

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SÁBADOS

HISTORIAL

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

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

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

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

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..... }



Reconstituyente muy Enérgico

CARNINE LEFRANCO

Jugo de Carne de Buey Cruda

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

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

1 a 2 cucharadas de las de sopa por día

ESTABLECIMIENTOS FUMOUE, 78, Fg Saint-Denis, PARIS



PRIMERA DENTICIÓN

JARABE DELABARRE

Facilita la Salida de los Dientes

Calma los Gritos del Niño

Evita los Accidentes de Dentición

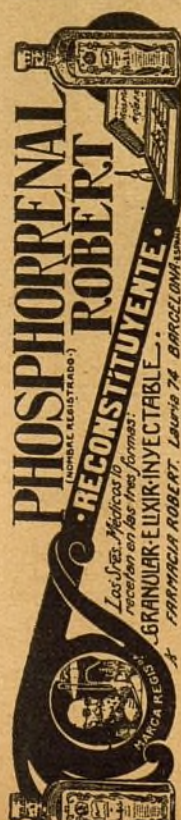
En suaves Fricciones
en las Encías

Establecimientos FUMOUE

78, Faubourg Saint-Denis, Paris



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



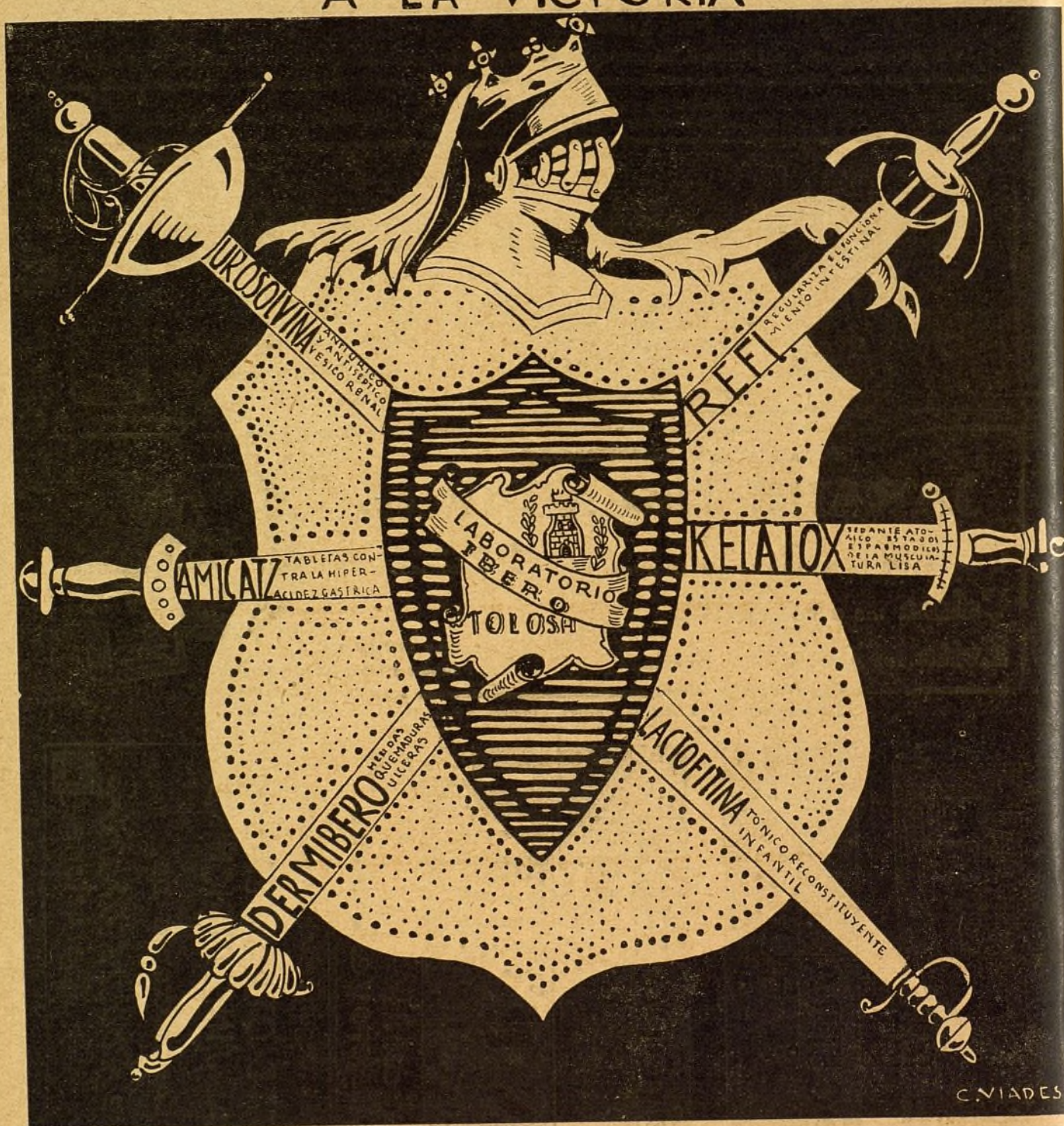
a base de
cacodilato, fósforo y estricnina
en cajas de 1.2.3 ó 4 c.c., según criterio médico

EXISTE OTRA SERIE
IGUAL SIN ESTRICNINA

LABORATORIO DE
José Robert Mestre
Barcelona

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

EN LA LUCHA CONTRA LA ENFERMEDAD
ESGRIMIR EL ARMA ADECUADA CONDUCE
A LA VICTORIA



MUESTRAS Y LITERATURA
A DISPOSICIÓN DE LOS SRS. MEDICOS

la flexión, sea aumentando la deflexión. Si no basta la acción de la mano hay que completarla con el mismo instrumento.

Una vez que la cabeza del feto se encuentra sujeta, hay que hacer las tracciones sobre ella. Para eso, si se toma en las manos un fórceps articulado, se comprende al verle que la tracción hecha sobre los mangos se extiende a lo largo del eje de las ramas, pero por lo mismo no puede actuar en el sentido del eje de las cucharas que es el que se encuentra aplicado según el eje del ovoide fetal.

Ya los primeros autores de fórceps habían observado esta deficiencia y habían propuesto recursos para obviarla, tales como hacer las tracciones con una mano en tanto que la otra apoyada sobre la articulación actuaba de charnela que permitía hacer un movimiento curvo, pero este recurso u otros semejantes no podía resolver el problema. Este fué el motivo de que Tarnier elaborase su sistema de varillas de tracción. Con él, las manos quedan en posición tal que permiten la tracción en el sentido de los ejes de las cucharas y al mismo tiempo la articulación de las varillas de tracción con las cucharas es suficientemente movable para que la cabeza siga el eje de la pelvis con la misma facilidad que si se tratara de un parto espontáneo. Puede decirse que es la cabeza la que guía al fórceps, y no al revés, y que los mangos hacen el efecto de una aguja indicadora.

El tocólogo no tiene sino hacer las tracciones en el sentido que indiquen los dos mangos. Además, cuanto más adecuado sea el sentido de las tracciones, tanto menor será el esfuerzo necesario, puesto que si la dirección de la tracción no es buena, la fuerza que se hace se descompone en dos: una que se anula contra la resistencia de la pelvis y otra que logra el desplazamiento de la cabeza fetal en el sentido en que puede hacerse. Ahora bien; este ahorro de fuerza no significa solamente una comodidad para el operador, que esto poco importaría, sino que cuanto mayor sea el esfuerzo que tenga que hacer, tanto mayor será también la presión que obligue al aparato a ejercer sobre la cabeza del feto para evitar que deslice sobre ella. El único inconveniente que se

Para realizar esta intervención, tras de las precauciones asépticas de rigor coloca el médico a la enferma en posición obstétrica, la anestesia y penetra con dos dedos a través de la vagina hasta el orificio uterino. Allí con esos dos dedos, a través de las membranas, o directamente si la bolsa de las aguas se encuentra ya rota, empuja hacia arriba la parte que tiene tendencia a encajarse, en tanto que la otra mano aplicada a la pared abdominal tiende a hacer penetrar la cabeza en el estrecho superior. Cuando se ha logrado, se conserva esta posición, sea por medio de una faja, sea por rotura de las membranas.

Para transformar una presentación de cara o de frente en una de vértice se actúa con los dos dedos introducidos en la vagina sobre las fosas caninas o sobre la frente, al mismo tiempo que la otra mano trata de hacer descender el occipucio. Si se quiere cambiar una presentación de nalgas en una de vértice se empujan las nalgas hacia arriba con los dos dedos introducidos a través del orificio uterino y en cuanto la pelvis ha salido del estrecho, un ayudante trata de desviarla hacia una fosa ilíaca, según la posición del feto, en tanto que la otra mano del operador empuja simultáneamente la cabeza hacia abajo.

La versión podálica por maniobras mixtas se hace en algunas presentaciones de hombro cuando no se logra hacer descender la cabeza, cuando hay hemorragias graves en el curso de las presentaciones de cara, como tratamiento de algunos casos de placenta previa o cuando sobreviene un accidente en el curso del parto en tanto que la dilatación no es completa aún.

La técnica para este caso es como sigue: la mano izquierda se introduce en la vagina para que sus dedos índice y medio penetren a través del orificio uterino. Al mismo tiempo, la mano derecha colocada sobre el abdomen trata de desviar hacia la derecha de la madre las nalgas del feto. La mano derecha va siguiendo las nalgas a medida que se deslizan, en tanto que con los dedos de la izquierda se va ayudando a través del cuello a hacer el movimiento de rotación que se imprime al feto. Cuando en el curso de esta



rotación del feto se llega a tropiezar con los dedos de la mano interior la rodilla del feto, se enganchan dichos dedos a ella y se llega por ella al pie. Entonces se hace descender dicho pie hasta la vulva y se espera como si se tratase de una presentación primitiva de nalgas. La conducta que se ha de seguir después depende del criterio de cada autor: unos se limitan a esperar que la madre lo expulse por sus propias fuerzas, otros ayudan a dicha expulsión por medio de tracciones ligeras. La versión bipolar debe considerarse como una operación útil que permite corregir una presentación viciosa en los casos de dilatación insuficiente y que, en muchas ocasiones, abrevia considerablemente la duración del parto.

Fórceps. — Es un instrumento destinado a apoderarse de la cabeza del feto y a extraerla. El fórceps es un instrumento de época relativamente reciente. Discutido por Chamberlen, en el último tercio del siglo XVII, no le dió a conocer a nadie. Uno de sus hijos le transmitió en Amsterdam a Roombuyesen en 1693. Mientras tanto, un profesor de Gante descubrió un instrumento parecido, pero cuando Roombuyesen dió a conocer el fórceps de Chamberlen, fué éste el preferido. La construcción de aquel aparato primitivo guardaba alguna semejanza con el actual, pero tenía también diferencias fundamentales. Constraba, en efecto, de dos cucharas fenestradas que se articulaban por medio de un pivote. Ambas eran curvas sobre el plano, cóncavas la una hacia la otra para adaptarse a la cabeza del feto, pero en cambio eran rectas en cuanto a su dirección.

El fórceps aludido se conoce con el nombre de fórceps recto y todavía se fabrican algunos, destinados a su aplicación cuando el feto se encuentra ya en el estrecho interior de la pelvis, que semejan a este fórceps recto. Más tarde se ideó dar a las ramas del aparato, además de la curvadura cefálica ya dicha, una curvadura sobre su borde que permitiera la mejor adaptación de dichas ramas a la dirección del eje de la pelvis. Fué Tarnier quien, en 1877, demostró que el fórceps clásico tenía varios inconvenientes graves, que eran: no permitir las tracciones según el eje de la pelvis, no dejar

en dos mitades simétricas; el segundo es perpendicular a éste y se extiende a lo largo de los arcos cigomáticos y por las eminencias parietales, es decir, casi paralelo al plano que en Anatomía se utiliza para separar la bóveda de la base del cráneo. Llámase el primero meridiano medio y el segundo meridiano lateral. Estos dos nombres conviene retenerlos en la memoria porque a cada momento se presentan en la descripción de la aplicación del fórceps.

La aplicación según el meridiano medio es siempre incorrecta; solamente es posible cuando una rama va a parar a la frente y la otra al occiputo, y por tanto, contrayéndose la norma de que el ovoide cefálico quede cogido según su eje mayor. En cambio, cuando la aplicación se hace según el meridiano lateral, en la presentación de vértice, el extremo libre de la cuchara viene a quedar a nivel del polo mentoniano y el pedículo cerca del occiputo. En la ventana de la cuchara quedan la eminencia parietal, el arco cigomático y a veces hasta el ángulo de la mandíbula. La parte cóncava de la rama está aplicada sobre la oreja en tanto que la parte convexa queda a nivel del borde de la órbita. De modo que cuando se dice que la aplicación ideal del fórceps es de oreja a oreja, se quiere decir que estos órganos son puntos de referencia excelentes para aplicar el aparato, pero no que se deba procurar que queden las dos orejas en las ventanas de las cucharas, porque las orejas se encuentran por debajo del meridiano lateral y, por tanto, no están directamente opuestas.

Si la presentación del feto es de cara, la orientación de la cuchara con relación al ovoide cefálico ha de ser la contraria, o sea que el extremo libre quedará próximo al polo occipital y el extremo opuesto próximo al polo mentoniano; el borde convexo queda también a nivel del borde de la órbita y el cóncavo comprime la oreja, la cual, lo mismo que en la posición anterior, no debe quedar en modo alguno en la abertura de la cuchara. Si la cabeza se encuentra en una posición inermidia entre la flexión y la deflexión, la prehensión ideal solamente será posible cuando se haya corregido con la mano la deficiencia de posición, sea completando

ANTISPASMINA

COLICA

*Pildoras
Queratinizadas
de
Belladona, Valeriana y Papaverina*

MUESTRAS Y FOLLETOS A PETICIÓN

Den 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-diarreicas, 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

Fascos de 40 pildoras

Laboratorio Farmacológico Reggiano

Director: G. RECORDATI - Correggio (Italia)
Representante para España: DR. J. VALLÉS Y RIBÓ - Paseo de Gracia, 75 - Barcelona
Depositario: D. RAMÓN SALA - París, 174.

DE VENTA EN FARMACIAS Y CENTROS DE ESPECIFICOS

Uromil

PODEROSO DISOLVENTE DEL ACIDO ÚRICO, PARA COMBATIR LA URICEMIA Y LAS ENFERMEDADES DEL METABOLISMO



ARTRITISMO

ARTERIOESCLEROSIS

CÁLCULOS

GOTA

REUMA

LABORATORIOS VIÑAS - CLARIS, 71 - BARCELONA

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.

FÓRMULA: 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



SANATORIO NEUROPÁTICO

CARABANCHEL BAJO (Madrid). — Teléfono 116 C.

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

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

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 por el Dr. Gonzalo R. Lafora.



PIROQUINA PELLETIER (nombre patentado)

NOVISIMA MEDICACIÓN
PARA EL TRATAMIENTO
Y CURACIÓN DEL
PALUDISMO, GRIPPE
y todo proceso febril.

Caja de 24 sellos, 7,50 pesetas — Caja de 12 sellos, 4 pesetas.

Ayuntamiento de Madrid

TERTULIA MÉDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

— AMENIDADES —

5 IX 1931

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

Derechos de matrícula para los estudios del Bachillerato.

Ilmo. Sr.: En vista de las aclaraciones solicitadas de este Ministerio respecto a la forma en que ha de percibirse el importe de la matrícula, derechos

EL ANALGESICO VERAMON SCHERING se distingue

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

académicos, de examen, prácticas, permanencias, etc., etc., en relación con el nuevo plan de adaptación de los estudios del Bachillerato vigente para el curso 1931-32, publicado en la *Gaceta de Madrid* del 8 de Agosto del corriente año.

Este Ministerio ordena lo siguiente:
Los alumnos oficiales satisfarán:

En el mes de Septiembre, por matrícula, derechos académicos y de examen, en papel de pagos al Estado, por cada asignatura, 12 pesetas.

Por los servicios de educación y cultura, en metálico, por alumno, 15 pesetas.

Por prácticas voluntarias en las permanencias, cuota por todo el curso, en metálico, por alumno, que abonarán en el momento que el Claustro determine en aquellos Institutos en que se establezcan, 10 a 20 pesetas.

Por repases voluntarios, por alumno, en metálico, 10 pesetas mensuales.

Por prácticas voluntarias de Mecanografía, cuota por todo el curso, en metálico, por alumno, 30 pesetas.

En el mes de Abril, los alumnos oficiales abonarán por cada asignatura, en metálico, 3 pesetas.

Los alumnos colegiados abonarán en Octubre:

Por matrícula, derechos académicos y de examen, en papel de pagos al Estado, 12 pesetas.

Por cada asignatura, en metálico, 5 pesetas.

En Abril, al solicitar examen, por cada asignatura, en metálico, 3 pesetas.

Los alumnos libres, en Abril y Agosto, por matrícula, derechos académicos y de examen, en papel de pagos al Estado, por cada asignatura, 12 pesetas.

Por cada asignatura, en metálico, 8 pesetas.

Por formación de expediente, en metálico, 2,50 pesetas.

Examen final de conjunto del Bachillerato universitario para los alumnos que lo soliciten:

Para verificar el examen de reválida abonarán, en metálico, 25 pesetas.

En caso de repetición del examen, abonarán al solicitar éste, en metálico, 25 pesetas, más un 10 por 100 sobre esta cantidad.

La aplicación de estas cantidades, incluso de 15 pesetas de educación y cultura, será la misma que la establecida en el plan de 1926.

En los casos en que las cantidades destinadas a repases y prácticas de permanencia fueran insuficientes para el establecimiento de estos servicios, los

Diarreas estivales ELDOFORMO

Bayer-Meister Lucius

Claustros lo harán constar así en el presupuesto que eleven al Ministerio.

En tanto se establece la debida reglamentación al Decreto sobre alumnos seleccionados del 7 de Agosto del corriente año, las matrículas gratuitas se concederán con arreglo a las disposiciones vigentes.

La disciplina profesional médica es consentida libremente en Hungría.

REPOSA EFECTIVAMENTE ESTA CIENCIA SOBRE LA AUTORIDAD MORAL DE LA FEDERACIÓN

En otras ocasiones tuvimos la de hablar acerca de los medios disciplinarios de que disponen las organizaciones médicas profesionales en Alemania. Hoy se nos presenta otra fórmula de disciplina médica que llama nuestra atención, y es la que se practica en Hungría.

En dicho país no existe un cuadro corporativo que dependa o, mejor dicho, se halle impuesto por el Estado que sea comparable a las «Cámaras médicas» alemanas. La Federación médica de

Hungría tiene su origen en la libre asociación de los médicos; asociación que en su principio viene a equivaler a nuestros sindicatos. La función disciplinaria que ejerce la repetida asociación no se apoya sobre las fuerzas ejecutivas del Estado, sino que reposa exclusivamente sobre la autoridad moral que ha sabido conquistarse. Por esta razón, la disciplina profesional, a la que están sometidos los médicos en Hungría, es una disciplina libremente consentida.

Antiséptico GLOGENO LUMEN

Muestras gratis.

Centro Farmacéutico Jienense.

Apartado 22. — Jaén.

Los reglamentos disciplinarios que rigen la Federación son, sin embargo, sumamente severos. Dicha entidad ha sabido conquistarse un prestigio que fácilmente haría olvidar su origen «salvaje»; es decir, no oficial ni estadístico.

Ha conseguido ser reconocida por su solo organismo representativo, como si de hecho fuese oficial, del Cuerpo médico del país. Los delegados que ella envía tienen puesto oficial en los diversos órganos ejecutivos del Estado y los Municipios y su advertencia tiene carácter de autoridad en las cuestiones de higiene social y delega un determinado número de miembros permanentes en el Senado (Alta Cámara no electiva).

El número de médicos que no pertenece a la Federación es apenas perceptible. Ser rechazado de ella equivale a una condena social muy grave, puesto que los que ella excomulga moramente han quedado muertos, según expresión corriente del país. La empresa disciplinaria de la Federación sobre sus miembros, por lo que se ve, es muy considerable.

En 1900 la Federación adoptó un conjunto de reglas deontológicas que constituyen lo que podría llamarse la carta médica, puesto que en ella se contienen

TREPONEMOL SÍFILIS

las bases legislativas de los procedimientos disciplinarios

En suma, en ella se contiene la exégesis de los principios hipocráticos de conducta médica aplicados a las exigencias de la vida moderna. Partiendo de la comprobación de que en la práctica de la Medicina «nuestros conocimientos están la mayoría de las veces al arbitrio



ciales abonarán por cada asignatura, en metálico, 3 pesetas.

Los alumnos colegiados abonarán en Octubre:

Por matrícula, derechos académicos y de examen, en papel de pagos al Estado, 12 pesetas.

de cada cual», establece la obligación del secreto médico, define las reglas precisando las relaciones entre el enfermo y el médico, entre los médicos entre sí (ingerencias, consultas, reemplazos, dicotomía, etc.) y regulariza la conducta que debe seguir el médico con el público.

Establezcamos, sin pretender ser completos, algunos enunciados de esta carta fundamental:

«El hecho de encubrir a un charlatán con su título constituye la falta más grave cometida con el honor profesional.»

«El médico se cuidará muy bien de

Inapetencia, Anemia, Debilidad

VINO MADARIAGA, tónico - fosfatado.

quitar los enfermos a un compañero valiéndose de un reemplazo».

«A falta de condiciones previas y particulares, el médico que suceda a un compañero difunto pagará todos los honorarios que perciba de los clientes del muerto, durante un año, a la viuda y a los huérfanos del colega.»

«La dicotomía es considerada como contraria al honor profesional.»

LA PUBLICIDAD MÉDICA

En lo concerniente a las relaciones del médico con el público, ofrece también sus cuidados, aun en los casos gratuitos, por el camino de los anuncios, de conferencias, de folletos, de artículos de periódicos o cualquiera otro medio de publicidad, se encuentra prohibido. La publicación de atestaciones (attestations), dadas o recibidas, en los periódicos; la aplicación de cuadros insignias propios para inducir en el error al público son prohibidos, así como también lo son los tratamientos por correspondencia.

LA COMISIÓN DE LA PRENSA

A este respecto, la Federación aún ha ido más lejos con la creación, en 1928, de una Comisión permanente de la Prensa. Esta Comisión vigila evidentemente y en primer lugar las infracciones al Reglamento dicho más arriba, pero ensancha su esfera de atención a todas las publicaciones de orden médico apareci-

Lactofitina: reconstituyente infantil.

das en la gran prensa de información. Tiene asegurada la adhesión de los colaboradores médicos de todos los grandes diarios. De este modo prohíbe la publicación de novedades médicas fantásticas, embusteras o erróneas nacidas allí o provenientes de países extranjeros. Ejerce también una especie de censura previa, publica en toda ocasión las rectificaciones necesarias e informa al público sobre ciertos puntos de actualidad médica. Mantiene estrechas relaciones de colaboración con la Agencia de informaciones húngara (M. T. I.) y las estaciones emisoras de T. S. H.

EL JURADO

Y EL PROCESO DISCIPLINARIO

Volvamos nuevamente a la función disciplinaria de la Federación. La Federa-

ción nacional mantiene un jurado regional en cada provincia.

Este jurado permanente, reeligido todos los años, se compone únicamente de médicos, miembros de la Federación

ALBUMINURIA

«Stroarsil» — Muy eficaz.

Laboratorio Coll Olivé, París, 111, Barcelona

y en número de tres. Puede ordenar una encuesta o conformarse sencillamente con una audiencia verbal. La parte civil, cuando se trata de una persona extraña a la Federación, debe hacerse representar por un médico miembro de ésta. La acusación está asumida por un miembro delegado de oficio; el médico inculcado puede ser asistido por un compañero en calidad de defensor. Luego todos los presentes son médicos miembros de la Federación.

La audiencia es estrictamente confidencial y se mantiene a puerta cerrada. No existe, en cambio, la prestación de juramento, pero el presidente del jurado puede pedir la garantía de la palabra de honor.

Las penas aplicadas son: en primer grado, desaprobación; segundo grado, amonestación, y en tercer grado, exclusión de la Federación. Como penalidad agravante, pudiendo ser asociada a cada uno de los tres grados, se puede ordenar la publicación del juicio (texto comple-

ION-CALCINA

PALLARES

A base de Cloruro de Calcio.

FRASCO E INYECTABLES

to) en el periódico oficial de la Federación.

En la apreciación de las responsabilidades el jurado se inspira por las reglas deontológicas enunciadas ya en la carta reglamento; pero apreciados los hechos con toda libertad de conciencia y lejos de todo ligamento a la carta, determina las penas que den lugar a ello.

La apelación del juicio deberá ser pedida ante el jurado de apelación, compuesto por siete miembros elegidos por la generalidad de los jurados regionales que constituyen la Federación nacional.

Tiene lugar entonces la revisión del proceso, y el inculcado puede aportar a él hechos, documentos o pruebas nuevas no establecidas durante el curso del primer proceso y en segunda instancia.

Inútil es decir que se encuentran de talladas todas las precauciones apetecibles en la constitución de los jurados para evitar toda incompatibilidad.

La exclusión de la Federación tiene un alcance moral propio para hacer imposible la vida social y la práctica mé-

JARABE ALMERA

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

dica al compañero encausado. Constituye, pues, un arma invencible. Para colmo de ello la práctica de las cajas, que son el origen más importante de la actividad del médico húngaro, y los con-

tratos colectivos hacen perder al médico su situación profesional.

Todo este procedimiento disciplinario es de orden puramente moral. Es bastante elástico desde el momento que no se aplica más que a las penas marcadas por hechos bien definidos. Pero el solo hecho de estar ausente en él todo formalismo permite la apreciación puramente moral, en conciencia de los hechos reprochados a un charlatán. El jurado, lejos de calificar en el sentido jurídico corriente, interpreta los hechos y se conforma con la moral tradicional y a la vez con la conciencia médica actual. — M. P.

Fábrica especializada en Productos Dietéticos y de Régimen Vegetariano.

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

Al Gobierno y sus diputados médicos.

Por una iguala mezquina debida y regateada entre odio, ofensas e inquina, ejerció la Medicina el sabio Dr. Moncada.

Era un pueblo sevillano fanatizado en extremo cuanto en religión profano, corruptor del castellano y, por costumbre, blasfemo.

Usureros inclementes, caciques de vuelo bajo de otra voluntad pendientes, taberneros y clientes desertores del trabajo.

Ya gigantes, ya pigmeos se transformaban cobardes de idolatras en ateos entre libantes copeos e hiperbólicos alardes.

Con alcoholica bravura el honor ajeno oprimen, forjando, con savia impura, la calumnia, la impostura, el despojo y hasta el crimen.

Y asociado el ricachón al que no tiene dinero, como lobos en montón sólo buscan la ocasión de zaherir al forastero.

Y forastero el doctor, aunque digno y tolerante como benigno acreedor, era blanco del rencor de la turba maleante.

Por no pagarle, inventaban mil calumniosas diatribas que su honor mortificaban, y ebrios de rabia lanzaban deshonrosas invectivas.

Fingen adhesión y halago entre copas de aguardiente, mientras forjan, con estrago, de agradecimiento en pago, un infamante expediente.

Para ello cuentan seguras mil falsas declaraciones que inventan las imposturas inconscientes y perjuras de tan ínclitos bribones.

Así atacan y saquean a los que por noche y día en sus docencias emplean, y sus lágrimas orean como heraldos de alegría.

SIGUE A LA PAGINA XVI

LABORATORIO FARMACÉUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

DIRECTOR: D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA
ESPAÑA

Jarabe Bebé

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

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

Tetradínamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

Insustituible en la terapéutica de las enfermedades infecciosas. Estimulante general de las defensas orgánicas a base de colestérina, 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.

Mutasán

(INYECTABLE)

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

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación de ferrocarril.

LABORATORIOS CAMPOS FILLOL
VALENCIA

LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal.

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

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

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día.

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

LACTOBULGARINA

La SUDACION CIENTIFICA por el baño
de vapor supervaporizado y medicamentoso

100 hasta 400 grados de calor **sin quemar la piel.**

APARATO PORTATIL: Peso, 2 kilos.

