

# EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID MUNICIPAL

APARECE TODOS LOS SÁBADOS

HISTORIAL

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

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

Boletín de Medicina, Gaceta Médica, Genio Médico-Quirúrgico, Fundador: Tejada y España.  
Correspondencia Médica, Fundador: Cuesta y Ckerner. — La Sanidad Civil, Fundador: D. J. Albiñana.

## PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN

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

La correspondencia administrativa y giros al Administrador...  
La científica y profesional al Director.....

Apartado de Correos, núm. 121.

## 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



Reconstituyente muy Enérgico

### CARNINE LEFRANCO

Jugo de Carne de Buey Cruda

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

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

1 á 2 cucharadas de las de sopa por día

ESTABLECIMIENTOS FUMOUE, 78, Fg Saint-Denis, PARIS



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

### SIL-AL

Metahidrosilicato de aluminio fisiológicamente puro

Sustituye al bismuto en  
terapéutica gástrica.  
Existe el Sil-Al belladonado.

Muestras  
y literatura:  
A. GÁMIR  
Valencia.

### BARDANOL

— Elixir de bardana y estaño eléctrico. —

INDICACIONES:  
Estafilococias en todas  
sus manifestaciones.

Muestras  
y literatura:  
A. GÁMIR  
Valencia.

Autorizado por la Inspección Ge-  
neral de Sanidad, número 4.193.  
Alcaloides del opio y de la belladona  
(var. estable en solución Rética).

### ATROPAVER

Muestras y literatura a dis-  
posición de los señores Mé-  
dicos que lo soliciten al  
Laboratorio «CELTA»,  
Valencia.

FRANQUEO  
CONCENTRADO

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





# THUS- -SERUM

FÓRMULA	Tiocol . . . . .	0'25
	Gomenol . . . . .	0'05
	Lactofosf. cálcico . . . . .	0'25
	Extr. Malta . . . . .	0'5

Indicado en  
todas las afecciones de las

**VÍAS RESPIRATORIAS**

Laboratorios VIÑAS - Clarís, 71 - BARCELONA

LABORATORIO FARMACÉUTICO

**PONS, MORENO Y C.<sup>A</sup>**

DIRECTOR: D. BERNARDO MORALES

**BURJASOT** VALENCIA  
ESPAÑA

**Jarabe Bebé**

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

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

**Tetradínamo**

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

**Septicemiol**

(INYECTABLE)

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

**Eusistolina**

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

**Mutasán**

(INYECTABLE)

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



está muy poco flexionada y, en cambio, está muy inclinada sobre el parietal posterior, como lo demuestra la posición de la sutura sagital que se aproxima a la sínfisis del pubis. La inclinación sobre el parietal anterior es completamente excepcional. Con la cabeza en esta posición se puede aplicar el fórceps de tres maneras diferentes: la primera consiste en aplicarle según el plano diametral transversal de la pelvis sin preocuparse de la posición de la cabeza del feto. En este caso la posición del fórceps es regular con relación a la pelvis e irregular con relación a la cabeza.

La segunda variedad consiste en aplicar el aparato según el plano diametral oblicuo; la posición del fórceps es irregular con relación a la pelvis y al feto. En la tercera posición se cumple la norma de aplicar el feto, según el meridiano de presa de la cabeza del feto sin preocuparse de la posición que adopte con relación a la pelvis. Este último procedimiento es el que más reclamará nuestra atención. Como quiera que en la mayoría de los casos la cabeza se encuentra en posición transversal derecha o izquierda, el fórceps se tendrá que aplicar en sentido anteroposterior, las más veces en el plano diametral sagital de la pelvis, de cuando en cuando a la derecha o a la izquierda de este plano.

La aplicación del fórceps según el diámetro transversal de la pelvis es muy sencilla una vez que se ha logrado coger la cabeza del feto, que en la mayoría de los casos queda prendida por el occipucio y la frente, se hace tracción de él hasta llevarle a la cavidad pelviana. Una vez allí se desarticula el instrumento y se trata de hacer una aplicación según el meridiano de presa de la cabeza fetal.

Tratando de obtener en el feto una presa un poco más regular se han preocupado los tocólogos de acercarse lo más posible al plano diametral anteroposterior, pero sin pasar por detrás del nivel de la articulación sacroilíaca y por delante de la eminencia iliopsoica del lado opuesto. No se preocupan de la posición de la cabeza, y así sucede que una de las cucharas suele quedar aplicada al occipucio o a la apófisis mastoides en tanto que la otra queda sobre una

borde de la cama vaya a parar a un cubo o balde donde se recojan todos los líquidos. En caso de que la cama de la enferma sea excesivamente baja, como sucede con harta frecuencia en las camas actuales, es preferible colocar a la enferma sobre una mesa. Los muslos se hallarán separados entre sí y en flexión sobre el abdomen. Conviene que los sostengan dos ayudantes, pero en la mayoría de los casos el médico, trabajando en las casas particulares, no podrá disponer de los mismos y tendrá que colocar dos sillas para que la enferma apoye los pies en las mismas.

