfermo.

No hace mucho tiempo hemos visto una enferma afecta de un enorme linfosarcoma de cuello que había sido considerado sucesivamente como absceso o flemón leñoso y luego como bocio degenerado; el hecho es que vino a nosotros con un síndrome de compresión de cuello, alarmada por su disfagia, disnea, afonía y atontamiento. La extensión del tumor y el estado de la enferma no justificaban posibilidad alguna de tratamiento radioterápico, y menos quirúrgico, aparte el puramente paliativo y sintomático.



Asimismo hemos visto recientemente un caso de linfogranulomatosis tipo Hodking, al que un reputado cirujano le aconseja la resección del mango del esternón por considerar el caso como un sarcoma, siendo realmente un mieloma que cedió a radioterapia.

Por eso nunca se insistirá bastante en la necesidad de enjuiciar desde el primer momento la naturaleza de una neoformación, sobre todo el tratar de catalogar el caso en uno de los grupos genéricos que ahora diremos.

Cuando el cirujano se encuentra enfrente de una neoformación podemos reducir a tres las cuestiones que de momento ha de plantearse y resolver: 1.<sup>a</sup> ¿Se trata de uno de esos procesos inflamatorios crónicos que pueden conducir a hiperplasia: tuberculosis, sífilis, actinomicosis? 2.<sup>a</sup> ¿Es un tumor benigno? 3.<sup>a</sup> ¿La neoplasia presenta algún carácter de malignidad? ¿Es un tumor maligno?

Porque creemos que es así la mejor manera como puede orientarse el clínico, y para poner de manifiesto los errores a que puede exponer el diagnóstico de neoformación, es por lo que vamos a historiar un caso que justamente ha sido diagnosticado de hiperplasia específica, de tumor benigno y, por fin, de neoplasia maligna.

T. V., de veintinueve años, natural de Cuevas del Becerro (Málaga).

Antecedentes hereditarios: Madre muerta de cáncer hepático. Cinco hermanos sanos.

Antecedentes personales: Enfermedades propias infancia sin secuelas. En Marzo de 1928 sufre chancre, que aparece veinte días después de coito sospechoso, le diagnostican de específico tratándole con neo y bismuto. A los seis meses nueva serie de neo y bismuto. En el intervalo de estos dos tratamientos presentó placas en boca y roseola discreta en piernas y espalda. Posteriormente no ha presentado ningún nuevo signo de actividad específica.

Antecedentes enfermedad actual: En Mayo de este año, y sin causa alguna, nota el enfermo que la masticación se le hace un poco torpe y difícil. Nada de alteraciones deglución. Al propio tiempo aparecen trastornos auditivos localizados en lado izquierdo, consistentes en sensación de oído tapado, que desaparecía en parte al deglutir. Asimismo sufre violentos dolores en oído irradiados a la mitad correspondiente de cabeza, en forma de hemicránea. Estos trastornos auditivos sufren alternativas de mejoría y empeoramiento, hasta que al fin se hacen definitivos, y aparecen zumbidos y ruidos continuos, y últimamente se instala una sordera completa en oído izquierdo. Al propio tiempo que evolucionan estos trastornos auditivos nota una tumefacción difusa en mitad izquierda de la cara, particularmente en regiones maseterina y geniana. Se diagnostica de rinitis hipertrófica, y se le aplican toques de galvano y astringentes sin obtener mejoría alguna. A primeros de Julio aprecia súbitamente y de modo casual un flemón (dice el enfermo) en mitad izquierda del velo del paladar que

produce simplemente molestias mecánicas de deglución y fonación. Consulta un dentista, que aconseja la extracción del último molar superior, una vez hubiera desaparecido el estado inflamatorio de la parte; pasado un mes, y no sufriendo modificación alguna el foco, le extraen muela de juicio inferior y dos últimos molares superiores, sin que ello influyera en la marcha del proceso, antes bien, aparece una febrícula de 37°,4 a 37°,8. Los fenómenos inflamatorios parecen acentuarse, apareciendo fluctuación, por lo que deciden incindirlos, obteniendo simplemente sangre y cicatrizando rápidamente. Posteriormente es incindida de nuevo sin que se consiguiera mejor resultado que anteriormente.

Estado actual: Por inspección se aprecia deformación de mitad izquierda de la cara, debida a infiltración indolora de partes blandas, pero sin reacción inflamatoria. Trismus moderado, que permite una separación de sólo un par de centímetros. La separación forzada más allá de ese límite provoca dolores muy ligeros y que hacen la masticación difícil, pero no imposible; no obstante, se presentan con frecuencia espasmos clónicos de músculos masticadores que detienen la masticación y provocan movimientos nauseosos con arcadas. Deglución con trastornos simplemente mecánicos por insuficiencia velopalatina.

Salivación abundante, pero no fétida, durante la masticación.

Dolores no muy intensos, pero continuos y exacerbaciones al masticar: empiezan en articulación temporomaxilar y se irradian a cuerpo de maxilar y mastoides. Puntos dolorosos articulares, angulares y mastoides, así como en fondo de vestíbulo bucal. El examen directo de bóveda palatina aprecia tumoración localizada en mitad izquierda de velo y bóveda del paladar, tamaño moneda de cinco pesetas, que invade pilar anterior, pero deja intacta úvula y amígdala correspondiente; límites bien marcados por rodete saliente hacia adelante y engrosando borde libre de velo palatino hacia atrás. Coloración rojo viva con zonas pálidas en periferia. Consistencia blanda, francamente fluctuante en el centro, pastosa en bordes. Movilidad escasa sobre plano osteofibroso velopalatino. Indolencia completa. Resto de boca normal, excepto bordes alveolares correspondientes a avulsiones dentarias, donde se aprecian granulomas alveolares puramente inflamatorios.

La exploración de nasofaringe, imposible por rinoscopia, da por tacto gran infiltración de pared lateral izquierda de rinofaringe, con estrechamiento concomitante de coana: engrosamiento de mitad izquierda del borde libre de velopalatino.

La exploración de oído (Dr. Alvarez) da conducto auditivo izquierdo estenosado, dejando ver solamente pequeño sector de mitad posterior timpánica, hendida y blanquecina. Las pruebas de exploración del laberinto no dan más que signos discretos de irritabilidad vestibular. Sordera por obstrucción ovárica.



La biopsia practicada en porción extirpada de cavum da (Dr. Torreira) estructura exclusivamente linfóide, que no corresponde a ninguno de los órganos de esta naturaleza, ajustándose más bien al grupo de las hiperplasias inflamatorias crónicas. Por circunstancias ajenas a nuestra voluntad no se han examinado nuevas porciones de neoplasma.

Las radiografías hechas en distintas proyecciones no señalan nada particular, excepto la obtenida en proyección vertical, que demuestra una opacificación acentuada de antro y células mastoideas izquierdas.

Los exámenes de sangre se hicieron en dos sentidos: investigando sífilis, dados los antecedentes específicos claros del enfermo; resultando Wassermann, Meinik y Kahn, previa reactivación, positivos. Y luego investigando posible alteración de sistema linfopoyético, obteniéndose una fórmula sensiblemente normal.

Finalmente, hemos de añadir que en región angular y submaxilar izquierdas se aprecian ganglios en número de tres a cuatro del tamaño de avellanas, incoloros, bien movibles y no indurados.

\*\*\*

Los problemas diagnósticos que nos plantea este caso son múltiples por varias razones: 1.<sup>a</sup>, por tratarse de una región que constituye una verdadera encrucijada de órganos y formaciones de significación muy diversa; 2.<sup>a</sup>, por la gran complejidad embriológica que supone el que entren en su desarrollo elementos de origen y estructura tan distinta, como son porciones de base craneal, órganos de los sentidos, cara, y, sobre todo, formaciones que derivan del aparato branquial, cuya significación y complejidad embriológica son bien conocidas en el desarrollo del cuello; 3.<sup>a</sup>, porque es justamente en porción o tramo nasobucofaríngeo donde pueden desarrollarse, con una frecuencia muy difícil de sopesar, los dos grupos de procesos cuya diferenciación preocupa más al clínico, que son las hiperplasias crónicas específicas y los tumores propiamente tales. Y aun dentro de éstos existe una variedad, los llamados tumores mixtos, acerca de cuya naturaleza, como se sabe, distan mucho de estar acordes anatomopatólogos y clínicos; 4.<sup>a</sup>, es a este nivel (que constituye, como se sabe, una de las más importantes regiones linfoides del organismo) donde se pueden manifestar primeramente las afecciones sistemáticas de ganglios linfáticos, leucemias y pseudoleucemias; de modo que un linfoma puede ser simplemente una repercusión local de aquellas enfermedades de pronóstico tan sombrío.

Así pues, el clínico se encuentra ante una región donde es posible pensar y discutir la naturaleza de todas las neoformaciones posibles. Y nosotros pensamos que, en la práctica, en lo que ante todo debe pensarse es en la posibilidad de una hiperplasia sífilítica; primero por su frecuencia y luego por su extraordinaria importancia pronóstica y terapéutica; si al mismo tiempo el sujeto tiene antecedentes espe-

cíficos evidentes, la admisión de esta hipótesis es por demás lógica y probable.

Pero antes de discutir este diagnóstico queremos eliminar la posibilidad de una lesión sobre la cual llaman la atención los clínicos, y en nuestro caso ha dado lugar también a error diagnóstico: nos referimos a una forma particular de absceso dentario, llamado absceso linfangítico de Klestad por localizarse en la red linfática, que se extiende desde el borde alveolar a velo del paladar. Su característica estriba en que se desarrolla sin que existan síntomas dentarios ruidosos, en forma de abombamiento doloroso, de curso no agudo, en espacio submucoso, y que por la consistencia firme de la mucosa palatina no puede reconocerse ninguna fluctuación. Para darnos idea de la evolución lenta de estos abscesos basta pensar que no tiene ninguna tendencia a abrirse en la cavidad bucal, sino, por el contrario, después de la erosión del hueso, en el interior de las fosas nasales o del seno maxilar; ya se comprende que su evolución se cuenta por meses, sufriendo oscilaciones de aumento y disminución. Ya hemos visto cómo la lesión del enfermo que motiva esta nota ha sido considerada como absceso, no sabemos si de esta naturaleza linfática, pero desde luego de origen odontógeno, puesto que le costó al enfermo la avulsión de varias piezas dentarias. Y aun hemos de añadir que se citan casos de clínicos expertos que han cometido errores en estos casos creyendo que se trataba más bien de tuberculosis, sífilis, actinomicosis y aun carcinoma. Esto nos demuestra con cuánta cautela hay que proceder al enjuiciar una tumoración de paladar. En este caso concreto lo que debe servir para orientar el diagnóstico es, aparte la demostración de dolorimiento y reacción dentaria, su especial localización de preferencia en dientes monorradiculares y, por tanto, hacia línea media anterior, en relación con incisivos y caninos.

Este hecho se debe, sin duda, a que la pared palatina de borde alveolar es más delgada que su pared labial, y luego a que la raíz de los incisivos y caninos suele presentar una curvatura hacia el paladar. Por fin la incisión del absceso consigue la curación definitiva. Por tanto, la localización posterior y el fracaso de las incisiones evacuadoras bastan, aparte los demás caracteres clínicos, para eliminar la posibilidad del absceso linfangítico, entidad nosológica, por lo demás de rara observación, y que no podría explicar de ningún modo, en nuestro caso, la ruidosa sintomatología auditiva.

Claro es que los procesos de osteomielitis de bóveda pueden conducir a la formación de un absceso de marcha más o menos crónica, y aun presentar una sintomatología superponible en cierto modo a los abscesos linfangíticos que acabamos de comentar. En este caso particular es obvio que la aparición del absceso irá precedida de una ruidosa sintomatología ósea que faltó totalmente en nuestro caso, aparte de la rareza de esta localización osteomielítica.

Hechas estas exclusiones diagnósticas, y con ellas



las de todo el grupo de neoformaciones subagudas y crónicas de carácter no específico, en lo primero que piensa el clínico, y con razón, es en las neoformaciones inflamatorias crónicas, y al frente de todas ellas en la sífilis, o más exactamente en el goma. Basta meditar en la frecuencia con que las perforaciones, cicatrices y adherencias en velo tienen un origen específico para que la hipótesis de un goma sea, al menos, aceptada en la discusión diagnóstica.

Todos los clínicos hacen hincapié en la frecuencia de esta localización, y dicen: que toda hinchazón semiesférica aparecida desde poco tiempo en paladar, y situada en las proximidades de la línea media, es muy probablemente un goma; y si a esto añadimos los antecedentes específicos, y el período de evolución de la sífilis corresponde al terciarismo, se comprende que la posibilidad de un goma es más que probable. Y, efectivamente, este diagnóstico es el primero que acudió a nosotros, porque los caracteres objetivos de la lesión encuadraban bastante bien en los que suelen asignarse a los procesos gomosos; su aparición solapada e insidiosa, su aspecto rojo oscuro ajamonado, su fluctuación blanda y elástica, su contorno bien limitado, la poca reacción ganglionar y su indolencia completa unida a los antecedentes del chancro, pensamos que son razones bastantes para pensar en un sífiloma. Asimismo el hecho de que la biopsia hablara más bien en un sentido inflamatorio que neoplásico, venía a robustecer la sospecha.

Las reacciones serológicas (Wassermann, Meinick y Kahn) resultan positivas, aunque ya clínicamente podía sospecharse el fondo específico del enfermo, y por ello, sin más, instituímos un tratamiento específico a base de yoduro y neo, y en contra de lo que podía esperarse la lesión no se ha modificado lo más mínimo. Claro es que los trastornos auditivos y la gran infiltración de pared nasal no eran fácilmente explicables por una hipótesis exclusivamente específica. Pero la gran trascendencia pronóstica que supone la naturaleza luética creemos justifica esta determinación terapéutica, que aquí en velo de paladar no tiene nunca el papel de latigazo de las supuestas neoplasias, como ocurre en epiteloma lengua.

Es curioso el hecho de que precisamente aquí, en velo de paladar, resulta bastante difícil establecer un diagnóstico diferencial entre las dos infecciones crónicas, sífilis y tuberculosis; hasta el punto que los clínicos afirman que fallan todos los rasgos diferenciales corrientes entre ambas hiperplasias inflamatorias, y aseguran que la misma biopsia puede dar resultados engañosos, y aun se ha llegado a admitir una combinación de tuberculosis y sífilis (Fuiger, Offenheim, Rusch), o bien la posibilidad de una actinomicosis o esporotricosis; ahora bien, en lo que sí coinciden los clínicos es que todos estos procesos inflamatorios crónicos conducen a la formación de úlceras, cuya naturaleza no puede reconocerse, ni clínica ni histológicamente, ni aun por los investigadores más ejercitados, pero que, sin embargo, lo que es

más importante es que son influidos favorablemente por la yodoterapia.

Excluidas las hiperplasias inflamatorias crónicas, y antes de discutir la posibilidad de una neoplasia propiamente tal, conviene citar las infiltraciones leucémicas y pseudoleucémicas, y aun la rara enfermedad de Mikuliz, en las cuales están aumentados de volumen los ganglios palatinos. Por eso practicamos un análisis de sangre para descubrir las alteraciones de fórmula hemática, propia de las enfermedades de tipo leucémico. Y es que, precisamente en este caso, la gran infiltración de coanas y, por tanto, del territorio correspondiente al gran anillo linfático de la faringe de Waldeyer, pudiera explicarnos en parte las alteraciones hiperplásicas de pared lateral de nasofaringe. El mismo D'Quervain afirma: que una tumefacción manifiesta del sistema linfático de toda la faringe ha de hacernos pensar en la posibilidad de una afección leucémica o pseudoleucémica. Pero la falta de tumefacción linfática en otros distritos ganglionares, así como el resultado negativo del análisis de sangre, permite desechar esta hipótesis ganglionar, por lo demás poco frecuente.

Todavía pueden presentar el aspecto de verdaderas formaciones tumorales distintos procesos clínicos, cuya génesis no es todavía bien conocida, pero que desde luego no tienen nada que ver con las genuinas neoplasias. En este grupo podemos incluir el tumor amigdalóideo del velo del paladar y del paladar óseo, que se presenta como una tumefacción de consistencia firme, bien limitada y submucosa y que va acompañada de alteraciones análogas en otros órganos de la cavidad bucal y de las vías respiratorias. Asimismo, Fein ha descrito en un enfermo con tuberculosis de los ganglios cervicales y reacción cutánea fuertemente positiva una infiltración de dureza cartilaginosa y de color rojo pálido del velo del paladar que determinaba una sensación de tensión local y de embotamiento del oído al mismo tiempo que hacía mayor y más rígida la úvula; por examen histológico se comprobó una infiltración de células redondas con algunas células gigantes aisladas.

Véase, por tanto, cómo la naturaleza de una hiperplasia localizada del paladar de tipo inflamatorio crónico resulta muy difícil de enjuiciar en la práctica, y a veces sólo el curso y evolución clínica del proceso permiten establecer, y no siempre, el diagnóstico probable de la neformación.

Realmente, si nos atenemos de modo exclusivo al aspecto que la lesión ofrece por parte del paladar hubiéramos pensado con algún fundamento que se tratara de un tumor benigno, de los no pediculados, que pueden presentarse en velo de paladar: endoteloma, cilindroma, adenoma, y en particular los llamados tumores mixtos, que ya no son tan raros. Para darnos cuenta de ello basta pensar que por debajo de la mucosa está el grupo de glándulas palatinas, de la misma significación que las demás salivales, y, por lo tanto, susceptibles de sufrir los mismos procesos neoplásicos. El hecho es que se presentan formando nó-



Poderoso disolvente y energético eliminador del ácido úrico

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



ANTIARTRÍTICO

ANALGÉSICO

**Atoquinol**  
**"Ciba"**

Comprimidos, pomada y sellos

Muestras y literatura:

**CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA DE PRODUCTOS QUÍMICOS**

Aragón, 285

BARCELONA

Apartado 744

Hace más de **10** años que

**Agomensina "Ciba"**

viene prescribiéndose con los mejores resultados en toda clase de amenorreas, oligomenorreas, menstruaciones difíciles o retrasadas, hipoplasia, vómitos del embarazo, trastornos de la menopausia.

Comprimidos  
Frascos de 20 y 100



Ampollas  
Cajas de 5 y 20

**CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA DE PRODUCTOS QUÍMICOS**

Aragón, 285

BARCELONA

Apartado 744



# ANTALGOL DALLOZ

Granulado

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

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

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 estricnina.

**Septicemiol**

(INYECTABLE)

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

**Eusistolina**

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

**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.



dulos bien circunscritos y de cierta consistencia en paladar duro o blando, que crecen lentamente, no producen ninguna molestia subjetiva y no presentan ninguna tendencia a ulceración ni perforación.

Estos caracteres, de indudable benignidad, los presentaba nuestro tumor, volvemos a repetir, considerando sólo su aspecto palatino, y ya hemos visto que las molestias auditivas eran en realidad bien toleradas por parte del enfermo, y pudieran explicarse en un examen superficial por un simple catarro de nasofaringe con propagación a trompa y que estaría entretenido simplemente por los trastornos mecánicos provocados por la gran infiltración neoplásica del velo. Particularmente llamaba la atención en nuestro caso un fenómeno un poco extraño: a pesar de la fluctuación muy evidente, no había tendencia alguna a la ulceración; es más, aun habiendo sido incindido dos veces, por creer tratarse de un absceso, en las dos ocasiones terminó cicatrizando con gran rapidez. Si pensamos en la defectuosa nutrición propia de las neoplasias malignas, que hasta puede llegar a ocasionar degeneraciones, habremos de reconocer que no es fácil armonizar este hecho con la buena vascularización que supone un proceso cicatricial tan rápido. Pero indudablemente lo que más hablaba en contra de la benignidad del proceso es el estar interesada al propio tiempo la pared nasofaríngea y, sobre todo, la sintomatología auditiva, cada vez más acentuada.

En este camino de las neoplasias malignas dos hipótesis cabe discutir: carcinoma y sarcoma. La primera es realmente más frecuente, como epiteloma plano de evolución córnea, que sólo puede proceder de la mucosa del paladar o del seno maxilar; sin embargo, tardíamente el hueso es infiltrado, y ésta es la causa por la que una tumoración, al principio movable sobre esqueleto, se inmoviliza luego; hemos de añadir, además, que en algunos casos se trata de un epiteloma benigno que no sufre la transformación córnea y pertenece al grupo de carcinomas de células basales. Resulta, por tanto, que podemos encontrar a nivel de velo palatino un tipo de neoplasia, netamente carcinomatosa, pero evolucionando lentamente y con caracteres clínicos bastante claros de benignidad. Y esto es justamente lo que ocurría en nuestro caso: los caracteres objetivos de la neoformación, ya descritos en la historia, su marcha poco ruidosa, su tolerancia local y general, su poca o nula tendencia a la ulceración, el poco infarto ganglionar, explicable por la alveolitis concomitante, son argumentos que inclinan el ánimo, dentro de una hipótesis neoplásica maligna, a una forma manifiestamente de evolución no progresiva. La razón que más habla, sin duda, en contra de una neoplasia epitelial, es la poca tendencia ulcerativa que observamos en este tumor, a pesar de su volumen relativamente considerable, y sobre todo, que la clásica úlcera de epiteloma o cancroide de la mucosa del paladar, que conocen todos los clínicos, no se ha producido, aun después de provocar una solución de continuidad de la propia mucosa.

Y vamos, por fin, a enjuiciar el caso en estudio, en el sentido de una neoplasia conjuntiva maligna; y de los tres tipos que se describen a este nivel, melanoma, sarcoma, linfosarcoma, pensamos que es esta última la forma que conviene a nuestro caso.

Ante todo ya hemos dicho antes la gran riqueza en órganos linfoides que existe a nivel de oro y nasofaringe, formando el anillo linfático de Waldeyer. Y es sabido también la frecuencia con que en el órgano linfoide más desarrollado de la región, esto es, la amígdala, se desarrollan los linfosarcomas, hasta el extremo que si el punto de implantación de la neoplasia cuya naturaleza discutimos estuviera en la amígdala, su verdadera naturaleza linfosarcomatosa se impondría desde el primer momento; de la misma manera que un tumor de evolución lenta, que luego crece rápidamente y se inmoviliza, a nivel de glándulas salivales, impone un diagnóstico de tumor mixto. Pues bien, si admitimos que en velo de paladar, particularmente en su cara inferior, existen folículos linfáticos bien desarrollados, el posible desarrollo de un linfosarcoma a este nivel es un hecho del todo probable.

En este primer aspecto que estamos discutiendo, esto es, el verdadero punto de comienzo de la neoplasia, no podemos excluir realmente la posibilidad de que la neoformación comenzara en la gran infiltración linfoide que rodea la embocadura nasal de la trompa, y luego se extendiera, siguiendo el reguero ganglionar del anillo linfático hasta velo de paladar. Claro es que los datos subjetivos que nos suministra el enfermo pudieran orientarnos algo con respecto a la prioridad como se han presentado los trastornos auditivos, nasales y de masticación y deglución. Pero el paciente no es capaz de puntualizar este extremo, aunque desde luego puede asegurarse que el complejo auditivonasal era el predominante, y por el cual el enfermo entró verdaderamente en materia, como ahora se dice. Entonces es más que probable que la infiltración neoplásica de nasofaringe fué quizá la primitiva, la que puso en marcha el proceso, que luego invadió secundariamente el velo del paladar. El enfermo, preocupado por sus trastornos auditivonasales, y luego por los que acompañaban a deglución y fonación, se fija en su garganta y descubre a modo fortuito y con sorpresa la tumoración bien desarrollada a nivel de velo palatino.

Fijado este primer punto del origen muy probablemente linfoide del tumor, los demás caracteres se ajustan bastante claramente a la hipótesis de un linfosarcoma. Por lo pronto, nos explicamos bien cómo la neoplasia puede invadir al propio tiempo nasofaringe y velo palatino, dado que es la distribución linfática de la región la que regula la extensión y crecimiento de la neoformación. Los caracteres objetivos del neoplasma responden con cierta exactitud a los signos distintivos del linfosarcoma, pues es sabido que forma a nivel de las regiones ganglionares tumores blandos, rara vez fluctuantes, de color sonrosado o rojo obscuro de la mucosa subyacente, con



tendencia infiltrante, de marcha progresiva, relativamente rápida, y que no ocasiona grandes dolores, y sí sólo las molestias mecánicas inherentes a su localización.

A estos caracteres puramente clínicos tenemos que añadir dos datos complementarios del mayor interés:

1.º El resultado de la biopsia, que demuestra una estructura de tipo linfoide atípica, que el propio anatomopatólogo no puede enjuiciar fácilmente, aunque quizá se inclina a un proceso flegmático crónico. Realmente, no puede extrañarnos esta dificultad de interpretación de una imagen procedente de una hiperplasia linfoide, pues basta pensar en el desacuerdo que reina entre los propios anatomopatólogos al intentar clasificar las neoplasias ganglionares, particularmente las de tipo conjuntivo, para comprender las dificultades que surgen en la práctica para decidir si se trata de una hiperplasia ganglionar inflamatoria crónica, de un linfoma o bien de un sarcoma ganglionar. A nosotros nos parece que esquemáticamente se puede enjuiciar esta embrollada cuestión de este modo: si nos encontramos con una estructura linfoide, podemos aventurar un diagnóstico anatomopatológico de proceso inflamatorio crónico; si lo que más llama la atención es la presencia de un retículo atípico, resultado de una activa proliferación del tejido citógeno o adenoideo del ganglio, pensaremos en un linfoma; y finalmente, si lo que más impresiona en la imagen es la neoformación propiamente conjuntiva, ya sea con células fusiformes o redondas, diremos que es el tejido conjuntivo o estroma del ganglio lo que constituye la infiltración neoplásica y estaremos en presencia de un sarcoma ganglionar. Así pues, con arreglo a este esquema nuestro tumor correspondería a un linfoma.