RECOMENDADO por las más altas autoridades médicas, **Dr. CURIE**, etc., como el BAÑO más perfecto, más eficaz, cómodo, barato y sencillo.

NO DEBILITA. LIMPIA Y REFRESCA
la sangre.

REGULARIZA LA CIRCULACION, LA FUNCION CARDIACA, cura las palpitaciones.

SUPERA todos los métodos balneoterápicos conocidos.

PRODUCE — esto es lo más asombroso — a un tiempo los tres elementos contrarios: CALOR HÚMEDO, CALOR SECO, AIRE CALIENTE, lo que garantiza los más notables efectos terapéuticos, especialmente en ARTRITISMO, REUMA, GOTA, CIÁTICA, NEURALGIAS, OBESIDAD, ENFISEMAS, BRONQUITIS, ATONIAS, INFLAMACIONES, CONGESTIONES, INTOXICACIONES, ESTREÑIMIENTO, CIRCULACION DEFECTUOSA, etc.

Es el **mayor destructor** de bacilos mediante el calor en estado gasoso de altísimo grado, calor que se filtra profundamente en los vasos.

El **más eficaz purificador.** Verdadero tónico del CORAZON

Enviamos gratis a los señores médicos literatura de este notable invento.

LABORATORIOS :: 331 Apartado de Correos 331 :: SEVILLA

KALOGEN

Solución de compuestos halogenados de calcio.

Fórmula por 100 c. c.

Cl ₂ Ca	0,295 gramos.
Br ₂ Ca	0,520 "
I ₂ Ca	0,752 "
H ₂ 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.**

SANOCAL intramuscular

SANOTION

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

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

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

Director honorario: Excmo. Sr. D. ANGEL PULIDO

REDACTORES:

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

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

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

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

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

Redactor Jurídico: **A. CORTEZO COLLANTES**

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

PROGRAMA CIENTIFICO:

Lema: *Progressi sumus, progredimur, progrediemur.*

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

SUMARIO: Sección científica: Nota previa sobre un caso de divertículo esofágico, por el Dr. G. Durán.—Universidad Central. Facultad de Medicina: Asma y tratamiento por vía endobronquial (Tesis para aspirar al grado de doctor), por F. Fernández Arratia.—Información científica extranjera: Crónicas sifilográficas: Las sífilis sin chancreo, por el profesor Milian. Adaptación castellana del Dr. Tomé y Bona. Bibliografía.—Periódicos médicos.

Nota previa sobre un caso de divertículo esofágico

POR EL

DR. G. DURÁN

De Sanidad Militar y Beneficencia municipal de Madrid.

Las afecciones del esófago están dominadas todas ellas por el síndrome estrictural con los trastornos de deglución a él inherentes. Puede afirmarse, sin temor a exageración, que, en definitiva, ante un complejo esofágico no bien definido, el clínico piensa, y acaso muy justamente, que está ante un esófago estrechado cuya causa resulta en ocasiones muy difícil determinar.

De ordinario, en la práctica, al intentar enjuiciar las alteraciones del mecanismo de la deglución, no se discuten más que dos grandes grupos de posibilidades diagnósticas: o se trata de una estrechez espasmódica, o bien el enfermo padece una genuina estenosis orgánica cicatricial, o quizás neoplásica, ya sea intrínseca o extrínseca.

En tesis general, está bien que se piense de este modo; pero clínicamente hay que admitir que existen otros procesos que si desde el punto de vista anatómico no pueden incluirse en el gran capítulo de las

afecciones que conducen a una reducción del calibre esofágico, es lo cierto que pueden manifestarse por síntomas que se superponen de modo evidente al cuadro clínico de la estenosis.

Nos referimos en primer término a trastornos del mecanismo nervioso de la deglución por afecciones centrales y periféricas, del sector nervioso que interviene en el reflejo esofágico deglutorio; tal ocurre, por ejemplo, en las afecciones bulbares tipo parálisis bulbar progresiva, o bien en las neuritis periféricas preferentemente vagas.

Pero también puede conducir a alteraciones de tipo estenosante otra afección orgánica de esófago que, en correcta nomenclatura quirúrgica, no puede (y desde luego tampoco en la anatómica) considerarse como estrechez: nos referimos a los divertículos esofágicos.

Efectivamente, genuinos divertículos pueden permanecer latentes durante mucho tiempo y revelarse tardíamente por síntomas del todo análogos a las genuinas estrecheces. Hasta tal punto es cierto esto, que nosotros hemos observado recientemente un caso diagnosticado por clínicos muy expertos de evidente estrechez, y en realidad se trataba de un divertículo que comprimiendo la pared esofágica conducía a la estenosis.

Hemos de apresurarnos a hacer notar que el diagnóstico de divertículo ofrece en muchos casos grandes dificultades, no sólo por la relativa rareza de los verdaderos divertículos, sino también porque el síndrome clínico, y aun el radiológico, pueden abonar la hipótesis de la estrechez clásica y mejor caracterizada. En términos generales, quizás pudiera admitirse que en presencia de un enfermo con trastornos del mecanismo de la deglución, que evolucionan desde larga fecha sin comprometer seriamente la ingestión de alimentos, y que la anamnesis y la exploración clínica permiten eliminar las estrecheces orgánicas y funcionales, podemos pensar con alguna probabilidad en el diagnóstico de posible divertículo.

Es de este modo como hemos orientado el juicio clínico en un caso de observación reciente, que había dado lugar a más de un error diagnóstico, y que por juzgarlo de algún interés vamos a referir a continuación:

N. B., dieciocho años, natural de Talabán (Cáceres), profesión barbero, soltero. Antecedentes hereditarios: madre muerta hemorragia cerebral; padre sufre gastropatía neoplásica maligna. Tres hermanos, dos muertos de meningitis bacilar. (?)

Antecedentes enfermo: Enfermedades infancia, escarlatina que deja un estado de nefrosis bien tolerada; tifus de forma grave que llevó al enfermo a un estado de debilitación extrema. Catarros frecuentes que se acompañan de tos seca y matizante.

Antecedentes enfermedad actual: A los tres meses empiezan los primeros trastornos, por vómitos casi constantes después de mamar, que son atribuidos a intolerancia para la leche materna, aconsejando el médico lactancia artificial que en principio es mejor tolerada, pero sin que por ello desaparecieran los vómitos, que posteriormente, y ante su insistencia, el propio médico tiende a referirlos a estrechez congénita de píloro. Las dificultades para la alimentación determinan en el niño frecuentes alteraciones gastrointestinales de estreñimiento y diarrea. A los doce años le hacen radioscopia y diagnostican una estrechez pilórica cicatricial proponiendo la intervención quirúrgica consiguiente que no es aceptada. Ante la persistencia de los vómitos, consulta a un eminente internista que intenta extraer jugos sin conseguirlo, por imposibilidad de introducir la sonda, que de momento atribuye a espasmos esofágicos dada la constitución emotiva general del enfermo. Le someten a régimen de úlcera mitigado, que hace perder al enfermo en quince días que estuvo sometido al plan más de 3 kilogramos de peso; al propio tiempo los vómitos, si bien menos frecuentes, no desaparecieron totalmente.

Estado actual: Enfermo con desarrollo insuficiente; talla, 1,56; peso, 48 kilogramos. Aspecto enfermizo, triste, pálido y expresión fisionómica de angustia y labilidad emotiva. El interrogatorio de los distintos aparatos constata leves molestias respiratorias por bronquitis crónica, así como ligeros fenómenos de disistolia que de momento atribuimos a cardiopa-

tía de adolescente. Pero sobre todo aparecen en primera línea trastornos evidentes de la deglución; el sujeto refiere que al tragar nota dificultad en el paso del bolo alimenticio, teniendo que adoptar en ocasiones determinadas actitudes que faciliten la deglución; desde luego, los trastornos se exageran y acentúan con la alimentación sólida. No obstante, en ciertas ocasiones la deglución es mucho más fácil y apenas va seguida de vómitos.

La exploración de cuello no revela tumoración, deformidad, ni nada anormal aun en el momento de la deglución. Intentamos el paso de la sonda esofágica sin conseguirlo, quedando detenida a nivel de las séptima y octava vértebras dorsales. La auscultación del ruido deglutorio es confusa. Hacemos radioscopia primero con sello de bismuto para descubrir un posible obstáculo grosero deglutorio, quedando detenido al mismo nivel que el extremo de la sonda. De momento hacemos un diagnóstico de estrechez.

Posteriormente hacemos radioscopia con papilla y vemos que al propio tiempo que se detiene se va dibujando al lado mismo de la estrechez una bolsa del tamaño de una nuez a la altura de esófago torácico a nivel de las séptima y octava vértebras dorsales. Una vez llena la bolsa, los trastornos de disfagia llegan al máximo, al propio tiempo que se inician regurgitaciones de papilla que imposibilitan la continuación de la observación radioscópica. Se obtiene entonces la radiografía adjunta que demuestra claramente una imagen diverticular.

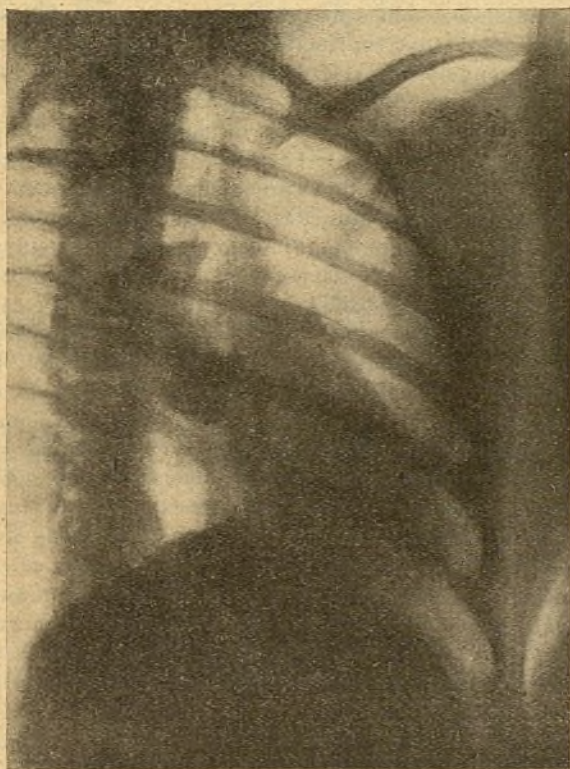
Por fin el Dr. Alvarez Pérez practica una esofagoscopia que da este resultado: La exploración muy difícil de practicar por los espasmos repetidos de esófago y el nervosismo del enfermo, no ha sido posible constatar la entrada del divertículo y si solamente una porción estrechada con infiltración ligera de mucosa que produce una secreción mucosanguinolenta. La excitabilidad del enfermo impide continuar la exploración.

Un hecho debemos de hacer constar: después de la esofagoscopia nuestro enfermo experimentó una evidente mejoría, siendo posible la alimentación incluso de sólidos. Sólo hemos de advertir que consecutivamente a esta maniobra exploratoria el enfermo expulsó unas concreciones semiblandas de olor agrio a manteca rancia y teñidas de moco sanguinolento: su composición podía referirse a restos de alimentos que habían sufrido la fermentación butírica. Lo probable es que estos pseudocálculos llenaban el divertículo y en las maniobras del extremo del tubo esofagoscópico se produjo un verdadero masaje del contenido diverticular que determinó su vaciamiento. Cualquiera que sea la explicación, el hecho es que la luz del esófago fué restablecida, tal vez por desaparecer el agente compresor representado por el divertículo repleto.

Un hecho evidente es preciso admitir: que el trastorno disfágico se presentó a poco de nacer, en forma de vómitos pertinaces que hacían pensar muy lógicamente en una estrechez pilórica congénita, dado

que esta afección es de hecho más frecuente que una estrechez esofágica en su más amplio sentido.

No puede descartarse de plano que en un principio se trataba de una estrechez congénita del esófago, y el Dr. J. M. Medinaveitia refirió recientemente un caso en una muchacha de diecinueve años con crisis disfágicas desde la infancia, y que el examen radioscópico reveló la existencia de una estrechez sin aditamento de otro proceso. Ahora bien: ¿es posible que por encima de la parte congénitamente estrechada se desarrollara lentamente un divertículo por el mecanismo de los llamados de propulsión? Es decir, que el enfermo podía padecer en los primeros tiempos de su vida una genuina estrechez congénita que determinara los vómitos pertinaces que domina-



ban en un principio el síndrome clínico. Más tarde la acumulación de alimentos por encima de la estrechez determinó la dilatación gradual de un sector de la pared esofágica que condujo a la formación del divertículo epibronquial.

Realmente la patogenia del divertículo torácico, aparte el factor inflamatorio, es muy difícil de explicar. En rigor, en nuestro caso no puede desecharse en absoluto la posibilidad de una adenopatía traqueobronquial que haya determinado posteriormente la retracción de la pared esofágica y el consiguiente divertículo. Pero es preciso reconocer que los divertículos originados por este mecanismo son ordinariamente simples depresiones infundibuliformes, cuya profundidad apenas pasa de algunos milímetros, que no dan apenas síntomas clínicos y constituyen en la mayoría de ocasiones hallazgos de autopsia.

Por eso, y a pesar de su situación intratorácica,

lo probable es que en nuestro caso, dada la forma sacular del divertículo y su ruidosa expresión clínica, se trate de un divertículo por propulsión supra-estrictural.

Quizás pudiéramos orientar la patogenia de nuestro divertículo en la siguiente forma: Es sabido que existen diferentes hipótesis para interpretar la verdadera significación morfológica de las porciones estranguladas y dilatadas del esófago. Dejando de lado la opinión de Mouton, que considera las estricturas y ectasias esofágicas como restos de la soldadura entre la porción ectodérmica y entodérmica del esófago, nos parece desde luego más verosímil el sentir de Morosow, que considera los estrechamientos que se observan de trecho en trecho en el esófago como resultado de la compresión que sobre el mismo ejercen los órganos subyacentes; así ocurre que el estrechamiento diafragmático sería resultado de la compresión ejercida sobre el sector correspondiente del esófago por el anillo muscular del diafragma; del mismo modo el estrechamiento aórticobronquial marca la compresión del esófago por aorta y bronquio izquierdo. En nuestro caso esta teoría podrá a lo sumo permitir interpretar la estrictura subyacente al divertículo como resultado de la compresión ejercida sobre el esófago por los órganos del mediastino posterior; sería en definitiva un estrechamiento cardíaco que se sabe no es del todo infrecuente.

Con todo, nos parece que en el terreno de la interpretación morfológica la opinión que más concuerda con la realidad es la que Mehnert comunicó a la Sociedad anatómica alemana, considerando los estrechamientos esofágicos como el reflejo externo de la constitución metamérica de este órgano. Se sabe que Mehnert describe 12 segmentos esofágicos limitados por 13 estrechamientos vascularizados por otras tantas arterias y en relación con las 12 vértebras dorsales. Es indudable que esta interpretación es muy sugestiva, y aunque está falta de investigaciones complementarias, es lo cierto que esta manera de pensar nos explica dos hechos de observación: uno, la aparición, en no importa qué punto del esófago, de una estrangulación que no guarda relación con ningún agente compresor extrínseco, y otro el que estos estrechamientos sean con alguna frecuencia congénitos. En este sentido es incuestionable que nuestro caso pudiera corresponder a un proceso de malformación congénita, o dicho de otro modo, a un estrechamiento metamérico que determinó inmediatamente por encima la dilatación parcelaria de la pared esofágica y consecuentemente el divertículo.

Es solamente de esta manera como podemos interpretar el hecho de que los trastornos de la deglución aparecieran tan precozmente, correspondiendo a una malformación congénita de tipo estrictural en relación con un estrechamiento metamérico.

Posteriormente los trastornos disfágicos de origen estenótico fueron substituidos por los correspondientes a una formación diverticular secundaria a la estrechez congénita primitiva.

Universidad Central.—Facultad de Medicina.

ASMA Y TRATAMIENTO POR VÍA ENDOBRONQUIAL

Tesis para aspirar al grado de doctor

POR

F. FERNÁNDEZ ARRATIA

Terminada y presentada en Mayo de 1930.

PRÓLOGO

Las enfermedades alérgicas, cada vez más frecuentes, no porque vayan en aumento, sino porque se estudian mejor y se diagnostican más casos, son un problema algo obscuro hoy, pero en el que se va adelantando grandemente.

La multitud de asmáticos que por doquier se ven y los escasos medios de que disponemos para obtener éxito es lo que me ha inducido a aportar unos ensayos estudiando el problema hacia el punto de vista de la curación.

Si muchos han sido los medios empleados para combatir el asma, puede decirse que ninguno ha dado el resultado apetecido.

Los estudios que hoy se hacen por los Dres. Jiménez Díaz y Sánchez Cuenca han de contribuir mucho para esclarecer el problema de las sensibilizaciones.

Por mi parte, he llevado a cabo la terapéutica endobronquial del todo distinta a la hasta hoy empleada, basándome en que los medicamentos llevados directamente a la mucosa podrían modificarla. Así ocurre, en efecto, y sin que dejemos a un lado la desensibilización del enfermo, nos encontramos con que la medicación endobronquial es no sólo útil, sino casi imprescindible.

El día que se hayan ensayado medicamentos en gran escala y se conozca la acción de cada uno de ellos para poderlos emplear racionalmente en el tratamiento del asma por vía intrabronquial, y a la vez esté dilucidado el asunto de la desensibilización, podrá considerarse resuelto el problema, pues se podrán emplear los dos medios combinados, con lo que se curarán la mayoría por no decir todos los asmáticos.

Al principio de mi trabajo, y para mejor orientación, doy algunas nociones de asma, extendiéndome algo en lo referente al diagnóstico.

Es mi opinión que para tratar bien a un enfermo lo primero que hay que saber a ciencia cierta es su enfermedad, pues si no, estaríamos en un todo desorientados, no llegando al resultado apetecido. Divido mi labor en capítulos, tratando ligeramente del asma, alergia y anafilaxia, diagnóstico, pronóstico y tratamiento por vía endobronquial, y un apéndice con el tratamiento del acceso asmático.

Acerca de la terapéutica del asma, endobronquialmente se ha hecho y escrito muy poco, debido quizá a la dificultad que ha habido para la introducción de medicamentos en el árbol respiratorio.

Y ya dichas estas palabras a modo de prólogo, en las que se esboza un programa a la ligera, sólo me resta desde estas cuartillas dar las gracias a todos los que han

contribuido con sus enseñanzas a que desarrolle el trabajo, y muy principalmente al Dr. García Vicente.

A todos mi eterno reconocimiento.

EL AUTOR.

ASMA: DEFINICIÓN, HISTORIA

La palabra asma se ha empleado y se emplea todavía hoy para designar estados disneicos de muy diversos orígenes, pero no hay que confundir el verdadero estado asmático con crisis de sofocación de otras enfermedades.

Etiológicamente la palabra asma quiere decir disnea; pero sólo se debe considerar por asma aquella disnea que se presenta en forma de bruscos accesos, dilatación aguda pulmonar, expectoración característica y eosinofilia de la sangre.

El asma es conocida desde los tiempos más remotos. En 1694 sir Jhon Floyer escribe el tratado del asma y da una autopsia de enfisema señalando como causa del asma espasmódica «una contractura de las fibras musculares de los bronquios». Carl Gerhardt de Speyer, en 1833, estudia algo de las disneas y Eduard Heinrich Henoch, de Berlín (1876), describe el asma dispnéica; Biermer explicaba el asma por un estrechamiento súbito de los bronquios pequeños y mínimos producido por contracción tónica de los anillos musculares. Bretonneau llamaba al asma epilepsia del pulmón. Laënnec establece su autonomía con el nombre de asma esencial. Aparecen trabajos de Trousseau que consideraba el asma como una afección nerviosa y la aproximaba a la coqueluche. Parrot, que hacía de ella un ataque de nervios secretorios; Feret, una modalidad de la epilepsia; Germain Sée daba a entender que se trataba de una neurosis localizada, condicionada por una excitabilidad exagerada o perversa de los centros respiratorios bulbares y accionada por excitaciones reflejas pulmonares u otras. También Gueneau de Mussy, Duclos de Tours, Jaccoud y otros estudian el asma desde distintos puntos de vista. Bouchard une el asma a su concepción general de enfermedades por retardo de la nutrición, y no hace mucho Brissaud definía el asma como una neurosis respiratoria caracterizada por crisis de disnea paroxismal generalmente acompañada de trastornos vasosecretorios de las mucosas de las vías aéreas.

Los descubrimientos de C. Richet en 1902 de la anafilaxia orientan los nuevos estudios sobre el asma en un sentido diferente (Langlois 1906, Billard 1907 y Béal), que es necesario ampliar con las ideas de F. Widal en 1914 sobre los fenómenos de hemoclipsia y coloidoclasia.

Otros estudios han sido hechos con respecto al asma, mereciéndose citar, sobre todo, los trabajos de F. Bezancon y S. I. de Jong sobre la eosinofilia de los esputos asmáticos (1910), el papel localizador de las espigas pulmonares (1920), las relaciones del asma y la tuberculosis (1921), relaciones que habían sido interpretadas en un sentido diferente por Landouzy (1912); la obra de Montcorgé y las publicaciones de Bensaude, Bougeois, Heckel, Loeper, Leri, Marfan, Lian, Renón y otros.

Los trabajos que hoy día se vienen efectuando tienden a considerar el asma como una de las enfermedades llamadas anafiláticas o alérgicas.

Hay individuos en los cuales existe un estado diatésico originado por la sensibilización a proteínas extrañas, dentro del cual están incluidas manifestaciones como el asma bronquial, ciertos estados patológicos gástricos e intestinales, edema angioneurótico (enfermedad de Quinke), urticaria, algunas jaquecas, eczemas y otras que por

TERAPEUTICA DE LAS ALTERACIONES MENSTRUALES

OVARIOTONO

COMPOSICIÓN { Substancia ovárica, 0,10; Substancia tiroides, 0,03; Viburnum prunif. extr., 0,06. Piscidia erythrina extr., 0,06; Hyoscyamus niger extr., 0,01.

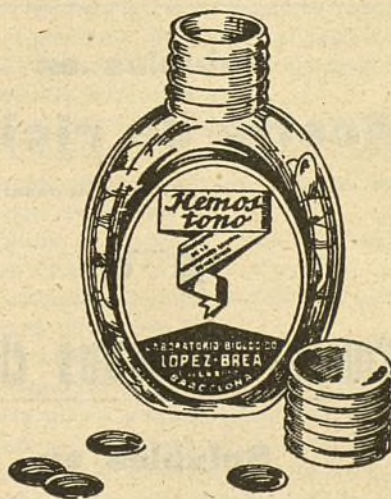


Amenorrea, Oligomenorrea, Pubertad retrasada, Trastornos de la Menopausia, Reglas dolorosas, Psicosis sexuales

De dos a ocho grageas al día (dos cada vez)

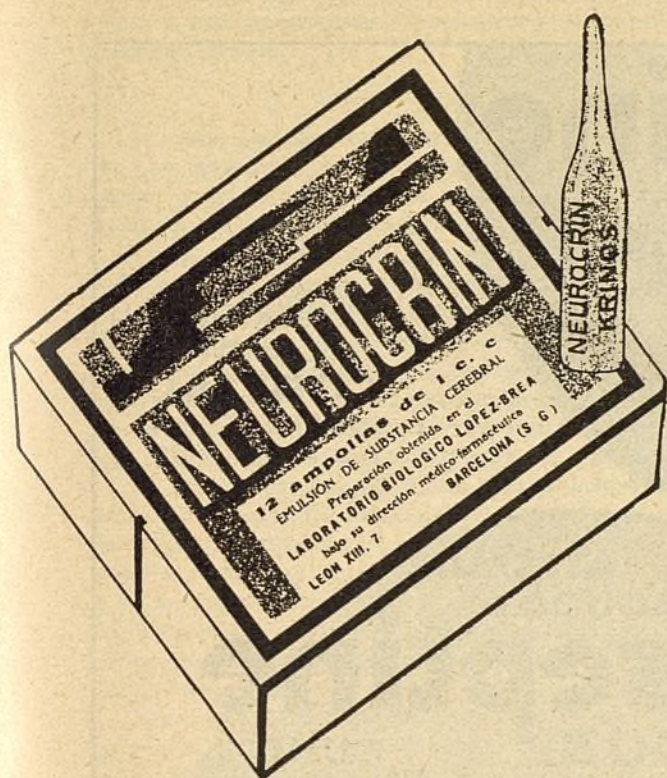
HEMOSTONO

COMPOSICIÓN { Substancia mamaria, 0,10; Substancia placentaria, 0,05; Secale cornutum extr., 0,06. Hamamelis virg. extr., 0,04. Hidrastis canad. extr., 0,02.



Menorragias, Metrorragias, Fibromas uterinos, Congestiones utero-ováricas, Hemorragias de la pubertad y menopausia

De dos a ocho grageas al día (dos cada vez)



Terapéutica Biológica de las Jaquecas

Neurocrin Krynos

(Emulsión aséptica de substancia cerebral)

INDICACIONES

Antineurálgicas (jaquecas)

Anticonvulsivas (síndromes epilépticos)

Antigénicas (distonias vegetativas)

Por contener lipoides de cerebro inalterados, debido a su especial preparación; actúa, además, como reconstituyente nervioso y siempre con resultados convincentes en los casos de

Agotamiento nervioso, Psicosis depresivas, Surmenage, Desnutrición y Raquitismo

ADMINISTRACION Y DOSIS

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

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

MUESTRAS PARA EXPERIMENTACIÓN CLÍNICA.
LEON XIII, 7
Laboratorio Biológico LÓPEZ-BREA

BARCELONA (S. G.)

iodaseptine cortial

**TUBERCULOSIS
PULMONAR CRÓNICA**

*Dosis Ligeras de 2 a 5 gotas al día
en series de 20 días*

**ADENOPATIAS
DE LA INFANCIA**

*XX a I gotas cada 24 h
en tres veces según la edad*

**REUMATISMOS
CRÓNICOS**

Dosis Fuertes de 5 a 20 gotas al día

SUPRESIÓN DEL DOLOR
SIN YODISMO
SIEMPRE EFICAZ AUN
CON UN USO REPETIDO

MUESTRAS Y
LITERATURA
LABORATOIRES

CORTIAL

15, B° PASTEUR
PARIS (XV°)

iodaseptine
salicilada UNE
LA ACCIÓN DEL YODO AL EFECTO SALICILADO

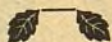
JUAN MARTIN - ALCALA 9 MADRID - CONSEJO DE CIENTO - 341 BARCELONA

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, S. A.

Benicarló (Castellón).

TUBERCULOSIS

AFECCIONES BRONCO-PULMONARES

Gripe, Esorófula, Raquitismo

**SOLUCIÓN
PAUTAUBERGE**

al Clorhidro-Fosfato de Cal creosotado.

La mejor tolerada de todas las preparaciones creosotadas

ANTICATARRAL y ANTISÉPTICA

*Seca las Secreciones y Cicatriza
las Lesiones tuberculosas.*

EUPÉPTICA, RECONSTITUYENTE

*Reanima las funciones de Nutrición
y el estado general.*

L. PAUTAUBERGE

10, Rue de Constantinople, PARIS, y Farmacias.

Depositarlos para España:

Jiménez Salinas y C.ª, Barcelona Sagúes, 2 y 4, (S. G.)

no encontrar lugar apropiado en la patología se incluyen en este grupo, como la epilepsia y la púrpura de Schonle-Henoch.

ACCESO ASMÁTICO

El acceso asmático es conocido desde la antigüedad, ya que impresiona mucho, se recuerda bien y se olvida tarde, y pocas enfermedades habrá que apuren tanto como un acceso sostenido algunas horas.

La cara abultada, ojos salientes y brillantes, labios cianóticos, ventanas de la nariz dilatadas, boca abierta, músculos cleidomastoideos, escalenos y trapecio parecidos a cuerdas muy tensas, diafragma muy contraído, pecho ensanchado, piel sudorosa, espiración difícil y gran inquietud es cosa que produce verdadera emoción, y más al ver que el enfermo no puede contestar a las preguntas que se le hacen sino por monosílabos y con gran esfuerzo.