Tras de lavar los órganos genitales externos, se afeitan los contornos de la vulva para que al meter y sacar la mano no se arrastren los pelos con ella. Luego es conveniente poner una irrigación vaginal a muy poca presión con un líquido antiséptico. El fórceps se esteriliza por ebullición, completamente desarticulado. Únicamente, si es el de Tarnier, llevará cada rama aplicada la varilla del tractor, sujeta por el botón correspondiente del que se soltará cuando llegue el momento de emplearla. El operador, tras de desinfectarse cuidadosamente, debe lubricar bien sus guantes y la cara convexa de las cucharas con vaselina esterilizada. Colocará el recipiente que contiene el instrumento al alcance de su mano para poder manejarle con comodidad si no tiene ayudante que le auxilie en la tarea. También habrá preparado todo cuanto es necesario para ligar el cordón, para reanimar el feto, suturar el periné o reparar cualquier desgarro que en las partes blandas de la madre se pudiera producir.

El problema de si se debe anestesar a la enferma o no se ha resuelto de diferentes maneras. En general es conveniente anestesarla, porque de esta manera se evitan los movimientos que suele realizar a consecuencia del dolor que experimenta y la aplicación de las cucharas en la posición normal es mucho más fácil. El único peligro de la anestesia consiste en que en los casos en que se interviene por inercia uterina, dicha anestesia puede aumentar la inercia y facilitar la hemorragia una vez terminado el parto; pero si se tiene la precaución de suspender la anestesia una vez que se ha hecho la aplicación correcta del aparato,





puesto que el tiempo que aún permanece la enferma anestesiada es suficiente para hacer la extracción, y si se administra ergotina o alguno de sus sucedáneos en cuanto haya terminado la expulsión de los anejos fetales, habremos obviado los inconvenientes de la aplicación de la anestesia.

Habiendo hecho el diagnóstico cuidadoso de la situación de la cabeza, no solamente en cuanto a la presentación y la posición, sino también en cuanto al estado de flexión, se evitarán los accidentes que más a menudo ocurren en la aplicación del fórceps, y el más corriente de ellos, el deslizamiento. Una vez hecho con cuidado este diagnóstico, el médico se representaba el diámetro según el cual iba a aplicar el fórceps. Seguíase, especialmente para fines didácticos, la norma de que si la sutura sagital estaba orientada, por ejemplo, según el diámetro oblicuo izquierdo de la pelvis, el fórceps tenía que quedar aplicado según un diámetro pelviano aproximadamente perpendicular a aquél, o sea, en este caso, según un diámetro oblicuo derecho. Con este precepto era fácil determinar la técnica con que se había de proceder a la aplicación del fórceps en las distintas posiciones. Cuando se encontraba el feto según el diámetro oblicuo izquierdo, o sea en O. I. I. A., o bien en O. I. D. P., se aplicaba el fórceps con arreglo al diámetro oblicuo derecho, cuya extremidad posterior se encuentra a la izquierda, y, por tanto, era la rama izquierda la primera que se debía aplicar. Cuando, por el contrario, se encontraba la cabeza orientada según el diámetro oblicuo derecho, se tenía que aplicar el fórceps según el diámetro oblicuo izquierdo, cuya extremidad posterior se encuentra a la derecha, y, por tanto, era la rama derecha la primera que se debía aplicar. En cuanto a los casos en que el feto se encuentra en posición occipitopubiana, la aplicación debía hacerse según el diámetro transversal; pero como por la construcción del fórceps había de quedar la rama izquierda detrás de la derecha, era aquélla la primera que se debía aplicar. En muchos casos el médico, al introducir la mano que ha de servir de guía a la cuchara del fórceps termina la rotación de la cabeza y transforma una occipito-

de base muy ancha, de modo que hay que tender a hacerles describir este cono. Las tracciones se deben hacer con una mano sola mientras que la otra trata de proteger el periné. No hay que apresurarse nunca, pues por despacio que se haga siempre se hace más de prisa que la naturaleza.

Una vez que se ha hecho la rotación y se ha extruido el occipucio del feto, se plantea el problema de si hay que terminar la extracción con el aparato o si conviene más desarticularte y dejar que la mujer expulse el feto por las contracciones del útero. Algunos se inclinan por esto último, asegurando que así padece menos el periné, pero tiene el inconveniente de que, a veces, cuando se ha desarticulado el fórceps las contracciones uterinas no se producen y hay que volverle a aplicar. Por tanto, si la aplicación se hizo por una inercia, no hay más remedio que extraer la cabeza por completo.