2.º El otro dato de gran interés, cuando se orienta el diagnóstico en el sentido de una neoformación linfoide, es el examen morfológico de la sangre, para excluir todo el gran grupo de afecciones leucémicas, pseudoleucémicas y linfogranulomatosas, que van acompañadas, como es sabido, de modificaciones hemáticas bien ostensibles, y desde luego faltaban totalmente en nuestro caso.

Todavía queremos añadir que los infartos ganglionares discretos que el enfermo presentaba en región subangulomaxilar no los relacionamos directamente con la neoplasia, pues es demasiado sabido que los tumores conjuntivos apenas se propagan por vía linfática; pensamos que esta adenopatía es simplemente una adenitis secundaria al proceso de la alveolitis y granuloma dentario que concomitantemente padeció el enfermo.

Sentado, pues, el diagnóstico de neoplasia de velo del paladar, propagado muy probablemente de cavum y fijada su naturaleza linfosarcomatosa, una última consideración nos falta hacer y es referente a la conducta terapéutica a seguir. A poco que pensemos en la localización y extensión del neoplasma y en sus

posibles prolongaciones hacia trompa y cavum, nos percatamos de la imposibilidad de fijar exactamente hasta dónde podía llevarnos la pretensión de practicar una resección del bloque maxilopalatinopigotico, con el consiguiente destrozo que ello supone en una región de anatomía demasiado complicada para una intervención tan radical. Si a esto añadimos la especial radiosensibilidad de estos tumores linfosarcomatosos a las radiaciones que son capaces de fundirlos con una rapidez a veces sorprendente, es obvio que la única terapéutica racional en este caso es, sin duda, la física, bajo forma de radium o radioterapia. No obstante, es presumible que aun descontando el éxito inmediato que pueda obtenerse, los resultados lejanos son más que dudosos, no sólo por la recidiva local aun en los puntos de máxima acción radioterápica, sino también, y sobre todo, en las prolongaciones profundas de la neoplasia, evidentemente poco accesibles a la acción de las radiaciones.

## CANCER

### CONSIDERACIONES SOBRE SU HISTOGENESIS TEORIA LEUCOBLASTICA

POR EL

DOCTOR F. RIUDAVETZ

Ex médico de los Hospitales Clínico, de Barcelona,  
y San Francisco, de Madrid.

En un artículo anterior (1) expusimos las líneas generales de la histogénesis del cáncer, según la teoría que denominamos leucoblástica por considerar las células cancerosas descendientes de los elementos blastoméricos que normalmente procrean las células germinales del área vascular del embrión. En el curso de este artículo tratamos de los motivos que abonan esta idea y los hechos sobre los que la apoyamos (2).

La dificultad principal para hacer aceptar el origen leucoblástico del cáncer estriba en el concepto dominante en la actualidad de que las células cancerosas son descendientes de los elementos diferenciados propios del tejido afecto; este concepto se apoya, sobre todo, en el modelo de clasificación histológica dominante, en la que el aspecto morfológico es atendido preferentemente en perjuicio del funcional y bioquímico; este extremo y el probable origen leucoblástico del importantísimo grupo de las neoplasias epiteliales será tratado en otro artículo; aquí teniendo en cuenta que las clasificaciones actuales poseen más bien un valor didáctico, hemos procurado en el estudio de la histogénesis del cáncer guiarnos por el conjunto de caracteres morfológicos, funcionales y bioquímicos, concediendo, como lo hacen muchos autores, una mayor importancia a los dos últimos aspectos que al morfológico que, sobre todo considerado aisladamente, tiene un valor muy relativo.

Con las teorías dominantes sobre el problema del cáncer quedan sin explicación muchos fenómenos y otros parecen no seguir las leyes biológicas conocidas; además las importantes investigaciones experimentales instituidas deberían

(1) EL SIGLO MEDICO, núm. 4.021, 3 de Enero de 1931.

(2) La explicación de la histogénesis de los tumores benignos, que no desvirtúa la teoría leucoblástica, será dada oportunamente.



haber proporcionado, por su número y calidad, algún resultado práctico; es decir, conocimientos básicos e indiscutibles sobre los que se pudiese desarrollar científicamente y con orientación segura el estudio de la cancerización celular, y una vez bien conocido este proceso, obtener las deducciones terapéuticas consiguientes; desgraciadamente los resultados obtenidos, con ser de cierta importancia, carecen de normas generales que expliquen los procesos anormales y el peculiar carácter destructor de las colectividades celulares normales que poseen las neoplasias malignas.

Estas y otras consideraciones secundarias nos movieron a abordar el estudio del cáncer prescindiendo de toda clase de teorías; esto nos fué algo difícil al principio, pues imbuídos por la numerosa literatura existente no examinábamos el problema sin ideas preconcebidas que inconscientemente ejercían su influencia, no sólo en la lectura de los extremos del problema, sino hasta en el estudio de las preparaciones de los distintos tipos de neoplasias. Sin embargo, ciertos trabajos ya citados en el artículo anterior, y otros que anotamos en éste, nos han proporcionado nuevas bases en las que apoyar nuestro estudio, acantonado, por las condiciones en que lo efectuamos, a los aspectos histopatológico y clínico en espera de poder abordar (o que algún investigador aborde) la fase experimental de control y ampliación de nuestras conclusiones.

En estos artículos exponemos, por tanto, las razones en que apoyamos la teoría leucoblástica del cáncer y tocamos algunos puntos de histofisiología general necesarios al desarrollo de nuestra argumentación; nos ha sido necesario condensar en lo posible todos los puntos de vista, cosa que algunas veces repercute en contra de la claridad; oportunamente pensamos agrupar estos estudios en una monografía.

Antes de seguir adelante en la exposición de estas consideraciones, es conveniente hacer notar que uno de los puntos importantes de nuestra teoría se encuentra en la idea de unidad de origen de las neoplasias; es decir, que los tumores malignos de una especie serían originados por el mismo tipo de célula embrionaria cualesquiera que fuese el aspecto y carácter aparente que la neoplasia, ya desarrollada, presentase, además, y para los seres superiores dicho tipo celular ocuparía siempre la misma posición relativa en el conjunto del organismo en las distintas especies, sin que esto significase, desde luego, que dichas células puedan ser transmitidas siempre de un ser de una especie al de la otra, puesto que dichos elementos embrionarios pertenecientes al área vascular del embrión a pesar de su autonomía poseen algunas propiedades de especificidad demostradas experimentalmente (1).

Para tratar de defender estos puntos de vista nos es necesario exponer previamente algunas consideraciones sobre los tejidos cancerosos y sobre la sangre particularmente considerada en sus fases embrionarias; después examinaremos comparativamente desde los aspectos morfológico funcional

y bioquímico, según se ha dicho, los elementos cancerosos más peculiares y las células leucoblásticas especiales denominadas megacariocitos, procurando demostrar su identidad de origen.

#### CONSIDERACIONES PREVIAS SOBRE LOS TEJIDOS PROPIOS DE LAS NEOPLASIAS MALIGNAS

Un carácter interesante es en estos tejidos el aparente polimorfismo y cierto parecido variable con las células del tejido afecto; ambos aspectos han sido considerados como efectos patológicos de la cancerización y no como fenómenos de adaptación de un tejido embrionario al medio celular donde se desarrolla. Es importante hacer notar que las células vecinas parecidas a las cancerosas, pero propias del tejido afecto, son rechazadas y vencidas, pero no se cancerizan (algunos lo pretenden sin que haya sido demostrado debidamente; el hecho es que el tejido afecto es destruido). Por otra parte al aspecto embrionario peculiar de las neoplasias malignas y que permite su diagnóstico histológico se le ha dado valor, pero limitado, ya que desde el tiempo de Bard muchos autores aceptan con él que los elementos cancerosos parecen «células jóvenes morfológicas» entre indiferenciadas, sin llegar a admitir que efectivamente sus ascendientes puedan haber sido células embrionarias de tipo primordial, puesto que se las quiere hacer descender de elementos diferenciados que han sufrido la cancerización; para ello, y siguiendo la ley de especificidad celular, es necesario aceptar que causas diversas (trabajos experimentales), obrando sobre distintos tipos celulares, dan lugar a un fenómeno en el que las células a pesar de ser de distinto origen responden de la misma manera y crean tejidos con caracteres tales, que es factible fácilmente su clasificación en un solo grupo (1). Dado el resumen de nuestra teoría se ve que no estamos conformes con tal interpretación. El polimorfismo de las células cancerosas es más aparente que real; en ellas siempre se distingue su carácter especial que las aparta de las normales del tejido afecto; se vislumbra que existen diferenciaciones de las células neoplásicas que las hacen parecerse a las normales por procesos biológicos que no son del lugar; además los fenómenos bioquímicos, como se verá en el curso del artículo, aportan datos de grandísima importancia en este sentido; por tanto, la especificidad celular puede aplicarse a nuestra teoría, aunque la índole de los elementos leucoblásticos les hagan desarrollar procesos de rápida adaptación capaces de crear tejidos parecidos a los normales.

Si examinamos ahora el tejido canceroso primeramente desde el aspecto morfológico, que no siendo el más importante es al que más se refieren los autores todavía, veremos que sus elementos es posible clasificarlos en dos tipos entre los que existen gradaciones: el más numeroso comprende aquellas células más o menos diferenciadas, pero que presentan cierto parecido con los elementos del tejido afecto; el otro, integrado por escasas células, presenta, sin embargo, caracteres sumamente interesantes, puesto que, sobre ser muy constantes en los distintos tipos de neoplasias, presentan un aspecto especial que no es muy variable, aunque los tumores considerados lo sean, y porque su aspecto monstruoso y gigante es peculiar poseen núcleos enormes, multilobulados, plurinucleados o de núcleo enroscado y lobulado simulando varios núcleos; también pueden dichos elementos monstruosos agruparse en masas sincitiales o presentar otros elementos incluidos en su interior.

(1) Resultado en desacuerdo con la ley de especificidad para células diferenciadas.

(1) Los casos de injertos positivos de carcinomas humanos a animales (Lang, Wachtel, Troisier, etc.), aparte de no ser absolutamente demostrativos por no haberse podido determinar las proteínas específicas humanas en ellos, no aportan, aun en el caso de ser aceptados, nada en contra de nuestra teoría, puesto que siendo, según ella, la colonia neoplásica descendiente de elementos leucoblásticos y siendo éstos los más parecidos a las primitivas células de la especie en la serie filogenética, se comprende que las neoplasias presenten en seres de distinta especie, pero de la misma rama, mucha menor diferencia entre sí que con las células restantes del organismo, exceptuando las de origen leucoblástico y tipo embrionario; por tanto, en estas condiciones es posible, aunque no frecuente, la convivencia en el seno de los tejidos conjuntivo-vasculares del animal de experimentación de células cuyo carácter ancestral por atavismo patológicamente provocado se expone en otro lugar de estos trabajos.



En el estudio de las neoplasias se ha dado a estos elementos una importancia hasta cierto punto secundaria, puesto que siendo bien conocidos se les ha considerado solamente como elementos patológicos consecuencia de la cancerización, como se ha dicho; y no se ha discutido ni estudiado suficientemente, a nuestro entender, si estas células podrían ser elementos germinales de los que derivasen las restantes células neoplásicas, y en los casos en los que la juventud o falta de madurez fuese evidente podrían considerarse como representantes de las células hermanas a las germinales del tumor cuyo desarrollo no coincidiese en el tiempo.

Sin embargo, muchos autores han mostrado que estos elementos gigantes, aunque pueden presentar anormalidades y degeneraciones manifiestas, también los hay en plena vitalidad y con fases reproductoras, lo que demuestra que su papel es importante; además, siempre se encuentran en las neoplasias malignas primitivas, hecho de importancia, como veremos en la histogénesis según nuestra teoría.

En relación con las células de cierta diferenciación debemos decir que (aun considerándolas histogenéticamente secundarias a las células gigantes), en sus caracteres o aspecto morfológico, que es donde el parecido con el tejido afecto destaca más, también se observan diferencias importantes que, unidas a otros caracteres funcionales y bioquímicos, nos han permitido defender la opinión de que los elementos cancerosos poseen propiedades de adaptación tal como expusimos en el artículo anterior, caso que se observa particularmente en la transformación de un carcinoma en sarcoma. En la actualidad la mayoría de autores acepta en la cancerización un proceso de dediferenciación; este retroceso al tipo embrionario de células diferenciadas no es aceptado normalmente por gran número de autores (Sedgwick Minot, Emmel, etc.) (1), y que aún debe ser menos aceptado en relación a tejidos que como el canceroso, en el que no sólo no se aprecia la dediferenciación en las vecinas células o en las del seno del tumor, pero normales, sino que por sus intensas propiedades de reproducción y fermentación, y su vitalidad manifestada por la resistencia a medios adversos, se comportan como células embrionarias en evolución progresiva, hecho difícil de aceptar para células adultas en seres adultos.

Desde otro punto de vista, ya hace tiempo que Hertwig hizo notar que el desarrollo de los elementos neoplásicos tiende a ser citotrópico, en contradicción con el de los elementos normales que es organotrópico; si buscamos entre los elementos normales aquellos cuyo carácter organotrópico sea menos manifiesto, encontraremos que las células descendientes del área vascular del embrión poseen cierta autonomía, de tal modo que, aun coadyuvando con sus células a la mayor parte de las funciones orgánicas, sus elementos poseen propiedades peculiares que les permite, como se ha comprobado experimentalmente, una vida autónoma bien manifiesta.

Estos hechos y los siguientes muestran que el papel que la sangre y elementos afines deben representar en la cancerización es de la máxima importancia; por ello nos ocupamos de ella desde el doble aspecto normal y patológico, sobre todo en cuanto a sus funciones tróficas y de reparación.

#### IMPORTANCIA FISIOPATOLÓGICA DE LA SANGRE Y DE LOS TEJIDOS DEL MISMO ORIGEN EMBRIOLÓGICO

La sangre, con ser conocida desde la más remota antigüedad, no ha sido estudiada en su significación y propiedades

convenientemente hasta el fin del siglo pasado y principio del actual, a favor de los perfeccionamientos de las técnicas química y microscópica.

No es posible citar en este artículo las opiniones de los numerosos autores que, particularmente desde la época de Hayem, insisten en que en el porvenir el conocimiento de discutidos problemas de patología general o tejidal se hallará dependiente de las alteraciones físicoquímicas o microbianas de la sangre.

Hasta ahora, sin embargo, se ha prescindido muy a menudo de la busca del desconocido mecanismo de algunos procesos en la sangre, tendiéndose a dar al problema, ya sea un aspecto demasiado local, como en ciertas enfermedades de la piel, o se ha conceptualizado como alteraciones generales (discrasias, desequilibrios hormonales, etc.); en el problema del cáncer se ha llegado a prescindir por muchos autores hasta de las condiciones humorales, y aunque las opiniones han reaccionado sobre el particular, sin embargo, en nuestro concepto y acantonándonos al cáncer, resulta algo sorprendente esta indiferencia ante la posibilidad de que la búsqueda en la sangre aportase datos de importancia.

Si fijamos nuestra atención en el papel que fisiológicamente desempeña la sangre, sin la cual la vida de los tejidos terminaría, y en su composición y propiedades de tejido líquido con innumerables elementos continuamente renovados y con funciones bioquímicas de la más amplia e intensa importancia, deduciremos que es necesario contar con ella para el completo conocimiento de cualquier proceso patológico, aun el de aspecto más localizado, en el que los elementos leucocitoides y hematíes intervienen constantemente, y los que probablemente, como hicimos notar en el artículo anterior, extienden su acción a la reparación tejidal.

Respecto a la intervención de los elementos de la sangre en la formación de células fijas de los tejidos sólidos, así como la transformación de estos elementos en otros de cierta diferenciación, se ha tratado extensamente por numerosos autores (Hayem, Metchnikoff, Maximow, Dominici, Ferrata, Jolly, Dubrenil, etc., etc.), y deberemos ocuparnos nuevamente al tratar de las neoplasias epiteliales; pero hay que hacer resaltar la importancia que tienen las zonas y los elementos germinales y embrionarios de la sangre por la creación de nuevos elementos y la influencia que ejercen en todo el organismo. Hace tiempo ha insistido Cajal sobre la importancia de los elementos generadores de la sangre en general y en relación con los glóbulos rojos, diciendo: «los hematíes son engendrados como los zoospermos y óvulos en una glándula especial de actividad constante mercedora mejor que ninguna otra del título tan prodigado de glándula vascular sanguínea».

Los datos clínicos y experimentales aportan de día en día nuevos datos sobre los puntos de vista expuestos; sirvan de ejemplo los trabajos de Carrel sobre cultivos de elementos leucocitoides, los de Timofejewsky y Benewolenskaja en los cultivos de células linfocitarias y mielocitarias, los de Aschoff y su escuela sobre el llamado sistema retículo-endotelial, etc., etc., de los que se deduce que todos los elementos derivados de las zonas vasculares del embrión (medula, linfáticos, conductos vasculares y órganos conjuntivos vasculares) poseen propiedades características y que en la gama de elementos de este origen se aprecia que dentro de su polimorfismo sus propiedades básicas son comunes (composición química, propiedades de adaptación, reproducción, fermentaciones, glicolisis en particular, fagocitosis, etcétera), encontrándose variantes según su ulterior diferenciación, pero siendo posible siempre encontrar aquellas cualidades de grupo características.

(1) Sedgwick Minot: «Problemas modernos de Biología». Recopilación de seis conferencias dadas en la Universidad de Jena, 1914.



Las zonas germinales y los elementos procreados en ellas desempeñan las importantísimas funciones de una extensa y complicada glándula o sistema encargado de sostener la composición físico-química del medio interno, el restablecer o equilibrar el mismo alterado, atender a la nutrición de los elementos más diferenciados que aislados se nutren insuficientemente: la de procrear en sus zonas germinales millones de células leucocitarias y hemáticas que llegan a todos los puntos de la economía y que parecen capaces, además, de sus acciones nutricias, de agruparse particularmente ciertos elementos mononucleares, en tejidos sólidos, encargados del sostén y reparación de los tejidos de más alta diferenciación (Metchnikoff, Wysokowicz, Ribbert, Tripier, G. de Rouville, Arno'd, Morawitz, etc.); estos elementos sedentarios, pero de origen leucoblástico, poseen en potencia propiedades embrionarias que se manifiestan, sobre todo, en las fases inflamatorias en el seno del tejido conjuntivo, en el sistema retículoendotelial, en las células epitelioides del pulmón. (Las coloraciones vitales, trabajos de Lang, Lewis, etc., son muy demostrativas.)

En el artículo anterior nos ocupamos de este último extremo que nuevamente abordaremos en el estudio de las neoplasias epiteliales; por ello no insistimos aquí, limitándonos a recordar que la reparación de tejidos de no muy alta diferenciación por elementos de origen leucoblástico es un hecho observable y al que no es necesario aplicar la idea de metaplastia (en particular en casos de epitelios) puesto que el aspecto y la agrupación epitelial se encuentran también en los elementos conjuntivovasculares, embrionarios, y en el adulto en el caso ya citado de las células epitelioides del pulmón, que hasta ahora eran consideradas como epiteliales por no citar más ejemplos. Por otra parte, como veremos más adelante, los caracteres de índole funcional y bioquímica hacen destacar el carácter leucoblástico de esos elementos epitelioides, hecho particularmente observado en las neoplasias epiteliales del intestino cuya glicolisis no corresponde al epitelio normal, sino a la de los elementos de la sangre.

Otro aspecto de sumo interés en el estudio de la sangre es el papel que haya desempeñado en la serie filogénica y su comparación con su importancia en el curso ontogénico. Para tratar este punto inseparable de los problemas básicos de la embriología, de las teorías de Lamarck, Darwin, Müller, etcétera, de las modificaciones y ampliaciones de Milne Edwards, Geoffroy Saint Hilaire, Haeckel con la discutida teoría de la recapitulación de este último, en íntima relación con las llamadas leyes de Agassiz y Serres, etc., sería necesaria una monografía, ya que los conocimientos actuales embriológicos, unidos a lo que a la sangre se refiere y las modernas investigaciones sobre el cáncer, permiten obtener importantes deducciones, principalmente enfocando el problema del cáncer como el desarrollo anormal de un tejido leucoblástico embrionario en el adulto, según lo hacemos nosotros; no siéndonos posible exponer el conjunto de deducciones que tal estudio merece, nos limitamos a la exposición del papel que ontogénicamente debe concedérsele a la sangre, que es lo de más interés en relación con la teoría leucoblástica que defendemos.

Aunque los partidarios de las llamadas leyes biogénicas fundamentales (la de la recapitulación de Haeckel, Müller, Agassiz, etc.) afirman que el curso ontogénico reproduce la serie filogénica, otros autores (Hertwig, Oppel, Vialleton, etc.) limitan un tanto el valor de estas conclusiones; sin embargo, existen hechos innegables y de interés en las teorías o leyes biogénicas que nadie ha tratado de desvirtuar en su esencia; uno de ellos es el que las células son primitivamente indiferenciadas y adquieren progresivamente

su diferenciación ontogénicamente, y que filogénicamente también debe aceptarse que el proceso de diferenciación ha sido asimismo progresivo a partir de formas y composiciones más simples (respecto a la dediferenciación trataremos al exponer las neoplasias epiteliales).

Si observamos el desarrollo de un ser, veremos que le son necesarios materiales nutritivos que para los más sencillos pueden ser hallados en soluciones simples de sales, pero que a medida que la complejidad del ser aumenta le son proporcionados por el ser progenitor; este material nutricio puede ser no organizado, pero en los individuos de especies elevadas el material acumulado en el huevo (aves) o en el óvulo presenta ya un carácter trofoblástico; en los mamíferos la nutrición se perfecciona con la aparición de la placenta que durante una parte (marsupiales) o toda la gestación les proveerá de elementos nutricios proporcionados por la sangre.

Tanto el vitelo nutritivo como la placenta están íntimamente relacionados con los elementos primordiales de la sangre y ocupan en los seres superiores una zona más o menos apartada, extraembrionaria. Tanto si consideramos a los islotes de Wolf dependientes del endodermo vitelino (Vialleton, Uskow), del mesodermo (Masimow, Kolliker, Jolly) o de origen mixto, siempre se aprecia una correlación del vitelo y células primordiales de la sangre, así como en la placenta su constitución vascular y su papel trófico nso inseparables.

El papel del vitelo nutritivo y de los elementos embrionarios de la sangre, ontogénicamente considerado, es primordial desde las primeras segmentaciones del óvulo, ya que en estos seres superiores el vitelo (deutolecito) o plasmidio con inclusiones (aves), o el trofoblasto (mamíferos), encargados de la nutrición del óvulo fecundado, poseen una estructura organizada que llega en ciertos casos a ser celular típica, y que se relacionan con las zonas vasculares de tal manera que puede considerarse que los elementos leucoblásticos primordiales (blastómeros) aparecerían en el seno del vitelo, que a su vez fué creado por el organismo progenitor por intermedio de las células sanguíneas y en general de los elementos de procedencia leucoblástica; estos interesantes extremos requerirían extensas consideraciones que no son del lugar.

Las notas anteriores permiten, sin embargo, hacer ver que tanto las experiencias de cultivo de elementos leucocitarios como su papel en el desarrollo ontogénico y sus relaciones con el vitelo son de tal índole, que no es aventurado suponer que los blastómeros leucoblásticos poseen propiedades y situación especiales que los diferencian de los demás elementos primordiales del óvulo, de forma análoga a los futuros elementos sexuales; así en el futuro organismo existirían elementos en curso de diferenciación, elementos primordiales leucoblásticos (capaces de procrear las células de la sangre), cuyas propiedades de adaptación y carácter embrionario es peculiar, y elementos sexuales que reúnen el conjunto de diferenciaciones adquiridas en la serie filogénica desde el elemento leucoblástico más sencillo a la célula nerviosa o neurona más diferenciada.

Si examinamos el problema del origen y papel de los leucoblastos en el adulto, se observa que, particularmente desde los trabajos de Ferrata, los elementos de origen leucoblástico comprenden extensísimos territorios orgánicos que van desde las series mieloidea, linfática, vascular y retículoendotelial hasta los elementos del conjuntivo (o conectivo), y que deben ser agrupados como descendientes de aquellos blastómeros leucoblásticos citados en los párrafos anteriores; por ello es que con fines de simplificación empleamos la



denominación de sistema Hemo-linfo-vascular para el conjunto de todos aquellos tejidos cuya unidad de origen se sostiene (abreviadamente sistema H-l v.).

En el adulto los elementos procreadores del sistema H-l v tienen una importancia capital en relación con la vida de las células diferenciadas, a las que prestan apoyo, defensa y nutrición, y según hemos dicho desarrollarían propiedades de reparación de ciertos tejidos; la vida de esos elementos diferenciados depende de las células del sistema H-l v; a su vez el conjunto del organismo es necesario para el sostenimiento y maduración de las células sexuales por las que se transmiten los caracteres peculiares de la especie a través de las individualidades; en último extremo se ve que las células leucoblásticas son las que por sus caracteres especiales (citotropismo combinado al organotropismo, adaptación al medio, diferenciación rápida, etc., etc.) aparecen como primordiales y constituyentes del terreno celular sobre el que se han desarrollado las células diferenciadas y las sexuales.

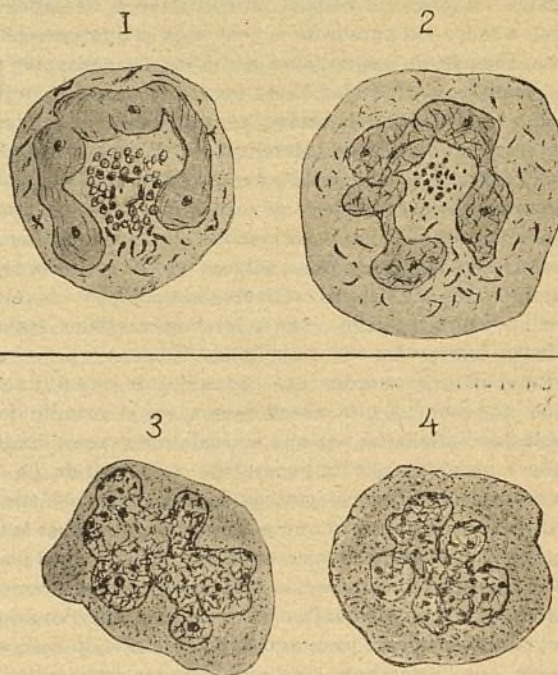
Hechas estas consideraciones respecto al papel de los elementos de la sangre en el individuo y en la especie, debemos decir que en la nomenclatura de las células de la sangre existen divergencias entre los autores. Nos interesa aclarar el del término *leucoblasto* empleado con varias significaciones (etimológicamente, leuco=blanco, y blasto=germen), pero que nosotros hemos empleado siempre con la significación de *célula germen de la sangre*, blanca en sus primeras fases embrionarias.