No es de extrañar, por tanto, que la historia de la Medicina refiera que Areteo, Galeno y otros sabios de la antigüedad conocían ya el acceso asmático, porque los casos tendrían que impresionarles como nos impresionan a los médicos de hoy, a pesar de saber que no tiene toda la importancia que aparenta respecto a la vida del individuo, ya que son muy contados los casos de acceso seguido de muerte.

El acceso asmático aparece la mayoría de las veces en presencia del alérgeno; otras veces no hace falta ponerse en contacto con él, pues basta un cambio brusco de temperatura, una acción psíquica o un recuerdo para que determine la aparición.

Los accesos se anuncian algunas veces por trastornos gástricos bastante mal definidos: eructos, dilatación del abdomen, bostezos; la saliva tiene un sabor especial y existe un cierto estado de excitación cerebral o, al contrario, sopor intelectual; tos seca algunas veces; otras consisten los pródomos en fenómenos nerviosos, tales como cefalalgias y dolores en las extremidades.

Se presenta el acceso ordinariamente por la noche, sin fiebre, precedido de los síntomas anteriormente dichos o bien sin manifestaciones previas; con disnea, percibiendo la sensación de que va a asfixiarse, luchando con todas sus fuerzas para proporcionarse aire, y por lo general el enfermo se encuentra sentado en la cama.

La disnea es inspiratoria y espiratoria, francamente ruidosa, sibilante y claramente perceptible aun para los que están a alguna distancia del enfermo; la inspiración pone en juego los músculos del cuello y la parte alta de la jaula torácica; pero lo verdaderamente penoso es la espiración, que es muy prolongada durante tres o cuatro veces más que la inspiración y que se acompaña de un silbido claramente apreciable.

El ritmo respiratorio suele ser lento, aunque en alguna ocasión haya polipnea; el pulso, por lo general frecuente. La tos se presenta cuando el acceso empieza a declinar, expulsándose con dificultad esputos viscosos de un color gris blanquecino, apareciendo entre la masa de mucosidades unas partes claras y transparentes, por lo que Laennec les dió el nombre de «esputos perlados».

En pleno ataque se pueden presentar intensas quintas de tos, que hacen más penosa la disnea. No suele haber cianosis. El tórax permanece en estrecha inspiración; por percusión se descubren casi siempre los límites del pulmón en posición muy baja.

Al cabo de un tiempo variable, pero que raramente es inferior a dos horas, durante las cuales la angustia es enorme, la situación se modifica; el aire penetra en el

pecho, aunque difícilmente; se oyen estertores, la tos se hace frecuente y fácil, y la expectoración de mucosidades y los esputos de consistencia gelatinosa indican una próxima calma.

La crisis, en efecto, termina en seguida, acompañada a menudo de una emisión de orina abundante y poco coloreada. El enfermo se duerme, y al día siguiente, de toda la escena dramática desarrollada durante la noche, sólo queda una ligera hinchazón de la cara y un poco de cansancio.

Todo parece que se ha terminado; pero el asmático no se tranquiliza, pues sabe que el mal no se ha alejado definitivamente y que le repetirá a la noche siguiente. Lo corriente es que la crisis no sea única y que sea sucedida de otras análogas, cuya repetición se verifica por intervalos variables.

Fuera de los ataques, la salud es perfecta y nada nos revela en el enfermo la existencia del asma, salvo algunos signos difusos de esclerosis pulmonar.

Tal es la marcha de la enfermedad en tanto que el asma está libre de complicaciones; pero con el tiempo, la repetición de los accesos aumenta las alteraciones pulmonares preexistentes y nuevos elementos vienen a añadirse al cuadro sintomático. Aparecen entonces el enfisema y la bronquitis que evolucionan independientemente del asma. Más tarde, el estado del pulmón repercute sobre el corazón, apareciendo los fenómenos de asistolía.

No siempre se produce un cuadro clínico igual. Las modificaciones son unas veces en el acceso y otras en la enfermedad.

Cada uno de los elementos que constituyen el acceso es capaz, por la importancia que toma, de alterar el tipo primitivo, creando variedades clínicas; la disnea se observa con todos los grados de intensidad, desde la más simple dificultad respiratoria hasta la más penosa opresión con amenaza de asfixia.

El elemento espasmódico, que es uno de los signos distintivos de la disnea asmática, puede ser más o menos aparente y tener una localización predominante, unas veces en el diafragma, otras en los músculos del cuello.

La aptitud del enfermo varía según los casos.

A veces el elemento catarral es el predominante, el catarro nasal y bronquial aparecen súbitamente constituyendo ellos solos la crisis de asma.

Los antiguos autores llamaban asma húmeda a esta forma, en oposición a los casos en que únicamente se manifiesta la disnea y falta el elemento catarral, denominándola en este caso asma seca.

Algunas veces el ataque de asma está caracterizado solamente por un acceso de tos muy penoso.

La crisis, aunque es lo corriente que sea por la noche, puede originarse durante el día.

El asma de comienzo tardío es excepcional, y al encontrarnos con estos casos conviene pensar en una disnea asmática más que en el asma verdadera.

Lo corriente es que se presente en la adolescencia o en la edad adulta, pero es frecuente también en los niños de uno a diez años, aunque pasa muchas veces inadvertida a causa de su difícil diagnóstico.

En la primera edad el comienzo de los accesos no es brusco, se presenta con fiebre de 38°5 a 39°, disnea, aceleración de los movimientos respiratorios, ruido de tempestad a la auscultación, prolongación de la espiración, predominando las sibilancias; el cuadro cede bruscamente a los dos, tres o cuatro días. No hay expectoración.

La evolución ulterior de la enfermedad es tanto más

benigna, más fácilmente curable y exenta de secuelas cuanto más precoz es el comienzo.

HERENCIA, SEXO, EDAD, FRECUENCIA

En los pacientes en los que existe una diátesis que llamamos alérgica, hay un factor de estudio que es la herencia, al cual Coca considera imprescindible.

Me parece que no hay que llevar las cosas a tal punto y considerar imprescindible el factor herencia; más bien creo, en contraposición a lo que dice Coca, existen muchos casos que el asma no es hereditaria.

Hay casos que parecen responden a lo dicho por Coca, pero junto a éstos vemos enfermos alérgicos que en sus ascendientes no se ha dado esta dolencia y otros en los que los hijos son asmáticos, así como sus padres; pero que también puede ser debido a seguir éstos las mismas ocupaciones y estar como ellos en constante unión con las materias alérgicas.

El asma es más frecuente en el hombre que en la mujer, debido quizá a estar aquél más expuesto a las exhalaciones de animales, más en contacto con las plantas y en más unión, en una palabra, con las materias asmógenas. Esto explica el porqué de la mayoría de los asmáticos son agricultores, labradores, campesinos, farmacéuticos, etc.

Suele empezar el asma en la infancia o la adolescencia, aunque no es raro que se den casos en personas de edad avanzada.

En España, aunque no es tan frecuente como en Norteamérica, en que, según Coca, el 1 por 100 de la población total está sensibilizada, es enfermedad corriente, siendo en la parte de Levante, según el Dr. Jiménez Díaz, donde se dan más casos y en la zona Norte.

Observaciones hechas por mí en la Rioja Baja, en tres años, he observado que el número de casos es elevado, habiendo un asmático (tipo claramente diagnosticado) por cada 850 habitantes.

El Dr. Verdes Montenegro tiene la opinión de que no es enfermedad corriente en nuestro país y de que se dan menos casos que en el resto de Europa.

El confundir esta enfermedad con otras y el no estar bien estudiada es por lo que no se diagnostican de asma muchas disneas de los niños y de las personas mayores.

Creo respecto a este asunto que es enfermedad muy difundida, que su frecuencia es diversa en los distintos países y aun en éstos en diversos territorios.

Es más común en los climas templados que en los fríos, y en los mejores meses del año que en los malos, siendo más corriente ver asmáticos en las clases media y pobre que en las que gozan de grandes comodidades y bienestar.

En la actualidad Tiefeusee está haciendo estudios para tratar de descubrir si la frecuencia del asma depende de la constitución geológica del suelo, dándose el caso de que los habitantes de terrenos arenosos o marginales de las morrenas sufrían menos de asma que los que vivían en terrenos pantanosos o en las morrenas centrales.

También Storm V. Leewen encontró que en Holanda los terrenos húmedos, arcillosos y pantanosos, eran más desfavorables a los asmáticos que los arenosos y muy permeables al agua.

PATOGENIA

Aunque no fácil, por ser quizá múltiple, y a veces muy compleja, la patogenia del asma, se puede dar un ligero bosquejo dividiendo ésta en varios aspectos.

Respecto al tipo morfológico, los asmáticos pertenecen

en general al tipo brevilineo o macroesplágnico, que funcionalmente es braditrofico. Con relación a la innervación los individuos son generalmente de tipo vagotónico. Desde el punto de vista de la endocrinología son hipotiroides o hiposuprarrenales; con frecuencia se ven casos de hábito tímico-linfático y adenoideo. En cuanto a la disposición morbosa, se encuentra el asma en sujetos con metabolismo lento, o sea los que en clínica llamamos artríticos, que son precisamente vagotónicos, hipotiroides hiposuprarrenales, observándose además una especial disposición a las dermatosis.

Se ha invocado la ruptura coloidoclasica descrita por Widal ligada a una insuficiencia de la función propeptica del hígado. El paso a la circulación de sustancias proteicas insuficientemente elaboradas por el hígado, provocaría en estos individuos de tipo artrítico una crisis llamada «crisis hemoclásica», que sería en sí un choque anafiláctico de orden alimenticio.

Se ha tendido en el asma (y hacia esto van todas las ideas modernas) a considerarla como un fenómeno anafiláctico comparable al que ocurre en los casos de anafilaxia suérica, y que puede ser debida a sustancias introducidas en el organismo por diversas vías, repitiéndose los accesos al repetirse la acción de un alimento, de un medicamento, de un olor determinado.

En los individuos que reúnen las condiciones predisponentes existe un estado de hipersensibilidad, desencadenándose una crisis anafiláctica bajo la forma de un acceso asmático.

De todos modos hay que admitir que la patogenia del asma no es única, pues dependerá unas veces del estímulo y otras del terreno que lo recibe.

Otra orientación respecto a la patogenia del asma es la relacionada con las secreciones internas, según Marañón, y en la que se evidencia lo directamente que actúan en la función del neumogástrico las influencias hormonales.

Los trastornos suprarrenales e hipofisarios y la influencia genital participan y determinan de un modo evidente muchos accesos asmáticos.

Actualmente se atribuye la participación que toman en el acceso asmático el bronquiespasma, la hipersecreción y la hiperemia. En unos pacientes lo más importante es el bronquiespasma; en otros, la hipersecreción y la hiperemia de la mucosa. Rara vez falta el espasmo bronquial en el acceso asmático, por lo que se alivian los enfermos empleando medicamentos capaces de suprimir éstos. Esto no puede tomarse tampoco de una manera absoluta, pues hay accesos asmáticos desencadenados precisamente con inyecciones de morfina y aplicaciones locales endobronquiales de soluciones cocainicas.

Exámenes anatomopatológicos comparativos demostraron que en los individuos asmáticos se encuentran con más frecuencia que en los no asmáticos aumentos de espesor en las paredes de los bronquios y de los bronquiolos, siendo característica la infiltración de las paredes bronquiales por los eosinófilos.

El nervio por medio del cual se desencadena el espasmo es el neumogástrico, el cual transmite por la vía centrifuga el estímulo que, procedente de la mucosa, llega al centro reflejo correspondiente.

INMUNIDAD, ANAFILAXIS, ALERGIA

El organismo humano o animal está en constante lucha con numerosos agentes morbígenos procedentes del exterior que acuden para pulular en él y determinar la infec

ción; cuando de esta lucha sale victorioso el organismo, la enfermedad no se produce; dicese entonces que está inmunizado.

La inmunidad puede, por lo tanto definirse: el estado del organismo que presenta la facultad de oponerse a la acción de un agente patógeno cualquiera, parásito o toxina.

La inmunidad puede ser innata o adquirida: la primera puede ser función de la especie, de la raza y de la edad.

La especie humana contrae infecciones a las cuales los animales permanecen refractarios, e inversamente.

Ciertas razas son insensibles a la acción de ciertos virus; la raza negra es, en general, refractaria a la fiebre amarilla. La edad también ejerce influencia. En el curso de epidemias de sarampión y escarlatina, los niños menores de un año son habitualmente respetados.

Estos estados inmunes pueden ser absolutos, es decir, el ser vivo es refractario a un virus, cualquiera que sea su actividad y la caducidad orgánica; o que sea una inmunidad relativa que puede vencerse aumentando la virulencia de un germen o acrecentando la receptividad del organismo.

La inmunidad puede adquirirse a consecuencia de ciertas infecciones o provocarse por inoculaciones sucesivas de gérmenes, atenuada su virulencia o muertos. Esta inmunidad adquirida por una infección anterior, contraída espontáneamente o provocada por productos inoculados, puede ser de larga duración o bastante pasajera.

De esto se deduce que un veneno, una toxina, introducidos en el organismo de un animal a dosis progresivamente crecientes, llegarán a crear en este último una gran resistencia, o dicho de otro modo, la inmunidad.

En 1902, C. Richet demostró que ciertas categorías de venenos, lejos de inmunizar al animal, lo hacían cada vez más sensible a su acción, hasta el punto de sucumbir rápidamente tras de una dosis infinitesimal, e incapaz, por tanto, de matarlo a la primer inyección.

Este estado especial de hipersensibilidad se le llama anafilaxis.

Un sujeto que ha recibido una inyección subcutánea de suero terapéutico, cualquiera que sea, no experimenta habitualmente daño alguno: algunas veces, pocas, hacia el octavo o décimo día aparecen los accidentes llamados séricos, caracterizados por eritemas urticados, o eritema marginado aberrante de Marfán, artralgias diversas, trastornos acompañados o no de fiebre.

Al lado de estos hechos, Von Pirquet y Schick han descrito, con el nombre de enfermedad del suero, fenómenos que sobrevienen a continuación de una reinyección de suero, practicada seis a ocho días, por lo menos, después de la primera.

En este caso, los accidentes se presentan sin período de incubación, e inmediatamente o algunas horas después de la segunda inyección, y consisten en una reacción local bastante marcada, con enrojecimiento, tumefacción, seguida de una erupción de urticaria pruriginosa. Esta última se generaliza rápidamente acompañándose de hinchazón de la cara, párpados y lengua. Puede producirse tos, angustia precordial y albuminuria; muy a menudo la temperatura se eleva a 38° o 39°. Los ganglios aferentes al territorio inoculado se infartan frecuentemente, y si se repiten las inyecciones acaba por observarse en el punto de la inoculación un edema pseudoflemoso y hasta gangrena y necrosis.

Consecutivamente a las observaciones sobre la enfermedad del suero, Von Pirquet achacaba a un trastorno de

idéntica naturaleza las reacciones vacunales que se comprobaban en sujetos en estado de inmunidad vacunal, hasta entonces descritas con el nombre de falsa vacuna. Estableció la misma analogía con las reacciones generales, pero pasajeras, que provoca una inyección de tuberculina en los tuberculosos, las que interpreta como reacciones anafiláticas. Fué entonces cuando realizó, con un fin diagnóstico, la anafilaxis tuberculosa local, provocando la cutirreacción, seguida de la oftálmorreacción (Calmette) y más tarde de la intradermoreacción (Mantoux).

Muchas han sido las teorías propuestas para explicar el fenómeno de la anafilaxis.

En la época de los primeros trabajos sobre anafilaxis se creyó que ésta era lo contrario de la inmunidad.

La cuestión tiene otro aspecto.

El estudio de las reacciones de este género demuestra que estos fenómenos pueden coexistir en el mismo organismo y que la inyección de un antígeno puede determinar la aparición de una o de otra.

En realidad, es forzoso admitir, que si bien en relación directa con la misma causa, ambos estados conservan su independencia relativa, pues pueden aparecer uno antes del otro; y se puede concluir con Bordet, que en los animales que reciben un mismo antígeno se establece «un estado de anafilaxis inmunidad en cuyas primeras fases domina la anafilaxis y en las últimas la inmunidad. La anafilaxis y la inmunidad son dos estados biológicos distintos, ambos engendrados por la inyección de proteína y de vacunas, que pueden coexistir en un mismo animal y revelarse al observador en los ensayos juiciosamente conducidos, pero que pueden adjudicarse ambos y librarse de la observación superficial, dos estados distintos que se establecen y evolucionan independientemente uno del otro».

Desde que fué reconocida la anafilaxis hubo necesidad de combatir sus efectos determinando una antianafilaxis. Los métodos fueron preservar al organismo sensibilizado del choque anafilático o desensibilizarlo.

Besrecka ha imaginado el procedimiento de las vacunaciones subintrantes, es decir, practicando dos o tres inyecciones de suero en las venas con cinco minutos de intervalo, aumentando cada vez la dosis, con lo que se evita los accidentes de choque consecutivos a las inyecciones de suero heterogéneo.

Los trastornos anafiláticos de orden digestivo justifican una terapéutica análoga, utilizando para la vacunación ora la substancia desencadenante, ora una substancia coloidea o cristaloida extraña. Vallery-Radot y Paignier, haciendo ingerir a enfermos de urticaria 50 centigramos de peptona antes de las comidas, han podido evitar la aparición de trastornos cutáneos. También Vidal Abrami y Jancovesco con el mismo medio se opusieron a la crisis hemoclásica suscitada por la ingestión de leche en sujetos afectos de insuficiencia propeopéxica del hígado.

Se han efectuado ensayos del mismo orden con respecto a la enfermedad de Quinke, dermatosis de origen alimenticio y en muchos casos de asma de naturaleza digestiva.

La desensibilización tiene por objeto librar a un organismo de su estado de hipersensibilidad a una substancia determinada y volverlo así al estado normal.

El método de Besrecka produce esta desensibilización o en las de orden digestivo por la administración largo tiempo repetida y a dosis progresivamente crecientes de la substancia nociva.

Esta desensibilización también puede obtenerse por

medio de sustancias no específicas, peptona, tuberculina, autohemoterapia, etc.

Los fenómenos descritos de anafilaxis podrían, en general, referirse a los alérgicos con la diferencia de que un estado alérgico puede aparecer con motivo del primer contacto con la sustancia sensibilizadora y la anafilaxia requiere que se haya establecido la hipersensibilidad para la materia sensibilizadora.

Decía Von Pirquet: «alergia es una modificación de la aptitud reaccional que adquiere el organismo del hombre o de los animales, por el hecho de sufrir una enfermedad o un tratamiento preparador con sustancias a él extrañas».

Desde el punto de vista clínico, en el asma bronquial que es lo que nos interesa en este caso, es difícil dilucidar si el acceso de asma es provocado por el primer contacto con la sustancia asmógena o si el organismo estaba ya sensibilizado, pues esta diferenciación no se consigue de modo probatorio. Por lo demás, la reacción sintomática de la alergia y de la anafilaxia responden verosímelmente al mismo mecanismo, pues una y otra no son provocadas por el alérgeno o el antígeno directamente, sino que precisa la formación de un anticuerpo específico del antígeno o del alérgeno, y al combinarse con éstos da lugar a la aparición del ataque. En muchos casos de asma provocada por medicamentos parece existe un verdadero estado alérgico, sin que previamente se hubiera establecido una sensibilización.

Mi modo de pensar es que la alergia y la anafilaxia son un mismo caso, pues dada la difusión de las sustancias asmógenas hay la posibilidad de una sensibilización previa. Claro está que, según mi teoría, habría en los individuos un estado patológico no siempre fácil de comprobar.

ASMA ALÉRGICA: SU CLASIFICACIÓN; ESPINAS DE FIJACIÓN

Se llaman alérgenos todas aquellas sustancias capaces de producir una afección de las llamadas alérgicas (asma, urticaria, edema de Quincke, etc.). Son sustancias alimenticias, químicas, medicamentosas, pólenes, bacterias...

Según Wigan, los alérgenos son materias termoestables, dializables, solubles en solución salina fisiológica e insolubles en alcohol, éter, cloroformo y acetona; dan negativa la reacción del biuret y son completamente absorbidos por el carbón animal.

En el asma por hipersensibilidad se pueden hacer distintas clasificaciones.

Van der Veer propone una clasificación basada en la vía de entrada del alérgeno, admitiendo: 1.º, el asma por inhalación, por polen, polvos animales, etc; 2.º, asma intestinal por alimento, drogas; 3.º, asma bacteriana, y 4.º, asma por inyección.

Nosotros veremos el asma desde el punto de vista de la sustancia asmógena.

Asma por alimentos.—Todos los alimentos pueden ser sustancia asmógena: carne, pescado, huevos, queso, leche, verduras, frutas, etc. En ocasiones se ha observado que después de una copiosa comida de determinado alimento se establece la hipersensibilidad. Hay quien afirma que se debe su producción a procesos inflamatorios o catarrales de la mucosa intestinal; pero junto a esto nos encontramos con individuos tan sensibles que sólo con la administración de una pequeñísima cantidad y hasta con el contacto producíanse ataques de asma. El Dr. Jiménez Díaz cita el caso de un individuo sensible

al huevo, que le produjo un ataque asmático al apoyar la mano sobre unas migajas de una torta hecha con huevos que había en una mesa.

Asma por productos animales.—La más corriente es la provocada por el caballo, aunque también se conocen casos provocados por conejos, ovejas, perros. Por lo general, los ataques son debidos a las exhalaciones del animal, pero también se dan por el contacto, y esto nos lo demuestran claramente los asmáticos de la cama, ya que los colchones y almohadas están rellenos de lana, plumas o pelo.

Asma por medicamentos.—El más conocido de los medicamentos asmógenos es la ipecacuana, la que ha dado lugar a algunos casos en los farmacéuticos. El yodo, tan empleado en la terapéutica del asma, también puede producir accesos, así como la aspirina, los bromuros, el arsénico, etc.

El número de asmáticos por medicamentos es pequeño en relación con los de productos animales y polínicos.

Asma por parásitos.—Es la provocada por ácaros, mohos y otros microorganismos. También fundamentados en la observación se asegura un asma bacteriano por haber aparecido el primer ataque después de una enfermedad infecciosa o por resultar sensibles a bacterias en las pruebas de cutirreacción.

Asma por plantas.—A este grupo pertenecen los asmáticos por el heno; pero esto se ha hecho ya como enfermedad independiente, dado su carácter febril y sus manifestaciones, todos los años en los meses de Mayo y Junio, con catarro conjuntival, pituitaria y porción superior de las vías respiratorias.

Pacientes afectos de asma por plantas presentan sus ataques al oler flores o frutas. Muy corrientes son los asmáticos por el olor de la paja, la cebada y el polvo del trigo.

Se cree por algunos que esta acción de las gramíneas es debida a los microorganismos que llevan.

Asmáticos por el clima.—Se ven individuos que con el cambio de clima se suprime el ataque. La temperatura y la humedad también ejercen una acción manifiesta sobre el asma.

Asma nerviosa.—Cuando encontramos un asmático en el cual no hay hipersensibilidad comprobada para un determinado alérgeno o aquellos en los cuales la simple visión de un objeto les produce el cuadro típico, hablamos de asma nerviosa.

El Dr. Jiménez Díaz relata el caso de una enferma asmática a las flores. El olor de una rosa le produjo un ataque; pero más tarde, al ponerle una rosa de tela igual a la anterior, le hizo el mismo efecto. Klewitz cita un caso que reacciona con el acceso asmático al humo de los puros, y en cambio no le trastorna el humo de los cigarrillos. Una tarde entró en un cinematógrafo. En una escena un actor encendía un puro y una de las actrices tosía un poco, al parecer porque había aspirado humo. Esta visión bastó para que la señora fuera víctima de un acceso asmático.

Es difícil explicarse este mecanismo, y aunque se han intentado varias teorías, ninguna es clara.

Enfermedades en un todo independientes de la que nos ocupa pueden producir ataques asmáticos, y en la literatura médica se mencionan casos en que la curación de un estreñimiento hizo desaparecer el asma.

Enfermedades nasales y de la cavidad nasofaringea



son responsables algunas veces del acceso; tal sucede con vegetaciones, pólipos y especialmente la hipertrofia del cornete medio, que dice el Dr. A. G. Tapia es causa muchas veces de asma.

La esfera sexual tiene participación en la aparición o en la persistencia del asma, así como en enfermas de los órganos genitales.

De las enfermedades torácicas mencionaremos como afecciones susceptibles de provocar crisis, bronquitis crónica, las esclerosis pulmonares, las mediastinitis, la adenopatía traqueobronquial, etc.

Afecciones abdominales, como la apendicitis y la congestión hepática.

El asma puede asociarse a ciertos estados morbosos, a la gota, reumatismo, cálculos, neuralgias, dermatosis, y en especial al eczema y urticaria.

Las relaciones del asma con las dermatosis son tales que se establece por algunos una estrecha relación entre ciertas afecciones cutáneas y los accesos de disnea.

Se ha discutido mucho la relación que existe entre el asma y la tuberculosis. El conocimiento de las tuberculosis larvadas hizo que algunos autores, en particular Landouzy, consideraran el asma como dependiente, no sólo de las lesiones pulmonares debidas al bacilo de Koch, sino también de los fenómenos anafilácticos tuberculinicos.

DIAGNÓSTICO

Ante un enfermo con ataques de disnea lo primero que hay que hacer es el concienzudo interrogatorio para convencernos de que no se trata de alguna enfermedad de aspecto parecido: la residencia, el domicilio, antecedentes familiares respecto a casos de asma bronquial, asma de heno, eczema, urticaria, gota, diabetes, reumatismo articular, tuberculosis, neurosis, etc., etc.; enfermedades que ha padecido anteriormente, principalmente nasofaringeas, y en la actualidad; estreñimiento, enfermedades de la piel, tuberculosis, crisis de estornudos, coriza, etc.

Ya inclinados hacia el diagnóstico de asma por el interrogatorio, procuraremos asentar bien con los datos que el enfermo nos suministra respecto a su dolencia: de qué tiempo data el padecimiento, cómo empezó y si esta iniciación fué con ocasión de una enfermedad aguda; si le producen ataques la ingestión de huevos, leche, carnes, cangrejos, ostras, frutas, verduras o harinas; si al oler plantas, al contacto con caballos, perros, etc., al penetrar en ciertas habitaciones o en la cama se producen los accesos. Si tiene sensibilidad exagerada hacia ciertos medicamentos, y respecto a la época de aparición, si se presentan con ocasión de la menstruación, embarazo, o en la época de floración de las plantas.

Por último, no olvidaremos indagar el estado en los intervalos de las crisis.

Con estos datos nos será posible encauzarnos para llegar al fin deseado.

Aparte del interrogatorio anteriormente expuesto y el que nunca debemos omitir, nos proporcionan datos valiosísimos el análisis de esputos y el de la sangre.

Tras de un acceso asmático sucede un período catarral durante el cual predominan los fenómenos secretorios, ordinariamente de localización bronquial.

Esta exudación bronquial, abundante unas veces y otras escasa, se traduce por una expectoración, cuya importancia diagnóstica es muy grande y cuyo valor semiológico, gracias a la citología, ha sido evidenciado en una serie de trabajos por F. Bezançon y S. I. de Jong.

Al examen directo, los esputos de la crisis asmática presentan caracteres variados. Son relativamente abundantes, recordando por su aspecto hidromucoso ciertos catarrros pituitosos de los bronquíticos enfisematosos. En otros casos, por el contrario, la secreción traqueobronquial puede ser tan débil que no haya expectoración. Pero estos dos casos no son la regla, y lo ordinario es que la expectoración ofrezca los caracteres clásicos de los esputos «perlados».

Estos esputos son escasos, poco abundantes, de color blanco y grisáceo, semitransparentes, muy viscosos; adheridos a la escupidera, parecen formados por filamentos apilotonados, muy densos, que se pueden comparar a granos de fécula o fideos cocidos.