Cuando la cabeza se encuentra a nivel del estrecho inferior o, por menos, en la excavación de la pelvis, la aplicación del fórceps siempre ane se fácil. Para las distintas variedades no hay más que aplicar las reglas generales que hemos dicho. Si el médico tiene alguna duda deberá colocar antes el fórceps por fuera de los genitales en la posición que deba tener más tarde dentro de los mismos y procederá en consecuencia. Fendrá siempre en cuenta que solamente en algunos casos de posición derecha, modalidad posterior o transversal, podrá aplicarse antes la rama derecha que la izquierda, y que entonces es preciso hacer un descruzamiento de las ramas, porque de lo contrario queda la hembra apoyada sobre la cara del macho, opuesta a la que lleva el pivote.

Otra cosa sucede cuando se trata de aplicaciones del fórceps en el estrecho superior. Precisamente en este estrecho es en el que resultan más difíciles y han justificado la creación de modelos especiales de fórceps de que hemos de tratar más adelante. Antes de hablar de la aplicación del fórceps clásico a la cabeza que se encuentra en el estrecho superior o por encima de él, hemos de tratar de la posición en que se encuentra la cabeza a dicho nivel. Habitualmente



# Mucílago Puro

== “REFI” ==

(Regulariza El Funcionamiento Intestinal).

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

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

## ESTREÑIMIENTO Y SUS SECUELAS NOSOLOGICAS

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

## JAMAS CON SU USO PROLONGADO PUEDE SOBREVENIR EL HABITO

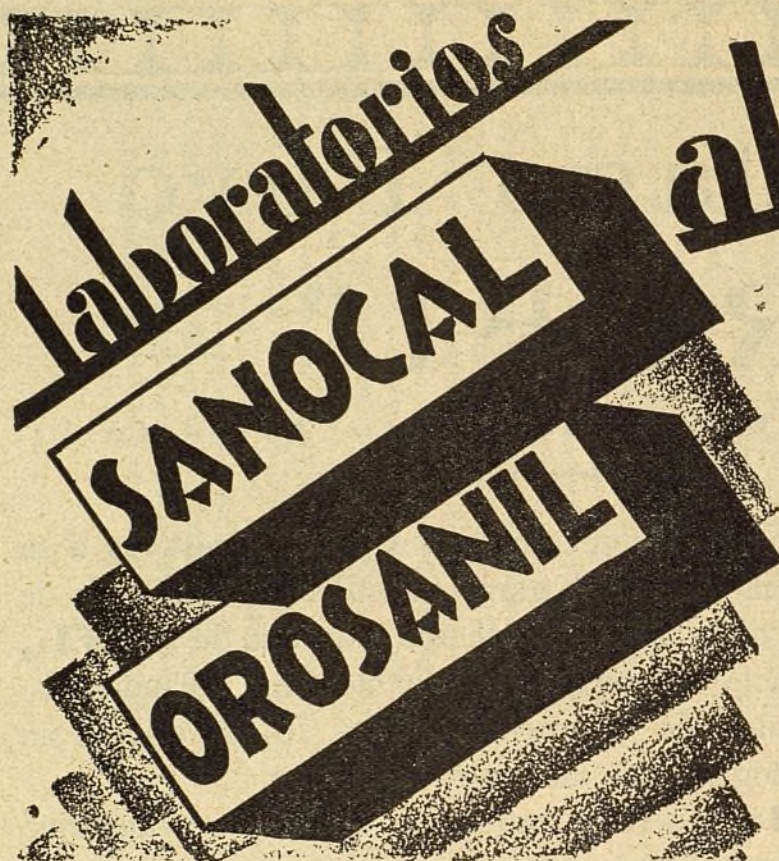
Por ser un mucílago puro, «REFI» goza de propiedades emolientes inigualables, y por ello, no solo no produce cólicos ni irrita nunca la mucosa gástrica, sino que, por el contrario, cuando está irritada o ulcerada, constituye el apósito ideal, lo que justifica la acción calmante de «REFI» en muchas gastralgias,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

## COLITIS MUCOSAS Y MUCOMEMBRANOSAS

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

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





# ABELLOS

## SANOCAL

Tiosulfato de Calcio químicamente puro  
Calcioterapia intravenosa  
Dosis Máxima de Calcio puro inyectada  
hasta hoy

### DOSIFICACION:

0'05, 0'10, 0'25, 0'50, 1 gr., 1'50 y 2 grs.

**Recalcificante** en general: Raquitismo, Osteomalacia, TUBERCULOSIS, etc.  
**Hemostático** Hemorragias espontáneas, quirúrgicas y traumáticas, Hemoptisis, Hematemesis Hemorragias "post-partum", etcétera.