También es importante hacer notar que entre los elementos embrionarios del sistema H-l v en el adulto existen diferencias esenciales, puesto que unos son, 1.º, elementos embrionarios, pero en potencia o con impulso de diferenciación en sentidos determinados, este tipo es muy numeroso; otros son, 2.º, células embrionarias germinales capaces de procrear otros elementos por divisiones nodales, de tal manera que, quedando la célula madre con su carácter germinal, los restantes elementos serían células embrionarias pertenecientes al grupo más numeroso. Nosotros aplicamos la denominación leucoblasto a las del segundo grupo, pero en las clasificaciones existentes se atiende en general a los leucoblastos del grupo primero, o sea en vías de diferenciación o en estado prediferenciado (hemoistio y h mocitoblasto de Ferrata, linfocito mieloideo primordial de Pappenheim, histohematocito de Sabrazes, etc.); las denominaciones de Di-Guglielmo son más completas, puesto que llama a dichos elementos clasmotocitos hemoistioblásticos, abarcando el origen de dichas células a partir de elementos agrupados en tejidos, que, como el conectivo, por su coexistencia en todos los territorios orgánicos no implica el acantonamiento en las zonas germinales linfáticas y mieloides, que con ser las más importantes, no son las únicas, como ha sido comprobado por numerosos autores.

En resumen: no existiendo en la actualidad una pauta universal para la clasificación y denominación hematológica, continuaremos con el término de *leucoblasto* para significar las células primordiales germinales del sistema Hemo-linfo vascular, o sean los elementos de carácter blastomérico (o sea de tipo más indiferenciado, pero aptos a procrear los elementos embrionarios del sistema H-l v), reservando la denominación de leucocitoblasto para los elementos embrionarios de la serie hemopoyética y la de leucohistioblasto para las células embrionarias de los tejidos conjuntivovascuales. En los capítulos siguientes exponemos la argumentación favorable a los puntos de vista expuestos y la comparación de los leucoblastos con ciertas células neoplásicas en particular, y con las propiedades peculiares de los tejidos neoplásicos en general.

#### LOS LEUCOBLASTOS PRIMORDIALES; SU RELACIÓN CON LOS MEGACARIOCITOS Y COMPARACIÓN DE ESTOS ELEMENTOS CON LAS CÉLULAS GIGANTES DEL CÁNCER.

Insistiendo sobre lo expuesto al final del capítulo anterior sobre la diferente significación, según los autores, del término leucoblasto, hacemos notar nuevamente que tal de-



GRUPO A

1. Espermatogonia del «*Bombinator igneus*», según Champy.
2. Mieloplaxia (o megalocariocito), según Cajal (1).
3. Célula gigante de un carcinoma de parótida, según Fabre-Dermegue.
4. Megacariocito (o megalocariocito), médula ósea, según Dubreuil.

En este grupo puede observarse la semejanza morfológica entre ciertas células sexuales de seres superiores y los megacariocitos (figuras 1 y 2), sobre todo por su núcleo, y los centrosomas pluricorporculares.

En las figuras 3 y 4 destaca el parecido de los megacariocitos de núcleo lobulado, pero no en aro o herradura con células carcinomatosas. (En la figura 3 del grupo B pueden verse los núcleos en aro de una célula de miosarcoma.)

Tanto los elementos sexuales como los megacariocitos y células carcinomatosas son gigantes, oscilando los expuestos entre 40 y 60 micras; sus núcleos irregulares con acúmulos cromáticos, sus nucleolos, y en los elementos aptos a procrear en breve los centrosomas pluricorporculares, son característicos y se hallan asimismo en los elementos gigantes del cáncer, no exponiéndose ningún elemento por ser conocido su aspecto y poderse observar en los grupos B y C.

Conforme se expresa en el texto, las semejanzas citadas, aisladamente consideradas, no implican identidad de origen, sobre todo en relación con las células sexuales; pero respecto a los megacariocitos y elementos cancerosos, las semejanzas bioquímicas y funcionales se suman a las morfológicas.

nomínación la aplicamos a los elementos primordiales del sistema H-l v y no a los leucoblastos embrionarios, pero en estado de prediferenciación de distintos autores (célula germinal leucoblástica de Jolly, mononuclear embrionario, leucoblastos mieloideos o mielogonia de Benda, mieloblasto de Naegeli, etc.), que no son, como ya se ha dicho, elementos blasoméricos, sino células embrionarias poseyendo ya en potencia una orientación determinada en su ulterior división y diferenciación para dar lugar a hematíes, polinucleares, linfocitos, etc., etc.

(1) Cajal, en su *Histología* (1914) denomina Mieloplaxia (con i) a dichos elementos (pág. 378).



Por lo tanto, al considerar la probabilidad de que en las zonas germinales principalmente fuese posible encontrar elementos de carácter blastomérico capaces de proporcionar elementos germinales equivalentes para el sistema H-I-v a los sexuales para el conjunto del organismo, nos llamaron la atención las grandes células de la medula o megacariocitos (mieloplaxias de Cajal y otros), cuyo aspecto morfológico, caracteres generales y particularmente los fenómenos de reproducción recuerdan a los de las células sexuales.

El origen de estas células gigantes parece encontrarse entre los elementos más embrionarios de las zonas germinales (leucoblastos), y pasarían en sus fases de actividad o crecimiento por los tipos de megacarioblasto, megacariocito linfóideo y megacariocito adulto o de Howel, según las denominaciones actuales; y en sus fases regresivas, en caso de no entrar en segmentación, pasarían por el tipo de megacariocito granuloso a disgregarse o a dar origen a las plaquetas según Wright.

En las figuras adjuntas puede observarse la similitud existente entre los megacariocitos y ciertas células de las glándulas sexuales, así como con los elementos gigantes de las neoplasias malignas, y es aún más interesante la similitud de su comportamiento en cuanto al desarrollo de sus fases reproductoras; pero creemos también útil, antes de ocuparnos de este extremo, citar las similitudes morfológicas y tintoriales de los elementos gigantes del cáncer y las células gigantes de la medula.

Las células cancerosas son generalmente de talla mayor que la ordinaria, y entre ellas destacan elementos, en mucho más escaso número, que son células verdaderamente gigantes, de las cuales algunas pueden estar en degeneración, pero que aun en este caso se observa que han sido células activas y es factible encontrar bastantes en plena vida para establecer comparaciones.

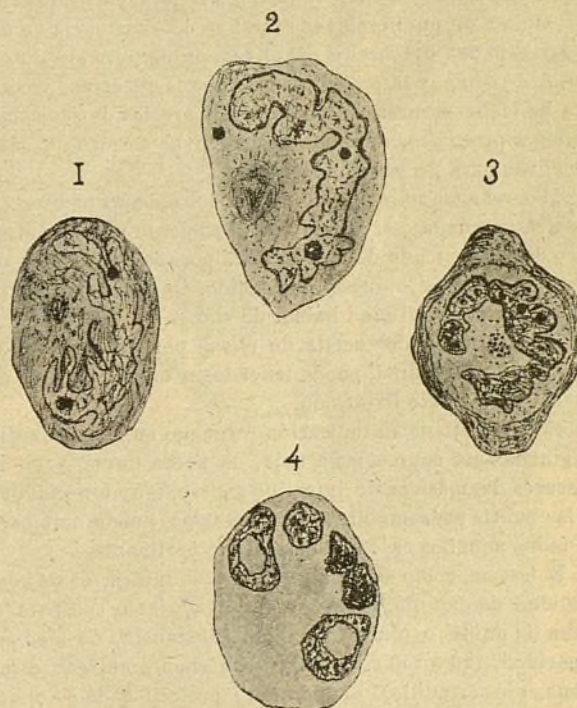
Examinando, pues, comparativamente, los megacariocitos y dichas células gigantes, se aprecia que sus tamaños oscilan entre 20 y 60 micras, que en ambos los núcleos son multilobulados en bloques irregulares o en forma de aro más o menos completo con protuberancias, presentando en los dos tipos la cromatina en acúmulos o costras gruesas, y nucleolos grandes y bien manifiestos; el protoplasma, a pesar de no ser escaso, marca desproporción a favor del núcleo, y no es ni en el megacariocito ni en la célula gigante neoplásica homogéneo, apareciendo zonas de mayor densidad, como si se tratase de reservas nutricias análogas a las de algunos óvulos maduros y dispuestos a ulterior segmentación. El número de esferas atractivas es, en unos y otros elementos, múltiple con frecuencia (Cajal, Dubreuil, Arnold, Steinhaus, Fabre Domergue, etc.), como corresponde a elementos cuyas mitosis son a menudo multipolares. El protoplasma posee, tanto en unos como en otros, propiedades amiboideas, y tanto en los megacariocitos como en las células gigantes del cáncer, la fagocitosis es particularmente activa en relación con los elementos de la serie mieloidea, hecho que no carece de interés.

Las afinidades tintoriales completan esta semejanza morfológica. En ambos está dominante la basiofilia, tanto protoplasmática como nuclear, muy propia de los elementos más embrionarios (Pappenheim, etc.).

La cianofilia de estos elementos (conceptuada por varios autores la apetencia por los azules como correspondiente a elementos embrionarios de la sangre en transformación mieloidea), permite destacar, por su relación con su composición bioquímica, la semejanza de las células de uno y otro tipo y las probabilidades de tener un mismo origen.

La basiofilia, en los elementos cancerosos, se aprecia

también con localizaciones; tales son las caperuzas yuxtánucleares, y como particularidad interesante se aprecian ciertas variantes en relación con las células normales en el aspecto del idiozoma y sus centriolos, cuyo aspecto recuerda el de las células sexuales, extremo que como se ha dicho, no significaría aisladamente mucho, pero que, unido a otros caracteres funcionales y bioquímicos tiene un gran valor respecto al carácter de células germinales; por este motivo no insistimos en estos extremos de morfología y afinidades tintoriales para exponer los otros de gran interés.



GRUPO B

1-2. Células gigantes del testículo de «Bombinator igneus» (Cham-  
py).

3. Megacariocito de la medula ósea (según Cajal).

4. Célula gigante de un miosarcoma (según Menetrier).

El tamaño respectivo de la célula del testículo y el megacariocito son de 20 a 40 micras y 30 a 60 id., y aunque no deben establecerse comparaciones numéricas por tratarse de células de seres de distinta especie, sí puede afirmarse que en su morfología y en su tamaño relativo a los elementos del organismo correspondiente, la semejanza de aspecto y el carácter gigante de estos elementos es manifiesto.

En la figura 3 puede verse una célula neoplásica con varios núcleos, unos en corona, otros compactos; es conveniente recordar aquí que los megacariocitos pueden presentar varios núcleos distintos por la rotura de los puentes de unión (Cajal), por lo que su aspecto corresponde grandemente al de la célula de la figura 4. La falta de centrosoma en esta célula indica estado de reposo o, con más probabilidad, vejez.

(Continuará.)

## Notas prácticas de aparato digestivo

POR EL

DR. J. LUIS YAGÜE Y ESPINOSA  
(Madrid.)

### SOBRE TÉCNICA DE LOS ENEMAS OLEOSOS

La aplicación de enemas, antiguos clisteres, substituídos hoy por la irrigación intestinal con aparato de todos conocido, constituye uno de los tratamientos preferentes del estreñimiento. Mas suele suceder con relativa frecuencia que el estreñimiento sea tan pertinaz o el estado de la mucosa



anorrectal tan flogósico, que la aplicación del enema simple de agua hervida, o aun el emoliente (cocimientos de zaragatona, cebada, especies emolientes, malvavisco, manzanilla, malvas, etc.), no baste para vencer la disquécia, o que las heces al ser expulsadas mortifiquen por su consistencia la región; y entonces se aconsejan los enemas oleosos. En España, país esencialmente productor de aceite de olivas, se da preferencia a éste; pero en determinadas naciones extranjeras, en las que esta substancia puede resultar cara, se prefiere el de sésamo, de semillas de algodón, o la glicerina neutra, que ha sido traducida a la terapéutica española tomándola de publicaciones extrañas. La existencia en todo lugar español del aceite de olivas, integrante absoluto de nuestra cocina, y la posibilidad de que la glicerina, no siempre hallable, carezca de la cualidad precisa de ser neutra, obliga a preconizar de modo exclusivo el empleo del aceite de olivas para los enemas oleosos.

Mas no siempre se saben aplicar los enemas oleosos, con técnica adecuada, por la familia del paciente y ni aun el médico detalla el modo de efectuarlo... porque a él el gran número de casos se lo dieron por sabido. De aquí que nos parezca de alguna utilidad hablar de ello.

La aplicación del aceite de olivas por vía rectal, como exonerador intestinal, puede tener lugar en dos formas: por enema y mediante irrigación.

El enema tiene su indicación principal en las disquécias originadas por coproectasia baja, de heces duras, y en los procesos flegmáticos de intestino grueso, muy especialmente las colitis espasmódicas. La irrigación puede emplearse en todos aquellos casos que se estime pertinente.

El enema, como su nombre mismo lo indica, es de corta cantidad de líquido y debe ser aplicado sólo con pera de goma de punta o pitorro de igual substancia, de mediana capacidad, 120 a 150 c. c. (cuarto de enema antiguo o moderno, un certadillo). El momento preferible de su aplicación, sobre todo en las colitis, es al acostarse, procurando retenerlo toda la noche. Para él basta con calentar directamente el aceite en la lumbre (se calienta muy pronto; probar su temperatura echando una gota sobre dorso de la mano); y, cuando esté templado, absorberlo con la pera, expulsando bien todo el aire, y ponérselo echado en la cama, de preferencia boca abajo. Es aconsejable que el enema lo aplique otra persona, pues al hacer el esfuerzo de apretar la pera para vaciarla de su contenido, se comprime la prensa abdominal, dificultando la penetración del líquido e incluso legando a su expulsión por el ano.

Conviene colocarse un vendaje en T de ano (el denominado paño higiénico puede servir), con algodón, por si se escapa el aceite involuntariamente durante el sueño; y asimismo, recordar su existencia intrarrectal, para evitar la emisión de gases que pudieran ir acompañados de líquido oleoso.

Suele bastar su aplicación nocturna para provocar o facilitar la exoneración intestinal; pero, si así no fuese, puede coadyuvarle mediante irrigación corta, de 250 a 500 c. c. de agua hervida, tibia o cocimientos emolientes, en particular de zaragatona.

La práctica del enema oleoso puede efectuarse en cualquier momento del día, sin guardar relación con las tomas de alimento, debiendo preferirse retenerlo algún tiempo, cambiando durante el mismo de decúbito, lo que se efectúa involuntariamente durante el sueño, para que así haga su máximo efecto.

La única contraindicación del enema oleoso es la colitis fermentativa, que, originando gases intestinales, obliga a su expulsión, y, con ella, la del líquido.

La observación de no emplear pera de goma para la administración del aceite es más teórica que práctica, pues si bien es cierto, su acción lenta queda contrarrestada, en lo posible, con enjuagar bien la pera con agua jabonosa caliente en seguida de usarla.

La irrigación intestinal oleosa se efectúa comúnmente agregando cierta cantidad de aceite al agua contenida en el depósito del irrigador y batiendo después la mezcla energicamente, incluso mientras penetra el líquido: de este modo se pretende que el aceite, sobrenadante por su menor densidad, se mezcle con el agua; pero resulta difícil conseguir tal pretensión y se desperdicia gran cantidad del óleo.

De su primitiva emulsión con yema de huevo sólo la mencionamos como recuerdo.

Para la aplicación de irrigaciones intestinales oleosas parece preferible adoptar la siguiente técnica:

Colocado el enfermo en la posición clásica, echado en decúbito lateral izquierdo, se vierte en el depósito del irrigador corta cantidad de agua caliente, que permite calentar el tubo de goma y expulsar el aire contenido en el mismo, dejando en el depósito que apenas asome el agua, vertiendo encima un vaso de los corrientes para agua, 250 a 300 c. c., de aceite de olivas, previamente templado. Entonces se introduce la cánula del irrigador en el ano y, abierta la llave de paso del líquido, cuando apenas queda aceite, se añade cantidad aproximadamente igual de agua templada.

No estimamos aconsejable el uso de sondas intestinales para la inyección de los enemas, pues de desear que el líquido inyectado llegue a porciones cólicas altas, basta con elevar la pelvis (colocando una palangana boca abajo envuelta en paños debajo del sacro) y haciendo cambiar luego el decúbito dorsal por el lateral derecho.

La ventaja principal del proceder estriba en aprovechar totalmente la acción del aceite, que es empujado por el agua a porciones intestinales más altas, donde puede ejercer más favorablemente su acción.

Hemos mencionado incidentalmente los enemas emolientes de zaragatona, que pueden prepararse en medicina doméstica. Para ello es preferible encerrar las semillas de zaragatona (*Plantago psillium*) en cantidad aproximada de un puñadito o una cucharada sopera (15 gramos), en una bolsita de tul blanco o gasa, que se echará en el agua colgada de un hilo bramante, para así extraerla de vez en cuando y exprimirla, obteniendo la substancia mucilaginoso. Los otros enemas emolientes parece preferible prepararlos por igual proceder, pero son menos sedantes que el de zaragatona, al que se debe dar la preferencia.

El olvido o abandono de una explicación, aun la aparentemente más sencilla, puede hacer fracasar una medicación, de aquí el motivo de nuestro recuerdo sobre la técnica de administración de los enemas oleosos.

#### LA COMPOSICIÓN DEL DESAYUNO DE PRUEBA

Entre las técnicas exploratorias de dolencias digestivas practicadas por el médico general, quizás ocupe el primer lugar el análisis del quimismo gástrico mediante la extracción del contenido por cateterismo; pero para efectuarlo precisa ingerir previamente una comida de composición relativamente fija y constante que excite la secreción gástrica, y esto se efectúa generalmente por la mañana en ayunas, por lo que se la denomina desayuno y entre ellas se prefiere el compuesto de un tazón de infusión de té claro y 60 gramos de pan tostado, que recibe el nombre unido de sus recomendadores, Ewald y Boas.

Aun cuando está demostrado que para provocar la secreción gástrica suele bastar la simple ingestión de agua o de





# MORRHUËTINE JUNGKEN

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

## NURRISOL

RECONSTITUYENTE GENERAL PARA LAS MUJERES QUE CRIAN  
FACILITA LA LACTANCIA MATERNA

## PAHIRVOL

TÓNICO ESTOMACAL  
INSUFICIENCIA Y ATONÍAS GÁSTRICAS



# Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

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

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

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

## FORMAS FARMACÉUTICAS :

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

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

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

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

*Se halla en todas las buenas farmacias.*

Concesionarios Generales  
para la Exportación :  
**LECZINSKI & C<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 Alcaia, 9, Madrid  
y Consejo de Ciento, 341, Barcelona.

Islas Canarias : B. APOLINARIO, Farmaceutico, LAS Palmas.

## HIGIENE Y SALVAGUARDIA DEL

# HIGADO

POR LA

# BOLDORHÉINE

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

### USO

En capsulitas ovales en las comidas  
con un poco de agua

### DOSIS

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

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

# OXYGENASE

lleva al  
Organismo  
para su defensa  
y su mejor  
funcionamiento

una selección racional  
de catalizadores  
minerales

Trastornos de la nutrición  
y sus consecuencias  
Artritis  
Tuberculosis

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

# VITAMINAS CONCENTRADAS

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GENERALE  
8, Rue Vivienne. PARIS (2<sup>e</sup>)

## Esencias de todas clases.

Solubles en

## Aceite de ricino.

Precio: 50 pesetas kilo.



## Colores de todas clases.

Solubles en

## Aceite de ricino.

Precio: 65 pesetas kilo.

Destilerías Adrián-Klein,  
Benicarló (Castellón).



## ¡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 mas 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 anelgésicas y antirreumáticas se logra obtener grandes resultados terapéuticos con una mínima cantidad de medicamento.



Preparado en colaboración farmacéutica por el  
Laboratorio y Químico Farmacéutico Francisco Mandri  
en su Laboratorio, Barcelona, 1922



un cocimiento cualquiera, la facilidad de su evacuación pilórica, con diferencias en el tránsito no precisables con antelación, en particular si existe incontinencia de este esfínter, hace que continúe predominando el criterio de dar un alimento excitosecretor pastoso, y se insiste en el clásico desayuno antes mentado.

En Alemania, donde se inició aquél, existe un tipo de pan, denominado «zwieback», muy grato, que es el usado para el desayuno mencionado. En España tenemos un equivalente con el nombrado «pan de Mallorca»; mas este pan contiene granos de anís que pueden enmascarar el olor de lo extraído, carácter que no debe perderse y no es asequible con facilidad, faltando en las poblaciones pequeñas, y se recurre al pan corriente, de muy varia composición según las poblaciones. Además, a los enfermos les resulta difícil calcular aproximadamente la cantidad fijada de 60 gramos, que conviene tostarlo. De aquí que estimemos oportuno su substitución por galletas; las aconsejadas son del tipo María, moderadamente azucaradas al gusto español, en cantidad superior a la de pan; en el mercado existen paquetes de 100 gramos de estas galletas de diversas marcas muy difundidas, bastando con dejar de tomar 2 a 3 galletas de las contenidas en cada paquete.

Las ventajas de las galletas sobre el pan ordinario son diversas: no alteran los resultados del análisis, similares a los obtenidos con el pan; poseen composición constante y son de fácil adquisición en todo el territorio; la cantidad se fija con gran sencillez para hacerla aproximadamente igual en todas, sin que precise el tostado; se toman con mayor agrado mojadas o sopadas en el tazón de infusión de té, y como así se disgregan con mayor facilidad se facilita la extracción del contenido gástrico, por no obturarse la sonda con trozos grandes de pan insuficientemente masticados.

Y siendo hasta el momento actual el desayuno de prueba de Ewald Boas el más difundido entre el médico general por su sencillez, con resultados clínicos muy aceptables, la propuesta del empleo de galletas en substitución del pan nos parece pertinente por las razones antedichas.

#### LOS ANESTÉSICOS EN LA TERAPÉUTICA DE LA HIPOCLORHIDRIA

Basadas en los conocimientos que se adquirieron sobre alteraciones del quimismo gástrico, surgieron, mediada la segunda mitad de la pasada centuria, gran número de fórmulas que pretendían modificar las molestias quejadas por los dolientes de estómago; y como los dolores padecidos eran intensos, se estimó conveniente en muchas de ellas asociar calmantes o anestésicos que modificaran aquéllos. Tal práctica se recogió en la preparación de especialidades farmacéuticas, con el fin de obtener su máxima eficacia y reducir al mínimo los fracasos, pretendiendo asegurarse el éxito. Mas la observación clínica demostró luego que esta adición resultaba innecesaria; y los peligros de los estupefacientes y tóxicos determinaron la supresión de los anestésicos de todas las especialidades modificadoras de la hiperacidez gástrica.

Pero si en el tratamiento alcalinizante o saturador puede tener alguna justificación la terapéutica anestésica, por la intensidad de los dolores en algunas de las complicaciones (gastritis parenquimatosas, úlcus), en la hipoclorhidria, carente de esos grandes dolores y molestias, no existe fundamento clínicoterapéutico alguno para su aceptación. De aquí que llamemos la atención de los compañeros sobre todas aquellas fórmulas ácidas aconsejadas para el tratamiento de las hipoclorhidrias, y muy en particular especialidades farmacéuticas que contengan en su fórmula anestésicos de

cualquier orden. Es muy frecuente que estos anestésicos se encuentren representados en ellas bajo la forma de tintura de coca del Perú, considerable asimismo con excitosecretora, pero que no cabe olvidar contiene la nefasta cocaína. Y al igual que se consiguió la desaparición de los anestésicos en las especialidades farmacéuticas saturantes de la hiperclorhidria, debe propugnarse por su eliminación de los preparados ácidos, correctores de la hipoclorhidria, máxime cuanto que no existen motivos para su uso terapéutico con tales indicaciones.

## BIBLIOGRAFIA <sup>(2)</sup>

RHEUMA PROBLEME (El problema del reuma). Tomo II. Colección de comunicaciones presentadas en el segundo curso para médicos celebrado en Aachen por iniciativa del Instituto para el estudio del reumatismo. G. Thieme, editor. Leipzig, 1931.

Oportunamente dimos cuenta de la aparición del primer tomo de esta colección de trabajos que en sus reuniones periódicas presentan los diversos miembros de la Liga alemana para el estudio del problema del reuma. En este segundo tomo aparecen interesantes comunicaciones de Assmann, Bieling, Boehm, Bruhn, Eckstein, Fischer, Gehlen, Graeff, Krebs, Kuelbs, Loewe, Manteufel, Mueller, Strauss y Thannhauser referentes a diversos problemas de etiología, anatomía patológica, diagnóstico, medicina legal y tratamiento del reuma. Predomina la tendencia a buscar la causa de gran número de los casos en los pequeños focos descritos de sepsis, así como a determinar las relaciones que puedan existir entre reumatismo y afecciones de las glándulas endocrinas. Están muy bien estudiadas las alteraciones anatomopatológicas, para lo que es un auxiliar poderosísimo la radiografía de las articulaciones afectas.

No todos los trabajos tienen igual valor; los hay que no pasan de ser meros resúmenes, y no demasiado imparciales, de alguno de estos temas; en cambio en otros, especialmente en los que tratan de la anatomía patológica, se encuentran enseñanzas muy aprovechables.