Desde el punto de vista químico este esputo no contiene albúmina, como lo demuestra la albuminorreacción, siempre negativa, contrariamente a lo observado en los casos de edema pulmonar parcial, que pueden simular el asma por los accesos de disnea paroxística que determinan.

Aparte de la ausencia de albúmina se encuentra mucina y algunas veces tirosina; en ciertos casos han demostrado Loeper y Bechamp que el contenido en ácido oxálico está normalmente elevado (0,01 a 0,06 gramos).

Desde el punto de vista citológico la expectoración asmática tiene un elemento característico: la eosinofilia; un elemento de diagnóstico accesorio: la presencia de células bronquiales casi intactas; elementos contingentes: los cristales de Charcot-Leyden y las espirales de Curschmann.

La eosinofilia debe ser investigada extendiendo el esputo en un porta-objetos, fijando con alcohol-éter y coloreando con hematoxilina-eosina. Se ve sobre el fondo de la preparación, formada por conglomerados de moco hialino basófilo, destacarse un gran número de células con gruesas granulaciones eosinófilas, presentarse con uno de los tipos siguientes:

1.º Polinucleares eosinófilos de la sangre, reconocibles por su núcleo en herradura, bastante pálido. 2.º Mononucleares eosinófilos, a veces predominantes, y que se presentan con tres tipos según su talla: eosinófilos del tipo de los macrófagos, mielocitos o pequeñas células linfocíticas. 3.º Células eosinófilas alargadas, mononucleares, que recuerdan las células conjuntivas; y 4.º Numerosos eosinófilos alterados; unos, con núcleo fragmentado; y sobre todo, otros, por rotura de la célula, en forma de un polvo de granulaciones, distribuidas alrededor de un núcleo estriado y fragmentado.

Las investigaciones de Bezançon y de Jong han demostrado que contrariamente a lo establecido por Fink, Carrière, Bourneville y otros, una eosinofilia abundante no se presenta ni en la bronquitis vulgar, ni en la neumonía, ni en la bronconeumonía, ni en la tuberculosis pulmonar, si no van estas afecciones acompañadas de asma.

Las células bronquiales se encuentran con frecuencia en el esputo de las crisis asmáticas con un aspecto que no es habitual y que apenas se observa en el gran edema agudo del pulmón; están intactas, y en un polo conservan su extremidad alargada, con frecuencia incurvada y en el otro extremo su chapa provista de un epitelio ciliado que se reconoce a veces bien.

Los cristales de Charcot Leyden son masas octaédricas muy brillantes, de diferentes dimensiones, y están compuestos, según Friedrich y Huber, de tirosina; para Salkowski, de una substancia mucinoide cristalizada; para Schreiner, de fosfatos en combinación orgánica, y según

Predtechensky, provienen de la degeneración de las células eosinófilas.

Estos cristales han sido mucho tiempo considerados como característicos del asma, pero se ha visto que se encuentran en esta afección, en esputos de otras enfermedades distintas y hasta pueden faltar algunas veces en el esputo del asmático.

Cuando se emplea la técnica corriente de fijación en alcohol-éter y coloración con hematoxilina eosina es lo seguro no verlos, pues este procedimiento de investigación tiene el inconveniente de disolver los cristales.

Las espirales de Curschmann parecen estar formadas tan sólo de moco, encontrándose éstas también en la expectoración de los neumónicos y bronquíticos.

En la sangre se suelen encontrar modificaciones características, de las cuales la más importante es la eosinofilia. El número de leucocitos eosinófilos es mayor en los intervalos que en las crisis. Por lo general, están aumentados los linfocitos y disminuidos los polinucleares en los periodos libres del ataque, y durante éste o algo después se encuentra leucocitosis intensa con aumento de polinucleares.

El interrogatorio y los análisis de esputos y de sangre nos conducirán en la mayoría de los casos a admitir la existencia de una alergia, pero hay asmáticos que desconocen su hipersensibilidad hacia determinado alérgeno, o sólo la sospechan, teniendo necesidad de afianzar más el diagnóstico con la cutirreacción o la inoculación de extractos.

Aunque éstos se pueden emplear del comercio, ya preparados, es más conveniente preparárselos uno mismo, ya que es sencillo el procedimiento siguiendo las normas recomendadas por Storm V. Leeuwen en su «Allergische Krankheiten»:

«Se añade solución de cloruro de sodio al 8 por 1.000 a la substancia problema; se deja la mezcla en un aparato de agitación durante veinticuatro horas, se la filtra primero a través de papel de filtro y el resultado se pasa por una bujía de Berkefeld. Los productos alimenticios, como carne y frutos, se reducen a pequeños trozos; los pelos y escamas no se someten a ninguna operación mecánica previa. Para mantener la esterilización se añade al extracto dispuesto para el uso fluoruro sódico en proporción del 1 por 1.000.

Es conveniente de cuando en cuando, para asegurarse de la esterilización, hacer siembras en placas de cultivo.

La conservación de los extractos se hace en frascos esterilizados y en sitio fresco.

En lugar de la solución salina es más conveniente emplear la solución-tope de Coca por ser mayor la substancia del valor P. H.

Esta solución se compone de dos líquidos que se tienen separados hasta el momento de usarlos.

Líquido A.

Fosfato monopotásico.....	7,26
Fosfato disódico.....	28,62
Cloruro sódico.....	100,00
Agua destilada, hasta completar..	2.000,00

Líquido B.

Solución de ácido fénico.....: al 4 por 100

Las soluciones A y B se mezclan a partes iguales. Una parte de esta mezcla, más cuatro de agua destilada y esterilizada, es la solución lista para el empleo.

Los productos antes de macerarlos en el líquido de

Coca, es conveniente, según éste, lavar la materia con acetona y éter.

Una vez en posesión del extracto podemos seguir dos métodos de diagnóstico: la cutirreacción y la inyección intradérmica.

Para la primera se hacen erosiones en el brazo procurando que no salga sangre (se puede emplear una lanceta de vacunación) y se deposita con una varilla de vidrio bien limpia una gota del extracto y se restriega.

En el método intracutáneo se inyecta en el dermis 0,1 c. c. de la substancia que se ensaya, de modo que se forme una pequeña pápula.

Tanto en un caso como en otro debe hacerse una inoculación testigo empleando solamente solución salina.

Pasados veinte a treinta minutos se observan los resultados, y se ve si es positivo o negativo por la zona que se forma. En el método cutáneo se forma una pápula que en los que no ofrecen alergia desaparece pronto, y en los casos positivos aumenta rápidamente de tamaño y se rodea de una zona roja de reacción local.

El método de inoculación cutánea da menos resultados positivos que el de intracutánea, pero en la mayoría de los casos basta; es más fácil de emplear, sobre todo cuando no se ha de estar al cuidado del enfermo, produce menos materia y la reacción es menos intensa. Creo que es el método de elección y solamente cuando éste fracase veo la necesidad de emplear el intra, tomando toda suerte de precauciones, o también cuando haya que inocular extracto para el clima, polvo de las habitaciones u otros que no dan resultado positivo con la cutirreacción.

Los trabajos más importantes acerca de este punto son los efectuados por los Dres. Jiménez Díaz y Sánchez Cuenca.

Con objeto de ver si un individuo es alérgico, practican tres escarificaciones en el brazo, en las cuales depositan: en una, una solución de cloruro mórfico al 1 por 100, en la otra, adrenalina al 1 por 1.000, y en la otra, histamina.

En todos los individuos se produce una reacción local que en los que no son alérgicos es muy débil y desaparece pronto, y en los hipersensibles a cualquier substancia se forma una mácula roja rodeada de una corona, más duradera y acompañada de prurito.

Posteriormente, y ya guiados por la anamnesis, practican escarificaciones de un centímetro de longitud cada una en el brazo y ponen en éstas una mezcla de extractos de pólenes, bacterias, etc.

En caso de que una mezcla resulte positiva, se puede determinar cuál es el alérgeno específico inoculando aisladamente cada uno de los componentes.

Para estos diagnósticos se valen de extractos preparados en pomadas.

Puede darse el caso de que un individuo dé las pruebas negativas a todas las substancias, pero es seguramente debido a no haber encontrado el alérgeno. Más fácil es que exista hipersensibilidad hacia varias substancias.

El mayor número de asmáticos son por el polen de las plantas, siendo corriente en nuestro país los hipersensibilizados al polen del olivo y del maíz.

(Continuará.)

Información científica extranjera

CRÓNICAS SIFILIOGRÁFICAS

LAS SIFILIS SIN CHANCRO

POR EL

PROFESOR MILIAN

Adaptación castellana del Dr. Tomé y Bona.

Antes de penetrar en el tema de este trabajo conviene que dejemos bien sentado el concepto de lo que debe entenderse por chancro. Entiéndese por tal, en el sentido genérico de la palabra, toda lesión de la piel o las mucosas producida en el punto de inoculación de un microorganismo patógeno. Cuando, por ejemplo, se inoculan en el cobaya los espantos de un tuberculoso, prodúcese una lesión local en el punto mismo de la inoculación, chancro tuberculoso, del cual parte la posterior infección generalizada. De igual modo pueden interpretarse la pústula maligna y la pústula vacunal.

El chancro es, por lo tanto, un modo bastante frecuente de comienzo de las enfermedades producidas por microorganismos, pero nunca su precedente obligado.

Las inoculaciones por vía venosa dan lugar a una infección general sin chancro. De este modo, la penetración de bacilos tuberculosos en la circulación da lugar a una granuloma; la inyección intravenosa de vacuna, a una erupción vacunal generalizada, y la penetración de la bacteridia carbuncosa en el medio interno, en ausencia de toda inoculación cutánea, produce una forma atenuada e inmunizante de esta enfermedad.

La patología general, por lo tanto, al indicarnos lo que es chancro, nos muestra al propio tiempo que éste no es imprescindible para que se generalice una infección.

Desde los más remotos tiempos de la historia de la sífilis se sabe que esta infección se inicia por un chancro, y la frecuencia de este accidente es tal, que Ricord afirmaba de un modo terminante «que la sífilis comienza siempre por un chancro y que no hay sífilis sin chancro».

Esta afirmación terminante ha dominado durante muchos años la historia de la sífilis, llegando hasta nuestros días. Y es evidente que en la gran mayoría de los casos la lúes se inicia por un accidente de este género. Sin embargo, en el transcurso de los años fueron observándose con alguna insistencia casos indiscutibles de sífilis que negaban de un modo rotundo y terminante la existencia de la lesión primaria y en los que el examen clínico más minucioso era incapaz de poner en evidencia el menor rastro cicatricial ni ganglionar revelador del chancro. Se trataba de las llamadas sífilis decapitadas, que fueron, sin embargo, motivo de profundas controversias.

Hay que tener en cuenta a este propósito que el sífilítico, por lo general, procura ocultar hasta al propio médico la existencia de su enfermedad. No hay que olvidar este hecho de observación diaria, y, por lo tanto, valorar muy escasamente los datos anamnésticos.

Por otra parte, en un gran número de casos, el chancro pasa inadvertido, principalmente en las mujeres, por razones anatómicas que sería inútil repetir en este lugar. En el hombre son mucho más raras estas localizaciones ocultas.

Chancros que con gran frecuencia pasan inadvertidos son los que se localizan fuera de la zona genital. Interpretanse, por lo general, como lesiones más o menos banales, pero casi nunca como sífilíticas. Los chancros mixtos, que

durante un espacio de tiempo evolucionan como una lesión venérea, cuando no son seguidos de un período secundario muy aparente pasan ignorados.

Por estas y otras razones, muchos son los autores que niegan la existencia de las sífilis sin chancro. Sin embargo, su existencia evidente ha sido demostrada de un modo experimental.

Besumiremos a continuación las experiencias más importantes que demuestran de una manera indudable esta afirmación.

Cuando se inocula a un conejo en el escroto, en lugar de en la córnea, es frecuente obtener un resultado negativo, mientras que en aquélla se reproduce una queratitis con treponemas abundantes en la casi totalidad de los casos. En el primer caso se cree que la inoculación ha fracasado. Sin embargo, no es raro observar en estos mismos animales, al cabo de un cierto tiempo, la aparición de accidentes secundarios que se manifiestan por depilación difusa, pequeñas lesiones de las mucosas y positividad serológica principalmente.

Kohle ha demostrado de una manera indudable, que si a uno de estos animales se le extrae el ganglio poplíteo correspondiente a la región inoculada, se le macera e inocula a otros conejos, se obtiene un 100 por 100 de inoculaciones positivas con manifestaciones activas indudables. Este hecho experimental demuestra claramente que en el conejo es relativamente frecuente la sífilis sin chancro, a pesar de la inoculación cutánea.

Igualmente se ha podido producir experimentalmente una sífilis en el conejo por inoculación venosa. Uhlenhuth y Mulzer pretendieron producir la sífilis experimental del conejo por inoculación intravenosa, con resultados completamente negativos, practicando éstas con la serosidad de chancros sífilíticos y de sífilides humanas. Con maceraciones de testículo de conejo sífilítico, los mismos autores han obtenido resultados positivos en un 66 por 100 de los casos. Esta sífilis experimental podía ser más o menos activa según los casos, pero demostraba la existencia indudable de sífilis evolutiva sin lesión inicial.

Como resumen de todo lo dicho, puede afirmarse que ha sido comprobada de un modo experimental la existencia de estas «sífilis decapitadas», sífilis sin chancro, de las que ya hablaba Fournier que fué el que las bautizó de este modo.

* *

De un modo experimental ha quedado demostrada la existencia de una sífilis sin chancro; ahora vamos a referir los hechos clínicos positivos que pueden servir para la demostración en el hombre de casos de este género. Puede observarse en las cuatro circunstancias siguientes:

- 1.^a Sífilis concepcional.
- 2.^a Heredosífilis.
- 3.^a La entrada cutánea o mucosa sin solución de continuidad.
- 4.^a La inoculación venosa periférica (transfusión).

Sífilis concepcional.—Con motivo de la sífilis concepcional emitióse por vez primera el concepto de la sífilis sin chancro. Fournier, a pesar de lo que pretenden algunos exégetas que le interpretan mal, fué uno de los primeros que habló de la sífilis sin chancro.

Para dejar bien claramente expuesto y explicado el verdadero concepto de la sífilis concepcional, referiremos la siguiente observación de Gailleton:

Una joven de dieciséis años tiene un solo coito con un hombre afecto de sífilis desde seis meses antes, pero tratado regularmente e indemne de todo accidente desde hace

un mes. Al siguiente día este mismo sujeto fué observado por el Dr. Gailleton, sin que existiera ninguna lesión.

Este coito aislado había fecundado a la joven. Dos meses más tarde esta mujer presentó violentos dolores de cabeza, seguidos rápidamente de una explosión de sífilides genitales con placas mucosas vulvares, pero sin adenopatía ni chanero.

A los nueve meses da a luz una niña que quince días después de su nacimiento presenta signos inequívocos de sífilis.

En síntesis: se trata de una muchacha que no ha tenido chanero y que presenta accidentes secundarios. Para estos casos es para los que se ha invocado el término de sífilis concepcional, queriendo indicar con esto que la mujer no ha sido contaminada por su compañero, que estaba indemne de todo accidente en el momento del coito, sino por el feto, que era el que había sido contagiado por su padre. Tal era el concepto de la sífilis concepcional, como lo sostenían Diday y Fournier: la mujer era contaminada por el producto de la concepción.

A esta idea se han opuesto multitud de objeciones.

La primera y más importante es que el treponema, por sus grandes dimensiones, está en imposibilidad absoluta de alojarse en la cabeza del espermatozoide, que, como nadie ignora, es la única porción que penetra en el óvulo. Ciertamente que podría invocarse la existencia de formas esporuladas del treponema, lo cual sin embargo no ha podido ser demostrado. Carle piensa que en estos casos se trata de contaminaciones de la mujer por el marido, bien por el esperma, bien por algún accidente frustrado.

Una reciente observación de Tzanck ha traído de nuevo a discusión este problema, y parece haber demostrado que el feto puede ser contaminado independientemente de la madre.

Este caso, que ha sido presentado a la «Société des Hôpitaux de Paris», se refiere a una mujer casada que había tenido sucesivamente cuatro abortos, cuya causa fué atribuida a la comprobada sífilis del marido, siendo sin embargo negativa la serología en ella. En una ocasión, con motivo de un aborto, tiene esta mujer una metrorragia muy abundante que hace peligrar la vida, obligando a la práctica de la transfusión sanguínea, empleando para ello la sangre del marido, desprovisto por aquella ocasión de todo accidente específico. Este había sido tratado de un modo adecuado, persistiendo, a pesar de ello, positiva la serología. Setenta días después de esta transfusión apareció en esta enferma una roseola. Parece, por lo tanto, en este caso admisible el hecho de que el feto estaba contaminado y la madre no, y que ésta contrajo su sífilis por medio de una inoculación directa sanguínea por la transfusión. A pesar de la objeción de una superinfección que podría hacerse a esta observación, es extraordinariamente interesante la contaminación independiente del feto y de la madre, proporcionando un argumento en favor de la sífilis concepcional.

Heredosífilis.—En la sífilis hereditaria no se observa jamás el chanero. En toda la literatura no se ha registrado un solo caso en el que pudiera observarse esta lesión inicial ni el menor vestigio de ella. La inoculación se efectúa directamente de la madre al feto por vía umbilical.

Debe recordarse a este propósito que en el feto heredosifilítico el hígado representa el primer sistema capilar interpuesto entre el organismo fetal y la puerta de entrada, siendo ésta seguramente la razón de la riqueza de treponemas que se observan en este órgano. Puede asimilarse la lesión del hígado a un enorme chanero que fuera la puerta de entrada, el punto de inoculación, de la infección sífilítica.

Entrada cutánea o mucosa sin solución de continuidad.—

Existen casos indudables de penetración del treponema a través de la piel o de las mucosas sin que exista en ellas solución de continuidad y, por tanto, sin que exista chanero visible. A este propósito son de recordar dos observaciones muy recientes:

La primera se refiere a un caso en el que la primera manifestación fué la adenopatía, pudiendo denominarse, por lo tanto, de «bubon d'emblée».

Esta observación personal se refiere a un campesino que contrae un chanero sífilítico por el cual fué a consultar, tratándose de una lesión característica y riquísima en treponemas. Enterado de que es casado y que ha tenido relaciones sexuales con su mujer cinco o seis días antes de la aparición del chanero, someto a observación a ésta. He demostrado hace ya bastante tiempo la posibilidad de contaminación en los días que preceden a la aparición del chanero, período que corresponde a lo que pudiéramos llamar del chanero histológico. Conócese, en efecto, y no por haberlo observado en el hombre, lo que es imposible, sino por haberlo estudiado en el animal después de la inoculación del virus sífilítico que en el lugar de la inoculación es posible observar al cabo de unos diez días de efectuada la inoculación un verdadero chanero histológico con endopilaritis, en donde es posible ya observar treponemas en abundancia. Recordando este hecho observé a la mujer, en la que no existía el menor vestigio de chanero. Al cabo de un mes del coito aparecieron en la ingle izquierda ganglios relativamente grandes que no me atreví a diagnosticar de sífilíticos. Otro mes más tarde presentó esta mujer una erupción de sífilides papuloescamosas del tronco y una roseola discreta.

Se trata de una interesante observación que no deja lugar a críticas, en la que la adenopatía inguinal ha sido la reveladora de una puerta de entrada histológica, pero indudable.

La siguiente observación de Schulmann también es extraordinariamente interesante: Un joven estudiante de Medicina ha tenido dos contactos sexuales sucesivos con una mujer en la que al día siguiente se descubre una roseola. El autor observa diariamente al individuo en cuestión, sin descubrir la más mínima lesión de chanero ni de adenopatía. Al cabo de cinco semanas preséntase positividad serológica y una roseola del tronco.

Trátase, por lo tanto, de una indudable observación de sífilis sin chanero.

Inoculación venosa periférica.—Una variedad muy importante de sífilis sin chanero obsérvese hoy día con alguna frecuencia con motivo de la transfusión sanguínea.

Para efectuar esta operación se toman una porción de precauciones, principalmente dirigidas a la determinación de los grupos sanguíneos del donante y del receptor; pero por lo general no se insiste lo suficiente en la investigación de la posible existencia de una sífilis en evolución en el que presta su sangre.

Se han observado casos de sífilis por transfusión sanguínea en todos los períodos de la enfermedad, quedando con ello demostrada una vez más la contagiosidad de la sangre de los sífilíticos en todos los diversos estadios de su evolución.

Hace ya algunos años que invoqué la presencia del treponema en la sangre de los sífilíticos para explicar un cierto número de accidentes como la sífilización de las heridas quirúrgicas.

Referiré ahora algunos ejemplos de sífilis sobrevenida a consecuencia de la transfusión sanguínea, en los diversos períodos de la enfermedad.

Al período primario corresponde la interesante observa-

MORRHUËTINE

JUNGKEN

CARACTERES ESENCIALES

- A/** *Simplicidad de su composición*
Yodo. Hipofosfitos, cal, sosa, manganeso
Fosfato sódico. Glicerina pura.
- B/** *Ninguna substancia de peligroso manejo
para la infancia. Ni estrignina, ni arsénico*
- C/** *No es una emulsión, ni uno de los llamados ex-
tractos del aceite de hig. de bacalao. Es un licor
no alcohólico, ni azucarado, de sabor gratísimo y
tolerado perfectamente.*
- D/** *Medicación YODADA por excelencia.
Depurativo. Reconstituyente*

SE EMPLEA EN TODAS LAS ÉPOCAS DEL AÑO.

ES EL RECONSTITUYENTE PREDILECTO DE LOS
SRES. MÉDICOS PARA USO DE SUS HIJOS.

Eficaz en el
tratamiento de las

- Adenopatías
- Linfatismo
- Escrofulismo
- Raquitismo
- Diabetes
- Heredosifilis
- Ameno y Dismenorrea
- Convalecencias
- Estados llamados Pretuberculosos



LABORATORIO MIRABENT BARCELONA

ESPECIALIDAD NACIONAL

ESTAFILASA del D^r DOYEN

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

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

Solución coloidal
fagógena
polivalente.

MICOLISINA del D^r DOYEN

2 FORMAS:
MICOLISINA BEBIBLE
MICOLISINA INYECTABLE

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

NEURASTENIA
ANEMIA
CONVALENCIAS

Vino de Bugeaud

Tónico-Nutritivo,
con Quina
y Cacao.

Actúa por la Teobromina y por los Alcaloides de la Quina

Comprimidos compuestos de *Hipófisis*
y *Tiroides* en proporción prudencial,
de *Hamamelis*, *Gastaña de India*
y *Citrato de Sosa*.

Venosina

Tratamiento específico completo de las **AFECCIONES VENOSAS**

PARIS, P. LEBEAULT & C^h, 5, Rue Bourg-l'Abbé
POR MENOR: PRINCIPALES FARMACIAS.

ESTOMAGO

Sal de Hunt

Laboratoires Alph. BRUNOT
PARIS

Muestras y Literatura
Juan Martín, Alcalá 9 MADRID

VÍAS URINARIAS — HEMATURIAS

Trastornos vesicales o renales, orina de color pardo o rojo, sedimentos sanguinolentos o purulentos, cistitis, congestión de la uretra y del cuello de la vejiga, pueden ser síntomas de nefritis, cálculos, tuberculosis o cáncer incipiente.

En la duda de un diagnóstico definitivo, ponemos a la disposición del médico →

El gran diurético vegetal poderosísimo, de fidelidad descongestionante comprobada, sin contraindicaciones.

Anticalculina Ebrey constituye una bebida agradabilísima y es considerada por los profesionales que la han usado como el específico insustituible de las afecciones vesico-renales y biliares.

El tratamiento con Anticalculina Ebrey acelera el restablecimiento, en caso de que sea necesaria la intervención quirúrgica.

Base: Solución Palma Christi, Sabal, Uva Ursi, Estigmas de Maíz.

Dosis: XXX gotas de Anticalculina Ebrey en un vaso de agua helada, azucarada, si se prefiere, tres veces al día, o una cucharadita de Anticalculina Ebrey en un litro de agua, por vasos, durante el día y la noche.

Muestras gratis a los señores Médicos

EBREY CHEMICAL WORKS, 251, Pearl St., New York, N. Y.

E. Durán, Madrid. — Comercial Anónima Vicente Ferrer, Barcelona. — Dr. Cuesta, Valencia.

Anticalculina EBREY

ción de Vatanou y Constantinesco, que se refiere a una mujer que se presenta cubierta de sífilides papulosas y sífilides papuloerosivas de la vulva y amígdalas, datando de alrededor de seis semanas. El examen más minucioso no permitió descubrir el menor vestigio de la lesión inicial. Por otra parte esta mujer había tenido una metrorragia muy abundante hacia tres meses consecutiva a un aborto provocado, a causa de lo cual hubo de hacerse una transfusión sanguínea.

Además de esto, aseguraba la mujer no haber tenido relaciones sexuales después de su transfusión y que su marido no presentaba signos clínicos ni serológicos de sífilis. El examen del dador demostró que en aquella fecha presentaba un chancro genital en vías de curación, cuyo origen sífilítico quedó comprobado por la aparición de lesiones secundarias.

Los casos de sífilis producidos por este mecanismo en el período secundoterciario son mucho más frecuentes. Feldmann ha publicado una interesante observación: Se trataba de una enferma de treinta y tres años que en el momento de ser examinada presentaba una roseola sífilítica, sin que resultara posible descubrir el menor vestigio del chancro inicial. Esta enferma con motivo de unas profusas metrorragias fué sometida a una transfusión sanguínea. Afirmaba, por otra parte, no haber tenido relaciones sexuales desde hacia mucho tiempo. La dadora mostraba al examen la existencia de pápulas sífilíticas de tres a cuatro semanas de fecha localizadas en la región del gran trocánter y en la región lumbar. La serología era positiva en aquel momento, lo que no había sido cuando se efectuó la transfusión.

La sífilis terciaria es igualmente capaz, aunque más raramente, de transmitir por vía hemática la infección sífilítica. Dufour ha comunicado un interesante caso a la «Société des Hôpitaux de Paris», que se refería a una muchacha joven con una intensa anemia consecutiva a un embarazo, por lo cual se le hizo una transfusión sanguínea. Dos meses y medio más tarde se presenta con una roseola sífilítica y la reacción de Wassermann positiva. Habiendo el autor agotado todas las posibilidades de transmisión, no encontró verosímil ninguna fuera de la transfusión. En el dador fué igualmente imposible encontrar signos de sífilis y el Wassermann era también negativo. Si se admite realmente que el sujeto contaminante haya sido el dador de la sangre, se trata de un hecho que plantea un serio problema.

Patogenia.—La sífilis sin chancro se observa relacionada con dos categorías diversas de hechos: primero, por inoculación vascular, y segundo, por inoculación transcutánea sin chancro.

1.º La inoculación vascular se puede efectuar por «vía arterial», como en la arteria umbilical del feto que determinaría la infección de la madre en la sífilis concepcional, y por «vía venosa» como sucede en la transfusión sanguínea.

De todas maneras el período de incubación de la roseola por transfusión sanguínea es el mismo que el período de incubación de la roseola después del chancro.

2.º **Chancro transcutáneo.**—La ausencia de chancro se observa en los casos de insuficiencia del germen invasor por número o calidad, o por reacción de defensa en el sujeto invadido.

La insuficiencia del germen invasor puede depender de su número o de su virulencia.

Por el número, puesto que hemos visto producirse la sífilis sin chancro en la observación relatada más atrás en la que el sujeto contaminador tenía un chancro histológico al que el número de treponemas existentes en su superficie había de ser necesariamente limitado.

En otros casos se trata de la insuficiencia de virulencia, pues estos hechos han sido observados, sobre todo, en individuos casados, cuya sífilis ha sido tratada y que debido a esto presentan, no sólo un número escaso de treponemas, sino además de virulencia atenuada por el tratamiento.

La reacción de defensa del sujeto invadido tiene seguramente una importancia bastante grande. Se realiza de dos maneras: o por la acción de un tratamiento antisifilítico o por la existencia de una infección sífilítica anterior.

No es infrecuente que los médicos indiquen un tratamiento abortivo en los casos en que un individuo se ha expuesto a una contaminación sífilítica.