**Diurético y Deshidratante:** Edemas, Pleuresias serosas, hemorrágicas, Ascitis, etc.

## OROSANIL

Quimioterapia áurica intravenosa  
TUBERCULOSIS

### DOSIFICADO EN AMPOLLAS DE:

0'01, 0'025, 0'05, 0'10, 0'15, 0'25, 0'50, 0'75 y 1 gr.

### Preparado por

D. JUAN ABELLO PASCUAL

Químico-Farmacéutico

en su Laboratorio Vinaroz, 3, Prosperidad-MADRID

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



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 30 c/m con 3 entrapaños.	Ptas. 145,00
» de 110 X 55 X 30 » con 3 »	» 165,00
» de 120 X 60 X 33 » 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.....	» 72,00
Porta-irrigador de pie completo.....	» 55,00
» de pared.....	» 25,00
Cubo a pedal.....	» 27,50
Taburete giratorio.....	» 38,00

**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**



## ¡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 con especialidad farmacéutica por el  
Médico y Químico Farmacéutico Francisco Mandri  
en su Laboratorio, Pinar de San Juan, Barcelona



# TERTULIA MÉDICA

## HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

— AMENIDADES —

19 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 Sevilla, Apartado 121, Madrid.

### La lección inaugural del profesor Mauriac.

*Al tomar posesión de su cátedra de Clínica médica de la Facultad de Medicina de Burdeos, el profesor Mauriac exalta la necesidad actual de la existencia del espíritu crítico, de la grandeza y la servidumbre en la profesión médica.*

El profesor Mauriac desempeñaba en Burdeos la cátedra de Medicina expe-

#### 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.

riental. Desde la muerte de Enrique Verger estaba vacante la cátedra de Clínica médica, habiendo sido recientemente concedida al Sr. Mauriac con el voto unánime de todos sus colegas. En la lección inaugural, que fué la en que tomó posesión de su nueva cátedra, el profesor Mauriac, después de dedicar un cariñoso y sentido recuerdo a la memoria de sus predecesores Arnozan y Verger, dedicó su oración al importante tema del escrutinio intelectual y al espíritu crítico. También se ocupó de la abnegación y la independencia que son necesarias en el curso de estudios además de la práctica médica. A continuación van incluidos los principales rasgos de tan importante lección:

«Quisiera exponeros sencillamente la emoción orgullosa que me invadió hace pocos días cuando, nombrado jefe de servicios, penetré en las salas 15 y 6 del Hospital de San Andrés. Me parecía que el profesor Arnozan me acogía en él, como siempre, dejando reflejar en su

pero la luz, en algunos corazones sobre vive a los años y al olvido y llega por fin para la gloria de este gran hombre el tiempo de iluminarse.

Si mal no recuerdo... cuando comencé yo los estudios de Medicina... su servicio estaba en la sala núm. 4. En ella nos introdujimos varias veces preñados de emociones y ávidos de verdades; pero ante los jóvenes estudiantes se presentaba el maestro tan dulce en sus maneras, tan vacilante en sus diagnósticos y tan prudente en su terapéutica, que nos hacía salir de allí completamente descorazonados. Por eso elogiábamos sin escrupulo a los cirujanos decididos y a los médicos resueltos cuyas categóricas decisiones nos embaucaban. Pero esto duró hasta el día en que la experiencia dura de la clínica nos suministró con harta frecuencia los imprescindibles mentis que ahogaron todos nuestros entusiasmos, haciendo engendrar la duda en nuestros espíritus. Sólo entonces, jóvenes y prodigiosos amigos, sólo entonces fué cuando desengañados y convencidos volvimos en casa del maestro Arnozan, nos interesó su sabiduría y comprendimos la fecundidad de su re-

#### Diarreas estivales ELDOFORMO Bayer Meister Lucius

serva, para dejar curso libre a las discusiones.

En los tiempos en que dominaba el espíritu crítico, aquel liberalismo le sirvió al maestro para ser acusado de escéptico. ¡Ciertamente! Pero su escepticismo era discreto y fácil de entender. En la última parte de su vida declaró: «Se me ha reprochado el haber dejado morir enfermos; pero tengo la conciencia tranquila por creer que no he matado a ninguno.» Modesto orgullo del médico posesionado de su grandeza y su miseria...

#### LA ADAPTACIÓN EN BIOLOGÍA Y EN CLÍNICA

La adaptación en biología es una cuestión aterradora, decía el gran Cuénot a la cabeza de uno de sus libros. Yo me permito añadir a esto que el problema más difícil que se presenta al profesor clínico es el de la adaptación.