La obra está editada con el esmero a que nos tiene acostumbrados la casa Thieme.

F. GONZÁLEZ DELEITO

LA PRATIQUE MEDICALE ILLUSTRÉE. Directeurs: professeur E. Sergent et docteurs R. Mignot et R. Turpin. G. Doin et Cie., éditeurs. Paris, 1931.

Acabamos de recibir los siguientes fascículos de esta interesante obra:

«La Syphilis héréditaire larvée» (Clinique, Diagnostic, Traitement), par E. Lesné & A. Boutelier. Un fascículo de 53 páginas, 14 francos.

«Rhumatisme Articulare aigu» (Manifestations pleuropulmonaires & Therapeutique), par G. Caussade & A. Tardieu. Un fascículo de 47 páginas, con ilustraciones, 15 francos.

«Les bases fondamentales de l'Auscultation», par Emile Sergent. Un fascículo de 58 páginas, con ilustraciones, 16 francos.

«Les cardio-renaux» (Etude clinique), par Pr. Merklen & E. Aron. Un fascículo de 40 páginas, con ilustraciones, 15 francos.

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



«L'Infartus du Myocarde», par E. Doncelot. Un fascículo de 23 páginas, con ilustraciones, 8 francos.

Todos ellos se ajustan perfectamente al fin que se propone esta obra, propósito acertado sobre el que no hemos de insistir una vez más desde estas mismas columnas, ya que con motivo de los otros cuadernos aparecidos ya expusimos todo lo que sobre esta obra en conjunto puede decirse. La reunión de todos éstos ha de constituir uno de los elementos más útiles para el estudio clínico de la Medicina. Cada fascículo reúne un tema monográfico puesto al día por una de las autoridades más destacadas en la materia.

De todos los cuadernos recibidos en esta última remesa, probablemente por razones de especialización nos ha parecido el más acertado aquel que se refiere al estudio clínico de la sífilis hereditaria larvada, asunto de un interés clínico fundamental, tanto para pediatras y sifiliógrafos como para los clínicos generales. No resultaría apropiado del momento insistir sobre la trascendencia práctica que tiene el conocimiento de estas formas larvadas de la sífilis congénita, ya que ello nos llevaría a divagaciones muy alejadas del fin puramente informativo y bibliográfico del momento. Sin embargo, no queremos dejar de recomendar muy especialmente la lectura de este cuaderno, en el que de un modo sucinto y claro se encuentra puesto al día este asunto que por lo general tratan de un modo muy incompleto las obras generales en uso.

La monografía de Sergent, sobre las bases fundamentales de la auscultación, merece igualmente mención muy especial, pues en ella se encuentra realizado un estudio completísimo de esta cuestión por una de las autoridades más destacadas, por no decir la más, en el conocimiento de las afecciones del tórax.

Y nada más hemos de decir en esta breve nota como no sea reiterar una vez más nuestra aprobación a los altos fines editoriales que constantemente realiza la casa Doin, de París, a cuyo entusiasmo divulgador debemos gran número de obras de singular interés.

DR. TOMÉ BONA

MANUEL DE CLINIQUE CHIRURGICAL JOURNALIERE, por Henri Lorin, G. Doin et Cie., éditeurs. París. Tomo en cuarto de 650 páginas.

La complejidad y extensión de las materias comprendidas dentro de la clínica quirúrgica, ha obligado a una redacción nueva para los tratados de esta rama de la Medicina.

A los voluminosos tomos de las enciclopedias quirúrgicas se prefieren los fascículos monográficos donde en pocas páginas se compendia todo lo más moderno y útil de cada cuestión. El libro que Henri Lorin, antiguo director de la Facultad de Medicina de París, ofrece al público, es una feliz innovación que ahorra al médico práctico el trabajo de buscar documentación para muchos asuntos. Porque en un solo tomo ha reunido la substancia de muchos estudios monográficos, por lo cual, más que un libro es una biblioteca resumida y condensada.

Este libro expone el examen de los principales tipos de enfermedades quirúrgicas que diariamente se presentan en la práctica hospitalaria y domiciliaria. Señala la técnica del diagnóstico colocándose mentalmente en análogas condiciones a las que la clínica le presenta.

Consta la obra de una parte general y otra de plan positivo regional.

En la primera se estudian las infecciones, los tumores malignos, el terreno y la infección tuberculosa. Los trastor-

nos vasculares de orden quirúrgico. Las enfermedades de los huesos y articulaciones y los traumatismos.

En la parte de patología regional es donde aparece bien neto el concepto que el autor tiene de la enseñanza clínica. Metódica y ordenadamente se ofrecen al lector las diversas modalidades de una misma lesión y se comenta en forma didáctica, como de un diálogo con el supuesto discípulo, la manera de descubrir el fondo del problema diagnóstico y terapéutico que cada lesión suscita. El camino aparece ya muy expedito, porque en la parte general se han esclarecido muchas cuestiones previas.

Aunque la obra no puede compendiar todo el inmenso campo de la terapéutica quirúrgica, plantea, sin embargo, en cada materia los asuntos de tratamiento. En algunos capítulos este aspecto es tan completo como el más exigente pudiera desear. Sobre todo, relaciona de modo muy racional y lógico la totalidad del problema clínico con el planteamiento de la medicación terapéutica, y así ésta surge clara y lógica, y además se vislumbran las dificultades y accidentes que podrán surgir al ejecutarla. Todo ello debe ser conocido por quien quiera llamarse cirujano.

BLANC Y FORTACÍN

## PERIODICOS MEDICOS

### Extranjeros

F. Bonnet Roy. TRATAMIENTO DE LA OTITIS CRÓNICA SUPURADA.—Hay derecho a esperar mucho de las curas cuando las lesiones afectan especialmente a la mucosa, pero no se puede esperar la curación definitiva con la ayuda de estas mismas curas si existe osteítis de los huesecillos y de las paredes de la caja.

No debe emprenderse jamás un tratamiento de otorrea crónica sin asegurarse previamente del estado de las fosas nasales y de la rinofaringe.

*Casos sencillos.*—El flujo sucede a una otitis aguda reciente abandonada. Después del examen del conducto y de atender debidamente a la perforación del tímpano, y de examinar las fosas nasales y el cavum, se le someterá al enfermo a las curas siguientes:

a) Baño de oído (no lavados con jeringa), hecho con agua hervida tibia adicionada de la mitad de agua oxigenada a 12 volúmenes; secado del conducto.

b) Instilación en el conducto de V a VI gotas de la preparación siguiente:

Acido bórico porfirizado..... 1 gramo.  
Alcohol de 90°..... 20 —

Estas curas serán hechas según la abundancia del flujo, una o dos veces cada día, siendo mucho más importante hacerlas bien que hacerlas con frecuencia.

Si este tratamiento al cabo de unos diez días no da resultado, se ensayará después de la limpieza y secado del conducto, las instilaciones de un caldo vacuna, bicuotidianas, utilizando una stokvacuna, o mejor una autovacuna.

No olvidar, concurrentemente, el tratamiento nasal: instilaciones nasales, cura de una desviación del tabique, ablación de las vegetaciones adenoides, etc.

*Casos medianos.*—A esta categoría pertenecen las otorreas complicadas de osteítis de los huesecillos o de las paredes de la caja. La perforación del tímpano aparece amamelonada, y a veces los mamelones alcanzan el volumen de verdaderos pólipos que obstruyen la perforación y facilitan la retención del pus.



La otorrea es muy maloliente, de abundancia variable, a veces sujeta a intermitencias de retención y de flujo.

Las curas precedentemente indicadas serán insuficientes si no van precedidas de la destrucción de los pólipos por canterización (nitrato de plata, ácido crómico, etc.), o por ablación; pero este tratamiento siempre delicado, y a veces peligroso, deberá ser confiado al especialista. Tratamiento eventual de las fosas nasales y del cavum. La vacunoterapia local obra poco sobre las lesiones osteíticas.

**Casos graves.**—La progresión de la osteítis amenaza seriamente las paredes de la caja: por arriba, hacia las meninges y la fosa cerebral media; por detrás, hacia el seno lateral (tromboflebitis); por abajo, hacia el golfo de la yugular; por adelante, hacia el nervio facial y el laberinto.

Desconfiar extremadamente de toda otorrea crónica que se acompañe de cefalea temporal y, con mayor razón, de vértigos, de temperatura y de dolores mastoideos. No olvidar que toda parálisis facial en un otorreico señala una amenaza hacia el oído interno y las meninges.

Estos casos serios se acompañan frecuentemente de colesteatoma, verdadero tumor epidérmico invasor y destructivo que corroe las paredes del oído medio y no respeta el oído interno. La fetidez del pus en los casos de colesteatoma es particularmente marcada.

En estos casos graves, no esperar a que estalle una meningitis, un absceso cerebral o una tromboflebitis; aconsejar un tratamiento radical: el vaciamiento petromastoideo. (*Bulletin de L'Hôpital Saint Michel*, Noviembre 1930).—T. R. Y.

**A. W. Phillips. HIPOGLUCEMIA ASOCIADA A HIPERTROFIA DE LOS ISLOTES DE LANGERHANS**—El autor comienza haciendo notar la inseguridad que existe al señalar los límites de la hipoglucemia, inseguridad dependiente de que tampoco hay unanimidad en asignar cuál es la cantidad de azúcar en la sangre que corresponde a la glucemia normal. Asimismo insiste en demostrar la inconstancia de muchos de los síntomas asignados a la hipoglucemia y estudia tres causas principales capaces de producirla, a saber: las lesiones hepáticas, las endocrinas y las pancreáticas. Las hipoglucemias hepáticas son frecuentes en los trastornos agudos de las células debidos a intoxicaciones por cloroformo, fósforo, hidracina, agárico, etc. También cita un caso de hipoglucemia coincidente con un carcinoma hepático que había destruido el 75 por 100 de las células de este órgano.

Hipoglucemias de origen endocrino se encuentran en alteraciones de la pituitaria, tiroides y suprarrenales.

Por último, recientemente se han estudiado las hipoglucemias consecutivas a inyecciones de insulina. Se ha visto que a algunos tumores del páncreas disminuyen considerablemente la glucemia, y Mc. Clenahan y Norris han descrito un caso de hipoglucemia asociado a una hipertrofia o adenoma de los islotes de Langerhans. Otros autores han presentado casos análogos en los que las lesiones de la autopsia no dejaban dudas respecto a las relaciones entre hipoglucemia y alteración anatómica de los islotes.

El autor cita una observación personal hecha en un negro de cincuenta y seis años que fué admitido en su clínica en estado de coma, al parecer de origen urémico, con 45 miligramos de azúcar por 100 c. c. de sangre y 133 de urea por igual volumen, cantidad esta última que subió hasta 203 poco antes de la muerte. El paciente murió a los dos días y la necropsia demostró la existencia de una nefritis intersticial. Sin embargo, es curioso el hecho de que siendo constante la hiperglucemia en los urémicos, fuera en éste tan escasa la cantidad de azúcar en la sangre, y el autor lo achaca a una hipertrofia de los islotes de Langer-

hans, que fué revelada por la autopsia y que indudablemente iba seguida de una superproducción de insulina. (*The Journal of the American Medical Association*, 1931, número 15).—F. G. D.

**E. Ortiz Rivas. DISENTERÍA AMEBIANA Y CÁNCER DEL RECTO**—El autor señala y llama la atención de esta interesante observación clínica desde dos puntos de vista importantes:

1.º Tolerancia de la lesión.

2.º Coexistencia de cáncer del recto y amebiasis.

**Tolerancia de la lesión.**—Al hablar de tolerancia de la lesión, está el hecho de la no relación entre la extensión de la neoplasia por examen endoscópico y la iniciación de la sintomatología saliente.

Hace resaltar la importancia que tiene el aumento de la constipación en pacientes ya estreñidos (signo que considera de alarma), el cual, interpretado e investigado metódicamente, podría facilitar algunos casos el diagnóstico precoz de lesión tumoral.

**Coexistencia del cáncer del recto y disentería amebiana.**—Esta coexistencia fué comprobada por el examen anatómico (biopsia) y el examen macroscópico respectivamente.

Llama la atención y hace notar la necesidad de utilizar todos los medios de investigación en cada caso desde el comienzo de la enfermedad para poder hacer el diagnóstico precoz de esa coexistencia señalada la inercia a tiempo la terapéutica apropiada.

También observa que en el caso citado no se trata de sucesión sino de coexistencia y quizás hasta prelación neoplásica. También llamando el interés de la sucesión posible y del papel patogénico que puede corresponder a esas irritaciones crónicas (amebiasis-giardiasis) en la producción de neoplasias rectales. (*An. de Vías Dg. y Nu.* Abril de 1931.)

**C. Van Caulaert y P. S. Petrequin. ESTUDIO FISIOPATOLÓGICO DE LA HIPOCLORURACIÓN APARECIENDO EN EL CURSO DE ALGUNAS NEFRITIS.**—La existencia de una hipocloruración en el curso de algunas nefritis es hoy hecho bien establecido.

En el curso de nuestros estudios sobre la nitrogenemia por falta de sal hemos alcanzado el interés de esta noción en las nefritis.

Ahora bien; lo que todavía no está bien establecido es por qué algunas nefritis se acompañan de hipocloruración, y si esto debe considerarse como una complicación de poca importancia en el curso de las nefritis o si, por el contrario, es elemento de la imagen clínica y humoral de algunas nefritis.

En el curso de las nitrogenemias por falta de sal hemos observado que la hipocloruración es más frecuente en algunas nefritis agudas sin edemas, con intensa oliguria o con anuria.

Hemos tratado de provocar experimentalmente anurias para seguir la evolución de estos fenómenos. Hemos realizado primero anurias excretorias, más fáciles de obtener; después anurias secretorias.

En la anuria excretoria del hombre como en la ligadura de los uréteres en el perro, se produce constantemente en los primeros días de la evolución y antes de la aparición de los vómitos una hipocloremia que no puede atribuirse a una modificación de la repartición del cloro en el organismo o a una cloropenia tisular.

Ulteriormente, la aparición de los vómitos viene a modificar los resultados produciendo una pérdida de cloro, de



manera que en lugar de una cloropenia tisular se produce una cloropenia.

Existe en todas las anurias excretorias una imagen humoral característica.

En cuanto a las anurias excretorias, digamos que cuando la anuria ha durado más tiempo y los vómitos abundantes y las diarreas han declorurado al organismo y provocado una cloropenia no se puede realizar la vuelta del cloro a la normal. A la nitrogenemia por anuria sucede una nitrogenemia por falta de sal; en estos casos se ven los enfermos anúricos morir a pesar de reaparecer la diuresis y muy frecuentemente a pesar de la diuresis abundante.

Las modificaciones homorales en las anurias excretorias evolucionan en dos fases:

Durante los tres primeros días, antes de la aparición de los vómitos, hay una hipocloremia manifiesta, con hiperclo-rrorraquia manifiesta.

Ulteriormente, después de la aparición de los vómitos hay un aumento de la hipocloremia que entonces se acompaña de una hipoclororraquia. La cloropenia sigue a la cloropenia.

Es decir, tanto en las anurias como en las fases terminales de la uremia se encuentra hipercloremia con cloropenia.

Consideramos demostrado, por lo dicho, tanto experimentalmente como clínicamente, que toda cesación brutal de la secreción renal se caracteriza por una imagen humoral, siempre la misma, cualquiera sea la afección o enfermedad en el curso de las cuales se presentó. Se trate de anuria excretoria con intensa oliguria, de una nefritis crónica complicada, de una crisis aguda, de una uremia terminal, la imagen sanguínea es la misma.

Nos parece que en la actualidad puede admitirse que la anuria evoluciona desde el punto de vista humoral en dos fases:

1.<sup>a</sup> La primera fase, en el curso de la cual los signos clínicos son reducidos, se caracteriza, además de la hipernitrogenemia y disminución de la reserva alcalina, por una hipocloremia debida a un desplazamiento del cloro plasmático que se fija a nivel de los tejidos, es una cloropenia tisular.

2.<sup>a</sup> La segunda fase está caracterizada desde el punto de vista clínico por la aparición de los vómitos y diarrea y desde el punto de vista humoral por una pérdida de cloruro de sodio: por una cloropenia.

La distinción entre estas dos fases, además de su interés teórico, tiene interés práctico. En la primera fase, a pesar de la hipocloremia, el enfermo no está declorurado, no hay indicación de administrar sal; en la segunda fase, por el contrario, hay cloropenia y la terapéutica por reclusión se impone. (*La Presse Medicale*, París, 24 de Junio de 1931, núm. 50, pág. 937).—M. A. C.

**S. Jonn. FUNDAMENTOS Y CONCLUSIONES SOBRE LAS APLICACIONES LOCALES DE SOLUCIÓN SATURADA DE SULFATO MAGNESIA.**—El mecanismo de acción se explicaría por cambios osmóticos entre los líquidos de tejido inflamado y el vendaje empapado en la solución saturada de sulfato de magnesio, pasando el líquido de los tejidos inflamados hacia el vendaje.

El vendaje debe estar continuamente aplicado durante veinticuatro o cuarenta y ocho horas.

Disminuye rápidamente la tumefacción y el dolor en las orquiepididimitis blenorragicas y parotiditis, picaduras de insectos, artritis reumáticas, artritis purulentas, favoreciendo además la reabsorción de las supuraciones sanguíneas en

los focos de fractura y en las contusiones. Disminuye el dolor y la turgencia de los senos en las puerperas que tienen demasiada secreción láctea, etc.

Que este tratamiento, no excluye, ni puede substituir al tratamiento de fondo, sueros, vacunas, quimioterapia, etc. (*La Sem. Méd.*, 30 Abril de 1931.)

**A. Garretón Silva. EL DIABÉTICO RETINÍTICO.**—Nosotros pensamos que el estado diabético favorece y determina el desarrollo de un proceso hipertensivo y que éste va creando el estado anatómico vascular; como manifestaciones de estas lesiones vasculares tenemos el ateroma de la aorta, la esclerosis coronaria, las lesiones de los miembros y, en cierto número de enfermos, la retinitis, como exclusiva dependencia de la afección vascular y sin ninguna relación con la gravedad de la diabetes. Esta retinitis que atestigua un proceso vascular serio y extenso, nos señala que el cuadro general es grave y que este enfermo va a ir a dar en los procesos cardíacos con insuficiencia ventricular progresiva hecho sobre la base de una acentuada hipertrofia del miocardio. (*Rev. Méd. de Chile*, Abril 1931.)

## Nacionales

**José Codina Suqué. TÉCNICA E INDICACIONES DE LA RADIOSCOPIA PULMONAE.**—La mayoría de las lesiones son visibles por este método exploratorio. De las que no lo son, unas escapan por su finura (tramitis, siembra de granos finos) y otras por el cansancio de la atención y memoria del observador. Estas pueden subsanarse por un método apropiado de notación: lo que nosotros llamamos notación mixta. Las primeras no pueden corregirse y constituyen la desventaja del método en relación con la radiografía.

La radioscopia es insustituible para seguir el tratamiento del neumotórax y ver el efecto de una frenicectomía, y, aunque la radiografía sea el mejor medio de seguir la evolución de las lesiones tuberculosas, la radioscopia podría substituirse en muchos casos, especialmente para hacer menos elevados los gastos de la lucha antituberculosa.

Lo que la fisiogénesis moderna considera como lesiones precoces son bien visibles en la radioscopia. Por tanto, éste es un método de diagnóstico plenamente justificado en la lucha antituberculosa, especialmente para la exploración de los grandes grupos de expuestos al contagio y predispuestos a la infección como medio de diagnóstico precoz. (*Rev. de Tub.*, Mayo de 1931.)

**José López Carrión. ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE TRES CASOS DE HIPOSPADIAS.**—La frecuencia, relativamente grande, de estas deformidades uretrales congénitas es de 1 por 300 individuos según la estadística de Bouissou y de 1 por 350 según Mayo; esta última más reciente.

La herencia parece jugar un papel importante, no discutido, y así Burch Mardt cita una familia en la que el padre y cuatro hijos eran hipospádicos.

No es raro ver coexistir con estas alteraciones malformaciones en otros órganos, tales como criptorquidias, atrofas de testículo, hernias congénitas, etc.

El hipospadias, deformación congénita uretral, se caracteriza anatómicamente por el abocamiento anormal de la uretra en un punto cualquiera de la pared inferior del pene, limitándose siempre a la uretra anterior y respetando el esfínter estriado.

Expongo en este trabajo un caso de hipospadias penobalánico; otro peneano en tercio medio, y un tercero, variedad peneana posterior. (*Revista Española de Cirugía y Urología*, Febrero 1931.)



# Bactilose

OLIVER  
RODES

PRODUCTO  
DEL PAIS

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

## INDICACIONES

*Forunculosis, Septicemias  
Antrax, Escarlatina, Gripe.*

NO PRESENTA CONTRAINDICACIONES

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

Casos crónicos: de tres a cuatro cucharadas por día en las comidas

DEPÓSITO GENERAL

VENTA EN  
FARMACIAS

**LABORATORIO  
QUÍMICO - FARMACÉUTICO  
DEL DR. B. OLIVER Y RODES**

CONSEJO CIENTO 308 · BARCELONA

LABORATORIOS CAMPOS FILLOL  
VALENCIA

## LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal.

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

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

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día.

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

## LACTOBULGARINA



Raimundo Fernández Villaverde, 1 y 3 - Tel. 40699  
(Glorieta Cuatro Caminos) :—: MADRID

**Fabricación de Mobiliario para  
CLINICAS, HOSPITALES Y SANATORIOS**

**Oferta especial para los señores médicos.**

Vitrina hierro de 100 X 50 X 80 c/m con 3 entrepaños.	Ptas. 145,00
» de 110 X 55 X 80 » con 3 »	» 165,00
» de 120 X 60 X 83 » con 4 »	» 190,00
Mesa de reconocimiento con almohadones.....	» 100,00
» Eureka con almohadones.....	» 195,00
» con lunas.....	» 295,00
» auxiliar con dos entrepaños.....	» 31,00
» con porta-irrigador.....	» 7,00
Porta-irrigador de pie completo.....	» 55,00
» de pared.....	» 25,00
Cubo a pedal.....	» 27,50
Taburete giratorio.....	» 88,00

**Rogamos** que antes de adquirir su mobiliario compare nuestros precios.

**Visiten** nuestros Talleres y Exposición, donde encontrarán infinidad de modelos.

**Soliciten** nuestro catálogo.

**FACILIDADES DE PAGO**



EXTRACTO  
— DE —  
MALTA

# EUMALT

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

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



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

*Dr. P. Andreu Lloberes*  
**Esplugas (BARCELONA)**



Seas podada con sierra  
Y azadones.

## CARABANA: el mejor purgante.

Seas en tallos comida,  
Pues que me encubres la faz  
Deseada;  
Véate yo consumida,  
Y antes de tener agraz  
Seas helada.  
Noé, gran culpa tuviste  
Cuando la parra plantaste  
Tan mañero;

CATARROS. TOS  
JARABE MADARIAGA.  
benzocinámico.

Con ella me destruiste,  
Aunque sus daños probaste  
Tú el primero.  
Mas pues Febo es el autor:  
Que esta planta mal criada  
Tanto crezca,  
Sin duda tiene temor  
Que la estrella allí encerrada  
Se oscurezca, etc.

Por la transcripción,  
DR. H. BRIZ.

El Escorial, Julio de 1931.

Jarabe Bebé. - Tetradinamo. - Septi-  
cemiol. - Purgantil (Jarabe de Frutas)  
Véase anuncio, página VIII.

## VIAJE AEROSTATICO

DE

FR. GERUNDIO Y TIRABEQUE

CAPRICHIO GERUNDIANO

en que se da cuenta de la expedición aérea  
que verificaron Fr. Gerundio y su lego en el  
globo de Mr. Arban, y en su compañía, la tar-  
de del 15 de Noviembre de 1847 (1).

Reíme yo, Fr. Gerundio, de las ori-  
ginalidades de mi lego, y satisfecho de

**ALBUMINURIA**  
«Stroarsil»—Muy eficaz.  
Laboratorio Coll Olivé, París, 111, Barcelona

su resolución pasé a concertar con mis-  
ter Arban el modo y forma como había  
de realizarse nuestro proyecto. Le ma-  
nifesté mi pretensión y añadí: Yo no  
quiero que nuestra ascensión sea limi-  
tada a 200 pies de elevación, y en globo  
que llaman ustedes cautivo, sujeto por  
medio de una cuerda, según ha ofrecido

## Urosolvina: eficaz antiúrico.

usted para los demás aficionados en la  
función anunciada por carteles. Quiero  
ir en globo libre y correr la suerte del  
verdadero aeronauta; porque para una  
libertad restringida, Sr. Arban, no hu-  
biera yo pensado en desprenderme de

(1) Véase el número anterior.

la tierra, que harta hay por acá de ese  
género, y esto de tirar de la cuerda y  
cortar los vuelos, hay aquí muchos que  
lo hagan a las mil maravillas con todo  
el que lleve trazas de remontarse un  
poco. Tampoco quiero servir de espec-  
táculo al pueblo en una plaza de toros,  
porque esto desdice de mi estado, pues  
ha de saber usted que yo soy un fraile

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

exclaustrado para lo que usted quiera  
mandarme, y el que nos ha de acom-  
pañar es mi lego, también servidor de  
usted. Así, pues, nuestra ascensión ha  
de verificarse desde un lugar apartado  
y fuera de población, de modo que no  
pueda decirse que damos una función  
pública, puesto que mi objeto no es ha-  
cer alarde de intrepidez, sino gozar del

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

placer de la aerostación y contar des-  
pués a mis compatriotas lo que haya  
visto y observado desde aquellas al-  
turas.

Un poco peregrina pareció a Arban  
la proposición, y no dejó de oponer bas-  
tantes reparos, que fueron objeto de una  
discusión amistosa. Pero entramos en  
tratos, transacciones y arreglos que no  
son de la jurisdicción del público, y  
quedamos al fin en que se realizaría

**STROPHANTUM**  
— PALLARÉS —

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

nuestra ascensión en los términos que  
yo había propuesto después de que ve-  
rificara la que tenía ya anunciada para  
los demás aficionados, y de la cual no  
podía desentenderse porque mediaba ya  
un compromiso público.