Una observación de Audry es ejemplo de este tipo: Se trata de un hombre que ha tenido relaciones sexuales con una mujer sífilítica cubierta de accidentes contagiosos. No se observan en él ni chancro ni roseola. El autor aconseja un tratamiento con stovarsol. Al cabo de cuatro o cinco meses este individuo presenta una serología positiva. En este caso el stovarsol ha impedido la aparición del chancro, pero no ha evitado, sino retardado, la aparición de los accidentes de generalización.

En los accidentes de superinfección obsérvese con frecuencia la aparición primitiva de lesiones secundarias.

Cabe en muchos de los casos de este género preguntarse si muchos de los sífilíticos sin chancro pueden tratarse de sífilíticos congénitos.

**

Los hechos referidos muestran el extraordinario interés de este problema.

Desde el punto de vista práctico se deduce una conclusión de gran importancia, y es que la transfusión sanguínea puede ser causa de contagio de la sífilis. Por lo tanto, cuando vaya a efectuarse una de éstas es absolutamente necesario investigar cuidadosamente a los dadores, no sólo desde el punto de vista de los grupos sanguíneos, sino teniendo en cuenta la posibilidad de que éstos puedan ser sífilíticos.

(Conferencia en el Hotel Dieu, París.)

BIBLIOGRAFIA ⁽¹⁾

ACTA RADIOLÓGICA. Suplemento XI: «Tumores malignos de las tonsilas. Estudio clínico con especial referencia al tratamiento radiológico», por el Dr. Elis G. E. Berven. Estocolmo, 1931.

El nombre del autor, jefe del Servicio del Radiumhemmet, de Estocolmo, y la importancia del asunto tratado por él, con la competencia con que se tratan en Suecia estas cuestiones, da idea del interés de este trabajo, en el cual encontrará todo el que se dedique a estas cuestiones datos del mayor interés científico.

El libro, pues de tal puede hablarse y no de suplemento, pues tiene 285 páginas, y aparte de dos figuras intercaladas en él, tiene al final 42 figuras policromadas en 13 planchas, en las cuales se hallan representados fielmente los procesos tratados y los resultados obtenidos con el tratamiento, estudiándose en distintos capítulos de él: el material de enfermos, la técnica del tratamiento, los carcinomas, linfopiteliomas, sarnas, y los tumores mixtos malignos de las tonsilas, junto con el diagnóstico diferencial tratado a continuación en capítulo aparte.

La última parte del libro se ocupa de la influencia de la edad y del sexo en la aparición de estas enfermedades, de

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

la sífilis y del examen de los métodos terapéuticos y resultados obtenidos en otras clínicas, así como de los obtenidos en el Radiumhemmet, ampliado este punto con un capítulo aparte en el cual se exponen detalladamente los factores que influyen en la curación radiológica de estas tumoraciones malignas.

Una detallada relación de las figuras, por el orden en que son expuestas en el libro, cierra tan importante obra, que es un timbre de gloria más a los trabajos científicos que se realizan en el Radiumhemmet, de Estocolmo, bajo la dirección del sabio profesor Dr. Gösta Jorsell.

DRES. J. Y S. RATERA

ELEMENTOS DE PATOLOGÍA QUIRÚRGICA. Traumatismos, por el profesor Laureano Olivares. Un tomo de 165 páginas con numerosas ilustraciones, 10 pesetas. Javier Morata, editor. Madrid, 1931.

Un grupo de anónimos y fervorosos discípulos del profesor Olivares, gloria quirúrgica del Colegio de San Carlos, han emprendido la dura tarea de recopilar en uno o varios tomos (ignoramos el alcance de su propósito) la labor docente de este maestro.

Hemos recibido el tomo que ahora nos ocupa, el cual hace honor al propósito divulgador de sus recopiladores. No se trata de «unos apuntes de clase», de clara intención mercantil, en los que se desvirtúan, como en tantos otros que hemos tenido que sufrir en nuestra época de estudiantes, las enseñanzas del profesor. Sin escrúpulo para su prestigio podría el Dr. Olivares apadrinar directamente con su firma el contenido de este volumen.

Trátase en este volumen de la Traumatología general, perfectamente conocida y desarrollada, tanto para el médico general como para el estudiante de la carrera.

La presentación e ínterpretación de la obra, modesta, pero decorosa, sin desdeñar grandemente dentro de la obra realizada por Morata.

DR. JAMATOBO

EL PROBLEMA MÉDICOSOCIAL DE LA TUBERCULOSIS, por Tomás de Benito, publicación del Dispensario Antituberculoso Amparo Landa.

Trátase de un libro de vulgarización en el cual el doctor De Benito Landa desarrolla algunos temas importantes, desde la herencia y el contagio de la tuberculosis hasta los modernos métodos de lucha. Ocupase de la tuberculosis infantil, del diagnóstico específico y de las estadísticas de morbilidad y de mortalidad. Estudia lo más importante de la lucha antituberculosa: los dispensarios, la profilaxis en la primera infancia, la obra de Granchar, los preventorios, sanatorios, enfermerías, hospitales, etc. Al final de la obra hay una cuartilla para adultos y otra para niños.

J. V. L.

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

Armando F. Camauër y Gregorio Mórtoia. CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LOS SÍNDROMES TUBERO-INFUNDIBULO HIPOFISARIOS.—*Síndrome adiposo genital de Froehlich con gigantismo, feminilismo, disturbios del hambre y de la sed, etcétera, por epéndimoblastoma del tercer ventrículo y acue-*

ducto de Silvius.—Resumiendo, tenemos: que un apéndimoblastoma, nacido en el acueducto de Silvius, extendido hacia delante hasta el tercer ventrículo (al que llenaba en su mitad posterior, mientras la mitad anterior estaba grandemente dilatada por hidrocefalia interna) infiltrando hacia atrás, la calota peduncular y los tubérculos cuadrigéminos anteriores y apareciendo (atrás y abajo) en el cuarto ventrículo, engendrará, en un muchacho joven, de dieciséis años, los siguientes síndromes:

1.º Síndrome de hipertensión endocraneana (cefaleas, vómitos, staung papille, etc.).

2.º Síndrome cerebeloso y de núcleos rojos.

3. Síndrome piramidal (por compresión del pie del pedúnculo).

4.º Síndrome ocular: a) por la hipertensión endocraneana; b) por la lesión cuadrigemelar; parálisis de la elevación de la mirada o parálisis combinada de la elevación.

5.º Síndrome psíquico (apatía, somnolencia, etc., o síndrome psíquico neurohipofisario).

6.º Síndrome tubero-infundíbulo hipofisario a manifestaciones variadas, múltiples:

a) Síndrome adiposogenital de Froehlich Bartels.

b) Gigantismo.

c) Feminilismo.

d) Disturbios del hambre.

e) Disturbios de la sed.

f) Alteración del metabolismo hidrocarbonado.

g) Síndrome radiográfico.

Creemos haber aportado con esta observación anatómica-clínica prolijamente estudiada, una colaboración de cierto valor en el estudio de los síndromes tubero-infundíbulo-hipofisarios. (*La Pren. Med. Argen.*, 30 de Marzo de 1931.)

E. Rist, Doubrow y R. Froment. ESTUDIO MORFOLÓGICO DEL TERRENO ALÉRGICO EN LA TUBERCULOSIS PULMONAR.—En este interesante trabajo presentan los autores un estudio histopatológico del tejido pulmonar afecto de tuberculosis en función del estado de alergia.

Parece haberse exagerado el papel de las células en la evolución de las lesiones tuberculosas y, por el contrario, despreciado el de las sustancias fundamentales intercelulares, siendo a nivel de la sustancia fundamental conjuntiva donde se efectúan los fenómenos primitivos y se observan con más claridad las reacciones alérgicas.

La lesión inicial es una lesión exudativa formada por una infiltración intratisular, a la vez celular y líquida, con su coágulo fibrinoso que engloba algunos elementos celulares en vías de necrosis de coagulación, lo mismo sea ésta antialérgica que alérgica. La alergia, efectivamente, no influye sobre la morfología de la lesión inicial, pero mantiene bajo su dependencia la posterior evolución morfológica y biológica.

La aparición de la alergia se traduce por la aptitud de la fibrina, el exudado inicial, a transformarse, ya sea en colágena, ya en una sustancia hialina.

En casos de alergia, la fibrina permanece pasiva y sufre una caseificación más o menos rápida y completa.

Las lesiones alérgicas de la primera inoculación presentan una tendencia más o menos pronunciada a la limitación por enquistamiento fibroso.

Los bacilos de Koch, abundantes en las lesiones anti-alérgicas y metaalérgicas de primoinfección, son raros en los núcleos caseosos enquistados y excepcionales en las lesiones fibrosas sembradas de nódulos de células gigantes. Resulta imposible decir por el momento, si los bacilos de Koch desaparecen por completo por haber sido destruidos a nivel

de los tejidos alérgicos o si acantonan en el estado de virus filtrantes.

En las tuberculosis miliare de los recién nacidos, las lesiones foliculares se localizan, sobre todo en los tabiques interlobulares y particularmente en las paredes vasculares, donde se efectúa la inoculación por medio de los «vasa vasorum», mientras que las lesiones exudativas ocupan el parénquima alveolar.

La abundancia de bacilos en estas formas indican la naturaleza antialérgica del proceso.

En la tuberculosis miliar del adulto es extraordinariamente raro el estado de alergia. Son mucho más frecuentes los miliare analérgicos. La forma aguda o subaguda de este proceso es esencialmente folicular, con aparición rápida de la metamorfosis colágena de la fibrina, esclerosis y aparición consecutiva de folículos de células gigantes. La rapidez de su evolución muestra bien claramente que las lesiones tuberculosas no curan nunca por esclerosis. En las granulias frías o tuberculosis miliare crónicas, la extensión de la esclerosis es considerable y sus formas constituyen el lazo de unión entre las formas miliare y las formas fibrosas de las tuberculosis alérgicas.

El despertar de la tuberculosis pulmonar en el organismo adulto alérgico puede ser brusco o insidioso. El antiguo chancro de inoculación no subsiste más que en el estado de un vestigio cicatricial; el reservorio de bacilos tuberculosos se encuentra en los ganglios hiliares que habían formado parte del complejo de la lesión inicial del niño. Estos ganglios no se encuentran muy aumentados de volumen, pero están rodeados de una capa más o menos espesa de periadenitis fibrosa. Esta esclerosis periganglionar hace que se obliteren los linfáticos aferentes.

Por el contrario, al despertar de la infección tuberculosa, en el adulto, se nota la aparición de capilares sinuosos neoformados que facilitan la invasión del torrente circulatorio por los bacilos tuberculosos, que serán lanzados hacia la circulación pulmonar, y como los ganglios hiliares están situados en la región de la rama superior de la arteria pulmonar, son los lóbulos superiores los que están sobre todo expuestos a recibir los gérmenes desprendidos de los ganglios hiliares. Histológicamente se produce una lesión alérgica con un rápido enquistamiento provisional de las lesiones y caseificación y eliminación muy rápida del núcleo central, de donde se deduce la precocidad de la aparición de la caverna.

La eliminación por el bronquio de drenaje crea una nueva vía de propagación de los bacilos.

Por último, los linfáticos están bloqueados por la esclerosis joven, lo que explica que en el curso de la tuberculosis alérgica del adulto no se observe una nueva adenopatía similar. (*An. de Med.*, tomo XXVIII, núm. 3).—JAMATOBO.

G. Faroy, R. Deron y H. Desoille. LAS DIARREAS SECUNDARIAS A LAS LESIONES HEPATOBILIARES.—La clínica demuestra la frecuencia con que interviene la alteración hepática o de la vesícula en la aparición de los tipos de diarrea.

Al síndrome enterohepático se opone el síndrome hepatointestinal o hepaticocólico, cuya forma diarreica vamos a estudiar.

En el enfermo avanzado, hepático o vesicular aparece la diarrea, unas veces como síntoma accesorio; otras, como dominante clínica. El interrogatorio pone de manifiesto la anterioridad de la lesión hepática o vesicular a la diarrea.

No es raro el enfermo con diarrea y signos de colitis y trastornos hepatovesiculares.

Las diarreas sin colitis pueden ser episódicas, postprandiales o de larga duración. Lugar aparte merecen las diarreas líquidas indoloras de las hipertensiones portales. Son diarreas serosas en el curso de cirrosis complicada de ascitis con meteorismo abdominal y coprológicamente están caracterizadas por dilución considerable de las heces, sin el menor síntoma de insuficiencia hepática ni de la mucosa intestinal; deposiciones que pueden alcanzar a diez y quince por veinticuatro horas, que juntamente con las hemorroides y la circulación venosa colateral revelan el síndrome de una hipertensión portal en su principio.

En algunas circunstancias aparecen bruscamente las diarreas líquidas decoloradas y fétidas, persistentes semanas o meses en número variable.

En otras circunstancias se trata de diarrea pastosa, más o menos decolorada, fétida. En general el enfermo emite una a tres deposiciones diarias, grisáceas, alcalinas, fétidas, con todo el carácter coprológico de heces de putrefacción. En el enfermo anoréxico y flatulento las heces van teñidas por los pigmentos biliares oxidados o son amarillas o blanco amarillentas; no faltando casos que están irisadas y de olor bufrico. Excepcionalmente las heces diarreicas toman los caracteres de la insuficiencia mixta pancreatobiliar.

Las relaciones de estas diarreas con las lesiones hepatobiliares se suponen cuando la palpación del colon es indolora y existen pequeños signos como subicteria de conjuntivas, varicosidades de la base del tórax, indicio de circulación colateral o manchas más o menos oscuras que fijan atención sobre el hígado. La palpación del hígado confirmará la existencia de lesión hepática crónica, de crisis congestiva o de colecistitis.

Las formas de diarrea ya citadas coinciden o alternan en la lesión hepática o colecística.

Al relacionar las colitis con las lesiones hepáticas hemos visto que la lesión hepatobiliar es frecuentemente primitiva; puede ser el origen de la colitis; su tipo mucoso o mucomembranoso es en parte determinado por la modalidad de los trastornos funcionales del complejo glandular hepatobiliar. La insuficiencia biliar favorece el estreñimiento y la concreción de moco en la colitis mucomembranosa, mientras que la colitis mucosa revela un déficit secretorio gastrointestino pancreático secundario o asociado a la insuficiencia hepática.

Para instituir la terapéutica racional de estas diarreas hepatobiliares hay que conocer su patogenia. Es casi siempre compleja; tratemos de esquematizarla.

La excreción abundante de bilis, provocando contracciones intestinales violentas, acelera el tránsito; en caso de déficit biliar, la pululación anaeróbica favorece las putrefacciones. Los fermentos amilolíticos de páncreas e intestino, cuyos órganos no son excitados o reforzados por la bilis, dejan residuos amiláceos susceptibles de fermentar. La perturbación de la digestión y la absorción de las grasas influye sobre la velocidad de progresión del contenido intestinal y modifica el aspecto y volumen de las deposiciones.

Las alteraciones histológicas de mucosa intestinal modifican la absorción del agua. La insuficiencia hepática actúa por intermedio de la oliguria aumentando la secreción acuosa intestinal. Finalmente la insuficiencia hepática altera las demás glándulas digestivas.

En el tratamiento, la comprobación clínica de la lesión hepática o vesicular varía el proceder. Cuando fracasan los tratamientos clásicos de la diarrea se recurrirá a la terapéutica hepatobiliar.

Cuando la diarrea es provocada por una colecistitis se evitarán los medicamentos susceptibles de determinar una

liberación biliar violenta (aceite de Harlem, sulfato de magnesio, bilis), dando la preferencia a la evonimina, ácido oleico, tintura de boldo, peptona, benzoato sódico, de acción suave, y el salicilato sódico que además posee acción anti-séptica.

En las diarreas de las hepatitis administraremos extracto hepático (50 a 75 centigramos por día) durante bastante tiempo.

Las agravaciones de las colitis y de las lesiones hepato-biliares se evitan con los desinfectantes intestinales (carbón de sangre, colargol, salicilato de bismuto), añadiendo fermentos lácticos, vacunoterapia y aun insulina, como reformatora de la función antitóxica hepática en dosis de 40 unidades diarias, con las precauciones de rigor.

En acolias e hipocolias, los coleréticos (sulfato sódico a dosis pequeñas, calomelanos a dosis refractas) y aun el extracto de hiel de buey.

En el régimen alimenticio se prohibirán los alimentos grasos y ricos en colesisterina, tóxicos para el hígado, que aumentan las putrefacciones intestinales.

De gran valor son las curas termales. (*La Presse Médicale*, París, 30 de Mayo de 1931, núm. 43, página 793).—M. A. C.

C. Colber y R. Pigeon LA PRÁCTICA DE LA AUROTHERAPIA EN LOS TUBERCULOSOS.—Las sales de oro son eficaces a condición de reservar esta terapéutica para las formas relativamente recientes y débilmente evolutivas en enfermos cuyo estado general permita soportar el tratamiento.

Este método carece de peligros si se tiene cuidado:

a) De comenzar por dosis muy débiles sin sobrepasar el umbral de la tolerancia, ni la dosis total de tres gramos por serie.

b) De eliminar a los sujetos que presenten una deficiencia visceral cualquiera y sobre todo una insuficiencia funcional de los órganos encargados del metabolismo (hígado, riñones, intestino).

c) Los resultados recaen principalmente sobre el estado general; pero es frecuente observar concurrentemente una mejoría manifiesta de los signos funcionales y físicos. (*Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, número 51, 31 de Diciembre de 1930).—T. R. Y.

Marcos y Mitiani. ADRENALINA INTRACARDIACA.—La observación de estos casos y el estudio de los conocidos nos induce a las siguientes conclusiones:

1.ª En los casos de síncope de cualquier naturaleza y especialmente anestésicos, la adrenalina intracardíaca es la indicación de elección.

2.ª La acción medicamentosa se observa después de los sesenta segundos de su inyección, límite máximo señalado para la reacción miocárdica.

3.ª No es indispensable que la solución de adrenalina esté recientemente preparada, aunque sí es preferible.

4.ª La cantidad a inyectar es variable. Basta un miligramo en una inyección, debiendo repetirse si la primera no surtiera efecto.

5.ª En los síncope anestésicos no debe abandonarse toda esperanza hasta un límite de tiempo prudencial y haciendo uso de todos los recursos que la terapéutica pone a nuestra disposición (Observación tercera, una hora sin respiración y diez minutos sin latidos cardíacos.)

6.ª La adrenalina intracardíaca ejerce su acción siempre que la parálisis del miocardio sea brusca. No la ejerce en los casos en que funcional o anatómicamente esté cayendo de un modo lento por causa toxi-infecciosa.

7.ª La inocuidad absoluta de la punción del miocardio y su posible beneficio, hace que en todo caso, en presencia de un síncope y no teniendo adrenalina a mano, deba punccionarse el corazón con una aguja larga, de punción lumbar u otra, recordando la posible influencia de esta excitación en el retorno del funcionamiento cardíaco. (*Vida Nueva*, Habana, Febrero de 1931.)

Nacionales

José Codina Castellví. REFLEXIONES ACERCA DEL NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO.—De su estadística de siete casos de neumotórax espontáneo se desprende que ha correspondido a los hombres en el 71,43 por 100 y a las mujeres en el 28,57, y todos se han desarrollado en personas jóvenes, de veinte a treinta y dos años.

El síntoma más constante ha sido la disnea, después el dolor y, por fin, la fiebre. De los signos, el más frecuente y a la vez más expresivo ha sido el silencio con la desaparición de las vibraciones torácicas.

La fórmula matemática: *derrame = perforación preliminar* no puede admitirse, porque la clínica habla en contra de tal absolutismo.

Al esfuerzo, sin traumatismo, se le debe considerar desprovisto casi por completo de valor en la génesis del neumotórax espontáneo.

Existe un tipo clínico del neumotórax espontáneo, llamado simple, ligado también, patogenicamente, a la tuberculosis pulmonar.

Respecto a la frecuencia del neumotórax espontáneo, se puede aceptar, provisionalmente, como cifra aproximada a la verdad, la del 4 por 1.000 como término medio.

En un tercio de los casos suele haber recidiva en el neumotórax espontáneo, y casi siempre estas recidivas se observan en los del tipo clínico, simple o benigno.

La evolución puede ser *simple* (rápida y benigna) y *compleja* (según la clase y naturaleza del derrame).

La evolución compleja del neumotórax espontáneo sigue paralelamente la evolución del derrame, según la clase y la naturaleza bacteriológica del mismo.

La frecuencia de los derrames en el neumotórax artificial oscila, como término medio, alrededor del 50 por 100, y en el neumotórax espontáneo aumenta hasta cerca del 82 por 100. (*Revista Española de Tuberculosis*, Febrero 1931.)

Rafael Méndez Martínez. VALORACIÓN BIOLÓGICA DEL CORNEZUELO DE CENTENO.—El método de Broom y Clark con la ligera modificación que hemos descrito parece el más apropiado para la valoración de los preparados de cornezuelo de centeno.

La ergotamina actúa muy lentamente sobre los tejidos aislados y la reacción parece seguir una curva que se aproxima gradualmente a un valor máximo.

El método del conducto deferente de cobaya tan apropiado, al parecer, para la valoración de los alcaloides del cornezuelo de centeno es inferior al de Broom y Clark por las razones expuestas.

Ninguno de los demás tejidos estudiados (útero de cobaya grávido y carótida de oveja) son más útiles que el útero de coneja para la valoración del cornezuelo de centeno.

La ergotamina no anula la acción inhibitoria de la adrenalina sobre el útero de cobaya virgen y en estado de preñez precoz ni sobre el útero de la rata.

Sobre el intestino de conejo la ergotamina no antagoniza la adrenalina, de manera que permita aplicar el fenómeno como método de valoración de los preparados de cornezuelo de centeno. (*Med. Lat.*, Abril 1931.)

Lipiodol

Radiológico

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

**"ASCENDIENTE" Y
"DESCENDIENTE"**

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

Concesionarios Generales para la Exportación:
LECZINSKI & C^{ta},
67, Rue de la Victoire
Paris.

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

**LIPIODOL
LAFAY**

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

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.

DEPOSITO GENERAL

**VENTA EN
FARMACIAS**

LABORATORIO

**QUÍMICO - FARMACEUTICO
DEL DR. B. OLIVER Y RODES**

CONSEJO CIENTO 308 - BARCELONA



**¡CONTRA
EL DOLOR!**

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

ACONSEJAD

CEREBRINO MANDRI

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



Preparado en las farmacias especializadas por el Dr. B. Oliver y Rodes, Farmaceutico, Consejo Ciento 308, Barcelona.



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 cm con 3 entrapaños.	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 entrapaños.....	» 31,00
» con porta-irrigador.....	» 73,00
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

SIL - AL Metahidrosilicato de aluminio fisiológicamente puro	Sustituye al bismuto en terapéutica gástrica.	Muestras y literatura: A. GÁMIR Valencia.
	Existe el Sil-Al belladonado.	

BARDANOL — Elixir de bardana y estaño eléctrico. —	INDICACIONES: Estafilococias en todas sus manifestaciones.	Muestras y literatura: A. GÁMIR Valencia.

Autorizado por la Inspección General de Sanidad, número 4.193. Alcaloides del opio y de la belladona (var. estable en solución Rética).	ATROPAVER	Muestras y literatura a disposición de los señores Médicos que lo soliciten al Laboratorio «CELTA», Valencia.
---	------------------	---

LO MAS NUEVO

FEBRIFUGOL EGABRO
Científica y genial preparación a base de plata coloidal, urotropina purísima e infusión de estigmas de maíz con elixir de vainilla.
De positivo efecto en las fiebres tíficas, paratíficas y colibacilares.
**SIN SALES DE MERCURIO
NI FERMENTOS LACTICOS**

NUTRIL EGABRO
Caldo de cereales y leguminosas con extracto de Malta. Alimento vegetariano completo con diversidad de aromas (píña, limón, fresa, etc., etc.).

HEMOBICAL EGABRO
Recalcificante poderoso y reconstituyente (véase la fórmula):

Fosfato de cal bibásico.....	0,80 gramos.
Fluoruro de cal.....	0,02 —
Arrhenal.....	0,02 —
Lecitina pura de huevo.....	0,05 —
Hemoglobina.....	0,10 —
Solución de adrenalina al milésimo...	3 gotas.

Para un sello.

Servimos muestras indicando estación destino.
LABORATORIO EGABRO—CABRA (Córdoba), España

Vacantes. (1)

Se halla vacante la plaza de médico titular inspector municipal de Sanidad de Gárgoles de Abajo, de 5.ª categoría, con la dotación anual de 1.375 pesetas y por capitular o iguales 3.625 pesetas, que en total hacen 5.000 pesetas, la cual podrá solicitarse por el plazo de treinta días.

Este pueblo será matriz sin anejos; por ahora tiene buenas vías de comunicación, con abundantes aguas, dista de la cabeza de partido, que es Cifuentes, 6 kilómetros por carretera y tiene servicio de automóvil correo diario a la capital de provincia.—El alcalde, Antonio Casado.

—Por la Dirección general de Sanidad, y en la *Gaceta* del 28 de Agosto, se dispone quede nulo y sin efecto el anuncio publicado en la *Gaceta* de 25 de Julio último, rela-

(Continúa en la pág. XVIII).

(1) Norma 10. Las plazas vacantes serán solicitadas mediante instancia en papel de la clase correspondiente (en este caso de 8.ª, dirigida al presidente de la Corporación municipal que convoque el curso, 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.

Para expedir la ficha de méritos es necesario que presenten, acompañando a la instancia, los méritos que posea el interesado, como son años de servicios, premios y concesiones, etc., así como naturaleza y fecha de nacimiento; por tanto, debe mandarlos documentalmente, o bien pedir a la Comisión del Escalafón una hoja de servicios, en la cual constan todos estos detalles.

Los derechos de expedición de la ficha solicitada son, 5 pesetas la primera y una peseta cada copia, y suelen tardarse a expedirlas unos dos días. Presentarlo en el segundo

AGUAS MINERALES NATURALES DE

CARABANA

“LA FAVORITA”

PURGANTES - DEPURATIVAS - ANTIBILIOSAS - ANTIHERPETICAS

PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI

MADRID

VIAJE AEROSTÁTICO

DE

FR. GERUNDIO Y TIRABEQUE

CAPRICHOS 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 tarde del 15 de Noviembre de 1847 (1).

Tales los procedimientos que siguen en general los pueblos y Ayuntamientos, socavando los cimientos de la Sanidad rural.

No desconoce el Gobierno ni nuestro Pascua celoso este clamor sempiterno ni el procedimiento eterno del Tribunal Contencioso.

Y aunque éste, en sus altos juicios, al desmán oponga diques corrigiendo tales vicios, ¿quién solventa los perjuicios que ocasiona un mal cacique?

**

Con proceder tan villano se vió el doctor preterido, lanzando quejas en vano, porque no encontró tan llano obtener nuevo partido.

Y llegado a la vejez aquel doctor ideal, —sin que el Estado a su vez protegiese su honradez—, pereció en un hospital.

Del Gobierno la destreza, la justicia y el civismo deben mostrar su entereza seccionando la cabeza del moderno feudalismo.

WENCESLAO BORRACHERO.

Madrid y Agosto de 1931.

Urosolvina: eficaz antiúrico.

Una tarifa curiosa.

De tal puede ser calificada la que en tiempos de Luis X regía para las multas. Según referencias que parecen dignas de crédito, dicha tarifa era la siguiente:

- Por un puñetazo, 10 céntimos.
- Por un puñetazo con piedra, 25 céntimos.
- Por echar una mano al cuello, 25 céntimos.
- Por echar las dos, 75 céntimos.
- Por arañar la cara, 30 céntimos.
- Por pegar en las narices sin hacer sangre, 25 céntimos.
- Causando sangre, 50 céntimos.
- Por una herida más arriba de los dientes, 1,75 pesetas.
- Por ídem más abajo, 2,70 pesetas.
- Por romper brazos o piernas, 7,75 pesetas.
- Por romper un diente, 7,25 pesetas.
- No se puede pedir mayor baratura.