Señores estudiantes: Se trata nada menos que de hacer de vosotros los médicos del mañana, capaces de cuidar el caso más elemental y de discutir los más complicados diagnósticos, echando mano de cuantos recursos concede la biología moderna. Esta mezcolanza de

práctica usual y de cultura científica es más difícil de suministrar en la dosis debida de lo que a primera vista parece. Aquí está, pues, el principal papel del profesor que tiene que desembarazarse de todas las mezclas, encumbrando la literatura médica y no conservar más que la fina flor de la superficie. «La capacidad del espíritu es muy limitada,

#### “MALTOPOL”

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

decía Malebranche; con pocas cosas hay suficiente para llenarle, y cuando él se encuentra lleno es incapaz de admitir nuevos pensamientos si no se le vacía de antemano.»

¡Ah!, señores, y cuántas cosas inútiles están llenando nuestro cerebro.

Desde la una a la otra punta de la escala escolar se abusa demasiado de la documentación y de los informes. El estudio de la fabricación de la porcelana de un motor Diesel o del aparato de rayos X o de cualquier otro medio de cultura no es científico, sino técnico, decía M. Enrique de Chatelier. La ciencia no es un diccionario, una recopilación de leyes y de fórmulas, sino una aptitud de espíritu y un deseo de comprender.

En la enseñanza clínica el primer esfuerzo de adaptación consiste en desembarazarnos del imperio del libro y de la documentación, para atender a la reflexión y a la observación. «Conozco discípulos que cuando se les pregunta qué saben me piden el libro para enseñármelo, decía Montaigne, sin que fuesen capaces de decirme cuál es el último leproso si no buscan en el momento el léxico apropiado.»

Otra adaptación difícil es la clínica médica de los especialistas. Entendámonos, señores, que aquí hablo de los especialistas médicos; es decir, de esos hermanos separados: los cardiólogos, los fisiólogos, los neurólogos, etc., que pretenden vivir una vida independiente y



interior su alma llena de alegría por ver llegar a un alumno suyo hasta la ocupación del desempeño de la cátedra.

Han transcurrido tres largos años después de su muerte sin que se haya tenido en cuenta para nada su memoria;

#### Antiséptico GLOROGENO LUMEN

Muestras gratis.  
Centro Farmacéutico Jienense.  
Apartado 22. — Jaén.

sin embargo abarcan cada vez en mayor grado el dominio de la Medicina general. Tendencia impresionante, y cuando menos, inquietante para el profesor de clínica. Pues bien, es necesario que se doblegue ante los hechos, reconozca la mutilación y se muestre conforme con los vacíos que a cada paso observa en



los especialistas; si no se verá precisado a mantener y afirmar sus derechos, refutados por todas partes.

Merecería toda clase de censuras aun el profesor más experto en su clínica

## IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico.  
**BALDACCI - PISA**

que preparase a la ciencia médica el lecho de Procusto, en una época en que al más elemental practicante se le exigiesen los conocimientos más esenciales de ella. De lo expuesto se deduce bien claramente que mi intención está en no renunciar a nada, y afirmo, por el contrario, que se puede ser siempre útil tanto al tuberculoso como al cardíaco o al diabético, aun siendo registrado por un médico que ni sea fisiólogo, ni cardiólogo ni especialista en la insulina. El profesor de clínica médica está obligado a llevar a cabo todas las partes de la Medicina, y sin pretender alcanzar una competencia universal, reservar sus derechos a cuidar todos los enfermos que se le presenten; sin preocuparse de los demás servicios. Ahora bien; lejos de entrar en lucha con sus compañeros, debe participarles su enseñanza sin

## Urosolvina: eficaz antiúrico.

apartarse de los límites a que alcanza el cuadro de la clínica general. Por de pronto cuento ya con el concurso de millares de jóvenes agregados y médicos de hospitales; otros acudirán también, como espero, pues saben que las puertas les son abiertas. Aquí como en todas partes, la unidad de dirección debe coordinar los esfuerzos.

Es una forma de esclavitud que amenaza constantemente al profesor y éste se hace más temible. Procede de la crisis de autoridad que sufrimos. Señores estudiantes, contra vosotros es contra quien quiero fundar yo mi independencia.

Hay muchos lazos de unión entre el maestro y el alumno para que si no tiene gran cuidado se encuentre cogido entre sus redes y no pueda pensar ni juzgar libremente. Existen también sin



duda alguna ciertos yugos que sería inútil pretender sacudirse de ellos, y ni aun la pasión más ciega conserva nada de humano. Yo encuentro natural que se sufra cruelmente cuando uno de los suyos le haga traición. Si el despecho de ver su influencia combatida constantemente desalienta en grado sumo al jefe, la fe en sus discípulos es, por el contrario, un testimonio de juventud y un hermoso esfuerzo para transmitir el fuego de que es depositario con el fin de que no se apague jamás.