Las diferencias y contestaciones que  
hayán mediado entre Arban y la Em-  
presa de la plaza, y las causas que a

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

aquel le hayan impedido verificar la se-  
gunda ascensión pública tan anunciada  
y esperada, no son de nuestra pertenen-  
cia ni nos toca examinarlas. Nuestro  
convenio era por separado, y nuestro  
trato había de cumplirse. El sitio desig-  
nado para hacer nuestra ascensión era  
un campo al Sur de Madrid y en direc.

**Kelatox: Sedante atóxico.**

ción del cerro llamado de los Angeles.  
Allí, pues, nos encaminamos la tarde

del 15, provistos de los aprestos corres-  
pondientes y de los precisos operarios,

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

pero sin confiar el secreto a ningún  
amigo ni conocido, pues si teníamos la  
mala suerte de que nuestra empresa  
fracasara, cuantos más la ignoraran se-  
ría mejor, y si éramos en ella afortuna-  
dos tiempo nos quedaba de contarles  
nuestras glorias y satisfacciones.

**SARNA**  
Cúrase con SULFURETO CABALLERO

Cuando nos vimos en el sitio en que  
había de realizarse nuestra aventurada  
expedición, Tirabeque comenzó a tem-  
blar como un cuáquero: su respiración  
era frecuente, dificultosa y convulsiva,  
crispábasele la piel, contraíansele los  
músculos, y en cuanto a las piernas pa-  
recía habersele bajado a ellas el alma,  
según la expresión de Homero. En ver-  
dad llegué a temer por su salud, y tuve  
momentos de arrepentirme de haberle  
puesto en aquel caso. Por último, imi-  
tando a César, le dije:

## "MALTOPOL"

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

—¿Qué temes, Pelegrín? Va tu amo  
contigo.

—Señor—me respondió—, aunque us-  
ted vaya conmigo tengo un miedo que  
no lo puedo remediar; hágase usted car-  
go de que soy un pobre lego ignorante.

(Continuará)

## ANTIPHLOGISTINE

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

LA MEDICINA absorbe la existen-  
cia íntegra del médico, porque se rela-  
ciona con todo el organismo humano.

GOETHE.

\*\*

DEJEMOS que la naturaleza obre a  
su modo; ella, mejor que nosotros, en-  
tiende sus asuntos.

MONTAIGNE.

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

## VARIAS NOTICIAS

NECROLOGÍAS

En Artorga (León) ha fallecido D. An-  
tonio Crespo Carro; a su esposa y fami-  
liares enviamos nuestro pésame sincero.



## ANTIASMATICO PODEROSO

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES

### Jarabe-Medina de Quebracho.

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

**PRECIO: 6,50 pesetas frasco.**

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

## ALMORRANAS



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

## Vacantes. (1)

—Por renuncia, la de médico titular de Pedrosa y su anejo Merindad de Valdeporres (Burgos), partido judicial de Villarcayo, con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 2.510; categoría 2.<sup>a</sup>; familias incluidas en la Beneficencia, 50; instancias hasta el 18 de Agosto.

**Observaciones.**—Concurso de antigüedad.

**Datos.**—Ayuntamiento, a 2 kilómetros de la cabeza de partido y a 35 de la capital. La estación más próxima, Pedrosa, a 20 kilómetros. Carretera. Río. Hay varios anejos, a 5 y 12 kilómetros del pueblo.

—Por renuncia, la de médico titular de Arbeteta y sus anejos Morillejo y Valtablado del Río (Guadalajara), partido judicial de Cifuentes, con el haber anual de 1.375 pesetas. Población, 1.202; categoría 5.<sup>a</sup>; familias incluidas en la Beneficencia, 8; instancias hasta el 18 de Agosto.

**Observaciones.**—Concurso de antigüedad. Guardia civil.

**Datos.**—Villa con Ayuntamiento, a 28 kilómetros de la cabeza de partido. La estación más próxima, Matillas, a 50 kilómetros. Según nuestros datos, el censo de población es de 545, perteneciendo Morillejo, al partido judicial de Sacedón. Valtablado es una villa de 217 habitantes.

—Por renuncia, la de médico titular de Torre de Alhájua (Cádiz), partido judicial de Olvera, con el haber anual

(1) Norma 10. Las plazas vacantes serán solicitadas mediante instancia en papel de la clase correspondiente (en este caso de 8.<sup>a</sup>), dirigida al presidente de la Corporación municipal que convoque el concurso, acompañada únicamente de la ficha de méritos.

Norma 11. La ficha de méritos será expedida por la Dirección general de Sanidad, etc.

N. de la R.—Para la obtención de la ficha envíese solicitud al Ministerio de la Gobernación, Negociado de inspectores municipales de Sanidad,

## PREPARADOS DE SOLVENCIA CIENTIFICA

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

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

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

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

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

**Laboratorio LUNA PEREZ**  
LUCENA (CÓRDOBA)



## CICA-SÉPTICO LIRAS

(Gomo-resina kercitrinada con ceraína.)

De seguros resultados en quemaduras, heridas, grietas de los pechos, sabañones ulcerados, úlceras atónicas y forúnculos abiertos. Su cómoda y sencilla aplicación (no se pega el apósito a la superficie cruenta y calma rápidamente los dolores), a la par que su rapidez en el curar, constituye agradable sorpresa a los pacientes.

Venta: Madrid, E. Durán, Mariana Pineda, 10; P. Martín, Alcalá, 9; García Alfaro, farmacia en Vicálvaro; principales farmacias de Burgos y provincias y la de L. Liras, Villadiego.

de 2.750 [pesetas. Población, 1.128; categoría 3.<sup>a</sup>; familias incluidas en la Beneficencia, 163; instancias hasta el 18 de Agosto.

**Observaciones.**—Concurso de antigüedad.

**Datos.**—Villa con Ayuntamiento, a 5 kilómetros de la cabeza de partido y a 90 de la capital. Carretera. La estación más próxima, Setenil, a 12 kilómetros. Río.

—Por excedencia, la de médico titular de Laujar (Almería), partido judicial de Canjáyar, con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 3.411; categoría 2.<sup>a</sup>; familias incluidas en la Beneficencia, 43; instancias hasta el 22 de Agosto.

**Observaciones.**—Existe un médico libre que tiene contra todas las iguales. Concurso de antigüedad.

**Datos.**—Villa, a 16 kilómetros de la cabeza de partido. La estación más próxima, Huéneja, a 25 kilómetros. Carretera.

—Por renuncia, la de médico titular de El Trago (Zaragoza), partido judicial de Egea de los Caballeros, con el haber anual de 1.375 pesetas. Población, 517; categoría 5.<sup>a</sup>; familias incluidas en la Beneficencia, 6; instancias hasta el 23 de Agosto.

**Observaciones.**—Concurso de antigüedad.

**Datos.**—Lugar a 28 kilómetros de la cabeza de partido y a 66 de la capital. La estación más próxima, Ayerbe, a 28 kilómetros. Río.

—Por renuncia, la de médico titular de Ainzón (Zaragoza), partido judicial de Borja, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 1.834; categoría 4.<sup>a</sup>; familias incluidas en la Beneficencia, 32; instancias hasta el 23 de Agosto.

**Observaciones.**—Concurso de antigüedad.

**Datos.**—Villa a 2 kilómetros de la cabeza de partido y a 66 de la capital. Carretera. Río. Ferrocarril.

(Continúa en la página siguiente.)



—Por renuncia, la de médico titular de Monterde (Zaragoza), partido judicial de Ateca, con el haber anual de 2 200 pesetas. Población, 1.259; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 20; instancias hasta el 22 de Agosto.

*Observaciones.*—Las iguales las tiene contratadas otro médico. Concurso de antigüedad.

*Datos.*—Lugar (según nuestros datos) de 890 habitantes, a 30 kilómetros de la cabeza de partido. La estación más próxima, Alhama de Aragón, a 20 kilómetros. Ríos Ortiz y Piedro.

—Por renuncia, la de médico titular de Palahustán (Toledo), partido judicial de Escalona, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 1.024; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 40; instancias hasta el 22 de Agosto.

*Observaciones.*—Concurso de antigüedad.

*Datos.*—Villa a 22 kilómetros de la cabeza de partido y a 66 de la capital. La estación más próxima, Almorox, a 22 kilómetros. Camino vecinal.

—Por renuncia, la de médico titular de Fornoles (Ternel), partido judicial de Valderrobles, con el haber anual de 1.375 pesetas. Población, 739; categoría 5.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 3; instancias hasta el 23 de Agosto.

*Observaciones.*—Concurso de antigüedad.

*Datos.*—Villa a 15 kilómetros de la cabeza de partido. La estación más próxima, Alcañiz, a 29 kilómetros. Carretera.

—Por renuncia, la de médico titular de Villalba de los Arcos (Tarragona), partido judicial de Gandesa, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 1.324; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 20; instancias hasta el 22 de Agosto.

*Observaciones.*—Concurso de antigüedad.

*Datos.*—Villa a 8 kilómetros de la cabeza de partido y a 24 de la estación más próxima, Mora la Nueva, y a 54 de la capital. Carretera.

—Por renuncia, la de médico titular de Robledillo de la Vera (Cáceres), partido judicial de Jarandilla, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 646; categoría 5.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 12; instancias hasta el 23 de Agosto.

*Observaciones.*—Concurso de antigüedad. Iguales, 3.500 pesetas.

## ANALISIS

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

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

Carretas, 14, Madrid.

FUNDADO EN 1866.

## MONOGRAFIAS

Pedidos a EL SIGLO MEDICO



## ✦ TRATAMIENTO EFICAZ ✦

REUMATISMO ESQUIZOFRENIA  
YODOVISAL MANGAN-ARSENIO

Salicilato sosa. Cacodilato de manganeso.  
YODURO potasa. Cacodilato de sosa.

Muestras y literatura:

D. FENOLLOSA  
PAZ, 26 VALENCIA

## Las enfermedades del Estómago e Intestinos

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

ELIXIR ESTOMACAL  
SAIZ DE CARLOS  
(STOMALIX)

Poderoso tónico digestivo que triunfa siempre.

Venta: Principales farmacias del mundo.



frecuencia al que contribuye también la circunstancia de que en aquéllas el encajamiento no se hace sino en los últimos días del embarazo. Los anomalías de la pelvis que se oponen al encajamiento y que dejan espacio, huecos entre el feto y la pared uterina facilitan igualmente la proci-  
dencia.

Por parte del huevo, la hidropesía del amnios impide en primer término el encajamiento del feto y, por tanto, facilita la prociencia; en segundo término, al romperse las membranas, sea espontánea, sea artificialmente, la oleada de líquido amniótico que se desprende es grande y, por tanto, puede fácilmente arrastrar el cordón. Cuando la placenta se inserta en el segmento inferior, no solamente se opone también al encajamiento sino que aproxima el cordón al orificio uterino y, por tanto, favorece igualmente la prociencia. El exceso de longitud del cordón o su gran delgadez facilitan la prociencia, pero solamente como causas accidentales que se suman a la deficiente acomodación de que hemos hablado ya.

Las anomalías de tamaño y de presentación del feto son otras tantas causas que favorecen la prociencia. Así, por ejemplo, los fetos muy pequeños que no llenan por completo el segmento inferior del útero, los muy voluminosos que por lo mismo no se pueden encajar, los de presentación viciosa que se oponen a la acomodación en la pelvis, los gemelares que, sobre ser generalmente de tamaño inferior al normal, se suelen estorbar algo en el encajamiento aunque no lleguen a crear distocia etc. Las prociencias de los miembros que se oponen al encajamiento exacto obran por el mismo mecanismo.

El diagnóstico se tendrá que hacer unas veces con las membranas enteras y otras con las membranas rotas. En el primer caso, en los intervalos entre las contracciones uterinas se observará a través de las membranas un cuerpo redondeado, del tamaño que se puede imaginar y animado de latidos de la misma frecuencia que los de las pulsaciones del feto. Si no se perciben estos latidos no se puede afirmar con certeza que se trata del cordón, de modo que cuando el feto

ción, pero si es sólido habrá que proceder a su arrancamiento con la mano, como en el caso de los riñones degenerados, o a su fraccionamiento por medio de las tijeras. Cuando el tórax se encuentra fuertemente aprisionado por la pelvis no permite la introducción de la mano para la exploración. En este caso es preciso seccionar el cuello, extraer una por una las vísceras del tórax y poner al descubierto el diafragma, que se puncionará. Si se trata de ascitis, la punción basta para el vaciamiento del líquido. De lo contrario hay que penetrar a través de él y seguir eviscerando el abdomen.

Veamos el caso de la presentación simultánea de dos fetos gemelos. Pueden hallarse sueltos o adheridos, pueden ser de un embarazo mono o bivitelino; lo corriente es que ocurra este accidente cuando los fetos son pequeños, de modo que la cabeza de uno no baste para llenar la cavidad de la pelvis. También se presenta el accidente en los casos de deficiencia de acomodación de un feto a la cavidad pélvica de la madre y cuando se practica definitivamente una versión podálica por maniobras internas.

La actitud de los dos fetos en el útero determina la forma en que se pueden enganchar para entorpecer el progreso del primero que se encaja. Si los dos fetos se presentan de vértice, uno de ellos se encajará en la forma normal, pero el otro avanzará su cabeza simultáneamente con el cuello del primero y la encajará también. Cuando vayan a encajarse ambos troncos, a menos de ser los dos fetos de muy poco volumen, no podrán hacerlo y quedarán detenidos. Si el primer feto se presenta de nalgas y el segundo de vértice, la expulsión de las nalgas y del tronco del primero se puede hacer sin dificultad, pero al ir a salir la cabeza engancha a la del segundo feto y las dos se encajan, de suerte que no pueden progresar.

Otras veces la cabeza del feto segundo avanza más pronto y se encaja al mismo tiempo que el tronco del primero, constituyéndose de esta forma la dificultad para el progreso del parto. Cuando los dos fetos se presentan de nalgas, si la presentación es completa, las dos nalgas se detendrán por encima del estrecho superior; pero si alguna de ellas es más





o menos incompleta, o si lo son las dos, se encajarán los dos pares de miembros inferiores, hasta que el volumen progresivamente creciente de ambos fetos haga imposible la progresión del parto. De los demás casos posibles apenas si se conoce algún ejemplo y la detención se hacía según la posición de ambos fetos.

El diagnóstico no suele ser difícil cuando se ha diagnosticado previamente el embarazo gemelar y se observa la detención del parto, a pesar de que la pelvis tiene una conformación normal y que los esfuerzos de la mujer son también normales. Si no se tiene noticia de la existencia del embarazo gemelar habrá que proceder a una exploración muy detenida de la mujer. Algunas veces bastará el tacto digital, pero en la mayoría de los casos habrá que acudir al tacto manual. El pronóstico es siempre muy serio y rápidamente aumenta de gravedad. Es preciso que el diagnóstico se haga pronto, y que convencido el médico de lo que sucede tenga noción clara de lo que debe hacer y proceda a hacerlo sin pérdida de tiempo. El tratamiento se dirigirá, ante todo, a poner a salvo la vida de la enferma y, si se puede, la de los fetos. Cuando alguno de ellos ha muerto se le someterá a toda clase de operaciones de reducción con el fin de crear para el otro posibilidad de salida sin causar trastornos a la madre. Cuando los dos fetos se presenten de cabeza se tratará de empujar hacia el útero la de uno de ellos; si no se consigue habrá que hacer la basiotripsia en la cabeza que primero se presente para permitir que la otra se encaje.

Cuando a la cabeza de un feto acompañen los miembros inferiores del otro se tratará de reducir éstos, y si no se puede, que habitualmente se llamará al médico cuando el feto que se presenta de nalgas ha expulsado ya hasta la pelvis, se extraerá este feto hasta la cabeza para proceder a su degollación. Esta maniobra se hará sin reparo porque el feto que se presenta en esta forma se encuentra ya muerto. Hecha la degollación se empuja hacia el útero la cabeza del mismo y se procede a la extracción del otro feto, si es preciso, por medio de la aplicación del fórceps. Cuando los dos fetos se presenten de nalgas se tratará de reducir uno de

ellos. Nunca se debe hacer tracción sino de un miembro, puesto que de lo contrario es fácil hacerla de los dos fetos a la vez. En los casos de las demás combinaciones se intentará siempre primero la reducción de uno de los fetos, el que parezca más susceptible de ello; de no conseguirla se procederá a la reducción por medio de las operaciones múltiples que el caso requiera.

Los dos fetos pueden estar adherentes, por medio de una membrana, a nivel de la cabeza, o del tronco o de la pelvis. La membrana suele ser lo bastante elástica para permitir el encajamiento aislado de cada feto y hasta la expulsión total de uno de ellos; pero si fuera firme, si los dos fetos se hallaran unidos en injerto siamés, es inevitable que traten de encajarse simultáneamente las partes homólogas. Ello es tanto más fácil cuanto que en estos casos el embarazo nunca llega a término. Si por pura casualidad se sospechara la monstruosidad antes del parto, se procederá a la operación cesárea para extraer el monstruo. Si solamente se reconoce el caso en el momento del parto, se procederá a la embriotomía de uno o de los dos fetos para permitir su expulsión.

Existe precidencia del cordón en aquellos casos en que éste se encuentra por debajo de la parte fetal que se presenta o al lado de ella. La frecuencia de este accidente es escasa, y realmente, al estudiar las causas del mismo, parece más lógico preguntarse por qué no ocurre más a menudo. La respuesta es que el cordón se encuentra, generalmente, en el hueco que forma el feto por su apolotonamiento, y que por hallarse el segmento inferior del útero bien adaptado a la parte más baja del feto no le deja salir antes que ésta. Pero en cuanto se presente una anomalía del útero, de la pelvis o del huevo que dificulte el acomodamiento del feto dentro de la matriz se habrán creado las condiciones necesarias para dicha precidencia. Cuando el útero es muy grande o carece de la tonicidad necesaria para que su segmento inferior se adapte bien al feto el cordón se puede fácilmente prolapsar. Por eso ocurre el prolapsos más a menudo en las multíparas que en las primíparas, aumento de



# 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 enérgica y eficazmente á las reacciones intraorgánicas para proveer de *fósforo* á las células, de ese elemento indispensable para que 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**

—Por defunción, la de médico titular de Matilla de los Caños del Río y su anejo Villalba de los Llanos (Salamanca), partido judicial de ídem, con el haber anual de 3,025 pesetas. Población, 6.614; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia 70; instancias hasta el 23 de Agosto.

*Observaciones.*—Concurso de antigüedad.

*Datos.*—Villa a 28 kilómetros de la capital. La estación más próxima, Robliza Quejigal, a 7 kilómetros. Carretera y río.

—Por renuncia, la de médico titular de Cóngosto de Valdavia (Palencia), partido judicial de Peñafiel, con el haber anual de 1.375 pesetas. Población, 621; categoría 5.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 12; instancias hasta el 22 de Agosto.

*Observaciones.*—Concurso de antigüedad.

*Datos.*—Villa a 27 kilómetros de la cabeza de partido y a 90 de la capital. La estación más próxima, Santibáñez, a 14 kilómetros. Carretera.

—Por renuncia, la de médico titular de Grañón y sus anejos Corporales, Morales, Villalta, Quintana y Quintanar (Logroño), partido judicial de Santo Domingo de la Calzada, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 1.810; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 56; instancias hasta el 23 de Agosto.

*Observaciones.*—Concurso de antigüedad.

*Datos.*—Villa a 50 kilómetros de la capital y a 6 de la cabeza de partido, cuya estación es la más próxima. Carretera y río.

—Por renuncia, la de médico titular de Castellnou de Seana (Lérida), partido judicial de ídem, con el haber anual

de 1.650 pesetas. Población, 1.550; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 4; instancias hasta el 23 de Agosto.

*Observaciones.*—Concurso de méritos.

*Datos.*—Lugar a 27 kilómetros de la capital y a 8 de la estación más próxima, Bellpuig. Carretera.

—Por renuncia, la de médico titular de Almonte (Huelva), partido judicial de La Palma, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 3.314; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 200; instancias hasta el 23 de Agosto.

*Observaciones.*—Concurso de antigüedad. Distrito de Aldea del Rocío

*Datos.*—Villa a 48 kilómetros de la capital y a 15 de la cabeza de partido. La estación más próxima, Bollullos, a 8,5 kilómetros. Carretera.

—Por renuncia, la de médico titular de Obejo (Córdoba), partido judicial de ídem, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 1.335; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 54; instancias hasta el 22 de Agosto.

*Observaciones.*—Tiene asignadas 1.000 pesetas por el suministro de medicamentos a las familias de Beneficencia por no existir farmacia. Concurso de antigüedad.

*Datos.*—Villa a 44 kilómetros de la capital. Carretera, río y ferrocarril

### Practicantes.

Zahara (Cádiz). 600 pesetas. 15 de Agosto.

—Torre (Cuenca). 280 pesetas. 8 de Agosto.





(Marca y nombre registrados)

## TIROIDES "LEO"

En tabletas biológicamente estandarizadas y valoradas de manera que el contenido de cada tableta

Núm. 1, equivale a 0,1 miligramos de tiroxina.

» 2, » a 0,2 » » »  
» 4, » a 0,4 » » »

### Comercial Ibero Danesa, S. A.

Suc.<sup>a</sup> de Valentín Aage Moller

Vía Layetana, 20

Barcelona

Concesionaria exclusiva de:

Exhepa - Insulina "Leo" - Jeringa "Leo" - Itamin  
Leotamin - Paraghurt "Leo" - Phyllosan - Sanocrysin  
Original Mollgaard - Sulfosin "Leo" - Tiroides "Leo"

## LABORATORIO BENET

Enrique Granados, 114

BARCELONA



## PAIDOTROFO

TÓNICO INFANTIL

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

•••••

## FIMONAL

MEDICAMENTO

especial para el tratamiento de las  
enfermedades del aparato  
respiratorio.

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



## SECCION PROFESIONAL

### PROGRAMA PROFESIONAL

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

**SUMARIO** Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlan.—Para el Colegio de Médicos de Vizcaya, por L. R.—Ante el Seguro Social de Entremedad, por Dacio Crespo Alvarez.—Para prolongar la vida, por Henry de Varigny.—Señores médicos proclamados diputados para las Cortes Constituyentes de 1931.—Reglamento de la Asociación Nacional del Cuerpo de Médicos Titulares Inspectores Municipales de Sanidad.—Médicos del Registro civil.—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.

La vida política. —La minoría médica en la Cámara.

Sería una verdadera muestra de petulancia, de desconocimiento de las realidades que a nuestro alcance se encuentran y de supuesta agudeza del propio juicio, el querer adelantar, cualquiera que sea nuestro buen deseo, una opinión acerca del estado actual efervescente y crítico de la política nacional.

Constituída la Cámara después de aplaudidos discursos de los que en el *argot* parlamentario se llaman de ocasión o de *disco*, prometido por los señores representantes el acatamiento religioso a las leyes y reglamentos parlamentarios, comienzan con verdadera impaciencia los debates que venían retenidos por esclusas que al fin y al cabo tuvieron que abrirse ante el empuje perseverante y enérgico de las contenidas aguas. Pero es el caso que los asuntos impositivos son muchos, difícil la clasificación de su importancia y no siempre fácil la persuasión y el convencimiento de los señores representantes a contener sus naturales deseos de plantear los problemas que cada uno de ellos cree con íntimo convencimiento que es más importante que los demás.

Esto hace, como verán nuestros lectores en la prensa general—la cual más adecuadamente que nosotros detalla tales debates—que las sesiones sean multicolores y accidentadas; pero no podemos negar, constantes con lo que siempre hemos defendido, que parece que aun en medio del calor físico y moral de las discusiones y de algún que otro dictorio y salida de tono disculpables, se gana en la duración de los discursos. En la sesión que a la vista tenemos del miércoles 29 intervinieron cerca de veinte oradores y, sin embargo, no les quedó, a nuestro juicio, nada que decir, aunque quizá pudieron tener algo que callar.

Siempre se va ganando y si la contención verbosa prevalece por la sensatez de los oradores y la hábil firmeza del Sr. Besteiro, podemos abrigar la esperanza de que pronto se entrará en el examen, dictamen y conclusiones de los asuntos verdaderamente fundamentales.

\*\*\*

A todo esto no sabemos que la minoría que podemos llamar médica haya tenido reuniones pre-

paratorias verdaderamente substanciosas para convenir en lo que han de presentar ante la Cámara con la urgencia y discreta convicción que durante tanto tiempo han podido adquirir los numerosos señores que forman dicha minoría.

Cuarenta y siete son ellos, según datos fidedignos que a la vista tenemos; no podrán tener la disculpa que otros representantes de las clases sanitarias tuvieron en Cortes anteriores cuando en éstas todos figuraban en número de cuatro o cinco sumados los de las dos Cámaras y teniendo que luchar con el desdeñoso descreimiento y hasta la falta de urbanidad que hacían el vacío en las Cámaras cada vez que de intereses de la salud pública, de la enseñanza médica o de las organizaciones sanitarias se trataba.

Aparte damos la lista definitiva de nuestros compañeros constituyentes, deseándoles de todas veras acierto, convencimiento y buena fortuna, ya que la causa que traen es digna de ellos, de la patria y de la Humanidad.

DECIO CARLAN

### Para el Colegio de Médicos de Vizcaya.

El Boletín del Colegio de Médicos de Vizcaya publica la siguiente crónica, que reproducimos con la natural emoción:

«DON CARLOS MARÍA CORTEZO PRESENTA SU DIMISIÓN DE LA PRESIDENCIA DEL COLEGIO DE HUÉRFANOS

Nos trae tan lamentable noticia EL SIGLO MEDICO. Con profundo dolor adivinamos cuán grande habrá sido el del «abuelo» para adoptar esta determinación.