ANTIPHLOGISTINE

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

EL HOMBRE demasiado ocupado para cuidar su salud es como el mecánico demasiado ocupado para cuidar sus herramientas.

CICERÓN.

**

APRENDER por aprender es quizá tan vulgar como comer por comer.

DE GOURMONT.

Los hombres nos iban pareciendo cada vez más pequeños, y es que el globo había subido algo, porque Mr. Arban aligeró un poco el lastre de la barquilla. Otra corriente de aire nos fué alejando de Madrid, y a los pocos minutos nos encontramos perpendiculares sobre el camino de hierro de Aranjuez. Pero al propio tiempo que divisábamos como en miniatura los puentes comenzados para el ferrocarril, veíamos allá una diligencia dando tumbos, a la otra parte un carruaje volcado y saliendo de debajo de él los viajeros a la rastra, el uno con la cabeza rota y el otro con un brazo partido, al otro lado dos galeras atascadas, hechas trizas las ruedas y el eje, y en otra dirección unos pobres carreteros teniendo que llevar con mil penas sus carros por las tierras labradas, haciendo mil curvas, porque en España todo lo que no es camino está menos malo que lo que llaman camino.

—Esta es la España, Pelegrín — le dije yo a mi lego—. Mientras los carruajes van haciéndose añicos y los hombres magullándose por esos que llaman caminos de tierra, se están haciendo caminos de hierro que no han de poder servir sino para puro recreo y diversión.

—Eso quiere decir, mi amo, que la España siempre es el país de los viceversas, así desde allá abajo como desde acá arriba.

—Una sola cosa veo con satisfacción,

Jarabe Bebé. - Tetrádinamo. - Septicemiol. - Purgantil (Jarabe de Frutas)
Véase anuncio, página V.

Pelegrín. En cambio del mal estado de nuestras calzadas y de no divisarse en muchísimas leguas un solo peón caminero, pláceme el estarlas viendo desde aquí cruzadas de guardias civiles, verdaderos guardadores de la seguridad personal de viajeros y trajineros contra bandidos y salteadores.

—Eso es verdad, señor, y ya yo lo había visto y tropezádome muchas veces con ellos cuando iba por la tierra. Gente muy atenta y honrada, y valiente además, y de los pocos que cumplen allá abajo con su deber y desempeñan los menesteres para que fueron criados, que si no se malean, y Dios los conserva en su santa gracia, harán un buen servicio al país, y merecerán la estimación de todos los hombres de bien, y aun yo sería de opinión que se aumentaran, aunque se disminuyera el ejército, porque me parecen pocos para atender a todas partes en una tierra en que detrás de un tomillo le salen a usted tres rateros, y en menos tiempo que se

echa abajo un ministro en España, se arma una cuadrilla de bandoleros que en un santiamén le libran a usted a la vista, y le dejan más limpio que la limpieza misma.

Cuando estábamos en estos razonamientos observamos que el globo ni subía ni bajaba, sino que estaba estacionado como el papel de la Bolsa a pesar de la garantía del pago del semestre.



Hicimoslo notar así a Mr. Arban, el cual, reconociéndolo lo mismo que nos otros, manifestó ser la causa el excesivo peso que iba en la barquilla, por lo que procuró aligerarle derrañando sacos de arena. Ni aun así subía el globo lo que unos y otros queríamos, y en su vista, y apurados ya los sacos de arena, propuso Arban que para aliviar el lastre se arrojasen también las provisiones de boca que había llevado Tirabeque.

—Eso no, ¡voto a tal! — exclamó mi lego —; así consentiré en que se arroje la pitanza como en echarme yo de cabeza. Si el peso de la merienda es lo que estorba de subir el globo, ¿no vale más que nos la embaulemos aquí entre los tres en buena paz y compañía, y no que así se desperdicie y pierda sin aprovechar a nadie?

—Pero ven acá, sandio y necio que tú eres; ¿no conoces, simple, que nada íbamos a adelantar, puesto que el peso que se trata de aligerar no haría sino trasladarse del canasto en que va ahora a los estómagos nuestros que iría después? Semejarse esto a los arreglos de las plantillas ministeriales, en que después de anunciarse grandes economías, redúcense éstas a suprimir ocho plazas de a quince y crear cuatro de a treinta, o al revés, y así se alivian con eso los presupuestos como se aliviaría la carga del globo con el traspaso que tú quieres hacer.

—Eso, mi amo, tiene sus más y sus menos. En cuanto a lo de las plantillas estamos conformes, pero por lo que toca

"MALTOPOL"

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

a la merienda no es así, si hemos de discurrir por lo que sucede en la tierra. Porque yo tengo observado que allí los que llegan a verse en algún alto puesto, como nosotros nos vemos ahora, aquellos que más comen son los que más suben, y el que por escrúpulos de conciencia ha dejado de comer y engordar, aquél o no sube nunca, o lo más común es que baje, y cuando baja es para no

(1) Véase el número anterior.

levantarse más, y lo mismo tengo para mí que deberá suceder en el aire.

—Además, ¿sabe usted bien, Sr. Arban, a qué precio están las subsistencias ahora? Pues ha de saber usted que se van poniendo por las nubes, y que nunca se ha visto un escándalo semejante, y que si sigue esto así llegará el caso

CARABANA: el mejor purgante.

que se mueran de hambre los pobres, siendo lo peor de todo que no hay una causa ni motivo para ello, sino que la culpa la han de tener esos que llaman acaparadores o acrapadores, que deben ser gente sin conciencia y sin caridad; por lo que el Gobierno debería poner mano fuerte y no tardando en el negocio, sin hacer caso de los réparillos que le pongan algunos periódicos, porque lo primero de todo es que no falte lo necesario para vivir, y en España no debe faltar por ahora, digan lo que quieran, y todo lo demás no debe ser sino picardía. Y así repito que mi merienda debe respetarse.

Las razones de Tirabeque eran en verdad poderosas, pero nuestra situación no nos permitía atenderlas; ni aun entretener mucho tiempo en diálogos y discursos. Semejantes al que se ve en peligro de naufragio, que arroja al mar las mercancías de más estima, acordamos Arban y yo, de común conformidad, tomar la cesta de las provisiones y

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

arrojarla al suelo. Tirabeque la siguió con los ojos como un amante sigue a su amada que se aleja, con poca o ninguna esperanza de volverla a ver. Cuando la perdió de vista lanzó de lo más hondo de su corazón un suspiro tan fuerte que produjo una oscilación sensible en el globo.

(Continuará)

POR CARIDAD

—¿Qué tiempo hace?—preguntó Roberto Lallier a su criado cuando éste entró a despertarlo.

—Hace frío y nieva, señor.

Se vistió, y luego pensó que había avisado al médico, al Dr. Hersart, un íntimo.

Intencionadamente había escogido testigos desconocidos, oscuros, deseoso de que aquel duelo fuese conocido lo

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

menos posible; pero en lo tocante al médico quería, en caso de accidente, poder fiarse de él.

Minutos después llegó el Dr. Hersart.

—¿Pero es verdad que te bates? Eso ya no se estila. ¿Por qué motivo? ¿Con Baillet? ¿Quién es ese Baillet?

—Un correcto caballero que tiene la

desgracia de estar casado con una mujer fea, y yo que soy un estúpido. Ya te contaré luego.

Los dos testigos, muy solemnes, se presentaron puntualmente. Montaron en el coche y llegaron al lugar del desafío al mismo tiempo que los adversarios.

—¡Vaya un día frío!—dijo Lallier, despojándose de su abrigo, la americana y el chaleco.

Baillet procedió a la misma operación, muy tranquilo, con aire, sobre todo, de hombre fastidiado. Los testigos se habían reunido para elegir el sitio y las espadas.

Los dos adversarios se pusieron en guardia. Comenzó el duelo, y al tercer asalto Lallier recibió una herida bastante profunda en el antebrazo. Brotó la sangre en abundancia. Baillet, mien-

L'ANNEE MEDICALE PRATIQUE 1931

12,50 ptas.—Contra reembolso, 13,25 ptas.

Exclusiva de venta:

LIBRERIA FRANCO-ESPAÑOLA

Avenida Eduardo Dato, 10, Madrid. Tel. 93.517.

tras se vestía, miraba al herido como diciéndole: «Perdóneme usted; ha sido sin querer.»

En el coche, al regreso, Lallier se impacientaba al pensar en la quietud que tendría que guardar durante unos días. Al llegar a París dió las gracias a sus testigos, se despidió de ellos y quedó solo con el Dr. Hersart.

—La cosa no tiene la menor importancia—le dijo éste—, aunque te molestará un poco.

—Ahora debo decirte por qué me he batido. Te aseguro que no volveré a sentirme caritativo.

—¿Caritativo tú?

—Esa ha sido precisamente la causa del duelo. No hace mucho que conozco a ese excelente Baillet que acaba de propinarme este pinchazo. Ya te he dicho que está casado con una mujer muy fea, pero fea sin atenuaciones. ¡Cuando pienso en lo absurdo que he sido! La casualidad hizo que me encontrase tres veces seguidas en sociedad

Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.

Alcalá, 88. — Madrid.

con esa desagradable señora Baillet. Me dió lástima ver el papel tan desairado que hacía entre tanta mujer bonita, pues nadie, ni aun los hombres mejor educados, se dignaban concederle la menor atención. Pensé que ella sufría al ver este abandono, y precisamente (y perdona mi fatuidad) porque no me han mirado mal algunas de estas criaturas seductoras, porque adoro a las mujeres hermosas, pensé que había una verdadera injusticia en la desgracia de aquella pobre mujer, y que los hombres eran crueles dejando exteriorizar así su indiferencia. La casualidad hizo que Baillet, que es un hombre muy distinguido y que no parece muy orgulloso de llevar a semejante compañera, me invitara a ir a su casa. Fui dos veces. La tercera tuve que aguardarlo un momento sólo con su mujer. Aquel día estaba más fea que nunca, si cabe. Aumentó mi piedad por ella. «He aquí—pensé—una mujer

condenada a no oír nunca una frase gentil, halagadora, que deje el recuerdo de un homenaje de galantería.» Me excitó por aquella causa caballerescas. Quise, por piedad, dedicarle algunas palabras galantes. Murmuré no sé qué con mi voz más seductora, y dulcemente cogí sus manos y las besé. Te aseguro

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

que en aquel momento era bueno y misericordioso. Mi propósito era solamente dejar a la señora de Baillet con la idea consoladora de que también ella, como las demás, podía merecer la atención de un hombre; dejarle el recuerdo de una novela de amor, esbozada, que llenase su vanidad de mujer. Era, por mi parte, una buena acción, inspirada por una idea verdaderamente caritativa.

—¿Y qué?...

—Pues que lanzó un grito, se defendió bravamente, como si yo hubiera intentado inferirle algún ultraje grave, y llamó. Apareció su marido, que acababa de llegar. «Este caballero—le dijo—me ha faltado al respeto.» La situación no podía ser más ridícula. Baillet se encogió de hombros; pero se resignó, sin embargo, ha hacer lo que debía. Ya sabes lo demás. Me lo tengo merecido.

—Eso creo yo también—dijo el doctor—, y con tu generosidad sentimental no eres más que un tonto... Pero procura que no se te suelte el vendaje.

PAUL GINISTY.

Kelatox: Sedante atóxico.

EL ESTÓMAGO es un esclavo que acepta todo lo que se le da; pero que es astuto como un esclavo para vengar los agravios.

E. SOUVESTRE.

DOS EBRIOS disputaban: Uno pretendía que el astro que en aquel instante lucía en el cielo era el sol. El otro opinaba que era la luna. Un tercero interviene. Se le interroga: «¿Qué es eso que brilla?» «Yo no lo sé; no soy de esta ciudad»—responde, háceles una vacilante reverencia y se aleja tambaleante.

UNA ESPERANZA fundada no es verdaderamente una esperanza, sino una probabilidad.

SELGAS.

IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico.

BALDACCÍ - PISA

UNA AMPLIA cultura (que por sí sola significa amplitud de criterio), y altos ideales profesionales, son dos cosas que pueden perderse de vista en la educación médica general; y a medida que pierdan su importancia en la profesión, ésta reducirá proporcionalmente su propio prestigio.

TOMÁS B. COOLEY.

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°.

Cólicos nefríticos, artrismo del ácido úrico, vías urinarias.

Temporada: 15 de Junio a 15 de Octubre.

CABREIROA

Las más litínicas de España.

Vías urinarias. — Estómago. — Diabetes. — Artrismo. Hotel en el mismo Balneario.

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

Informes: Conde de Aranda, 8, Madrid.

CALDAS DE BESAYA

(SANTANDER)

Cloruradosódicas, variedad bicarbonatada, 34 a 37°.

Neurosis, parálisis, catarros bronquiales, reumatismo.

Temporada: 1 de Junio a 30 de Septiembre.

RECOMENDADOS POR LOS MÉDICOS POR LOS RESULTADOS EXCELENTES DE SUS AGUAS

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.

CARIES
DENTARIA
TUBERCULO
LOSIS - RA
QUITISMO.

**BIONERGO
DILEFEL**
ELIJA E INDELEBLE

PODEROSO
RECONSTITUYENTE
EFICAZ
ANTITUBERCULOSO

COMPAGNIE
CALCIL
LEFEL

Balneario de Carlos III TRILLO

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

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

Nervios. - Reuma. - Escrófula. - Piel.

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

Servicio directo desde Madrid en tres horas.

Informes y folletos:

HOTEL LEONES DE ORO, Carmen, 30, Madrid.

AGUAS DE MARMOLEJO

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

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

— 1.ª temporada de 1.º de Abril a fin de Junio —

Estación de ferrocarril a 7 horas de Madrid y 4 de Sevilla.
Alquitrana la carretera que conduce a los manantiales.

Gran Hotel del Balneario. Todo confort.

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

SANATORIO DEL PARQUE-DAVOS

(ANTES SANATORIO TURBAN)

Casa de primer orden. 1.570 metros sobre el nivel del mar. Gran parque y bosque de propiedad. Pensión, incluyendo habitación, tratamiento del médico, etc., desde 19 francos suizos. Prospecto.

Médico Director: **Dr. F. BAUER**

✦ TRATAMIENTO EFICAZ ✦

REUMATISMO

ESQUIZOFRENIA

YODOVISAL

MANGAN-ARSENIO

Salicilato sosa.
YODURO potasa.

Cacodilato de manganeso.
Cacodilato de sosa.

Muestras y literatura:

D. FENOLLOSA
PAZ, 26 VALENCIA



ALMORRANAS



Producto español a base de Hamam-virg.^a. Aléculus 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.

tivo a la provisión de la plaza de médico titular inspector municipal de Sanidad del Ayuntamiento de Llovet de Mar (Gerona).

—En el *Boletín Oficial* de la provincia de Navarra del 21 de Agosto se anuncia, por dimisión del que la desempeñaba y para su provisión por concurso, la plaza de médico titular de Fustiñana. El sueldo total correspondiente es de 7.750 pesetas: 2.200 por titular e inspección de Sanidad y 5.550 por el servicio de las familias acomodadas. Los aspirantes, que habrán de ser licenciados o doctores en Medicina, presentarán sus instancias documentadas en la Secretaría de este Ayuntamiento en el término de veinte días, contados desde el siguiente de la publicación de este anuncio en el *Boletín Oficial*.—El alcalde, *Saturnino Marchite*.

Practicantes.

Caniles (Granada). 650 pesetas. Solicitudes hasta el 21 de Septiembre.

Substituto, con práctica, ofrécese. Diríjanse: Ramón Hermoso Sancho, Gaztambide, 7, 1.º Teléfono 33.260, Madrid.

Correspondencia

administrativa : :

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

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

- D. Francisco Matamala.—Pagado fin Junio 1932.
- D. Baldomero Romero.—Id. fin Junio 1931.
- D. Eusebio Solano.—Id. fin Diciembre 1931.
- D. Valentín López.—Id.
- D. Angel Sierra.—Id. fin Junio 1932.
- D. Ramón Rico.—Id. fin Septiembre 1931.
- D. Vicente Hernández Suca.—Id. fin Junio 1931.
- D. Francisco Pagés García.—Id. fin Diciembre 1931.
- D. José Alonso Rodríguez.—Id.

(Continúa en la página siguiente.)

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

Además de esto, inmediatamente por debajo del pico de la cuchara, lleva cada rama un orificio por el que se pasa una varilla llamada de tracción. Para aplicar el fórceps estas varillas deben ir puestas, pero van sujetas a las ramas de modo que éstas se manejen como si no las llevaran. Cuando hay necesidad de servirse de ellas se sueltan de los resortes que las mantienen adosadas a las ramas y quedan en condiciones de aplicar el tractor. Consiste el tractor en una robusta barra de metal que queda colocada transversalmente cuando el aparato se encuentra en un sitio y que por un dispositivo fácil de comprender con el aparato a la vista se sujeta a las dos varillas de tracción ya descritas.

Las nociones teóricas que importa conocer para la aplicación del fórceps son las siguientes: el aparato que estudiamos tiene que usarse primeramente para la aprehensión de la cabeza y en segundo lugar para la tracción que se ha de ejercer sobre ella. En ningún caso se pretenderá aplicar el fórceps a las nalgas aunque algún tocólogo lo haya aconsejado; la constitución de éstas hace totalmente imposible la aprehensión firme del aparato en ellas. Las cucharas del fórceps deben aplicarse a la cabeza, de modo que quede solidamente sujeta, pero sin que la presión que se pueda ejercer sobre ella le pueda causar daño. Si el médico explora bien la posición del feto puede prácticamente siempre, cualquiera que sea la posición y la orientación de la cabeza y cualquiera que sea la altura de la pelvis en que se encuentre, aplicar el fórceps regularmente, y se entiende por aplicación regular lo siguiente: La cabeza se debe considerar como un ovoide, cuyos polos son el occipucio y el mentón. El eje mayor de dicho ovoide debe colocarse de modo que coincida con el eje mayor de la cuchara, y el pico de ésta se encontrará más arriba que el ecuador de dicho ovoide, que es la única forma de que no deslice el aparato al hacer la tracción sobre él. Además, las dos cucharas deben estar apoyadas sobre partes dia-metralmente opuestas de la cabeza.

En este ovoide se pueden distinguir dos meridianos: uno de ellos es el meridiano sagital, o sea el que divide la cabeza

a la cabeza fetal movilidad suficiente para que pueda seguir en su movimiento la dirección de dicho eje y no tener dispositivo alguno que indique al operador la dirección en que debe tirar.

El modelo de fórceps más utilizado en la actualidad en España es el de Tarnier, que aprovechó las observaciones hechas y la experiencia adquirida por Levret y por otros tocólogos. La ventaja esencial de dicho aparato consiste en que por un dispositivo llamado tractor se aplica la acción tractora directamente al pico de las cucharas y no a los mangos. Veamos, en forma muy resumida, cuál es la descripción del fórceps de Levret y cuál la del fórceps de Tarnier. El fórceps de Levret consta de dos ramas que se cruzan y se articulan aproximadamente a nivel de su centro; consisten cada una de la cuchara, la articulación y el mango. La cuchara tiene la forma de una raqueta muy alargada que se adapta a la cabeza del feto. Su extremidad distal es redondeada en tanto que la proximal se estira en forma de pedículo.

Presenta dos curvaturas, que son: la curvadura según sus caras, llamada asimismo curvadura cefálica o antigua curvadura, cuya cara interna, cóncava, se adapta exactamente a la cabeza del feto; la segunda curvadura, según sus bordes, se llama también curvadura pelviana, y en tiempos de Levret se llamó también curvadura moderna por ser ésta una novedad de dicho aparato. Si suponemos el fórceps aplicado a una cabeza que se encuentre en posición occípito pubiana, las ramas quedan, una a la derecha de la pelvis y otra a la izquierda; el borde convexo de cada una de ellas orientado hacia la pared posterior de dicha cavidad (la pelvis) y el borde cóncavo formando un arco por detrás del pubis. La cuchara es fenestrada en vez de ser maciza, para disminuir su peso. La forma de la abertura corresponde a la de la cuchara misma.

La articulación se encuentra aproximadamente hacia el centro de la rama. A nivel de la misma, dicha rama es aplana y está construida de modo que aplicadas una rama sobre la otra las dos cucharas queden exactamente frente a

frente. En otros modelos la articulación se hace por encaje recíproco, pero en el de Tarnier y en el de Levret se hace por pivote. La rama que se llama macho o izquierda, luego veremos por qué, lleva un pivote que entra en ella a rosca, con la cabeza en forma de anilla o de mariposa que permita atornillarle con bastante fuerza sin necesidad de emplear para ello instrumento alguno. La otra rama, que se llama hembra o rama derecha, lleva una muesca que se adapta bien al pivote de la compañera.

Los mangos estaban contruidos en el mismo metal que toda la rama. Eran aplanados por las superficies, que se hallaban una frente a otra, y semicilíndricos por las superficies opuestas. Su terminación se hace por ganchos que forman con la parte recta del mango ángulos redondeados dirigidos hacia las cucharas. La técnica industrial ha querido aprovechar al máximo estos ganchos, y para ello hacía que uno de ellos se pudiera destornillar por completo, dejando al descubierto una punta afilada que podía servir de perforador del cráneo. Del otro se destornillaba la oliva final dejando también al descubierto una punta afilada.

Esta serie de combinaciones, destinadas a que las ramas sirvieran de gancho como o de portatazos para las presiones de nalgas y a que se pudieran emplear de perforadoras, nunca han resultado verdaderamente eficaces.

Desde el punto de vista de su aplicación, la innovación esencial de este fórceps consiste en la aparición de la curvatura pelviana, en virtud de la cual, en tanto que el fórceps primitivo o de Chamberlen se podía aplicar cada rama independientemente a la derecha o a la izquierda, en el nuevo ya es preciso ampliar siempre una determinada rama a la derecha y otra a la izquierda de la pelvis, porque de lo contrario, o quedaría aplicada a la cabeza fetal la cara convexa de la cuchara, lo que sería absurdo, o quedaría la curvatura de la rama en sentido contrario al eje de la pelvis, lo que haría todo manejo imposible.

Otra consecuencia tiene la aparición de esta curvatura, y es que siendo la rama recta, la tracción que se haga sobre el mango se transmite a la cuchara en la dirección del eje de

ésta, en tanto que existiendo la curvatura, la tracción hecha sobre el mango no se transmite en la dirección del eje de la cuchara. De la propiedad que tiene el fórceps de Levret de no poderse aplicar más que cada rama a un lado, resulta que la rama que lleva el pivote es aquella cuya cuchara ha de quedar en el lado izquierdo de la pelvis y la que lleva la muesca es la que ha de quedar en el lado derecho de la misma.

Ahora bien; si colocado el fórceps en la posición que ha de ocupar una vez aplicado se pone el médico en la posición que le corresponde estar ante la enferma, resulta que, como consecuencia del cruce de las ramas, el mango de la rama izquierda queda a la derecha de la enferma, y al revés, el mango de la rama derecha queda a la izquierda. Al tratar de coger cada mango con una mano, resulta que el mango de la rama izquierda se tendrá que coger con la mano izquierda del médico (hallándose éste de frente a la enferma, su mano izquierda queda frente al lado derecho de ésta) y el mango de la rama derecha lo tendrá que coger también con su mano derecha. De modo que siendo imprescindible para introducir y para articular el fórceps que cada rama se coja con una mano, la rama macho, o sea la izquierda, se ha de coger con la mano izquierda y su cuchara irá a parar al lado izquierdo de la enferma, en tanto que la rama hembra, que es la derecha, se cogerá con la mano derecha y su cuchara irá a parar al lado derecho de la pelvis.

El fórceps de Tarnier, si bien conserva en lo esencial los dispositivos del de Levret, se diferencia de él por varios detalles. Las cucharas son un poco más cortas, la articulación se encuentra más cerca de los mangos que de aquéllas, en la parte alta de los mangos hay un tornillo de presión, el cual se encuentra fijo a la rama izquierda y se adapta a una muesca de la rama derecha.

Una tuerca de mariposa sirve para aproximar entre sí a gran presión los dos mangos, de aquí que el tornillo que acabamos de mencionar se llame tornillo de presión. Claro que este tornillo es independiente del que sirve de pivote para la articulación y se encuentra un poco por debajo de él.

DERMATOSIS INFANTILES

desaparecen rápidamente con

DEPURATIVO INFANTIL CABALLERO
de sabor agradabilísimo.

PASTA POROSA CABALLERO (Dermatitis rezumantes).

De venta en todas las Farmacias. Pídanse muestras a Laboratorio de Productos Dermatológicos, J. Caballero Roig. Apartado 710.—BARCELONA

ANTIASMÁTICO PODEROSO

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES

Jarabe-Medina de Quebracho.

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

G. W. Carnrick C.º.—Id. fin Diciembre 1931.
D. Arturo Biscarri.—Id.
D. Pedro Delgado.—Id.
D. César Borrachero.—Id.
D. Santiago Belinchón.—Id.
D. Vicente Benita Molina.—Id. fin Junio 1932.
Clínica del Carmen.—Id. fin Diciembre 1931.
D. R. Romero Ojeda.—Id.
D. Angel G. Cambor.—Id.
D. Mariano Arranz.—Id.
D. Manuel Moreno Gallardo.—Id.
D. S. xto Martín y Martín.—Id. fin Junio 1932.
D. José Manuel Pérez y Pérez.—Id. fin Diciembre 1931.
D. Hermenegildo Caballero.—Id.
D. Antonio Güemer y Díez.—Id. fin Julio 1932.
D. Bautista Duque.—Id. fin Diciembre 1931.
D. Angel Holguera Badillo.—Id. fin Octubre 1931.
D. Antonio Ibáñez Faura.—Id. fin Julio 1932.
D. Manuel Martínez Bravo.—Id.
Colegio de Médicos de Las Palmas.—Id. fin Diciembre 1931.
D. Salvador Soler.—Id.
D. Manuel Felipe Serrano Torre.—Id. fin Julio 1932.
D. Clemente Hernández Mateos.—Id. fin Diciembre 1931.
D. Pedro Quintanilla.—Id.

D. Fausto Hernández Antonio.—Id.
D. Francisco J. Martíu.—Id. fin Diciembre 1932.
D. Ramón Secchi.—Id. fin Diciembre 1931.
D. Adolfo Cuadrado Sánchez.—Id. fin Octubre 1931.
Doña Ramona Saraviá de Sierra.—Id. fin Diciembre 1931.
D. Angel García Casasola.—Id.
D. Marcelino Valles.—Id.
D. Victoriano Martínez Lalueza.—Id.
D. Justo Blasco.—Id.
D. José L. Martínez.—Id. fin Junio 1932.
D. Angel Toriel'o Bulnes.—Id. fin Diciembre 1931.
D. Salvador Vila Terrasa.—Id.
D. Juan Alemán.—Id.
D. Pedro Broncano.—Id. fin Marzo 1932.
D. Néstor Calvo Sierra.—Id. fin Diciembre 1931.
D. Angel M. Castiñeira.—Id.
D. Valeriano Alonso.—Id. fin Junio 1932.
D. Cayetano Barriga.—Id. fin Diciembre 1931.
D. Juan Bautista Herrero y de Sancha.—Idem.
D. Julián Adame García.—Id. fin Julio 1932.
D. Joaquín Girón Jiménez.—Id. fin Diciembre 1931.
D. Rafael Nevado Requena.—Id.
D. Miguel García Sedeño.—Id.
D. Ovidio Calderón González.—Id. fin Marzo 1932.
D. Salvador González Barrio.—Id. fin Diciembre 1931.
D. José Bouzas.—Id. fin Marzo 1932.
D. Fernando Contreras.—Id. fin Julio 1932.
D. Mannel Alvarez López.—Id. fin Diciembre 1931.
D. Pablo Caballero.—Id. fin Diciembre 1932.
D. Julio Bosch López.—Id. fin Diciembre 1931.
D. Emilio Bové y Pique.—Id.
D. Alberto Luengo García.—Id.
D. Luis Arrauz González.—Id.

(Continuara).



MONOGRAFÍAS

por **1,50 PTAS.**



TINTURA COCHEUX cura la Gota, Reumatismo

Exito en los Hospitales desde 1848.