Mas existe una servidumbre que no

está impuesta ni por la razón ni por el corazón. Solamente la debilidad de carácter y algunas veces el interés mezquino nos hacen caer en ella y con nosotros se derriba también nuestra dignidad y nuestra autoridad.

Es, por otra parte, demasiado cómodo el hacer responsables a los estudiantes de un estado de cosas de las cuales suelen ser víctimas. Está bien que se piense en dar a todo el mundo la segunda enseñanza. La escuela única es un hermoso tema de desenvolvimientos oratorios, o si se quiere, maravilloso cebo para arrajar a las multitudes ávidas de gratuidades. Pero tengamos al menos el descaro de aceptar las consecuencias de nuestras larguezas. Sacaremos del campo y del taller los mejores obreros de Francia, tenemos por ocupaciones

Fábrica especializada en Productos Dietéticos y de Régimen Vegetariano.

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

viles la sagrada tarea del aldeano y los maestros de nuestros artesanos y querremos hacer bachilleres a todo el mundo. Muy justo, pero quien les ha impulsado contra esta puerta estrecha, apresurándose, basculeando y dejando al olvido todo su pasado; y entretanto no se nos pregunta si les cerraremos las narices o solamente se las entreabriremos.

No pretendamos mezclarnos a prestar maniobras sospechosas. Los que imploran nuestra severidad para perturbar la plétera médica se equivocan de dirección. Somos severos porque deseamos serlo; pero encaminados al perfeccionamiento de los futuros médicos y no

## ION-CALCINA

— PALLARES —

A base de Cloruro de Calcio.

FRASCO E INYECTABLES

para desbastarlos ni confundirlos con el torbellino de jovencuelos que un espíritu de igualitarismo limitado ha precipitado en un camino demasiado estrecho aunque actualmente pretenda hacerse pasar por cañada. Pagarán con largos años de estudios el derecho de entrada; que entren, pues cuando contemplen que los puestos están ocupados, comprenderán su error en el origen.

RELACIONES ENTRE EL ENFERMO Y EL MÉDICO

Después el profesor Mauriac se levanta contra todo lo que pretenda hacer del médico un funcionario y del enfermo una especie subordinada más o menos hostil.

¡Ah!, señores. ¡Qué promoción! Ese

## ALBUMINURIA

«Stroarsil»—Muy eficaz.

Laboratorio Coll Olivé, París, 111, Barcelona

mismo enfermo a quien ayer aún cuidábamos ayudados por toda nuestra ciencia y con todas las atenciones que exigían su dignidad de pobre, no es más que un cliente banal que no tiene por

qué causar nuestra piedad particular. Si en otras épocas accedía con gusto y con paciencia al examen, ahora no tiene por qué hacerlo; no tiene por qué guardar consideraciones puesto que ha pa-

## Inapetencia, Anemia, Debilidad

VINO MADARIAGA, tónico - fosfatado.

gado su cuota, y no puede aceptar más cuidados que los del jefe de servicios o del interno de guardia, rechazando la de los externos o estagitarios que pretendieran auscultarle.

La enseñanza de la clínica, tal como se comprendió siempre, fundada sobre la confianza y las concesiones mutuas, ¿no se hará imposible? ¿Se habrá hecho más difícil dado el cambio tan enorme que han sufrido las costumbres hospitalarias?; sin embargo, es preciso adaptarnos, acomodarnos sin hacer una oposición esteril a una ley de la cual al menos el principio es magnífico; pero sin que esto se convierta en dejadez que aprovechen los constructores de estrados, sin que se nos impongan los cándidos o sencillos, quienes beatamente tienen fe en todos los órdenes del progreso, aun en el del corazón.

Hay una luz que se está extinguiendo

## Lactofitina: reconstituyente infantil.

do, con la cual cada sala, cada cama y cada enfermo eran inundados; ésta es la caridad. La misma palabra ha sido borrada para siempre y con ella todo lo que contenga el dulce nombre del amor. El altruismo y la filantropía ocuparán el puesto de esta limosna degradante. Es indigno de un ciudadano ser un pobre a quien se le asiste; pero alentémonos, porque en cambio es muy orgulloso ser un sujeto. ¡Loco orgullo! ¡Seguridad blasfemadora! «Siempre habrá pobres entre vosotros», dijo Jesucristo. A este insensato despecho, ante estas construcciones que resurgen por todas partes, cual nuevas torres de Babel, responde la voz del pobre Verlaine, quien desde el fondo de su cama de San Antonio, vaticina: «El Hospital, con una hache mayúscula, parece la idea atroz evocadora de un indecible infortunio; el hospital moderno para el poeta moderno que no puede en sus horas de

Jarabe Bebé. - Tetradinamo. - Septicemol. - Purgantil (Jarabe de Frutas)  
Véase anuncio, página II.

desaliento encontrarle otro aliciente que el de verle negro como la muerte, como la tumba, como la cruz, como el vacío de la caridad, etc.; vuestro hospital moderno, por más embellecido que os parezca y por más provisto que se encuentre de todas las necesidades del siglo de los hombres del orgullo, no será otra cosa que lodo y escupitazos.