Entusiasta cual ninguno, venía desempeñando desde la creación el cargo de presidente del Patronato, logrando para el Colegio toda clase de mercedes y prerrogativas, que sólo su afán de procurar educación a los pequeños huérfanos que, desamparados al fallecimiento de sus padres, nuestros compañeros, acudían al Orfelinato de las distintas provincias de España.

Fué el Dr. Cortezo para la Institución, que constituía el objeto de sus predilecciones, el padre cariñoso, el abuelo bueno, al que querían y mimaban con entusiasmo los pequeños huérfanos. Ellos encontraron en tan excelso compañero la protección, el amparo y, en muchas ocasiones, la ayuda personal. Nosotros, que en el archivo guardamos cartas que expresaban las bondades del corazón del venerable Dr. Cortezo, sabemos de los sinsabores, zozobras y preocupaciones que la Institución le costaba, precisamente por poner en ella todo su miramiento, su cariño, su alma. Cargo absolutamente gratuito, penoso y desinteresado, fué



desempeñado con acierto por él, y si es verdad que en algunas contadas ocasiones fué combatido, también es justo consignar, y nosotros lo hacemos con orgullo, que mereció entusiastas aplausos, que en ocasiones no fuimos parcos en regatearle.

Y si él considera que le conviene alejarse por los motivos que cobije, para dar paso a los hombres que, pletóricos de juventud, atesoran como él ideas nobles, sanas y beneficiosas para una renovación del Colegio de Huérfanos, que no sea sin que la clase médica española, nosotros lo pedimos, le dedique el homenaje de simpatía y gratitud que tanto merece.»

\*\*\*

Podemos asegurar a nuestros queridos compañeros que el Dr. Cortezo agradece cordialísimamente las frases de amistad, y noble y leal reconocimiento que fijan en las líneas de esa crónica un estado de espíritu corporativo que en ningún momento ha dejado de percibir la sensibilidad normal y experimentada tan característica en el «abuelo». Gracias, pues, en su nombre y en el de todos los amantes de la Institución que hasta ahora fué regida por el amor de Cortezo. Gracias a todos los que hablaron y los que callan y sienten como nosotros; pero no hay duda que las razones que llevaron a esa dimisión que se lamenta hubieron de ser fríamente examinadas por el «abuelo», antes de que se determinase a resolver, y ello obliga a esperar que de su determinación se alcance algún beneficio al Colegio de Huérfanos. ¡Quiera Dios que no erremos en el vaticinio!

Por lo que hace a las últimas líneas de la sentida crónica del Colegio de Médicos de Vizcaya, hemos de oponer el decidido y enérgico propósito del Dr. Cortezo de impedir toda manifestación pública de carácter de homenaje a su persona o su gestión en el Colegio de Huérfanos.

Agradecida y estimada la intención, no impide ello que el «abuelo» haga presente su resuelta actitud a este respecto, muy de considerar en quien tantos y tales homenajes lleva recibidos en que se manifestó la clase médica española y extranjera, y a quien una prueba más no la precisa ni para su parca vanidad ni para su liberal agradecimiento.

L. R.

## Ante el Seguro Social de Enfermedad.

Las Cámaras de Médicos alemanes —sus Colegios—acaban de celebrar un Congreso en Colonia para organizar su Federación que haga frente a la esclavitud material de los médicos por las Cajas de los Seguros Sociales, acabando para siempre con esta esclavitud y con las Cajas Aseguradoras.

(De muchos periódicos políticos y médicos.)

El Colegio de Médicos de Zamora ha definido su actitud ante EL SEGURO DE ENFERMEDAD. Y no necesitaba insistir en ella ni reiterar sus conclusiones a no ver, con sincera pena, que en esta inmediata reforma social—como en tantas otras—la mayoría de los médicos españoles desconocen, olvidan o desairan una cuestión que entraña, para el proletariado médico y aun para todos los médicos, indudables riesgos económicos y positivas desventajas espirituales. Y aun los que estudian y discurren acerca del problema, lo hacen—quedan a salvo las meritísimas excepciones—con una limitación tal del horizonte que su fórmula se reduce a una conclusión de carácter negativo: «no aceptamos el Seguro de Enfermedad» y sus escritos son en:arce de palabras con alientos guerreros, muy gratos al oído, muy de la época

actual, pero ineficaces, resueltamente ineficaces, ante los requerimientos de Ginebra y ante la actitud muy meditada, y con estudio bien madurado, del Partido Socialista español.

No es este el camino; y no lo decimos nosotros que, al fin médicos de una provincia humilde, carecemos de autoridad y de prestigio para señalar senderos y marcar orientaciones. Lo dice un médico alsaciano, indiscutible prestigio en estos problemas de los Seguros Sociales que, en sus debates ante el Comité Nacional de Estudios políticos y sociales de Francia, ha probado bien cuán merecida es su autoridad mundial en el problema debatido. Y este colega de Mulhouse al recibir, por una súplica que agradecemos, nuestro estudio del Seguro de Enfermedad textualmente nos dice: *Les confrères de différents pays ont déjà demandé mon concours pour la défense de leurs intérêts; dans aucun de ces pays je n'ai trouvé une compréhension aussi profonde du problème de tactique médicale que dans l'expose que vous avez rédigé*. Y aunque en estas amables palabras del Dr. P. SPECKIN haya mucho de bondad, el hecho de suscribir nuestro criterio y de ampararlo con su aplauso y de robustecerlo con su generoso ofrecimiento en bien de los médicos españoles es razón que justifica, sin más asistencias, que el Colegio de Médicos de Zamora mantenga íntegras sus conclusiones unánimemente aceptadas por la VIII Asamblea de Colegios de Médicos.

Y la primera de ellas exige que un problema tan difícil que cambia radicalmente el ejercicio profesional no se confíe a la improvisación; a esa improvisación sin estudio previo, sin maduración sensata que es, por desdicha, norma de nuestras Juntas y Asambleas; porque no basta para cuestiones de esta trascendencia hilvanar unas frases y lograr unos aplausos con la elocuencia o con la rebeldía; hay que estudiar el problema en sus múltiples facetas, en su aspecto social y político, en sus derivaciones para el ejercicio profesional, en sus consecuencias insospechadas para la misma vida de la Nación; porque hasta ahí alcanza, aunque otra cosa crean los que nada saben del Seguro de Enfermedad, este magno problema que dentro de unos meses ha de plantear el Gobierno español, cualquiera que él sea, por imperativo mandato ya llegado desde Ginebra.

Nosotros aplaudimos esos nobles propósitos de lucha sin cuartel contra el SEGURO DE ENFERMEDAD; los aplaudimos porque hemos dicho y lo hemos razonado que EL SEGURO DE ENFERMEDAD OBLIGATORIO—TIPO ALEMAN—SUPONE PARA LOS MÉDICOS ESPAÑOLES UNA RUINA ECONÓMICA Y ESPIRITUAL; pero nuestro aplauso será más fervoroso si en vez de la rebeldía de intransigencia, un tanto infantil, se estudian y se hallan nuevos cauces que den efectividad a una socialización de la Medicina, forzosa e indispensable, pero sin quebrantos o con los menos quebrantos posibles para nosotros los médicos. Porque así y sólo así podremos luchar contra los Seguros Sociales, que en otros países han hecho de nuestros colegas unos míseros jornaleros de las Cajas Aseguradoras. Y para que este primer concepto no se malogre con sólo nuestras palabras, medítense las que íntegramente, para que no se piense que una traducción las tergiversa, decía en momento oportuno el reputado DOCTOR STAUDER, presidente de la liga HARTMANN refiriéndose a los médicos franceses: *Nos discussion seraient sans intérêt si à l'heure ou nous sommes nous ne manifestons pas notre attachement à la valeur et à la portée de l'idée des assurances sociales*.

\*\*\*

Y es que, como nos dice bien Specklin en su carta los Seguros Sociales son el elemento más formidable de socialización y de proletarización de los pueblos por una acción



# Jarabe de

Probado clínicamente en

REMINERALIZACIÓN  
VITALIDAD  
ENERGÍA



# FELLOWS

todas partes del mundo

DESMINERALIZACIÓN  
CONVALECENCIA  
NEURASTENIA

**SODIO**

**CALCIO**

**POTASIO**

**MANGANESO Y HIERRO**

**ESTRICNINA Y QUININA**

FELLOWS MEDICAL MANUFACTURING COMPANY, Inc.  
26 Christopher Street, Nueva York, N. Y.

## ANTISPASMINA COLICA

*Píldoras  
Queratinizadas  
de  
Belladona, Valeriana y Papaverina*

Dan excelentes resultados en las: **Colitis aguda y crónica, Colitis muco-membranosa, Cólicos hepáticos, Crisis dolorosas entéricas** por adherencia y bridas posteriores a la apendicitis.

Resuelven y curan el espasmo restableciendo el funcionamiento normal del intestino en: **Estreñimiento espasmódico, Crisis pseudo-diarréicas, Dispepsias por fermentación, Neurosis intestinal** con excitación del peristaltismo.

Medicación soberana en todas las formas dolorosas del abdomen por la acción sedante que desenvuelve sobre la inervación vagal.

Frascos de 40 píldoras

*Laboratorio Farmacológico Reggiano*

Director: G. RECORDATI - Correggio (Italia)

Representante para España: DR. J. VALLÉS Y RIBÓ - Paseo de Gracia, 75 - Barcelona

Depositarario: D. RAMÓN SALA - París, 174

MUESTRAS Y FOLLETOS A PETICIÓN

DE VENTA EN FARMACIAS Y CENTROS DE ESPECIFICOS





Alimento fisiológico completo

# VINO DE VIAL

Quina, carne, lacto-fosfato de cal.

Rigurosamente dosificado

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

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

De venta en todas las farmacias.

Depositorio general para España:

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

LABORATORIOS CORBIÈRE - PARIS

## SUERO ANTI-ASMÁTICO DE HECKEL

MUESTRAS  
GRATIS

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

LA EXCITACIÓN DEL  
NEUMOGÁSTRICO ESPASMA LOS  
BRONQUIOS Y CAUSA LA CRISIS DE ASMA.

SI POR MEDIO DEL SUERO DE HECKEL, SE EXCITA EL GRAN SIMPÁTICO,  
LA ACCIÓN DEL NEUMOGÁSTRICO QUEDA ANIQUILADA Y EL ESPASMO CESA

**FERNAND BEJAR**, Agente G<sup>al</sup> para ESPAÑA, 20, Ruiz Perello, MADRID (9)

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES

## REALFEN BUISSON

APETITO

PESO

FUERZA

Literatura, muestras e informes: I. RODRIGO. Madrid. — Apartado 4.075. — Teléfono 35.407.



tanto intelectual y moral como material y económica. Y los partidos revolucionarios —añade— obtienen un beneficio muy directo porque las Cajas manejadas e intervenidas por el proletariado prestan a su política una fuerza incalculable.

Por esto, tan claro que no precisa insistencias, NOSOTROS, MÉDICOS ESPAÑOLES, hemos de hacernos a la idea de que oponernos al SEGURO DE ENFERMEDAD con la sola réplica de una negativa de intransigencia es ir, por adelantado, al fracaso y lo que es peor, a la incompreensión y al ridículo. Saldrán voces en todos los sectores sociales: que no ha de faltarle al gran Partido Socialista español un BUISSON que, razonando y argumentando con plenitud de conocimientos previos, reniegue de la vieja y caduca filantropía y pida un derecho nuevo que consagre la plena solidaridad de los ciudadanos españoles; ni a los demócratas cristianos y católicos ha de faltarles tampoco un TESSIER que nos repita las encíclicas admirables de LEÓN XIII, quien al cantar las excelcitudes de la Caridad y sus glorias, recomendaba no el socorro pasajero e inmediato en las desdichas del hogar humilde y sí las instituciones permanentes que prevengan y eviten tales desdichas. Y aun el agrarismo rural, en España tan rudo, tan atrasado en ciudadanía, encontraba un apostol que refute las sensatas y prudentísimas doctrinas de LESTAPIS, que ahora con la próxima y urgente reforma agraria han de tener —o deben tener— en España su máxima oportunidad.

Serán voces —decimos— salidas de todos los sectores; voces que serán escuchadas con atención suprema por todos los Gobiernos. Y a cuyas voces no pueden oponerse las nuestras —las de los médicos— por el solo razonar de un egoísmo grosero y material; sino que aquéllas, recogidas y amparadas, hemos de llevarlas en nuestros debates a un plano de comprensión mutua y hemos de razonar para que no se legisle traduciendo a nuestro idioma leyes sociales definitivamente fracasadas en unas naciones y que han servido en todas para agravar el más hondo y el más difícil de nuestros actuales problemas: el de la carestía de la vida, y con él la crítica situación de nuestra economía nacional. Ya diremos, con cifras que no pueden falsearse, cómo y por qué los Seguros Sociales agudizan estos problemas y cuán a razón tenían, en sus cálculos, los llamados «*más moderados enemigos de los Seguros Sociales*» al asegurar que estos seguros elevan un 20 ó un 30 por 100 la carestía de la vida. Más razón, al menos, que el inconsciente M. JEAN POTIN, que en sus desdichadísimas deducciones en L'INTRANSIGEANT se conformaba con el 4 ó 5 por 100.

Ya diremos, insistimos, todo esto que hay que repetir mil y mil veces cuando se nos llame a los médicos a informar el proyecto del Seguro. Y si vemos que las cifras ofenden y se niega la razón a los números, presentaremos el ejemplo bien elocuente de la Alemania de hoy, declarada en quiebra, totalmente arruinada y desprestigiada su economía y su moneda. Y cuando se nos arguya que eso se debe a la pérdida de la gran guerra y a la tragedia de la inflación, contestaremos diciendo que en tal ruina son factores de gran valoración también el descalabro de su industria y la enorme masa de parados, propicios a todas las locuras políticas. Y —no hay duda— la potentísima industria alemana sufre una mayor crisis porque LA MANO DE OBRA, debido al Seguro Social, se ha elevado más del 40 por 100 y así la competencia después de la guerra se hace más difícil y las fábricas se cierran, los sin trabajo ascienden a millones y el Gobierno y el Reichsbank hacen —a la hora que escribimos— el supremo esfuerzo para contener un derrumbamiento económico y social inminente y trágico... ¡Y ES ALEMANIA la cuna de los SEGUROS SOCIALES, del mutualismo

económico... Buena ocasión y buen ejemplo para que nuestros gobernantes no midan ni valoren la trascendencia de su implantación en España, en los más críticos momentos de sus conmociones espirituales

\* \*

A nosotros nos satisface mucho la socialización de la Medicina; tanto como los progresos científicos nos seduce una radical renovación, en este sentido, del ejercicio profesional. EL COLEGIO DE MÉDICOS DE ZAMORA, integrado por hombres que no saben servir rutinarismos arcaicos, ni obstaculizarán jamás las mejoras que redunden en beneficio del proletariado español, acudirá lleno del más sano optimismo a las controversias, informaciones públicas y encuestas —todas necesarias— que preparen la reforma social de los Seguros.

Y no tendremos ya que definirnos; porque no esta vez ni en este momento, sino siempre, EL COLEGIO DE MÉDICOS DE ZAMORA tiene abiertos muy ampliamente sus ventanales a todo lo que es luz y progreso y mejora social, sin medir con pobreza espiritual los intereses materiales de sus colegiados, que sabe defender, contra la injusticia, en el tono y en la forma a que se le provoca; pero ahora no es eso, y por no serlo, nada nos importa la merma de nuestros ingresos y aun la tortura espiritual a que parece llevarnos la fatalidad de un requerimiento extraño. Ahora es España y por ella hemos estimado mucho más acertado que el Seguro de Enfermedad, de tan deplorables antecedentes, EL AHORRO OBLIGATORIO, iniciado, no por un médico y sí por un sindicalista HARZ, de HAMBURGO y desarrollado espléndidamente por P. SPECKLIN.

En nuestra aportación a la VIII Asamblea de Barcelona está expuesto lo que es EL AHORRO OBLIGATORIO, por nosotros preferido a los Seguros Sociales. Y a la vista tenemos el folleto de la Casa Masson (París, 1929) que desarrolla con cifras el proyecto; pero esas cifras son para Francia, y a nosotros lo que nos interesa es España; y para ella hemos de lograr que por técnicos y por mutualistas se estudien NUESTRAS CIFRAS y se desarrollen con todo detalle nuestros cálculos. En esa empresa, nuestra confianza en el Consejo de Colegios es ilimitada y ante él los planteamos, después del conocimiento que ha de darnos nuestro próximo viaje a las naciones que tienen implantado el Seguro de Enfermedad: conocimiento que no será más que ratificación y ampliación de los datos que ya recogimos en Francia, en Alsacia y en Baviera, todos contrarios a la implantación de la reforma en España.

Por hoy nos basta decir que EL AHORRO OBLIGATORIO:

*No fomentará el burocratismo, plaga española responsable de muchos males.*

*No hará de la injusticia agobio de los honorables que han de sufragar necesaria y fatalmente el ocio, la vagancia y el embuste de los inhábiles y de los defraudadores.*

*No renovará el odioso caciquismo, creado al amparo de las Cajas Aseguradoras y al que proletarios y médicos hemos de vivir sometidos y esclavizados.*

*No elevará el coste de la vida.*

*Y —a cambio de todo esto, que no es más que lo esencial— fomentará el ahorro y creará el pequeño propietario y el modesto rentista, único modo de atajar seductores y extremistas doctrinas venidas de Oriente.*

\* \*

Mas no sabemos si, como ha sucedido en Francia, fracasarán todos los razonamientos ante un esnobismo ya infiltrado; por si fracasan, sirva esta declaración que noble y



meditadamente hace EL COLEGIO DE MÉDICOS DE ZAMORA al Comité Nacional de Inspectores Municipales de Sanidad.

Para defender a los titulares de la ruina social, económica y espiritual que EL SEGURO DE ENFERMEDAD supone, HAY QUE HACER CON SUPREMA URGENCIA EL ESFUERZO MÁXIMO PARA QUE LA SANIDAD SEA FUNCIÓN DEL ESTADO; como sea, sin regatear procedimientos, aceptando, si es preciso, la separación de la función sanitaria encomendada al titular de la asistencia médica.

Pero hay que hacerlo; porque son sólo unas semanas o unos meses los que tenemos de plazo y después... después hemos de conformarnos con repetir esas nobilísimas reflexiones del honorable profesor BALTHAZARD ante la ley votada por las Cámaras francesas: *«Estamos en presencia de un hecho: los médicos solemos ser hombres prácticos; es inútil hablar; que la ley sea aminorada en lo posible para bien de Francia.»*

DACIO CRESPO ALVAREZ

Presidente del Colegio de Médicos de Zamora.

Julio 1931.

(Del Boletín del Colegio de Médicos de Zamora.)

## PARA PROLONGAR LA VIDA

Hace dos años un demógrafo americano, C. H. Forsyth, profesor en Dartmouth College, provocó cierta emoción declarando a sus compatriotas que seguramente sus probabilidades de alcanzar la edad a que habían llegado sus padres y abuelos disminuían de día en día. Los modernos vivirán menos higiénica y sanamente que sus antecesores.

Sin embargo, de un modo general la tasa de mortalidad ha disminuido en los modernos. En 1350 la población de Europa debía ser de cien millones. Ahora bien; trescientos cincuenta años después, en 1700, era de 110 millones solamente, aumento insignificante, pues actualmente una población de 100 millones no emplea más que doce a catorce años para alcanzar 110 millones.

¿En qué consiste esta diferencia capital de la que muchos se alegran, pero que a algunos inquieta, porque no piensan que la humanidad sea tanto más cuerda y feliz cuanto más numerosa sea? Evidentemente, en la Medicina y en la Higiene moderna, en Pasteur y sus discípulos que han hecho retroceder a la muerte. La Bacteriología, la Medicina los sueros, las vacunas, han producido inmediatamente sus efectos y la mortalidad ha disminuido.

Como nos dice el boletín del *Office International d'Hygiene Publique* se ha podido evaluar la economía media de vidas humanas en 16 Estados de Europa Central y Occidental en 800.000 por año, la mortalidad general en estos países habiendo llegado al 26 por 1.000 desde 1861 a 1871 a 20 por 1.000 en 1901-1905.

¿Se puede esperar más? ¿La tasa de mortalidad de 20 por 1.000 es la más baja y la mejor que se puede obtener? No hay por qué creerlo, pues muchos países civilizados tienen una mortalidad inferior. En Holanda la cifra es de 9 por 1.000. Pero hay que introducir nuevos métodos para obtener mayores progresos. Bien entendido, hay que conservar y mantener las conquistas que resultan de los progresos de la Higiene y de la Medicina y también del mejoramiento general de las condiciones de existencia. Pero se puede y se debe reforzar la protección de la infancia, y muchas muertes podrían ser evitadas. Y hay otra cosa que hacer además: preservar la salud individual por una vigilancia metódica de ella.

La idea ha sido con frecuencia expuesta. Está en la

atmósfera y hasta está en parte realizada, pues todas las personas que cuidan su dentadura visitan a su dentista una o dos veces al año, sin tener el menor mal para que el dentista vea si todo marcha bien y si nada desfavorable se prepara. Y esto es muy razonable. ¿No se dice que los chinos pagan al médico mientras que están sanos y le dejan sin pagar en cuanto están enfermos? En todo caso, lo que muchos hacen por la salud de los dientes deberían todos hacerlo por la salud general. Esto se ha dicho mucho y ya comienza a hacerse.

Un antiguo director de una Compañía de Seguros, el Dr. E. Lyman-Fysk, había sido sorprendido por el número considerable de personas de mediana edad que, teniendo todas las apariencias de la salud, no eran, sin embargo, aceptadas por las Compañías. El examen médico había revelado en ellas la existencia de taras graves. Analizando los hechos más despacio, comprobó que la mortalidad en los Estados Unidos, aun descendiendo sensiblemente en conjunto, no disminuye igualmente en todas las edades. La disminución es muy clara para los niños y la juventud, pero es nula para las edades por encima de cuarenta y cinco años.

Mirándolo todavía más despacio, Mr. Lyman-Fysk comprobó que en las personas de edad madura la muerte era debida sobre todo a enfermedades del corazón, de la circulación y de los riñones. En general éstas surgen silenciosamente, se desarrollan de manera insidiosa sin despertar la atención, y el día en que se imponen a ella es por un accidente brusco, dramático y frecuentemente definitivo. El sujeto parecía y se creía en buena salud, y he aquí que de pronto la muerte le sorprende. Si hubiese sido examinado a tiempo, el mal habría sido advertido y era posible al médico actuar.

Conclusión: Hay que ser examinado médicamente con gran cuidado una o dos veces al año para saber a qué atenerse. En los Estados Unidos la idea ha arraigado bajo la forma de la fundación del «Life Extension Institute», que ha comenzado a funcionar. A decir verdad, ha tenido al principio un éxito de risa y los médicos se oponían a ella. Pero poco a poco ha parecido la idea perfectamente racional y el número de sujetos que se someten a los reconocimientos periódicos crece de día en día. Estos reconocimientos se hacen por especialistas y la organización perfeccionada del Instituto hace que cada uno de éstos no dure generalmente dos horas. A la salida de la sesión el sujeto recibe un papel que indica la comprobación hecha sin ninguna indicación de diagnóstico. Algunos consejos de higiene se dan, y si un tratamiento es necesario se aconseja consultar al médico habitual, quien, naturalmente, examina el documento y procede en consecuencia.

Las Compañías de Seguros recurren cada vez más al «Life Extension Institute». Y desde hace doce años que lo hacen están de ello satisfechas, pues la mortalidad en los examinados de toda edad ha disminuido el 23 por 100 con relación a los no examinados, lo que significa que en los primeros se han advertido a tiempo tendencias nocivas contra las cuales ha sido posible luchar. No hay que dudar de ello. Es de elemental prudencia no esperar a estar enfermo para hacerse vigilar por el médico.

Entonces, ¿el hombre va a vivir indefinidamente? ¿Va a vivir mil novecientos años como lo anuncia un periódico americano? Pero la prensa americana lo exagera todo. Una cuestión se presenta, sin embargo. Si hubiésemos de vivir mucho y si continuásemos reproduciéndonos como lo hacemos, ¿dónde se alojaría toda esa gente?

HENRY DE VARIGNY.