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

HIERRO QUEVENNE

Único aprobado por la ACADEMIA de MEDICINA de PARIS

Único ferruginoso inalterable en los países cálidos.—14, rue des Beaux-Arts, París.

ANALISIS

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

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

Carretas, 14, Madrid.

FUNDADO EN 1866.

Doctor:

Los **LABORATORIOS TURÓN,**
PRODUCTOS NEUROTERAPICOS,

tienen el gusto de presentarle tres productos de eficacia comprobada:

NEURONAL-TURÓN Específico de los estados de
emocidad exagerada, exci-
tación psíquica de depresión mental, neurosis de compulsión, ansie-
dad, histeria e **INSOMNIO ESENCIAL**

Dosis: De dos a cuatro cucharadas grandes distribuidas en las veinticuatro horas.

Completamente inocuo: tolerancia absoluta.

FENILCAL (Sal cálcica del feniletilmalonilurea). Es el mejor
antiepiléptico conocido. No entorpece el regular
funcionamiento del intestino y facilita la diuresis.

Dosis: De una a tres tabletas al día.



FOSFORAL-TURÓN

(Excelente tónico nervioso). Estimulante
del cerebro, agotamiento psíquico, estados
neurasténicos, depresión nerviosa, debili-
dad consecutiva a las emociones y al tra-
bajo mental excesivo, melancolía en sus
diversas formas. Combate eficazmente la
FOSFATURIA. Gusto agradabilísimo, to-
lerancia absoluta.

Dosis: Una cucharada
de postre antes o
después de las tres
comidas.



Lauria, numero 96. — **BARCELONA**

SECCION PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

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

SUMARIO. Sección profesional Boletín de la semana, por Decio Carlan.—Impresiones: Mi excelencia, por R. Lobo Regidor.—La cartera de «Decio Carlan».—¿Otra vez el desbarajuste en perspectiva?, por Manuel Martínez Saldaña.—Relaciones de las autoridades nacionales, provinciales y municipales con la conservación y sostenimiento de los hospitales. Adaptación de L. R.—Colegio de Huérfanos.—Sección oficial.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Tetulia médica.—Por las Clínicas de Europa.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

Boletín de la semana.

De Re Sanitaria.

En nuestra sed de reformas y de adelantos estupendos ofrecidos desde hace años y aun lustros por los que se suponen suficientemente documentados para abordar el arduo problema de la estructura sanitaria, que suponen PRIVATIVO de nuestro país y de los Gobiernos que sucesivamente le rigen, buscamos a diario en la Prensa y husmeamos en nuestras posibles informaciones personales, lo que la falange numerosa de los diputados médicos, por una parte, y por otra la que suponemos favorable disposición del público y del Gobierno, para enterarnos de lo que en las aludidas y esperadas reformas se puede ir conociendo.

Como hecho, en cierto modo digno de fe, ha llegado a conocimiento de todos una noticia que sirve de base a un comentario puramente retórico, que publica en el *A B C* con su acostumbrado seudónimo de *Un crítico de la Alcarria* cierto conocido pedagogo, cultivador de los asuntos docentes y administrativos.

No ha encontrado nuestro aludido amigo más que el título, etiqueta o marbete de la reforma, y asegura que en la nueva Constitución se dará cabida a un Ministerio de Salud pública. Mal nos parecía por pura inutilidad lo del Ministerio de Sanidad; pero peor le parece al crítico alcarreño lo de la salud substituyendo a la Sanidad, a la salubridad o a la higiene.

Con efecto, en esta monomanía de traducir, que va convirtiendo a nuestra patria en un verdadero país *traducido*, con evidente daño de lo que él tiene de genuino y privativo, nos hemos empeñado en suponer que el término *salus*, oriundo del latín y significativo de salvación, según los textos de Cicerón y otros zurupetillos clásicos, querría decir *salus*, en el concepto de salutación a un otro dirigida o de bienestar individual denunciador del equilibrio y perfección de las funciones orgánicas. Y así, no necesitamos recordar el número de veces con que los higienistas improvisados y lingüistas tartamudos nos han endilgado con gran prosopopeya la

famosa frase del *SALUS POPULI*, y algunas veces llevaban su erudición hasta lo de añadir *SUPREMA LEX ESTO*, frase que atacaba a los nervios a mi llorado maestro MÉNDEZ ALVARO, que nunca dejaba de protestar contra la vulgar y equivocada epifonema.

No hubiera estorbado que *Un crítico de la Alcarria* en su artículo último de *MODOS Y MANERAS DE MAL DECIR*, hubiera cargado sobre esto la mano, enseñándonos, que si bien Cicerón alguna vez se sirve de la palabra *salus* como salutación y aun como salud individual, en general, y cuando habla solemnemente, dice *SALUS CIVITATIS*, que es tanto como decir la salvación de la ciudad o de la patria a lo que se añadía por aquel entonces lo del *CAVEANT CONSULES*, que era tanto como declarar hoy la suspensión de garantías constitucionales, cuando no el estado de guerra.

En fin, para mejor juicio de nuestros lectores, a continuación reproducimos el discreto, aunque incompleto artículo del alcarreño, limitándonos, por hoy, a celebrar que se cree (pero siquiera con correcto título) el cacareado Ministerio de Sanidad, existente, según nuestro convencimiento, desde hace cuarenta años, y que no irá ganando (ya lo dirán los hechos) al cambiar el nombre de Dirección por el de Ministerio, más que el que serán frecuentes las substituciones personales que irán seguidas en los rápidos cambios de cesantías substanciales que al fin nos complacerá ver disfrutadas por médicos ilustres, si es que los abogados políticos no encuentran alguna manera hábil de demostrar que los que entienden de higiene y de asistencia pública, y sobre todo de administración de fondos de Beneficencia, son ellos y no los médicos.

Dice así el artículo a que nos venimos refiriendo:

MODOS Y MODAS DE MAL DECIR

EL COMITÉ DE SALUD PÚBLICA

Así se ha denominado estos días en la Asamblea Constituyente la Comisión de Responsabilidades; y, como es natural, la denominación ha repercutido con notoria impropiedad en la Prensa y en la radiofonía.

Pase lo de «Comité» en lugar de «Comisión», ya que la Academia de la Lengua ha creído que el galicismo había adquirido carta de naturaleza en castellano; pero lo que no

puede pasar sin una advertencia, más o menos constituyente, es lo de «salud pública».

Cierto que aquí andan algunos empeñados en traducir la Convención francesa, y, por tanto, el «Comité de Salud publique», sin acordarse de que es una antigualla ni de que la mayor parte de los convencionales que le formaron fueron decapitados por sus afines; pero deben saber los supradichos revolucionarios, antes que funcione la guillotina... de la encuadernación, que *salut*, a pesar de su fonética, no debe traducirse por «salud», sino por «salvación», «Salud», en francés, se dice *santé*.

Traducir *salut* por «salud» es como traducir *sol* (suelo) por el «sol» que nos alumbra.

En francés—cualquiera lo sabe—son varios los dichos proverbiales en que la palabra *salut* no puede tener otro sentido que el de «salvación». Baste recordar que *Jeanne d'Arc fut la salut de la France y ne devoir son salut que à la fuite*, para no traer a cuento *l'Armée du Salut*, de William Broth, que nada tiene que ver con la salud ni con la higiene.

De suerte que si el «Comité de Salud publique» se ha de traducir honradamente, debe llamarse «Comité de Salvación pública».

Y aun procede, a fin de que la traducción sea fiel y completa, que los convencionales de la Comisión preparen la gorga para la guillotina, mientras los demás preparamos el ánimo para ser testigos de otra época del Terror.

De no hacerse la traducción del Comité en debida forma habrá que exigir la responsabilidad consiguiente... ante la Comisión de Responsabilidades.

U. C. DE LA A.

Nota bene.—Escrito este palique, se ha hecho público el propósito de crear un ministerio de Salud pública. Tampoco procede en este caso abusar de la «salud», cuando sería expresión tan propia llamar a la nueva dependencia «Ministerio de Sanidad». (A B C, 26 Agosto.)

DECIO CARLAN

IMPRESIONES

MI EXCELENCIA

No, mi querido y antiguo condiscípulo, colega y amigo, decididamente no soy excelentísimo señor. Continúo formando parte de la gurrullada como en los felices y remotos tiempos en que escuchábamos, y acaso no con toda la devoción precisa, las sabias lecciones de D. Juan Creus, D. Rafael Martínez Molina y D. Florencio de Castro.

No he sido partidario, ni pretendiente, ni acaso merecedor de distinciones del calibre de las que dan derecho a tratamientos, y no puede aplicárseme en justicia aquello que dice Góngora en su segundo romance burlesco,

«Este, pues, doctorandico
amaneció con golondros
de doctor, una mañana
que se alteró de meollo.»

Nada de andar en golondros, desvanecido con esperanzas peligrosas e inútiles.

Pero es indudable que un cajista listo, al verme en fila con D. Santiago Ramón y Cajal y D. Amalio Gimeno, y no sonándole mi nombre como el de aquellos señores, cada uno con su timbre propio, se diría: «puesto que va entre ellos, por lo menos, será excelentísimo señor», y allá fué la

excelencia. A menos que supiera que soy patrono-tesorero del Colegio para Huérfanos de Médicos, cuyo cargo es, indudablemente, una *gran cruz*.

R. LOBO REGIDOR

La cartera de «Decio Carlan».

Vuestra dicha no la comprendo; esa juventud de hielo que aprende a contar antes que a leer; esa juventud que nace vieja, que ignora la ciencia santa del corazón y desprecia la de la cabeza: ¡Miserable juventud! ¡Menguados espíritus sin fe y sin ilusiones!

Ich.

Los historiadores que, dándoselas de filósofos, se esfuerzan en establecer divisiones de tiempos, de razas y de lenguas para rehacer el gran lecho eterno de la civilización humana, me hacen el efecto de salchicheros que supusieran que fabricaban organismos vivos, cuando hacen sus embutidos. Si la historia no es una gran síntesis indivisa en su evolución, abdique el hombre toda pretensión de ser predilecto y parecido a Dios.

Ich.

¡Qué bella debe ser la mañana de hoy; tibio el ambiente, apenas sacudido por raras ondulaciones de brisa que siento sobre mi piel. Ruidos indefinidos con aspiraciones a sonidos armónicos, en lejanías indefinidas en que se adivinan actividades materiales y quizá vivientes! ¡Qué hermoso es a veces ser ciego, para substituir con la adivinación las deficiencias de la realidad!

¡No me quitéis los fosfenos que pueblan mis obscuridades, ni los fonosfenos que entretienen mis silencios, ni los perfumes soñados que despiertan pasadas, inefluídas sensaciones!

He tocado demasiadas realidades para que me complazca el continuárlas cuando me queda el deleite de los sueños. Lo real es el dolor y el ideal es sueño, ha hecho decir Goethe a su Fausto inmortal, cuando renuncia a todo menos hacer el bien en lo que le es dable.

Ich.

Hay dos variedades de viejos: Los que han sido egoístas y han dado gran solemnidad al pasado que disfrutaron y se la quitan al presente y al futuro de que no podrán disfrutar; y la de los altruistas que solemnizan el ocaso porque saben que es el oriente de otros que vienen detrás de ellos.

Ich.

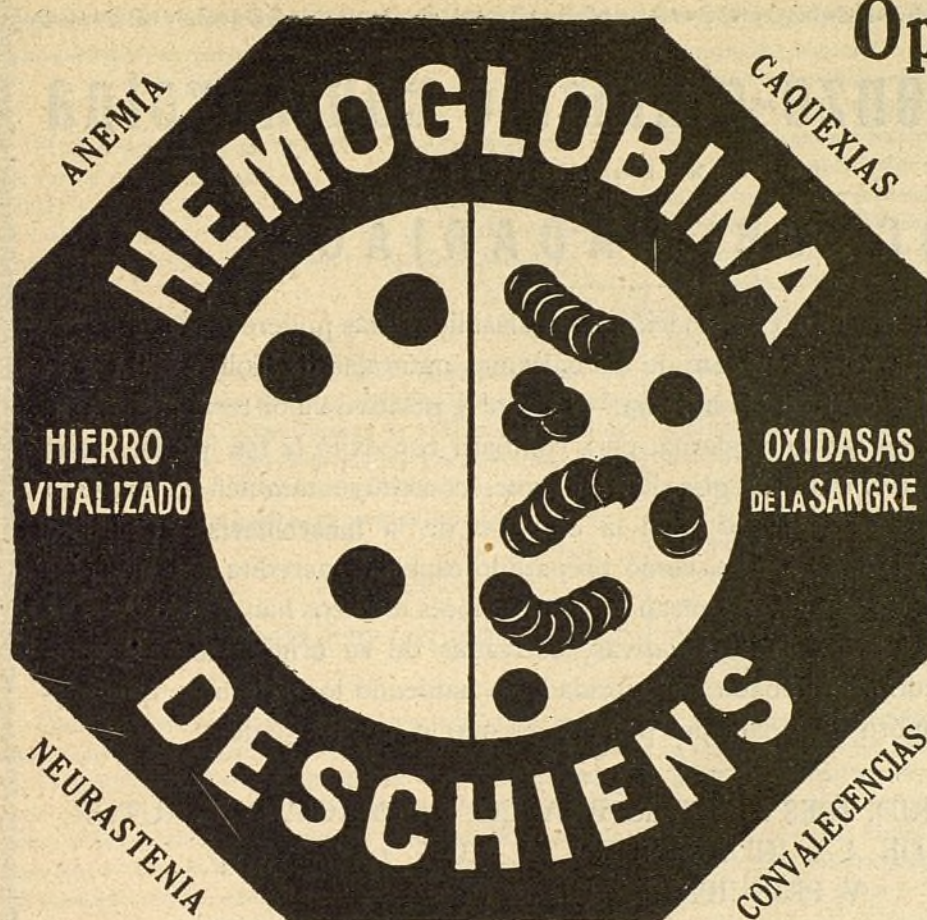
El enojo es huella del agravio y las huellas sólo quedan en los terrenos de poca consistencia. El paso por la roca firme no deja señal; el paso por la arena ya la deja, aunque poco durable; la que más permanece es la hecha sobre lodo.

Si no perdonas al que te agravió te colocas debajo de él, además de que eres cómplice involuntario del daño que intentó.

Ich.

Dice Carlos Richet que el error es humano.

Estamos de acuerdo; pero añade: el mentir es diabólico,



Opoterapia Hemática

Total

JARABE y VINO de
DESCHIENS

à base de Hemoglobina

contienen intactas las Substancias
Minimales de la Sangre total

MEDICACIONES RACIONALES DE LOS

Síndromes Anémicos
y de las
Decadencias Orgánicas

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

Medalla de Oro, Exposición Universal, Paris 1900.

Granulos de CATILLON

0,001 Extracto Normal de

STROPHANTUS

Con estos gránulos se han hecho las obras discutidas en la Academia de Medicina, Paris 1889.
Proban que 2 ó 4 producen pronta diuresis, reaniman el corazón debilitado, disipan

ASISTOLIA, DISPNEA, OPRESION, EDEMA, Lesiones MITRALES

Granulos de CATILLON

0.0001

STROPHANTINE

CRISTAL.

TÓNICO DEL CORAZON POR EXCELENCIA

Efecto inmediato. — Uso continuo sin inconveniente ni intolerancia. — Exigir la firma CATILLON.

Premio de la Academia de Medicina de Paris, por "Strophantus y Strophantine"

Laboratoire CATILLON, 3, Boulevard St-Martin, PARIS

Jarabe benzo-cinámico con heroína

PREPARADO POR EL

DOCTOR MADARIAGA

Contiene, en armoniosa y eficaz combinación, los balsámicos más poderosos (**benzoatos, cinamatos, etc.**), separados directamente de los bálsamos naturales de Tolú y del Perú), con el calmante por excelencia de la **heroína**.—De real y positivo valor terapéutico, entre los agentes de la medicación moderna, para combatir con éxito la **tos y afecciones catarrales** del aparato respiratorio, gripales inclusive, constituye también valiosísimo auxiliar de los diferentes tratamientos para la curación de la **tuberculosis**.—Utilísimo contra la **tosferina**.—Prioridad aparte, como preparado especial, acredita en su favor este jarabe la **predilección** que le dispensan cuantos señores médicos han tenido ocasión de apreciar sus notables propiedades curativas, derivadas de su **original base benzo-cinámica**, anticatarral de comprobada superioridad, no habiendo logrado más que imitar su nombre las creaciones posteriores que lo han plagiado.

PRECIO EN MADRID, **TRES PESETAS FRASCO**, FARMACIA DEL AUTOR,
PLAZA DE LA INDEPENDENCIA, NÚM. 10, **MADRID**,
Y PRINCIPALES DE ESPAÑA

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.^a de Villaverde.
- IX. **El médico práctico ante la difteria y sus complicaciones. Intubación laríngea**, por el Dr. García Vicente, y **Alteraciones de la voz. Laringitis y ronquera**, por el Dr. Huarte Mendicoa. (Dos Monografías en una.)
- X. **El tratamiento del reumatismo**, por el Dr. Federico Peco.

Frecio 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.

y aquí pido la palabra para defender al diablo: mentir es infradiabólico, es femenino.

Ich.

Si en la peregrinación de la vida dudases alguna vez entre varios senderos, busca aquel en que veas manchas de sangre y huellas de lágrimas. Ese es el que te conducirá a la verdad imperecedera; pues ése es el que siguieron los predecesores de Cristo y el que selló él de modo definitivo.

Ozertoc.

Como en la vida material y física debes fiarte más del régimen higiénico que de la terapéutica, así en el orden moral y del espíritu debes buscar tu inspiración interior y acudir tan sólo al sacerdote en las grandes crisis de tu conducta. Acuérdate de que es un hombre como tú y cuyo fondo no conoces como debes conocer el tuyo.

Ozertoc.

¿Otra vez el desbarajuste en perspectiva?

Cuando creíamos haber alcanzado el máximo de penetración e inteligencia en pro de las aspiraciones por tanto tiempo acariciadas y rebuscadas, y cuando alentábamos la, a nuestro juicio fundada y racional, esperanza de que éstas serían ayudadas y amparadas por el núcleo de diputados que pertenecientes a las clases sanitarias parecía natural las prestaran su más decidido concurso, nos encontramos con la desconcertante novedad (que el Sr. Juarros hace pública autorizándola con su firma) de que los respetables compañeros que del Parlamento forman lucida parte se encuentran divididos en cuatro grupos frente a las peticiones colectivas: «a) Los que estimando genuinamente políticos supeditan todas sus iniciativas a las órdenes del partido. b) Los dispuestos a defender la tesis profesional únicamente en aquello que no contradiga el ideario del partido. c) Los que perteneciendo a un partido recabaron y obtuvieron absoluta independencia para proceder en las cuestiones relacionadas con su carrera; y d) Los elegidos con carácter sanitario sin compromiso político alguno.»

Como el lector apreciará, esto requiere un ligero comentario que *a priori* reconocemos cuadraría mejor en personalidad de más destacado relieve y autoridad que la nuestra; pero como no acertamos de ningún modo a rehuir el para nosotros ineludible compromiso de exteriorizar nuestra personal opinión en este caso, nos limitaremos a decir: Que los deleznales e inconsistentes motivos en que fundamentan la acomodativa conducta que por lo visto se proponen seguir los incluidos en los apartados a) y b) no pueden en modo alguno satisfacerlos, porque bien claramente revelan que para ellos su condición de médicos y los intereses generales de la colectividad a que pertenecen, nada son, ni suponen, ante otro género de lucubraciones que estamos muy lejos de pretender desentrañar, pero que convendrá tener muy en memoria para lo sucesivo. En lo que respecta a los incluidos en los apartados c) y d), desde luego en posición y actitud más estimables, habrá que esperar a conocer su actuación para apreciar con ella a la vista, y *a posteriori*, el grado de reconocimiento a que con ellos quedaremos obligados. Nada tenemos que agregar ni quitar al guión de propósitos sometidos a la defensa y consideración de los diputados médicos, porque en ellos están en su totalidad sintetizados los ideales acariciados durante nuestra ya larga vida.

Por lo demás, la Sanidad, que tiene un carácter de universalidad indiscutible, ni debe ni puede quedar, dentro de una nación como España, desgajada y a merced de los caprichosos acomodamientos de regionalismos más o menos adaptables; porque esto sería tanto como admitir la inutilidad de unos centros directivos y consultivos que tienen harta demostrada la ordenada y perfecta orientación de funcionamiento, que ordinariamente no concurren en ninguna otra de las disciplinas que detrás de la Sanidad van a la zaga en trascendente importancia. ¿Qué es eso de que sólo al Poder central pertenecerá la *Sanidad extrarregional*? Adelantándonos a semejante estrambote, no hace muchos días fustigábamos al Consejo de Sanidad por la inactividad con que contemplaba el avance de probables acontecimientos en que siempre ostentó su preponderante primacía. ¿Es quizá que tácitamente se resigna a que arrebatén ésta de sus manos? Tendría que ver.

La sola enunciación de que por tales renunciamientos y aquiescencias inaplicables, la masa sanitaria rural viera por la enésima vez frustrados los anhelos de vindicaciones a que su ininterrumpida vida de sacrificios le hace tan acreedora, crispa los nervios y exalta el ánimo de los más pacienzudos en términos inconcebibles. A los Poderes constituidos corresponde el evitar que estos humildes y sufridos compañeros de la Sanidad rural se desborden, apresurándose a salir en su auxilio, porque es difícil prejuzgar hasta dónde podrían llegar en sus exacerbamientos.

El más eficaz remedio de aquietarlos y satisfacerlos en estricta justicia, indicado con machacona insistencia ha sido ya. Ahora sólo falta saber si están dispuestos o no a ponerle alguna vez a la orden del día.

MANUEL MARTÍNEZ SALDISE

Agosto 28, 1931.

Relaciones de las autoridades nacionales, provinciales y municipales con la conservación y sostenimiento de los hospitales.

Según William Gerry Morgan, doctor en Medicina, personalidad eminente que ejerce en Washington, en la capital de los Estados Unidos la clase médica se encuentra ante una situación que debe presentarse también en otras poblaciones, pero que prepondera en mayor grado en Washington que en ningún otro sitio, a saber: procurar hospitalización para una clase de pacientes cuyos ingresos apenas son suficientes para las necesidades de la vida. Cuando se hace necesaria la hospitalización de tales individuos, supone una molestia y una crisis difícil de vencer para la mayoría de ellos. Se ha dicho y se confirma en verdad, que el 70 por 100 de esa población se encuentra frente a frente con el problema de tener que satisfacer anualmente gastos extraordinarios a causa de enfermedades que requieren dispendios lo bastante grandes para imponer una seria carga económica. De este número se hospitalizan anualmente el 50 por 100. Si del 70 por 100 se resta el 20 por 100 que no son seriamente castigados al verse obligados a soportar los gastos de hospitalización, queda un porcentaje de individuos, mayor en Washington que en otro sitio cualquiera, que ven sus gastos aumentar anualmente hasta un punto casi mayor de lo que pueden soportar.

El sentido en que se han dirigido la opinión y los estudios de G. Morgan durante los últimos años, es ver cómo puede disminuirse la carga de estos miembros de la sociedad, industriuosos, serios y frugales, cuando la necesidad les obli-

ga a ingresar en los hospitales para ser tratados y asistidos. Estos individuos, como clase, no son disipadores y derrochadores que no se acuerden del mañana, pero se encuentran ante la necesidad vital de mantenerse a sí mismos y a sus familias sobre la base de unos rendimientos demasado escasos, deducidos de su trabajo, y, por tanto, merecen simpatía y atención, y es un deber preparar algún plan por cuyo medio puedan recibir los beneficios de la hospitalización sin contraer obligaciones, como a menudo ocurre, que requieren meses y años para que puedan librarse de ellas. La gran mayoría de estos trabajadores, hombres y mujeres, no piden ni están dispuestos a aceptar la limosna, sino que desean pagar, hasta el límite de su justa capacidad, su parte en el coste de la asistencia a que tienen derecho. ¿Hasta qué punto somos los encargados del deber de facilitar hospitalización y asistencia a estos miembros de la sociedad en angustiosa situación?

Aunque seguido asiduamente, el trabajo del eficiente comité de Coste de la Asistencia Médica que ha sido organizado con miras tan amplias por el secretario del Interior y que ha trabajado diligente y eficientemente durante los últimos años, no abarca el vasto campo de la cuestión.

Al emprender un estudio minucioso de este pequeño, pero importante aspecto del coste de la asistencia médica, pueden seguirse varios caminos, pero pronto se confunden todos, conduciendo a un laberinto de condiciones relacionadas entre sí, ninguna de las cuales puede estudiarse independientemente de las demás y que hacen llegar a conclusiones afirmativas, complejas en grado sumo. Morgan ha procurado señalar que hay o debe haber un límite entre aquella clase social capaz de pagar liberalmente el privilegio de la hospitalización, económicamente y sin excesivo gravamen, y la parte mucho mayor para la cual se hace excesivamente difícil satisfacer tales costes, y, sin embargo, no son individuos dispuestos para la caridad pública. En el actual esquema de funcionamiento de los hospitales no se hacen las salas semiprivadas y las generales de pago lo bastante atractivas para la clase de enfermos a quienes se dedican, para tentarles o inducirles a buscar en los hospitales aquellos servicios que en realidad se adaptan a sus posibilidades económicas. Por tanto, se ven obligados a incurrir en gastos, buscando habitaciones desproporcionadas con las que deberían considerar apropiadas teniendo presentes sus demás necesidades diarias. La mejora en el tipo, disposición y equipo de las salas semiprivadas y generales de pago es un punto definitivo, como de consideración necesaria.

Desde sus días de Facultad, Morgan empezó el estudio de la economía, y ha tenido la convicción inalterable de que todo ciudadano físicamente apto de los Estados Unidos debe soportar una proporción justa del coste de conservar un Gobierno (Administración pública); en otras palabras, de la protección de su vida, de su salud y de su hogar, ya sea esta proporción pequeña o grande. Juzga que, en principio, es equivocado el tener una clase exenta de impuestos. Se le figura que estaría justificado el cobrar este impuesto a todo adulto que provea a sus propias necesidades aunque el coste de tales cobros pudiera igualar o exceder a la cantidad recibida de los que en el sistema actual están exentos de impuestos. Es un refrán antiguo, pero vulgar, que la generalidad de los gastos valoran los servicios en proporción con la cantidad que por ellos pagan en dólares o centavos de su bolsillo particular. Este mismo principio se aplica con más fuerza aún a los que piden hospitalización. «Tengo—dice—una fe absoluta en los hospitales de pago parcial. Por una gran experiencia he llegado a la firme convicción de que los que ingresan en un hospital deben estar exentos de pagar

la asistencia que reciben proporcionalmente a su real posibilidad de pago, mejor que sujetar a una tara fija o no pedir absolutamente nada a cuantos solicitan ser asistidos.» Trata de determinar, por varios modos, la diferencia en el coste de la asistencia de aquellos enfermos que ocupaban habitaciones particulares y los que estaban en salas semiprivadas y generales de pago, pero hasta aquí no ha podido procurarse datos de valor en este sentido. Parece haber una oposición general por parte de las direcciones de los hospitales en facilitar estos datos. Si pudieran conocerse estos hechos, podrían ayudar en el nuevo reparto de los tributos asignados a estas dos clases de enfermos. Sería una buena solución, hasta cierto punto, de los gastos de hospitalización, que el 35 por 100 de la población de la ciudad debe soportar.

Muchas poblaciones están fundando, en número creciente, hospitales de pago parcial, tendiendo al alivio de los que cobran jornales bajos. La capital de la nación no ha recurrido todavía a desarrollar este tipo de hospitales en grado importante, y, sin embargo, no hay quizá otra población en los Estados Unidos en que más se necesite tal método de hospitalización. Aboga por la rápida extensión de la asistencia hospitalaria de los tipos semiprivados, de habitaciones separadas y de salas generales de pago.

De distintos orígenes de información ha sacado la impresión de que un gran porcentaje de los hospitales que han ensayado debidamente el sistema de pago parcial lo han visto coronado por el éxito, tanto en el aspecto económico como en los demás.