No os riais de la gracia, puesto que las imprecaciones de un poeta pueden convertirse en profecías. Es posible que sean el grito de un naufragado o las exigencias de una sed insaciable que no se

SIGUE A LA PAGINA XVI



## ¡El Original!

Bueno es recordar que el Agarol fué la primera emulsión de aceite mineral y agar-agar que se dió a conocer a los médicos, y que su eficacia terapéutica ha quedado desde hace tiempo, bien establecida clínicamente.

Juzgando por el criterio más seguro, que son los resultados, cada elemento que entra en la composición del Agarol\* persigue un fin determinado y por su influencia sinérgica contribuye a hacer del producto compuesto lo que los médicos han encontrado que es — un correctivo del intestino, tan racional como digno de confianza.



\* Emulsión uniforme, estable y perfectamente homogénea de aceite mineral purísimo, sumamente viscoso, con agar agar y feniltaleína (4 centigramos en cada cucharadita).

# AGAROL

Para literatura y muestras gratuitas dirigirse a:

Laboratorio y Comercio Substancia, S. A.  
Apartado 410 - BARCELONA

## TUBERCULOSIS

AFECCIONES BRONCO-PULMONARES

Gripe, Escorófula, 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.<sup>a</sup>, Barcelona Sagués, 2 y 4, (S. G.)

## 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 (piña, limón, fresa, etc., etc.).

### HEMOBICAL EGABRO

Recalcificante poderoso y reconstituyente (véase la fórmula):

Fosfato de cal bibásico.....	0,30 gramos.
Floruro de cal.....	0,02 —
Arrhenal.....	0,02 —
Lecitina pura de huevo.....	0,05 —
Hemoglobina.....	0,10 —
Solución de adrenalina al milésimo...	8 gotas.
Para un sello.	

Servimos muestras indicando estación destino.

LABORATORIO EGABRO—GABRA (Córdoba), España.

## 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 gaseoso 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



# THYRANON

GLANDULA  
FRESCA DE  
SECADA DE  
TIROIDES Y  
DE ACCION  
CONSTANTE

DESPROVISTA DE  
EFECTOS TOXICOS

INDICACIONES: OBESIDAD, HIPOTIROIDIS-  
MO, ESTADOS LINFATICOS DE LOS NIÑOS

**E.F.E.Y.N**  
APARTADO 9.009  
MADRID



INDICACIONES:  
ANEMIAS DE  
TODAS CLASES  
Y SOBRE TODO  
LAS FORMAS  
PROGRESIVAS  
**GASTRITIS** HI-  
POPEPTICAS,  
HIPOCLORHI-  
DRICAS, LINITIS  
PLASTICA DIA-  
RREAS GASTRO-  
GENAS.

ESTOMAGO DE  
CERDO DESECA-  
DO, EN POLVO  
Y EN TABLETAS

MUESTRAS Y  
LITERATURA  
E.F.E.Y.N  
APARTADO  
9.009

# VENTRAEMON



# EL SIGLO MÉDICO

## REVISTA CLÍNICA DE MADRID

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

### PROGRAMA CIENTÍFICO:

Lema: Progressi sumus, progredimur, progrediemur.

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

**SUMARIO:** Sección científica: Tratamiento quirúrgico del estrabismo, por el Dr. Baldomero Castresana.—Estrabismos de la Sierra de Guadarrama: Su influencia en la salud, por el Dr. D. Francisco Huertas y Barrero.—La efetonina. Adaptación de P. M. Bibliografía.—Períodos médicos.

### TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL ESTRABISMO

POR EL

DR. BALDOMERO CASTRESANA

El problema del estrabismo en España es uno de los capítulos de nuestra especialidad que menos ha progresado en la última década del siglo que corremos. La falta de cultura en las masas populares creyendo de buena fe incurable su enfermedad, la resistencia constante para dejarse intervenir quirúrgicamente, el escaso perfeccionamiento de la técnica operatoria y el no poder asegurar al enfermo el éxito seguro y definitivo después de la intervención, son los factores que más poderosamente han contribuido al escaso desarrollo y poca intensidad que tiene el estudio de la corrección estrábrica en nuestra patria.