### Señores médicos proclamados diputados para las Cortes Constituyentes de 1931.

Circuns- cripciones que representan.	Nombres.	Filiación política.
Alicante.....	D. Romualdo Rodríguez de Vera .....	Socialista.
Alicante.....	D. José M. <sup>a</sup> López Orozco.	Radical Socialista.
Albacete.....	D. Fernando Coca G. Saa- vedra.....	Acción Republi- cana.
Avila.....	D. Angel Torres Alonso...	—
Barcelona (c.)	D. Jaime Aguadí Miró....	Izq. Rep. Catalana.
Barcelona (c.)	D. Joaquín Pi y Arsuaga..	Rep. Federal.
Barcelona (p.)	D. Manuel Dolcet .....	Izq. Catalana.
Badajoz.....	D. Narciso Vázquez Torres	Socialista.
Badajoz.....	D. Gustavo Pittaluga Fato rini.....	Rep. Lib. Demóc.
Badajoz.....	D. Narciso Vázquez L. mus	Rep. Federal.
Cadiz.....	D. Fermín Aranda Fernán- dez Caballero.....	Radical.
Canta.....	D. Antonio Sánchez Prado.	—
Ciudad Real.	D. Gumersindo Alberca Montoya.....	Acción Rep.
Coruña.....	D. Alejandro Rodríguez Cadalso.....	Rep. Independ.
Coruña.....	D. Roberto Nóvoa Santos.	Socialista indep.
Cuenca.....	D. José Sánchez Covisa...	Der. Lib. Rep.
Cuenca.....	D. Aurelio Almagro Gracia	Socialista.
Granada (p.)	D. Manuel Jiménez García de la Serrana.....	Socialista.
Granada.....	D. Alejandro Otero Fer- nández.....	Socialista.
Granada (c.)	D. José Pareja Yébenes ..	Rep. autónomo.
Huelva.....	D. Luis Velasco Gofín....	Radical.
Jaén.....	D. Federico del Castillo	Der. Lib. Rep.
Las Palmas..	D. Marcelino Pascua.....	Socialista.
Las Palmas..	D. Bernardino Valle Gracia	Rep. Federal.
Las Palmas..	D. Juan Negrín López....	Socialista.
Lérida.....	D. Epifanio Belli.....	Izq. Rep. Catalana.
Lérida.....	D. José E. tadella Arus...	Rep. Radical.
Lérida.....	D. Humberto Torres Bar- berá.....	—
Madrid (c.)..	D. José Sánchez Bandús ..	Socialista.
Madrid (c.)..	D. César Juarros Ortega..	Der. Lib. Rep.
Madrid (p.)..	D. José Luis Martín de An- tonio.....	Radical Socialista.
Madrid (p.)..	D. Eugenio Aranz Palardo	Rep. Federal.
Murcia (p.)..	D. Luis Prieto Jiménez...	Socialista.
Murcia (p.)..	D. José Templado Martínez	Radical.
Oviedo.....	D. José Mouriz Riesgo....	Socialista.
Pontevedra..	D. Manuel Varela Radio ..	Rep. Independ.
Pontevedra..	D. Laureano Gómez Parat- che.....	Federación Repu- blicana Gallega.
Pontevedra..	D. Eugenio Arbone Caste- llanzuela.....	Socialista.
Pontevedra..	D. Alejandro Otero Fer- nández .....	Socialista.
Salamanca..	D. Filiberto Villalobos Gon- zález.....	Rep. Lib. Demóc.
Sevilla.....	D. José Aceituno de la Cá- mara .....	Socialista.
Sevilla.....	D. Manuel Olmedo Serrano	Socialista.
Teruel.....	D. Vicente Tranzo Enguita	Agrupación al ser- vicio de la Rep.
Teruel.....	D. José Borrajo Esquin...	Rep. Radical.
Zamora.....	D. Gregorio Marañón y Po- sadillo.....	Agrupación al ser- vicio de la Rep.
Zaragoza (p.)	D. Antonio Guallar Posa..	Rad. Socialista.
Zaragoza.....	D. José Algorta Corboa....	Socialista.

### Reglamento de la Asociación Nacional del Cuerpo de Médicos Titulares Inspectores Municipales de Sanidad <sup>(1)</sup>

Aprobado por la Asamblea de representantes celebrada  
en Zaragoza los días 12 13 y 14 de Mayo de 1930.

Abierta la sesión, se procederá a la lectura del dictamen de la Comisión de actas y al canje de las credenciales de los representantes por las tarjetas de asambleísta. Realizada esta operación, se declarará constituida la Asamblea, procediéndose a la elección de Mesa, a la lectura de la Memoria de Secretaría, a la discusión de la labor del Comité ejecutivo y a la presentación del estado de cuentas. Las cuentas serán examinadas por una Comisión compuesta de cinco representantes, elegidos por la Asamblea. La Comisión de cuentas formulará dictamen sobre las mismas, que será leído y aprobado en una de las sesiones de la Asamblea.

El orden del día de las sesiones se regulará del siguiente modo: Lectura, aprobación y firma del acta de la sesión anterior. Las actas serán firmadas por la Mesa y los representantes de cuatro provincias distintas en cada acta y siguiendo riguroso orden alfabético de provincias.

El acta de la última sesión será leída, aprobada y firmada al final de la misma.

Lectura de las ponencias. Lectura de enmiendas. Discusión de éstas. Votación.

En los debates se concederán tres turnos en pro y tres en contra, de duración máxima de diez minutos y las rectificaciones correspondientes de cinco minutos. No obstante, en los debates de excepcional importancia podrá acordar la Asamblea la ampliación de turnos y de tiempo.

Las votaciones se harán en la forma que señale la presidencia, siendo nominales siempre que lo solicite un representante.

Siempre que haya de verificarse una votación para elección de algún asociado que haya de ocupar algún cargo, no se admitirá proposición alguna designando ni indicando quien haya de ser elegido, se suspenderá la sesión por cinco minutos para que los asambleístas cambien impresiones respecto al caso, e inexcusablemente se procederá a la votación secreta.

Discutidas y votadas todas las conclusiones consignadas en el orden de la Asamblea, se designará en cada sesión media hora y al final una sesión entera a exposición de proyectos, proposiciones, demandas de aclaraciones y preguntas de los representantes.

De las actas de las sesiones se redactará por la Mesa una nota que se pondrá a disposición de la Prensa, publicándose luego íntegras, y remitiendo a las Juntas provinciales tantos ejemplares como distritos.

En los debates no consumirán turno:

a) Los ponentes.

b) Los miembros del Comité.

c) Los firmantes de enmiendas, siempre que las presenten por escrito.

La Asamblea de representantes podrá en todo momento dictar cuantos Reglamentos o disposiciones juzgue convenientes para el régimen de los organismos de la Asociación. Uno y otros entrarán en vigor inmediatamente de ser aprobados, siempre que no modifiquen el Reglamento de la Asociación y se refieran a extremos tratados en el mismo.

(1) Véase el número anterior



Art. 34. El Comité ejecutivo representará a la Asociación en todos los actos a que le corresponda asistir, cuidará de la administración y organización de la misma y velará por el cumplimiento de este Reglamento y de los acuerdos de la Asamblea de representantes.

Estará formado por diez miembros, elegidos por la Asamblea en votación secreta. El procedimiento electoral será el siguiente:

- 1.º Elección de un inspector perteneciente a la primera región médica.
- 2.º Elección del perteneciente a la segunda.
- 3.º Elección del perteneciente a la tercera.
- 4.º Elección del perteneciente a la cuarta.
- 5.º Elección del perteneciente a la quinta.
- 6.º Elección del perteneciente a la sexta.
- 7.º Elección del perteneciente a la séptima.
- 8.º Elección del perteneciente a la octava.
- 9.º Elección del perteneciente a la novena.
10. Elección del perteneciente a la décima.

Elegidos los miembros del Comité ejecutivo, la Asamblea designará entre ellos, y en votación secreta, los que hayan de desempeñar los cargos de presidente, vicepresidente, tesorero y secretario-contador.

Todos los cargos serán elegidos por la totalidad de los representantes asistentes al acto de la votación.

El Comité ejecutivo será renovado por mitad cada dos años. En la primera renovación, el presidente y cuatro vocales; en la segunda, el tesorero, el secretario y tres vocales.

Al cesar los miembros del Comité ejecutivo podrán ser reelegidos, pero después de dos mandatos consecutivos no podrán ser reelegidos hasta que hayan transcurrido dos años.

Art. 35. Todos los empates en las votaciones de cargos de todas clases y de miembros de Ponencias se decidirán por la prelación en el Escalafón del Cuerpo.

Art. 36. El Comité ejecutivo estará constituido:

- a) Por la Comisión permanente.
- b) Por el Pleno.

La Comisión permanente estará constituida por el presidente, el tesorero y el secretario-contador. Se reunirá siempre que lo juzgue necesario el presidente.

Por lo menos uno de los componentes de la Permanente del Comité ejecutivo deberá residir en Madrid.

El Pleno estará constituido por los diez miembros del Comité ejecutivo. Se reunirá cada seis meses, y siempre que lo juzgue necesario el presidente o la Comisión permanente, lo pidan cinco miembros del mismo o diez Juntas provinciales.

Art. 37. El presidente velará por el cumplimiento del Reglamento de la Asociación, de los acuerdos del Comité ejecutivo y de la Asamblea de representantes; representará a la Asociación en todos los actos y ante las autoridades gubernativas, judiciales, sanitarias y administrativas; presidirá las sesiones del Comité ejecutivo, firmará con el secretario las comunicaciones de la Asociación, pondrá el visto bueno en todos los documentos que lo requieran y será el ordenador de pagos.

Art. 38. El tesorero tendrá a su cargo los fondos de la Asociación, llevará un libro de Caja y no pagará ninguna factura sin el «Páguese» del presidente y «Tomé razón» del contador. Será responsable de los fondos que le sean encomendados.

Presentará bienalmente un proyecto de presupuesto de ingresos y gastos, que deberá ser aprobado por la Asamblea de representantes.

En el citado presupuesto no podrá consignarse en el capítulo de imprevistos una cantidad superior al 10 por 100 del presupuesto total.

Art. 39. El secretario-contador extenderá y firmará todos los documentos de la Asociación, cuidará del archivo de la misma, llevará un registro de las Juntas provinciales y distritales y del número de asociados y los libros de actas del Comité ejecutivo. Como contador llevará un libro-registro de entradas y salidas.

Art. 40. La Asociación, por intermedio del Comité ejecutivo, establecerá un constante enlace con el Negociado de Inspectores municipales de Sanidad. A estos efectos:

1.º Los inspectores municipales de Sanidad deberán dirigir sus peticiones al Negociado por conducto de los organismos de la Asociación, y siempre que se considere necesario, el Negociado solicitará el informe del Comité ejecutivo de la misma.

2.º Los organismos de la Asociación Nacional del Cuerpo de Médicos Titulares Inspectores Municipales de Sanidad informarán las solicitudes de expedición de Títulos cuando el Negociado estime conveniente dicho informe para justificar el derecho que se alegue por los peticionarios.

3.º Competerá a la Asociación Nacional elevar a la Dirección general de Sanidad las propuestas del personal afecto al Negociado.

### TÍTULO III

#### FONDOS DE LA ASOCIACIÓN

Art. 41. Constituirán los fondos de la Asociación:

- 1.º Las cuotas que se fijen por la Asamblea de representantes.
- 2.º Los donativos, legados y bienes que Corporaciones o particulares le cedan, así como las subvenciones que le sean concedidas y los ingresos que obtenga con las organizaciones que cree.

Art. 42. La recaudación de cuotas se llevará a efecto por las Juntas provinciales, las cuales remitirán al tesorero del Comité ejecutivo las cantidades recaudadas.

Art. 43. Con los ingresos obtenidos se atenderá a los gastos generales de la Asociación.

Se considerarán gastos de la Asociación:

- a) Organización y celebración de la Asamblea ordinaria de representantes.
- b) Reuniones del Comité ejecutivo.
- c) Local social de la Asociación.
- d) Gastos de las Juntas provinciales y de las Secciones de distrito.

Se considerarán comprendidos en el grupo a) los gastos de convocatoria, local y material para la Asamblea de representantes, y los gastos de viaje y dietas de los miembros del Comité ejecutivo y de los representantes que asistan a la misma.

Se considerarán comprendidos en los grupos b) y c) los gastos del local social, material y correspondencia del Comité ejecutivo y los de viaje y dietas de los miembros que asistan a las reuniones.

Se considerarán comprendidos en el apartado d) los gastos de material y correspondencia de las Juntas provinciales y Secciones de distrito y las dietas devengadas por los miembros de dichas Juntas cuando asistan a las reuniones.

Art. 44. Los ingresos de la Asociación serán distribuidos en la siguiente forma:

El 50 por 100 será remitido a la Tesorería del Comité ejecutivo para los gastos consignados en los apartados a), b) y c) del artículo anterior.

El 25 por 100 de los ingresos de cada provincia quedará



en poder del tesorero de la Junta provincial para atender a los gastos de dicha Junta, consignados en el artículo anterior.

El 25 por 100 quedará en poder del tesorero de la Sección distrital para atender a los gastos de la misma.

Por acuerdo de la Junta provincial con las Secciones de distrito, podrán las provincias que lo estimen conveniente alterar la proporcionalidad en el reparto de los ingresos entre las mismas.

Art. 45. La Asamblea de representantes fijará la cuota anual correspondiente al año o años siguientes.

La cuota se determinará en virtud de lo propuesto por el tesorero habida cuenta del presupuesto de gastos.

Art. 46. Las Juntas provinciales y las Secciones distritales podrán establecer en la provincia o en el distrito, cuotas suplementarias, previo acuerdo de los asociados, cuando las cantidades que el artículo anterior les adjudica sean insuficientes para cubrir gastos.

#### TÍTULO IV

##### LABOR CIENTÍFICA, DE PREVISIÓN Y DE COOPERACIÓN

Art. 47. El Comité ejecutivo de Asociación, de acuerdo con las Juntas provinciales, organizará periódicamente Asambleas provinciales o regionales, cuya finalidad será difundir la idea corporativa y propagar las ventajas de la Asociación, así como resolver prácticamente los problemas sanitarios más urgentes de los Municipios y cuanto pueda beneficiar la actuación de los inspectores municipales de Sanidad.

Quando los actos sean organizados por las Juntas provinciales correrán a cargo de éstas los gastos de desplazamiento de los miembros del Comité que asistan a los mismos.

Art. 48. Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior, la Asociación organizará cursillos, conferencias, congresos y cuantos actos puedan contribuir a elevar el nivel de cultura de los inspectores municipales de Sanidad. Será esta labor de la competencia de las Juntas provinciales y del Comité ejecutivo.

Organizará también Bibliotecas en su local social y en los de las capitales de provincia y distrito.

Los cursillos se pondrán bajo el patronato de la Dirección general de Sanidad. Para su organización se solicitarán de dicho Centro la autorización correspondiente y la cooperación de los organismos oficiales sanitarios, con el fin de que puedan otorgarse a los asistentes a los mismos certificados de estudio o de aptitud.

Art. 49. La Asociación tendrá una Sección de Previsión, con Reglamento propio.

Art. 50. El Comité ejecutivo gestionará de la Superioridad el reconocimiento de su Sección de Previsión como organismo oficial de Previsión del Cuerpo de Inspectores Municipales de Sanidad.

Art. 51. La Asociación creará, para sus asociados, organismos de cooperación, en la medida que las circunstancias lo permitan.

Los organismos de cooperación serán organizados por el Comité ejecutivo, previa autorización de la Asamblea de representantes. Una vez creados se considerarán filiales de la Asociación, con Reglamento y medios económicos propios.

#### TÍTULO V

Art. 52. El domicilio social de la Asociación se establecerá en Madrid.

Art. 53. La Asociación Nacional del Cuerpo de Inspectores Municipales de Sanidad tendrá personalidad y capacidad

jurídica para adquirir, poseer, administrar y transmitir bienes de todas clases y representar a los asociados ante los Tribunales de Justicia.

Art. 54. En caso de disolverse la Asociación, sus fondos pasarán íntegros al Colegio del Príncipe de Asturias, para huérfanos de médicos.

V.º B.º: el presidente, *Pedro Arilla*.—El secretario, *Pelayo Martorell*.

## MEDICOS DEL REGISTRO CIVIL

### DIRECCIÓN GENERAL DE LOS REGISTROS Y DEL NOTARIADO

Para su provisión en la forma que determinan el artículo 6.º del Real decreto de 4 de Enero de 1915 y Real orden de 27 de Octubre de 1917, se anuncia la existencia de la vacante de médico propietario del Registro civil del distrito de la Merced, de Málaga, por haber sido aceptada la renuncia del expresado cargo a D. Francisco Cazorla Gómez.

Los médicos propietarios del Registro civil de Málaga podrán solicitar la referida vacante y la que pudiera producirse a causa de la provisión de aquélla en concursante de derecho preferente.

También podrán tomar parte en el concurso, por lo que respecta a la vacante de propietario, que en definitiva no resulte solicitada por ninguno de los facultativos de esta categoría, los médicos suplentes del Registro civil de dicha ciudad a quienes corresponde; entendiéndose que el nombramiento se hará libremente en el caso que no haya concursante.

Las solicitudes, tanto de propietario como de suplentes deberán presentarse en esta Dirección general dentro del plazo de quince días naturales, contados desde el siguiente a la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*.

(*Gaceta del 25 de Julio.*)

## COLEGIO DE HUÉRFANOS

El señor tesorero ha recibido de la señora viuda de García Julián (Zaragoza), 100 pesetas como donativo.

### SECCION OFICIAL

*Sin perjuicio de publicar íntegras las disposiciones oficiales que sean de interés general para nuestros lectores, a continuación adelantamos el resumen de las aparecidas en la «Gaceta»:*

15 Julio.—Gobernación.—Orden disponiendo que en lo sucesivo los funcionarios facultativos encargados de dirigir y vigilar las prácticas de desinfección, desratización y desinsectación, en modo alguno autoricen la realización de éstas si no son llevadas a cabo por personal a cuyo frente, cuando menos, figure uno en posesión del diploma de auxiliar sanitario.

18 Julio.—Gobernación.—Orden aprobando el Reglamento interior para los Asilos de San Juan y Santa María, de El Pardo (Establecimientos de Beneficencia general).

—Otra disponiendo comience por la provincia de Cáceres la organización del tratamiento de los enfermos palúdicos con quinina proporcionada por el Estado.

21 Julio.—Gobernación.—Orden circular dictando las normas que se insertan para las operaciones de desratización y desinsectación de buques por el personal y con el material de las Estaciones sanitarias de nuestros puertos, a tales efectos habilitados.



Instrucción Pública.—Orden disponiendo se convoque, por su provisión en propiedad, al turno de oposición libre, la provisión de una de las Cátedras de Odontología, adscrita a la Facultad de Medicina de la Universidad Central.

Trabajo.—Otra ídem que el personal español sanitario y de servicio que ha de embarcar en los buques autorizados para el tráfico de la emigración española, disfrute los haberes que se indican.

Gobernación.—Dirección general de Sanidad.—Dando disposiciones relativas a la forma en que de ser extendidas y derechos por la expedición de las certificaciones facultativas expedidas por los médicos de Navarra.

25 Julio.—Orden fijando los haberes del personal sanitario y de servicio en los buques autorizados para el tráfico de la emigración española.

## MINISTERIO DE LA GOBERNACION

### Asistencia a enfermos psíquicos

#### DECRETO

La asistencia del enfermo psíquico exige en nuestro país, con gran urgencia, una transformación íntegra de la legislación vigente, reguladora de las relaciones entre aquél y los establecimientos públicos y privados exclusivamente dedicados a este objeto. Los errores tan fundamentales en las disposiciones hoy en vigor, barreras interpuestas sin justificación social o científica alguna a la rápida asistencia del enfermo psíquico por una parte y la cantidad de trabas inútiles y vejatorias para el paciente y sus familiares por otra, impidiendo asimismo una eficaz actuación profesional, agravada con el concepto equivocado y muy extendido sobre el carácter y funcionamiento de los Manicomios, Prisiones más que propias Clínicas médicas, requieren e imponen modificaciones inmediatas que corrigiendo aquella anómala situación, adapten nuestra legislación, sin caer en meras copias de disposiciones extranjeras en la materia, a la altura que las exigencias de la Ciencia psiquiátrica demanda.

Por todo ello, el Gobierno provisional de la República decreta lo siguiente:

#### I

#### Disposiciones generales.

Artículo 1.º Todo enfermo psíquico debe recibir en España asistencia médica, bien privada en medio familiar o bien en Establecimiento psiquiátrico, público o privado, cuya organización técnica corresponda al estado actual de la Ciencia psiquiátrica.

Art. 2.º La asistencia psiquiátrica podrá prestarse en Establecimientos adecuados *oficiales* o *privados*. Se entiende por Establecimiento psiquiátrico (llámese Manicomio, Casa de salud o Sanatorio) todo aquel que admita enfermos psíquicos en número mayor de cinco y cuya dirección técnica esté encomendada a un especialista de probada o reconocida competencia, en posesión del título médico expedido por una Universidad española.

a) Se entiende por Establecimiento psiquiátrico *oficial* todo aquel que sea sostenido directamente por el Estado, las Diputaciones provinciales o los Ayuntamientos.

b) Se entiende por Establecimiento psiquiátrico *privado* todo aquel que sea de propiedad particular o de persona jurídica (laico o religioso).

Art. 3.º La construcción y organización técnica de cada Establecimiento psiquiátrico oficial o privado, deberá atenderse estrictamente a los preceptos que la Psiquiatría moderna

exige y someterse a la aprobación del ministro de la Gobernación, previo informe de la Sección psiquiátrica del Ministerio.

Es condición indispensable para el funcionamiento de todo Establecimiento de esta naturaleza, oficial o privado:

a) Que toda Sección dedicada a la asistencia de enfermos agudos o crónicos en estado de agitación se halle dotada de una instalación de baño permanente.

b) Que en ningún caso, y sin orden explícita del médico, se utilicen medios físicos coercitivos (camisas de fuerza, ligaduras, etc.).

Art. 4.º Todo Establecimiento psiquiátrico público urbano, deberá, a ser posible, tener un carácter *mixto* con un servicio *abierto* y otro *cerrado*.

a) Se entiende por *servicio abierto* el dedicado a la asistencia de enfermos neuróticos o psíquicos que ingresen voluntariamente, con arreglo al art. 9.º del presente Decreto, y de los enfermos psíquicos ingresados por indicación médica, previas las formalidades que señala el art. 10, y que no presenten manifestaciones antisociales o signos de peligrosidad.

b) Se entiende por *servicio cerrado* el dedicado a la asistencia de los enfermos ingresados contra su voluntad por indicación médica, o de orden gubernativa o judicial, en estado de peligrosidad o con manifestaciones antisociales.

En casos especiales, el ministro de la Gobernación, previo informe de la Dirección general de Sanidad, podrá autorizar el funcionamiento de Clínicas y Hospitales psiquiátricos oficiales, emplazados en centros urbanos, con un carácter exclusivamente *abierto*; es decir, no sujeto a la legislación especial para la asistencia del enfermo psíquico, sino al Reglamento general de asistencia hospitalaria.

Los Establecimientos psiquiátricos Dirección general de Sanidad, podrán conservar, si así lo prefieren, un carácter exclusivamente *cerrado* (o de asilo).

Art. 5.º Los Hospitales psiquiátricos oficiales dispondrán, a ser posible, de una ambulancia con personal idóneo para que se haga cargo de los enfermos en el lugar de su residencia, a requerimiento de la Autoridad correspondiente. Cuando no sea posible, utilizarán la de otros centros oficiales que se faciliten.

Las Diputaciones que cuenten con Hospital psiquiátrico fuera de los centros urbanos organizarán en las capitales un dispensario psiquiátrico (consultorio), que funcionará, por lo menos, tres veces por semana.

Art. 6.º Todo Establecimiento psiquiátrico, público o privado, tendrá un Reglamento propio informado por la Dirección general de Sanidad, aprobado por el ministro de la Gobernación, que podrá ser revisado cada cinco años a propuesta del director médico del Establecimiento, según dispone el art. 44 del Reglamento de Sanidad provincial. En este Reglamento constará todo lo referente a régimen interior de los distintos servicios y a la organización científica y administrativa del personal y sus atribuciones.

Art. 7.º Dependiente de la Dirección general de Sanidad se creará en el Ministerio de la Gobernación y en la forma que se considere más adecuada una Sección que, integrada por personal de reconocida competencia, tenga a su cargo la vigilancia e inspección en cualquier momento de todo cuanto se refiere a la asistencia psiquiátrica nacional, así como de los cometidos de la higiene mental en su más amplio sentido.

La inspección de los Hospitales psiquiátricos se realizará, por lo menos, anualmente, recogiendo el inspector las proposiciones y quejas del personal y de los enfermos para aconsejar las reformas que fuesen justas y convenientes.

Esta Sección dispondrá también la organización de Pa-



tronatos provinciales para la asistencia y protección de los enfermos que salgan de los Establecimientos psiquiátricos, y la vigilancia y reglamentación de las organizaciones privadas o públicas de *asistencia familiar* que puedan crearse.

## II

*De la admisión de enfermos  
psíquicos en los Establecimientos psiquiátricos.*

Art. 8.º Todo enfermo psíquico podrá ingresar en un Establecimiento oficial o privado en las siguientes condiciones:

- a) *Por propia voluntad.*
- b) *Por indicación médica.*
- c) *Por orden gubernativa o judicial.*

Art. 9.º El ingreso voluntario de todo enfermo psíquico exige:

a) Un certificado, firmado por un médico colegiado y legalizado por el inspector médico del distrito (subdelegado de Medicina) que tenga registrado su título y su firma, en el cual se declare la indicación de la asistencia en el Establecimiento elegido (podrá servir también un certificado de un médico del Establecimiento donde es admitido el enfermo).

b) Una declaración firmada por el propio paciente en la que se indique su deseo de ser tratado en el Establecimiento elegido.

c) La admisión del enfermo por el director médico del Establecimiento.

d) En los Establecimientos públicos deberá ser justificada por un certificado médico, legalizado por el inspector médico del distrito (subdelegado de Medicina) que tenga registrado el título y la firma el que lo suscribe y los documentos de identidad (cédula, huellas dactilares, carnet, etc.) que se consideren necesarios por la Dirección facultativa.

Art. 10. La admisión por indicación médica o involuntaria de un enfermo psíquico sólo podrá tener el carácter de «medio de tratamiento» y en ningún caso de privación correccional de la libertad. Exige las siguientes formalidades:

a) Un certificado firmado por un médico colegiado debidamente legalizado, en el cual se hagan constar la existencia de la enfermedad y la necesidad de la reclusión. Este certificado expondrá brevemente la sintomatología y resultado de la exploración somática y psíquica del paciente, sin que sea necesario establecer un diagnóstico clínico. Se hará con arreglo a un formulario sencillo y especial para enfermos mentales, que publicará la Dirección general de Sanidad y que será adicionado al documento oficial de certificación.

b) Una declaración firmada por el pariente más cercano del paciente o su representante legal, o por las personas que convivan con el enfermo, si no tiene parientes próximos, en la que se indique expresamente su conformidad y solicitando su ingreso directamente del director médico del Establecimiento, que si pertenece a Establecimientos provinciales lo participará después al presidente de la Diputación. En dicha declaración familiar se harán constar también las permanencias anteriores del enfermo psíquico en Establecimientos psiquiátricos, en Sanatorios o en aislamientos privados.

Las razones para certificar la admisión de una persona en un Establecimiento psiquiátrico serán: la enfermedad psíquica que aconseje su aislamiento, la peligrosidad de origen psíquico, incompatibilidad con la vida social y las toxicomanías incorregibles que pongan en peligro la salud del enfermo o la vida y los bienes de los demás.