Cree que los ensayos con el sistema de tarifas en los hospitales se ha realizado ya con bastante extensión para garantizar la adopción en todos los hospitales semiprivados y municipales en todas las ciudades de los Estados Unidos. Por hospitales semiprivados se debe significar los que reciben auxilio cuyo origen es el Estado, la Provincia o el Municipio. Esto se traduciría en un inmenso beneficio para los bolsillos de la población y tendría por resultado relaciones más cordiales entre el público, los hospitales y los profesionales. Se siente inclinado a recomendar la regla de que todo hospital que reciba auxilio económico del Estado, Provincia o Municipio, adopte el sistema de pago parcial.

Esto le lleva a expresar la creencia de que en la actualidad una parte demasiado grande de los fondos destinados a emplearse en los hospitales se gastan en edificios y equipo, y otra, demasiado pequeña, en la conservación y régimen diario. Muchos edificios para hospitales se construyen con demasiados gastos y se montan con excesivo lujo y, a menudo, se recargan de personal en sus departamentos burocráticos, todo lo cual aumenta grandemente el coste de sostenimiento que, con el actual sistema de régimen de los hospitales, debe ser, en gran parte, soportado por los que en ellos reciben asistencia. Para los ricos esto nada supone, o, a lo más, la reducción temporal de gastos de alguna clase o renglón menos importante, pero para el trabajador es un gravamen grande y a menudo serio.

Las instituciones privadas y semiprivadas no son, en modo alguno, las únicas que acusan esta tendencia a una expansión inusitada, como puede comprobarse estudiando el informe sobre auxilios adicionales en hospitales, a domicilio y en dispensarios para enfermos, en sitios apartados, para los veteranos de la guerra mundial. El proyecto de ley a que este informe se refiere, ley para autorizar un crédito para facilitar auxilios adicionales en hospitales, a domicilio y en dispensarios para enfermos en sitios apartados, para los individuos con derecho a hospitalización, según la ley de 1924 de veteranos de la guerra mundial, rectificada, fué aprobada por el Congreso y firmada por el presidente in-

cluyendo un crédito de 15.950.000 dólares. Cuando se aprobó este proyecto de ley había ya dinero disponible para suministrar unas 3.100 camas de hospital, además de las ya en servicio, y había sólo aproximadamente 200 veteranos esperando hospitalización por incapacidades resultantes del servicio militar. Había en total, aproximadamente, 1.700 veteranos, incluyendo los que padecían incapacidades a causa del servicio y los que buscaban tratamiento gratuito por enfermedades y lesiones de la vida civil, esperando hospitalización. Verdaderamente las 3.100 camas adicionales que se habían suministrado ya, eran suficientes para atender todas las necesidades legales, especialmente si se considera que una gran parte de las camas de los hospitales en servicio están ahora ocupadas por veteranos que padecen enfermedades y lesiones que no tienen relación alguna con el servicio militar. ¿Por qué, pues, hubo de votarse un crédito suficiente para la provisión de unas 4.000 camas adicionales? Cuando se construyan y equipen los edificios para que se votó esta elevada cantidad deberán dotarse de personal y sostenerse con un coste tremendo para los contribuyentes del país.

Si el interés de la suma destinada para camas adicionales, más la cantidad que había de gastarse para su sostenimiento se dedicaran al tratamiento, en hospitales particulares ya establecidos, de aquellas personas que tengan derecho legal al tratamiento, podrían obtenerse resultados igualmente buenos y el Gobierno no se encontraría, después de pocos años, con el valor de millones de dólares en solares, edificios de hospitales y equipo para los cuales no encontrará uso real alguno. Cita esto tan sólo para poner de relieve la universalidad y sinrazón de la tendencia de la sobreexpansión y del derroche de la construcción.

Una y otra vez levanta su voz para protestar contra el gasto de sumas enormes para la erección de edificios vastos y sumamente costosos en que cuidar a los enfermos que necesitan asistencia en instituciones, y cuyos gastos se aumentan por esta razón sin necesidad.

Si debe facilitarse auxilio del Estado, Provincia o Municipio a los hospitales particulares, semiparticulares y completamente públicos, estas instituciones, en compensación de aquél, deben atender a los trabajadores de ingresos reducidos a tarifas tales que encajen sin dificultad en su potencialidad económica. Este coste rebajado para el paciente puede obtenerse en la práctica tan sólo dedicando un espacio relativamente mayor al cuidado de tales individuos y, por consiguiente, menos espacio a los que pueden permitirse pagar habitaciones lujosas y enfermeros particulares.

Este paso sería imposible sin el auxilio económico del Estado, Provincia o Municipio, o procedente de legados a causa del coste actual del sostenimiento. Llegamos a darnos más y más cuenta de que el cuidado de los enfermos es siempre obligación de toda la nación, una obligación a la que no podemos ni debemos substraernos. No importa que esta obligación la desempeñen las autoridades gubernamentales, provinciales o municipales, siempre que el trabajo se realice económica, eficaz y rápidamente. Hay determinadas fases de esta sagrada obligación que pueden realizarse mejor por comunidades especiales y otras todavía que debe asumir el Estado (federal), y finalmente, algunas fases que sólo puede tomarlas a su cargo el Gobierno nacional.

Parece que la cuestión de la hospitalización puede llevarse a cabo con mayor eficacia por comunidades especiales, excepto en el caso de los locos o tuberculosos, dado que la comunidad es, epecial sabe mejor el tipo y clase de cuidado necesitado por sus ciudadanos y, además, asumiendo la responsabilidad del sostén de sus propias instituciones, se crea

un espíritu de cuerpo que es probable se traduzca en una actitud del espíritu más caritativa y generosa. Con tal sistema, además, el gasto de fondos para construir, equipar y conservar tales instituciones se dirige más eficiente y económicamente que cuando la comunidad no tiene por sí misma responsabilidad económica.

Dado que parece evidente que la obligación de proporcionar fondos para las instituciones para el cuidado de enfermos de medios reducidos es del público en general, estos fondos pueden aumentarse más propiamente por tributación general, y de este modo cada individuo contribuirá según sus posibilidades económicas. A fin de determinar la cantidad o cantidades necesarias para desarrollar el plan propuesto, sería necesario estimar la cantidad requerida para cada institución especial para un determinado tiempo. En otras palabras, sería necesario adoptar el sistema de presupuestos que incluyeran el coste total de sostenimiento, y debe abrirse un crédito para cubrir esta suma. Los ingresos procedentes de todos los orígenes pueden entonces restituirse a la tesorería municipal. Esto, desde luego, concierne sólo a los hospitales de pago parcial.

Tal como lo ve Morgan, este plan, si se lleva a cabo, tendría la tendencia de popularizar los hospitales municipales permitiéndoles atender una mayor proporción de público. Atraerían inevitablemente a sus puertas los trabajadores con pocos ingresos, que entonces podrían pagar el cuidado que reciben en proporción de su poder económico.

Como en el caso de cuidar a los enfermos, así también todo el trabajo sanitario debería pagarse por tributación directa mejor que gravando sólo una pequeña parte de la comunidad. Esto no incluye rigurosamente, desde luego, la caridad privada, a la cual generalmente no se importuna para que contribuya.

Dado que todos los investigadores del asunto del coste de la asistencia médica están de acuerdo en que la hospitalización es una de las mayores cargas que los enfermos deben soportar, debe ocupar una parte importante en cualquier proyecto que pretenda mejorar estas cargas.

Por adaptación,
L. R.

COLEGIO DE HUERFANOS

Don Antonio Canella Martínez nos ha entregado, como donativo al Colegio de Huérfanos, 10 pesetas.
Muy agradecidos.

SECCION OFICIAL

MINISTERIO DE TRABAJO Y PREVISION

Reglamento para la aplicación a la agricultura de la ley de Accidentes del Trabajo.

DECRETO

Como presidente del Gobierno de la República, de acuerdo con éste y a propuesta del ministro de Trabajo y Previsión,

Vengo en aprobar el siguiente Reglamento para la aplicación a la agricultura de la ley de Accidentes del Trabajo.

Dado en Madrid a 25 de Agosto de 1931.—*Niceto Alcalá*

lá-Zamora y Torres.—El ministro de Trabajo y Previsión,
Francisco L. Caballero.

REGLAMENTO

para la aplicación a la agricultura de la ley de Accidentes del Trabajo.

CAPÍTULO PRIMERO

Disposiciones generales en materia de accidentes del trabajo en la agricultura y de la responsabilidad en materia de accidentes.

SECCIÓN PRIMERA

Definiciones.

Artículo 1.º Para los efectos de este Reglamento se entiende por accidente toda la lesión corporal que el operario sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena.

Art. 2.º Se considerará patrono:

1.º La persona natural o jurídica por cuya cuenta se realicen los trabajos agrícolas o forestales, en concepto de propietario, aparcerero, arrendatario, subarrendatario, usufructuario, enfiteuta, forero, etc.

2.º La que explote o tenga a su cargo la ejecución de dichos trabajos, en virtud de contrato, con cualesquiera de las personas a que se refiere el número anterior.

Art. 3.º Cuando ejecute por su cuenta los trabajos agrícolas o forestales, el conceptuado patrono, según el número 1 del art. 2.º será responsable directamente de los accidentes que ocurran a sus obreros, bien los hubiere contratado por sí o por medio de mandatarios.

El responsable subsidiario tendrá derecho a repetir contra el directo por el importe de la indemnización abonada y gastos satisfechos.

Art. 4.º En caso de aparcería, el propietario vendrá obligado a reintegrar al aparcerero la parte de indemnización proporcional a su participación en el contrato.

Art. 5.º Se reputarán obreros a los efectos de este Reglamento:

1.º Los que ejecuten habitualmente un trabajo manual fuera de su domicilio por cuenta ajena.

2.º Los criados que no estén dedicados exclusivamente al servicio del personal del patrono o de su familia.

Art. 6.º No se conceptuarán obreros:

1.º Los individuos de la familia de cualquiera de las personas a que se refiere el art. 2.º que les ayuden en los trabajos, siempre que vivan bajo el mismo techo y sean sostenidas por dichas personas, sin percibir remuneración en concepto de obreros.

Se entenderán por individuos de la familia los que lo sean:

a) En línea recta sin limitación de grados.

b) En la colateral hasta el segundo grado civil.

Gozarán de la misma consideración legal los prohijados y los acogidos por el patrono, siempre que estén estos últimos sostenidos por él lo menos con un año de antelación a la fecha del accidente y no tengan otro amparo.

2.º Los que cooperen ocasionalmente a los trabajos con el carácter de servicios de buena vecindad.

SECCIÓN SEGUNDA

Responsabilidad.

Art. 7.º La víctima del accidente del trabajo tendrá derecho:

1.º A la asistencia médica y farmacéutica.

2.º A la indemnización correspondiente a la clase de in-

capacidad. En caso de fallecimiento, la indemnización corresponderá a sus derechohabientes, en la forma que se indica en el Reglamento, y deberá el patrono abonar los gastos de sepelio en la cuantía señalada por el art. 77.

Art. 8.º Darán lugar a responsabilidad, con arreglo a este Reglamento:

1.º Los trabajos agrícolas o forestales, o sea los relativos al cultivo de la tierra en todas sus especies, y del aprovechamiento de los bosques, hágase o no uso en dichos trabajos de máquinas movidas por fuerza distinta de la muscular.

2.º La cría, explotación y cuidado de los animales.

3.º Los trabajos relativos a la explotación de la caza y los de la pesca fluvial.

4.º Los trabajos auxiliares o que sirvan de medio para los agrícolas o forestales, como construcción de zanjas, acequias, saneamiento de terrenos, riegos, etc., a menos que por su importancia o por el carácter de los obreros estén comprendidos en la legislación general de accidentes.

5.º La elaboración, transformación, transporte y venta de productos agrícolas, forestales y zoógenos, siempre que no constituyan industria separada o que no sea aplicable la legislación general de accidentes.

6.º La guardería para todos los trabajos comprendidos en los números anteriores.

Art. 9.º La responsabilidad que establece el presente Reglamento es la referente a los accidentes ocurridos a los obreros con ocasión o por consecuencia del trabajo que realicen, a menos que el accidente sea debido a fuerza mayor extraña al trabajo en que el mismo se produzca.

No se considerarán, sin embargo, debidos a fuerza mayor extraña del trabajo, a los efectos de la ley, los accidentes que reconozcan por causa el rayo, la insolación u otros fenómenos análogos de la Naturaleza.

Art. 10. La imprudencia profesional, o sea la que es consecuencia del ejercicio habitual de un trabajo, no exime de la responsabilidad al patrono.

Art. 11. Si ocurrido un accidente, el patrono entendiere que fué debido a fuerza mayor o causa fortuita extraña al trabajo, lo manifestará así a la Autoridad gubernativa, al dar el parte del accidente, obligación de la que no quedará relevado por aquella apreciación, ni tampoco de la de prestar al accidentado la asistencia médica y farmacéutica inmediata, debiendo además hacer constar en tal caso la conformidad o disconformidad del obrero.

SECCIÓN TERCERA

Disposiciones generales.

Art. 12. Las obligaciones de asistencia médica farmacéutica al obrero víctima del accidente del trabajo se hará efectiva, por regla general, mediante los servicios de las Mutualidades a que respectivamente deberá pertenecer cada patrono.

No habrá excepciones a esta regla más que las consignadas en el art. 84.

La obligación de indemnizar en la cuantía prevista por las disposiciones legales, se hará efectiva mediante el seguro organizado por las Mutualidades, si con ellas contrata el riesgo de tal obligación el patrono o el seguro con Compañía particular.

Art. 13. Tanto la asistencia médica y farmacéutica como las indemnizaciones, serán obligatorias, aunque las consecuencias del accidente resulten modificadas en su naturaleza, duración y gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo, o tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARIS

PREMIO ORFILA
1872



PREMIO DESPORTES
1904

DIGITALINE NATIVELLE

CRISTALIZADA

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

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

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

Draeger.

Recete Ud. **Sintalina B**



Las observaciones clínicas han demostrado que la Sintalina B — derivado de la Sintalina por la adición de dos grupos de metilo — es excelentemente tolerada por la mayoría de los pacientes. Haga Ud. un ensayo con la nueva Sintalina B. Se expende en frascos de 60 tabletas de 5 mg. lo que permite una individualización exactísima de la dosis.

PRODUCTOS QUÍMICOS SCHERING S.A.
Apartado 479. Madrid

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES

SEDOL BUISSON

Asociación escopolamina-morfina.

AMPOLLAS — SUPOSITORIOS

Sustituye con ventaja a la morfina y evita sus inconvenientes.

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

SPASMOSÉDINE

ANTIESPASMÓDICO — SEDANTE NERVIOSO

El primer sedante y antiespasmódico estudiado especialmente para la

TERAPIA CARDIO - VASCULAR

Laboratorios DEGLAUDE
Medicamentos cardíacos especializados.
PARÍS

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

Terapéutica Cacodilica Intensiva é Indolora

CYTO-SERUM

A BASE DE CACODILATOS ALCALINOS

Una Inyección intra-muscular cada dos días

*Poderoso Estimulante
de la Hematopoyesis y de la Fagocitosis*

GRIPPE
TUBERCULOSIS
PALUDISMO
NEOPLASMA
NEURASTENIA
CONVALESCENCIAS

Contra toda alteración de la sangre
Contra las enfermedades infecciosas
Contra las caquexias de todo origen

Solicítense Muestras Gratis

Agente G^{al} para España: FERNAND BEJAR, 20, RUIZ PERELLO, MADRID (9)

EN
AMPOLLAS
5
CENTI-
CUBOS

EN
AMPOLLAS
5
CENTI-
CUBOS

en que la Mutualidad coloque al paciente para su curación.

Art. 14. Los patronos darán, en término de veinticuatro horas, a las Mutualidades, y éstas a las Autoridades o a los funcionarios de la Inspección del Trabajo, los partes o informaciones reglamentarias de los accidentes ocurridos en sus explotaciones, y si faltasen a esta obligación o no la cumplieren dentro de los plazos marcados, serán castigados con las sanciones que determina este Reglamento.

Art. 15. El obrero, por su parte, o sus derechohabientes en caso de accidente grave, deben dar parte del accidente al patrono. De lo contrario, éste quedará exento de la multa de que habla el artículo anterior.

Art. 16. Dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes al accidente, la Mutualidad dará conocimiento al alcalde, y en las capitales de provincia al gobernador, por medio de un parte escrito firmado por quien la represente, en papel común y remitido por correo certificado.

También facilitarán a los inspectores del Trabajo cuantos datos e informaciones les pidan, relacionados con los accidentes ocurridos.

Art. 17. En el parte que la Mutualidad dé a la Autoridad gubernativa, se hará constar:

- 1.º Hora y sitio en que ocurrió el accidente.
- 2.º Cómo se produjo.
- 3.º Quiénes lo presenciaron.
- 4.º Nombre de la víctima.
- 5.º Lugar a que ésta fuera trasladada.
- 6.º Nombre y domicilio de los facultativos que practica-
ron la primera cura.
- 7.º Salario que ganaba el obrero; y
- 8.º Razón social de la Compañía aseguradora, cuando
exista contrato de seguro.

En caso de defunción inmediata, se harán constar en el parte los datos que sean pertinentes.

Art. 18. Todos los documentos que la Mutualidad deba dirigir a la Autoridad gubernativa se presentarán por duplicado, uno de los cuales les será devuelto con la firma del funcionario que lo recoja.

Art. 19. Además es obligación de las Mutualidades dar conocimiento escrito a la Autoridad gubernativa desde que haya empezado a hacerse efectiva la obligación por la responsabilidad del accidente.

En el escrito deben hacer constar su conformidad o disconformidad el obrero o las partes interesadas, por sí o por personas que los representen.

Caso de indemnización, el patrono o la Mutualidad, según sea quien la haga efectiva, dará también conocimiento a la Autoridad gubernativa de haberla abonado, expresando la cuantía y el artículo, número y párrafo del precepto legal en que está comprendida.

Art. 20. El obrero tendrá derecho a hacer constar las deficiencias del cumplimiento de las disposiciones fundamentales que, a su juicio, existan, ante la Autoridad gubernativa que estime conveniente.

Art. 21. Las obligaciones de los facultativos respecto a certificaciones y los derechos del obrero cuando no se considere curado o no estuviese conforme con la certificación de la inutilidad, así como lo relativo a reclamaciones, estarán sujetos en un todo a las disposiciones fundamentales y reglamentarias actualmente en vigor sobre accidentes del trabajo.

Art. 22. Los operarios extranjeros gozarán de los beneficios del presente Reglamento, así como sus derechohabientes que residan en territorio español al ocurrir el accidente. Los derechohabientes que residan en el extranjero gozarán de dichos beneficios, en el caso de que la legislación de su

país los atorgue en análogas condiciones a los súbditos españoles, o bien cuando así se haya estipulado en Tratados especiales.

CAPITULO II

Asistencia médica y farmacéutica.

Art. 23. Toda víctima de un accidente del trabajo tendrá derecho a la asistencia médica y farmacéutica en la forma que determinan los siguientes artículos.

Art. 24. Las Mutualidades constituidas con arreglo a la Ley facilitarán la asistencia médico-farmacéutica al obrero hasta que éste se halle en condiciones de volver al trabajo.

Art. 25. También cesará la obligación de la Mutualidad, respecto a la asistencia médico-farmacéutica, cuando, a virtud de dictamen facultativo, el obrero lesionado quede comprendido en el caso de incapacidad permanente, parcial o total, y no requiera ya la referida asistencia.

Art. 26. La asistencia médica y farmacéutica le será proporcionada al obrero lesionado sin demora alguna. Se acudirá de momento en demanda de los auxilios sanitarios más próximos, y la Mutualidad a que pertenezca el patrono facilitará el facultativo que haya de dirigir esta asistencia durante la curación.

Art. 27. Si para la dirección de la asistencia médica y certificación de los hechos, la Mutualidad designara facultativos distintos de los que normalmente tenga encargados del servicio, comunicará a la Autoridad gubernativa el nombre de los designados y las señas de su domicilio, en un plazo que no podrá exceder de cuarenta y ocho horas. De no hacerse esta designación ni acudir los que normalmente hagan el servicio, se entenderá que los facultativos que asisten al lesionado tienen implícitamente la representación de la Mutualidad.

Art. 28. El mismo día o el siguiente en que se declare la incapacidad de un obrero, el médico que la califique y dé por terminada su asistencia, extenderá el dictamen facultativo y entregará un duplicado del mismo al lesionado.

Art. 29. La falta del certificado a que se refiere el artículo anterior, establece a favor del obrero la presunción de que ha necesitado asistencia facultativa hasta que otro médico califique su incapacidad.

Art. 30. El derecho de la víctima de un accidente a la asistencia farmacéutica comprende:

- a) El material que se considere necesario, facultativamente.
- b) Las medicinas que mediante receta prescriba el médico.
- c) Los análisis necesarios.

Art. 31. También puede el obrero lesionado o su familia proveerse de medicamentos en la farmacia que estime conveniente, si en la localidad existiera más de una, y siempre que las recetas vayan firmadas o visadas por el médico de la Mutualidad.

En tal caso, ésta no vendrá obligada a pagar sino con arreglo a la tarifa de la Beneficencia municipal, o si en la localidad no la hubiere, a la vigente en Madrid, hasta que se fije una general por Decreto.

Art. 32. Para facilitar la asistencia facultativa de que se viene haciendo mención en estos artículos, las Mutualidades podrán contraer los servicios médicos y farmacéuticos en las condiciones expresadas en este Reglamento.

(Continuará.)

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

A pesar de las variaciones atmosféricas y meteorológicas, el estado de la salud pública varía muy poco. El número de las enfermedades se manifiesta más en las crónicas, con resultados nefastos y con origen principalmente localizable en los aparatos respiratorio y circulatorio. En los afectos agudos se comprueba alguna tendencia a las infecciones tifoideas. En los niños no hay ninguna determinación epidémica.

CRONICAS

Giro a nuestros suscriptores.—Como hemos anunciado por carta, tenemos ya puestas en circulación, con vencimiento al 20 de Septiembre, las letras que abonarán la suscripción a nuestra Revista hasta la fecha que en tal circular se indica.

El extraordinario trabajo que esto representa nos ha obligado a girar sólo a todos los señores cuyos apellidos se encuentran comprendidos entre las letras A-M (inclusive). Rogamos, pues, encarecidamente, abonen nuestros giros, y tengan presente aquellos que en el transcurso de los días 1 al 20 de Septiembre remitieran el importe, que existirá un cruce entre nuestra letra y el envío de la cantidad que pudieran remitirnos por giro postal, cheque u otro medio. Nosotros tendremos muy presente este doble abono, bien para dejarlo a cuenta del próximo pago o para devolverlo, según así lo manifiesten los interesados.

Asimismo pondremos en circulación el 1 de Octubre (con vencimiento al día 20 de Octubre) las letras que comprenden los apellidos de la N-Z, y todo el que desee hacer el pago por giro postal se lo agradeceremos, pues nos evita gastos y trabajos importantes. Ampliamos el ruego a que los envíos los hagan antes de fin de Septiembre.

Toda duda o error que pudiera existir será debidamente atendido y corregido por la Administración, que suplica y agradece la colaboración de los suscriptores para evitar en lo posible las faltas, siendo lo más oportuno para ello que los comprendidos en los apellidos A-M esperen la letra para abonarla y los correspondientes a los N-Z hagan los envíos por giro postal dentro del mes corriente, absteniéndose de hacerlo cuando ya se encuentre en circulación la letra, o sea desde el 1 de Octubre.

La Cruz Roja y las inundaciones en China.—El ministro de Finanzas de la República china, Sr. T. V. Soong, en su calidad de presidente del Comité gubernamental de socorros, ha hecho un llamamiento a la Cruz Roja internacional para acudir en auxilio de las víctimas de las terribles inundaciones que devastan varias provincias de China.

El 22 de Agosto último, el Comité internacional de la Cruz Roja y la Liga de Sociedades de la Cruz Roja se han concertado con la Cruz Roja china para que ésta se encargue de la distribución de los donativos efectuados por las Sociedades nacionales de la Cruz Roja y, en este sentido, han telegrafiado a todas las Sociedades de Cruz Roja del mundo.

La Cruz Roja norteamericana ha enviado 100.000 dólares para socorrer a las víctimas y S. M. el Emperador del Japón ha hecho un donativo de 100.000 yens. La Cruz Roja española ha enviado 25.000 francos.

Suministro de suero antidiftérico.—D. Jerónimo y D. Jacinto Mejías, directores del Instituto Llorente, se han dirigido al Ayuntamiento en un oficio, diciendo que, habiendo terminado el plazo del suministro gratuito de suero antidiftérico con destino a la Beneficencia municipal (Instituto municipal de Laringología y Casas de Socorro), que ha llevado a cabo el Instituto de su dirección, y durante el cual han facilitado más de 8.500 ampollas, en atención al fin benéfico de que se trata ofrecen al Municipio la prórroga por otro año del suministro gratuito de cuanto suero antidiftérico necesiten los servicios municipales.

El Ayuntamiento ha contestado aceptando y dando las gracias.

Homenaje al Dr. Gil Casares.—En los primeros días de Octubre se colocará una lápida conmemorativa del ilustre profesor santiagués, en el Hospital Provincial de Santiago.

Pensión de estudios.—El Ayuntamiento de Boadilla del Camino (Palencia) ha subvencionado con 200 pesetas a su médico titular D. José Gil Guerra, para que acuda al Instituto Médico de postgraduados (Casa de Salud de Valdecilla), Santander, como alumno del cursillo de fracturas y luxaciones que tendrá lugar en dicho Centro durante los días 31 de Agosto al 5 de Septiembre próximo.

Pensión para estudiar en el extranjero.—Le ha sido concedida a D. Gregorio Hernández de la Herrera, profesor de la Escuela Normal de Maestros de Cádiz, ayudante de la Facultad de Medicina de la misma ciudad, por seis meses, para estudiar en Francia y Bélgica Higiene e Inspección médicoescolar, con la asignación de 425 pesetas mensuales y 500 para viajes.

Conferencias.—Organizada por el Ayuntamiento de Carabanchel Bajo, a propuesta de su médico titular, el Dr. Ruiz Heras, han comenzado a celebrarse una serie de conferencias de vulgarización científica.

La primera de estas conferencias estuvo a cargo del fisiólogo de la Beneficencia municipal de Madrid doctor D. Angel Villegas, que desarrolló el tema «Defensa contra el calor».

Un patriarca de la Medicina.—Con este mismo título publicó la *Gaceta Regional*, de Salamanca, un artículo muy enaltecedor para el médico de Vitigudino D. Casto Sánchez Tapia, que lleva ejerciendo la profesión cincuenta y nueve años, de ellos cuarenta y cinco en la misma localidad, y conserva a los ochenta y cinco años todo su vigor mental. Hace cuatro años le rindió un cordialísimo homenaje el vecindario en masa de Vitigudino.

Vacante de médico.—Por terminación de contrato, quedará vacante a partir del 30 de Septiembre próximo este partido médico, compuesto de Estebanvela, Francas, Cuevas de Ayllón y Ligas, que reúnen unas 230 familias acomodadas y produce sobre 380 fanegas de trigo de igualas más casa-habitación libre.

Se admiten las solicitudes hasta el 15 de Septiembre, en la Alcaldía del pueblo de la fecha.

Estebanvela (Segovia), 8 de Agosto de 1931.—Agustín Martínez.

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.

Davos.—Con el presente número acompañamos un interesante prospecto de la *Semana de la tuberculosis en Davos*; recomendamos su lectura.

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.

BARDANOL

Compuesta de extracto de raíces de LAPPA MAJOR L., y Estano coloidal.
LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 84. — Valencia.

Medicación por la quinina. — Fiebres palúdicas, gripales, etc.

NIÑOS { Quininfantina
Delgado Ronco.

En papeles, de acción eficaz y agradable de tomar.

IMPRENTA DEL SUCESOR DE E. TEODORO

Glorieta de Santa María de la Cabeza 1.—Madrid. Teléfono 70.435