Los médicos ajenos al Establecimiento psiquiátrico don-

de es admitido el enfermo, que expidan la certificación de enfermedad psíquica, no podrán ser parientes, dentro del cuarto grado civil, de la persona que formule la petición, de ninguno de los médicos del Establecimiento donde deba efectuarse la observación y tratamiento, ni del propietario o administrador.

La admisión del enfermo deberá efectuarse en un período de tiempo que no pase de diez días, contados a partir de la fecha del certificado médico.

Antes de transcurridas veinticuatro horas de la admisión del enfermo en el Establecimiento, el médico director está obligado a comunicar al gobernador de la provincia la admisión del enfermo, remitiendo una nota-resumen de todos los documentos indicados en los párrafos anteriores y motivos del ingreso. Dicha autoridad ordenará de oficio al inspector médico del distrito (subdelegado de Medicina), donde esté emplazado el Establecimiento, el reconocimiento del enfermo y la remisión del informe correspondiente.

También remitirá el médico director, dentro de dicho plazo, al juez de primera instancia de la última residencia del enfermo, y si ésta fuera desconocida al del distrito del Manicomio, un parte duplicado en el que se hagan constar la filiación del enfermo y el nombre y domicilio del médico que certificó el ingreso, siendo de obligación del Juzgado devolver sellado al Establecimiento el ejemplar duplicado al día siguiente de su recepción.

Art. 11. Cuando un enfermo ingresado voluntariamente presente, a consecuencia del avance de su enfermedad psíquica, signos de pérdida de la libre determinación de su voluntad y de la autocrítica de su estado morbooso, o manifestaciones de peligrosidad, el director del Establecimiento deberá ponerse de acuerdo con la familia o representante legal del enfermo para disponer que se extiendan urgentemente los certificados y notificaciones oficiales correspondientes que señala el art. 10 para los enfermos ingresados por prescripción médica.

Art. 12. En casos de *urgencia* el enfermo podrá ser admitido inmediatamente, bajo la responsabilidad del médico director del Establecimiento, el cual, en el término de veinticuatro horas, comunicará al gobernador de la provincia el ingreso del enfermo acompañando un certificado en el cual se hagan constar las razones de la urgencia del caso. Este certificado podrá ser extendido por uno de los médicos del Establecimiento o por otro ajeno a éste, debidamente legalizado. En el primer caso deberá, dentro de los tres días siguientes al del ingreso, ser ampliado por otro firmado por un psiquiatra ajeno al Establecimiento o, en su defecto, por un médico general. Siempre deberá completarse con los demás requisitos legales mencionados en el art. 10 referente a ingreso involuntario. El gobernador, en este caso, procederá también a tenor de lo dispuesto en el expresado art. 10.

Art. 13. En el caso de que el gobernador de la provincia lo considere oportuno, podrá, sin previo aviso, comprobar mediante el inspector médico del distrito (subdelegado de Medicina), donde esté emplazado el Establecimiento, la situación de cada uno de los pacientes dentro de éste, atendiendo a las posibles denuncias sobre internamiento indebido y transmitiéndolas al Juzgado correspondiente para que exija las responsabilidades que señala el Código penal.

Art. 14. Estas denuncias por internamiento indebido de presuntos sujetos normales, podrán presentarse ante el Juzgado de Instrucción correspondiente a la última residencia del enfermo o ante el gobernador de la provincia donde asiente el Establecimiento psiquiátrico que admitió al enfermo. Ambos oficiarán a la autoridad judicial correspondiente para que incoe el expediente.



Art. 15. Los departamentos hospitalarios oficiales destinados a la admisión de enfermos psíquicos están obligados a remitir a los Establecimientos psiquiátricos adonde se trasladen los enfermos, una copia del certificado de ingreso (art. 10, a) y un resumen del curso de la enfermedad observado durante la estancia del paciente en el citado departamento.

Art. 16. La admisión por *orden gubernativa o judicial* puede tener lugar:

- a) Para observación, en el primer caso.
- b) Con arreglo al artículo correspondiente del Código penal vigente en el segundo caso.

Art. 17. La admisión por *orden gubernativa* para observación podrá ser dispuesta por el gobernador civil o el jefe de Policía en las capitales de provincia y por el alcalde en las poblaciones menores. Tendrá lugar cuando a juicio de un médico el enfermo se halle en estado de peligrosidad para sí o para los demás, o cuando a consecuencia de la enfermedad psíquica haya peligro inminente para la tranquilidad, la seguridad o la propiedad pública o privada, incluso la del propio enfermo. No podrá prolongarse más de un día sin que sea justificada por el certificado del médico director del Establecimiento, y en casos de duda por el del médico forense correspondiente y con arreglo a las formalidades estatuidas en el art. 10, que se cumplirá como en los casos de urgencia.

Art. 18. Todo enfermo mental indigente o de escasos medios de fortuna o que carezca de protección familiar, y cuya psicosis exija por su peligrosidad un rápido ingreso en un Establecimiento psiquiátrico, será admitido sin dilación alguna en los departamentos de observación habilitados en los Hospitales provinciales o municipales, y será considerado como *caso de urgencia*, con arreglo al art. 12 para los efectos de su ingreso, completándose después los demás requisitos del art. 10.

Art. 19. La admisión por *orden judicial* podrá ser dispuesta por la Autoridad judicial correspondiente.

Art. 20. Los enfermos psíquicos sujetos a procedimiento criminal que son ingresados en un Establecimiento por *orden judicial* deberán, igualmente, ir provistos de un informe médico ordenado por la Autoridad que dispuso su ingreso, en el cual se indique con detalle preciso los resultados del examen psiquiátrico a que han sido sometidos con anterioridad por uno o diversos médicos.

Art. 21. Es pública la acción para solicitar de la Autoridad gubernativa o judicial la orden de ingreso forzoso de un enfermo psíquico en un Establecimiento psiquiátrico. En consecuencia, a todo español o extranjero mayor de edad, residente en territorio nacional, compete dicha acción.

El procedimiento para el ingreso forzoso de un enfermo psíquico en estado de peligro, por ser de interés público y estar reclamado tanto para el adecuado tratamiento del enfermo como para la seguridad general y la conveniencia social, *se ha de tramitar de oficio* con la mayor urgencia y supliéndose por la Autoridad o funcionario ante quien se inicie, las faltas o deficiencias de la petición formulada. Bastará la petición de cualquier persona para decretarse la observación, previo informe médico, reclamado con urgencia de los funcionarios sanitarios por la Autoridad ante quien se formule la solicitud.

No existiendo petición, la Autoridad que tenga conocimiento de un caso comprendido en el art. 17, procederá de oficio a decretar la observación, previo el informe de que habla el párrafo anterior. En casos de *notoria urgencia* por inmediata peligrosidad, se podrá ordenar el ingreso gubernativo sin informe previo y con arreglo a los artículos 12 y 18.

Art. 22. En el plazo máximo de *seis meses de observación*, el médico director de todo Establecimiento psiquiátrico está obligado a remitir al Juzgado de primera instancia correspondiente (apartado final del art. 10) un informe en el que consten los resultados del estudio del enfermo ingresado por indicación médica u orden gubernativa o judicial.

Art. 23. Los enfermos psíquicos sujetos al servicio militar recibirán asistencia en los servicios correspondientes, y una vez dados de baja en los Cuerpos respectivos, serán entregados a sus familias, y en su defecto a la Autoridad civil correspondiente para que disponga su ingreso en Establecimientos psiquiátricos, como si se tratase de un caso común. Cuando el enfermo mental esté procesado militarmente, la entrega se hará sólo a la Autoridad civil que haya sido designada previamente por la militar.

Art. 24. Los expedientes de *incapacitación civil* y sujeción a tutela de enfermos psíquicos admitidos en Establecimientos psiquiátricos públicos o privados, se solicitarán al Juzgado de primera instancia de la residencia del enfermo por su representante legal, con arreglo a los artículos correspondientes del Código civil, y el Juzgado oficiará al médico director del Establecimiento para que certifique respecto al tiempo de su observación como trámite complementario a los informes médico-legales de otros facultativos. La responsabilidad penal por certificados falsos de esta índole le incumbe al médico director o su sustituto.

Art. 25. Los médicos directores de los Establecimientos psiquiátricos podrán delegar en los otros médicos del Establecimiento en caso de ausencia o enfermedad.

Art. 26. Todo médico que se haga cargo de la asistencia de un enfermo mental y ésta tome el carácter de *aislamiento involuntario* en asistencia privada o familiar organizada, lo comunicará al gobernador civil de la provincia, dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes a su intervención médica, notificando que se han tomado las medidas convenientes de custodia. La familia o representante legal de un enfermo psíquico *peligroso* que, a pesar de los consejos médicos, no haya tomado las medidas de previsión correspondientes (internamiento, vigilancia particular), son responsables civilmente de las acciones delictivas del enfermo contra la vida de los demás.

### III

#### *De la salida de los enfermos psíquicos de los Establecimientos psiquiátricos.*

Art. 27. La salida o alta de un enfermo psíquico tendrá lugar:

a) En los enfermos ingresados voluntariamente cuando éstos lo soliciten del médico director y cuando lo disponga este último. Sólo constituirá excepción la circunstancia señalada especialmente en el art. 11.

b) En los enfermos ingresados por indicación médica o por orden gubernativa cuando a juicio del médico director haya cesado la indicación de la asistencia en el Establecimiento.

c) Ningún enfermo ingresado por orden judicial podrá salir del Establecimiento sin permiso de la Autoridad que decretó su admisión, a la cual se le notificará previamente la curación del enfermo.

d) Cuando los familiares de un enfermo o su representante legal lo soliciten en debida forma del médico director. En el caso de que la salida del enfermo se halle contraindicada por cualquier circunstancia, los familiares del paciente o su representante legal firmarán una declaración, en la cual hagan constar que, bajo su responsabilidad (según el



# Publicaciones de EL SIGLO MEDICO

## FORMULARIO CRITICO POR LAS CLINICAS DE EUROPA

Obra **extraordinariamente** práctica que por entregas de 8 páginas se publica en EL SIGLO MÉDICO.

Se encuentran a la venta los tomos siguientes:

I **A** 7 pesetas (segunda edición).  
II **BC** (agotado y en reimpresión).  
III **DE** 8 pesetas (segunda edición).  
IV **FGH** 7,50 pesetas.

V **IJKL** 7,50 pesetas.  
VI **MN** 7,50 pesetas.  
VII **O** 7,50 pesetas.  
VIII **P** (hasta **Parto**) 8,50 pesetas.

Tomo IX ha comenzado su publicación en el número del 24 de Enero de 1931.

El número de páginas de cada tomo es variable entre 400 y 800.

Nuestro Formulario Crítico tiene cada día mayor reputación entre los médicos, considerándose como el mejor de los hasta ahora publicados.

Los tomos sucesivos, en cuya confección trabajan varios redactores que conocen y hablan todos los idiomas y disponen de libros de todas las naciones para llevar a la perfección nuestro FORMULARIO, se publica por entregas de ocho páginas encuadernables en nuestra importante Revista **EL SIGLO MEDICO**.

## MONOGRAFÍAS

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

Precio de cada ejemplar, encuadernado, para los suscriptores de EL SIGLO MÉDICO, **1,50 ptas.**

Se envían a reembolso dirigiéndose a **EL SIGLO MÉDICO**, Serrano, 58, Madrid.



PROFILAXIA y TRATAMIENTO

"PER OS"

DE TODAS LAS

**ESPIROQUETOSIS**

**DISENTERIA**

**AMIBICA**

**PALUDISMO**

POR EL

# Stovarsol

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

PRESENTACION

FRASCOS de 28 COMPRIMIDOS a 0.25

FRASCOS de 70 COMPRIMIDOS a 0.05

FRASCOS de 200 COMPRIMIDOS a 0.01

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

**SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE**

—Specia—

MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"

86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3<sup>e</sup>

DREVILL

**D. JAVIER COLL. — Apartado 652. — Barcelona (España).**

# SPASMOSÉDINE

**ANTIESPASMODICO — SEDANTE NERVIOSO**

El primer sedante y antiespasmódico estudiado especialmente para la

**TERAPIA CARDIO - VASCULAR**

Laboratorios DEGLAUDE  
Medicamentos cardiacos especializados.  
**PARIS**

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

# MONOGRAFÍAS

**BIBLIOTECA DE GRAN INTERES  
PRACTICO**

Son por demás **interesantes y económi-  
cas** las obras que publicamos de esta Biblioteca.

**Tomos encuadernados a 1,50 ptas.**





art. 26) y a pesar de la opinión en contra de los facultativos, se llevan al enfermo.

Si el director considerase al enfermo en estado de *peligrosidad*, podrá oponerse a su salida hasta tanto que la Autoridad gubernativa, a la que se habrá notificado el deseo del representante legal, disponga el alta del enfermo.

Art. 28. Todo enfermo psíquico que sea *dado de alta* de un Establecimiento psiquiátrico recibirá un documento del director médico del mismo que así lo haga constar. El médico director comunicará al gobernador civil de la provincia y al juez de primera instancia el domicilio del enfermo, la salida de éste y las circunstancias de esta salida.

Art. 29. En casos de fuga se notificará ésta a la Autoridad gubernativa o policíaca para que se proceda a la busca del enfermo y su reingreso en el Establecimiento.

Art. 30. Cuando el médico director de un Establecimiento psiquiátrico oficial o privado lo considere oportuno, podrá conceder como ensayo permisos o licencias temporales, que no podrán exceder de tres meses. En casos excepcionales también podrá conceder salidas provisionales de una duración máxima de dos años, al final de cuyo plazo se canjearán por el alta extendida en documento especial por el director.

Las condiciones de estos permisos o salidas provisionales son:

a) Los enfermos que salen del Establecimiento en estas condiciones podrán ser readmitidos sin formalidades de ninguna clase.

b) Sus familiares están obligados a remitir al médico director del Establecimiento una relación mensual del estado del enfermo.

c) No podrán negarse los familiares del paciente a que éste pueda ser visitado por el personal médico del Establecimiento o sus representantes si el director del mismo lo estimase oportuno para el buen conocimiento de la psicosis del paciente.

Art. 31. Si la familia de un enfermo *dado de alta* o con licencia temporal no se presentase a recogerlo en el término de cuatro días siguientes a la notificación, podrá aquél ser entregado a la Autoridad gubernativa para que sea conducido a su residencia familiar.

Art. 32. Tanto los familiares del paciente como este mismo podrán elevar sus quejas y reclamaciones relativas a las altas, permisos u otros motivos al gobernador de la provincia o la Dirección general de Sanidad.

Art. 33. El reingreso de todo enfermo psíquico *dado de alta* se efectuará mediante los mismos requisitos que el ingreso. (Véase el art. 10)

Art. 34. La reorganización interior de cada Establecimiento en lo que a las relaciones de los enfermos con sus familiares se refiere, queda al prudente criterio del director médico del Establecimiento, así como la forma y técnica de la asistencia prestada en aquél. Dicha organización será especificada convenientemente en el Reglamento propio del Establecimiento, según dispone el art. 6.º de este Decreto.

Art. 35. El presente Decreto deroga todas las disposiciones referentes a la asistencia de enfermos mentales publicadas con anterioridad.

Dado en Madrid a 3 de Julio de 1931.— El presidente del Gobierno provisional de la República, *Niceto Alcalá-Zamora y Torres*.—El ministro de la Gobernación, *Miguel Maura*. (Gaceta del 7 de Julio de 1931.)

*Inspectores provinciales de Sanidad. Incompatibilidades.*

ORDEN

Ilmo. Sr.: El carácter de las funciones encomendadas, cada día mayores en número, complejidad y movilidad, a

las Inspecciones provinciales de Sanidad, aconsejan desde diversos puntos de vista la pronta y máxima independización de los funcionarios que tales cargos desempeñen, pase primero obligado para la futura dedicación íntegra del Cuerpo de Sanidad a las altas tareas que ahora les competen y pudieran competirles en lo futuro. No podrá derivarse de ello más que grandes y positivas ventajas para el prestigio del Cuerpo y rendimiento de los servicios, y si bien es preciso reconocer que esta medida supone hoy obvios sacrificios económicos por parte de dichos funcionarios, los resultados que ha de producir permiten asegurar que en su día, reconociendo su labor, les serán compensados por el Estado en debida forma, lo que es imposible realizar hoy en las actuales circunstancias presupuestarias.

En su consecuencia, este Ministerio a propuesta de la Dirección general de Sanidad, acuerda:

Artículo 1.º Se prohíbe el ejercicio de la profesión médica a los señores inspectores provinciales de Sanidad que en la fecha de esta disposición perciban gratificaciones como directores de los Institutos provinciales de Higiene y por la Jefatura de los servicios de la profilaxis pública de las enfermedades venéreas y sífilíticas anejos al cargo.

Art. 2.º Queda igualmente prohibida la acumulación de cargos que no sean reconocidos por la Dirección general de Sanidad como anejos a las funciones sanitarias propias encomendadas por el Estado a los inspectores provinciales de Sanidad.

Lo que participo a V. I. para su conocimiento y demás efectos. Madrid, 17 de Julio de 1931.—*Miguel Maura*.— Señor director general de Sanidad. (Gaceta del 18 de Julio.)

## GACETA DE LA SALUD PUBLICA

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 707,3; ídem mínima, 702,8; temperatura máxima, 33º,1; ídem mínima, 17º,2 vientos dominantes, ONO., OSO. y NE.

Abundan en los padecimientos agudos que se han presentado durante la última semana los estados congestivos de los centros nerviosos, del hígado y del aparato circulatorio abdominal y porta. También se han observado congestiones renales, cistitis y cólicos nefríticos. Los padecimientos crónicos del aparato circulatorio en su centro y en sus grandes vasos han ofrecido empeoramientos graves y contribuido a un ligero aumento en la mortalidad.

## CRONICAS

**Forensías.**—En el Juzgado de primera instancia e instrucción de Burgos se halla vacante, por excedencia, la plaza de médico forense y de la Prisión preventiva, de categoría de término, que debe proveerse por traslación, conforme a lo prevenido en el art. 1.º del Real decreto de 29 de Julio de 1915.

Los solicitantes dirigirán sus instancias al presidente de la Audiencia territorial de Burgos, por conducto del juez del partido en que presten sus servicios, hasta el 23 de Agosto.

—En el Juzgado de primera instancia e instrucción de Denia se halla vacante, por defunción, la plaza de médico forense y de la Prisión preventiva, de categoría de ascenso, que debe proveerse por traslación, conforme a lo prevenido en el art. 1.º del Real decreto de 29 de Julio de 1915.

Los solicitantes dirigirán sus instancias al presidente de la Audiencia territorial de Valencia, por conducto del juez del partido en que presten sus servicios, hasta el 23 de Agosto.



**Noticias.**—Se ha celebrado con toda solemnidad la Conferencia Internacional para la infancia africana, convocada por la Unión Internacional de Socorro a los Niños, con asistencia de delegados ingleses, belgas, italianos, así como representaciones negras de África y América y misioneros de las dos principales confesiones.

Se ha decidido constituir en Ginebra un centro permanente de informaciones referentes a la infancia africana, con el objeto de continuar la obra iniciada y convocar, en caso de necesidad, a nuevas conferencias internacionales o regionales de África.

Se han presentado conclusiones sobre diferentes cuestiones, especialmente encaminadas a la lucha contra la mortalidad infantil, la educación y el trabajo de los niños indígenas.

—En el Hospital Broussais (96 rue Didot, París) tendrá lugar un curso de Cardiología del 5 al 17 de Octubre de 1931 bajo la dirección del Dr. Laubry y concurso de renombrados especialistas. El precio de inscripción fijado es de 150 francos. A petición del interesado, los asistentes recibirán al final del curso un diploma.

—El 2 y 3 de Octubre próximos tendrá lugar en París el Segundo Congreso de la Sociedad Científica Francesa de Cirugía Reparadora, Plástica y Estética, en el «Hotel Chambon» (95, rue de Cherche Midi).

La sesión inaugural tendrá lugar el 2 de Octubre, a las dos de la tarde.

Para datos e inscripción, dirigirse al Dr. Dartigues, 81, rue de la Pompe, París, o bien al secretario, Dr. Claoue, 41, rue d'Aviau, Burdeos.

**Curso de Clínica venereológica y enfermedades de la piel**, por el Dr. Alvarez Sáinz de Aja, con la colaboración de los Dres. Bertoloty, Bravo, Cordero, Fernández de la Portilla, Forns, La Rosa, Ruiz de Arcaute y Sanz Benedit.

Fecha, del 3 de Noviembre al 10 de Diciembre de 1931; local, Hospital de San Juan de Dios.

**Programa.**—La experiencia de años anteriores nos ha enseñado que la preparación teórica de los alumnos es sólida y que, por tanto, son innecesarias conferencias o lecciones magistrales; en cambio, la educación clínica es tan insuficiente que no sólo los principiantes, sino prestigiosos especialistas hacen brillantes ejercicios escritos en oposiciones a dispensarios, etc., y sufren tremendas caídas en cuanto se enfrentan con enfermos elementales.

Debido a ello, nuestro propósito es que el curso sea por este año, desde el comienzo hasta el fin, un desfile de enfermos, de cada uno de los cuales se hará completa exploración, comentario clínico y razonada medicación o plan terapéutico.

Dado el contingente que acude a nuestras consultas y hospitalizados en San Juan de Dios, no bajará del millar el número que durante el curso pueda ser visto. Además los alumnos que lo deseen pueden quedar adscritos a los servicios hasta fin de Junio de 1932 para ampliar sus conocimientos.

Los Dres. Arcaute y La Rosa explicarán lo que de laboratorio debe saber el especialista en Dermovenereología.

Observaciones: El número de alumnos será limitado. Precio de la matrícula, 200 pesetas. Para detalles, dirigirse al Dr. Sáinz de Aja, Alcalá, 66, Madrid.

**V Congreso Nacional de Pediatría.**—Granada, del 19 al 23 de Octubre de 1931.

**Proyecto del programa del Congreso.**—Lunes 19 de Octubre: Sesión inaugural. Visita a la Alhambra y Generalife.

Martes 20: Reunión de Secciones. Visita a la Cartuja, Escuelas Manjonianas y Sacro Monte. Zambra gitana.

Miércoles 21: Reunión de Secciones. Visita al Reformatorio de San Miguel. Té de honor ofrecido a los congresistas por el Ayuntamiento y la Diputación.

Jueves 22: Reunión de Secciones. Velada musical organizada por el Centro Artístico.

Viernes 23: Excursión a Sierra Nevada. Banquete de Confraternidad Pediatría en el Hotel del Duque, en la Sierra. Sesión de clausura.

Las solicitudes de inscripción de congresista deberán dirigirse al presbítero de la Comisión organizadora, don Rafael García Duarte Salcedo, Gran Vía, 63, Granada, hasta el día 15 de Septiembre.

Solicítense programas completos y detalles.

**Nombramiento de médicos clínicos del Servicio de Profilaxis.**—Por la Dirección de Sanidad se ha acordado nombrar médicos clínicos del Servicio de la Profilaxis pública de las enfermedades venereosifilíticas, a los señores D. Ramón Hombria Iñiguez, para ocupar la plaza de Córdoba, con la dotación anual de 4.000 pesetas; D. Jesús Arangüena Arangüena, para la de Coruña, con 3.000; don Julio Alvarez Pueyo, para la de Segovia, con 2.000; don Manuel Salmerón Torres, para la de Vitoria, con 4.000, y D. Fernando Martínez Sarmiento, para la de Cuenca, con 3.500 pesetas.

**Vacantes.**—En la *Gaceta* del 24 de Julio se anuncia la plaza por oposición de médico titular inspector municipal de Sanidad del Ayuntamiento de Aller (Oviedo), en armonía con el art. 247 del Estatuto Municipal. Plaza de primera categoría; 4.000 pesetas; 150 familias.

—En la del 25 se anuncian también oposición las de Lloret de Mar (Gerona), 3.ª categoría; 2.200 pesetas; 25 familias y 3.008 habitantes, y la de Romanones (con Armuña de Tajuña) (Guadalajara); 5.ª categoría; 1.475 pesetas; 20 familias.

**XI Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía.**—En Madrid, durante los días del 15 al 18 de Marzo de 1932, bajo la presidencia del profesor De Quervain, de Berna, y la vicepresidencia del Dr. Recasens, tendrá lugar el XI Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía.

El programa científico está constituido por cuatro temas: 1.º Diagnóstico y tratamiento de los tumores intrarraquídeos; 2.º Supuración pulmonar no tuberculosa; 3.º Cirugía del esófago, y 4.º Progresos recientes de la anestesia quirúrgica.

Los congresistas extranjeros visitarán: Burgos, Toledo, El Escorial, Sevilla, Córdoba, Granada, Valencia y Barcelona.

Para más detalles dirigirse al secretario general, doctor Mayer, rue de la Loi, 72, Bruselas.

**En honor de Bacelli.**—Baracelli fué uno de los maestros más ilustres de la escuela médica italiana de la mitad del siglo XIX, y sus discípulos se disponen a conmemorar el centenario de su nacimiento, acaecido en 1832, elevando en su honor un monumento.

Bacelli tomó una parte activa en los asuntos públicos, habiendo sido él quien inauguró la enorme lucha contra la malaria en el «ager romanus». Fué durante mucho tiempo ministro de Instrucción pública, y era también uno de los fundadores de la moderna Facultad de Roma.

Como médico no es posible olvidar que dió nombre a un signo, llamado de Bacelli, signo muy frecuente en la pleuresía. Era también uno de los propagandistas más fervientes de la inyección intravenosa. El tratamiento del tétanos por el ácido fénico intravenoso, método preconizado por él, tiene aun hoy numerosos adeptos en Italia. Fué, en suma, el principal maestro de los primeros clínicos de la Medicina italiana contemporánea, entre ellos de Murri y Ascoli.

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

#### **SULFOBARIUM** (Marca y nombre registrados).

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Unico 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**

**SIL - AL** Silicato de aluminio, fisiológicamente puro.  
Laboratorio Gámir, Valencia. — J. Gayoso, Madrid.

IMPRENTA DEL SUCESOR DE E. TEODORO

Glorieta de Santa María de la Cabeza 1.—Madrid. Teléfono 70.438