En España existen multitud de enfermos estrábricos; pero sólo se presentan en nuestras clínicas escaso número de ellos, con la pretensión de que centremos bien sus ojos y les demos vista en el ojo que desvían, sin practicarles operación alguna.

Las intervenciones quirúrgicas en los enfermos estrábricos eran escasísimas hace diez años, aun en clínicas numerosas como la mía. Algunos colegas que me honraban presenciando mis operaciones, al manifestarme deseo de ver operar un estrabismo, tenían que decirles: Los enfermos estrábricos no se dejan operar en España, no por prejuicio religioso, como opinaba un ilustre colega extranjero, sino porque creen que su enfermedad no tiene remedio.

Como se ve, la incultura en el público resistiéndose sistemáticamente al tratamiento operatorio ha sido, es y será en el porvenir, la causa precisamente primordial de que no se haya hecho en nuestra nación un estudio acabado y perfecto de un punto tan importante como es el de las desviaciones oculares.

Hay que confesar, sin embargo, que la reacción ha sido tan favorable para nosotros, por el éxito alcanzado con el procedimiento quirúrgico que practicamos en la actualidad, que en estos últimos años

el material clínico humano ha sido más abundante, dilatándose mucho el campo de nuestra experimentación, llevando operados más de 200 enfermos.

Los mismos operados de estrabismo, al ver corregida su desviación ocular, que no solamente les afeaba, sino que también era en mil circunstancias motivo de burla y de molestias en las distintas manifestaciones de su vida social, han sido los más entusiastas propagandistas, aconsejando a otros individuos que padecían igual defecto se dejen intervenir quirúrgicamente.

La desviación manifiesta de la línea visual en uno de los ojos, o la falta de paralelismo de los ejes visuales, es el defecto ocular que recibe el nombre de estrabismo. Este puede ser paralítico o concomitante, siendo considerado el último como el verdadero estrabismo, porque sin haber parálisis de ningún músculo no coinciden las dos líneas visuales en el mismo objeto.

De otra parte, en esta variedad estrábrica, las desviaciones primarias y secundarias son iguales, y no existe la diplopia, porque generalmente la visión imperfecta que el enfermo tiene en uno de sus ojos constantemente hace que se acostumbre a eliminar la imagen borrosa del ojo estrábrico.

El estrabismo concomitante, que a simple vista parece monocular porque se manifiesta aparentemente por la desviación de uno de los ojos, que es precisamente el que tiene menor agudeza visual, es, sin embargo, bilateral siempre, y el ojo desviado representa, según la opinión de Terrien, la suma de la desviación de ambos ojos. El estrabismo alternante y la igualdad de la desviación primaria y secundaria nos prueba la existencia de la bilateralidad de la afección, y a la vez nos demuestra que los dos globos oculares están afectados igualmente, sin que exista parálisis muscular de ningún género.

Al comentar este punto del estrabismo el doctor Ribas Valero, uno de nuestros ilustres colegas que más trabajos ha publicado sobre las desviaciones estrábricas, emite la opinión de Parinaud y dice: «La causa única, tanto del estrabismo convergente como



del divergente, es una lesión de convergencia, conservándose íntegra la función de dirección; es decir, una alteración del aparato de la visión binocular, tanto de su parte sensitiva como de su parte motora, y de consiguiente, de las conexiones nerviosas que las unen, por donde normalmente se transmiten los reflejos. A estas alteraciones primitivas se agregan posteriormente otras secundarias que las modifican y alteran, y cambiando su naturaleza producen retracciones fibrotendinosas.» De donde se deduce que para el citado autor francés el estrabismo consiste en un vicio de desarrollo del aparato de la visión binocular que afectará a la parte sensitiva y motora a la vez y que ha de impedir se realice la convergencia de los dos ojos sobre el objeto que miramos. No debe admitirse, por lo tanto, un trastorno muscular orgánico, porque la conservación de los movimientos asociados de dirección, la existencia del estrabismo alternante, la normalidad del campo de mirada cuando se inicia la afección, prueban todo lo contrario.

El consignar la bilateralidad del estrabismo nos es indispensable si hemos de razonar el tratamiento que empleamos para su curación y nos justifica también nuestra intervención quirúrgica a la vez en los dos ojos, estando en este punto compenetrados con los grandes clínicos Pannas y Landolt, que aconsejaban corregir siempre bilateralmente el estrabismo, puesto que el desequilibrio ocular afecta a los dos ojos.

Es sabido de todos que la ortoforia, o sea la perfecta igualdad funcional muscular de ambos globos oculares, depende, tanto de la identidad de las condiciones anatómicas de ambos lados, como de una innervación bilateral también idéntica; de modo que cuando no se cumplen las condiciones enumeradas, el equilibrio muscular se rompe, manifestándose por la defectuosa posición de los ojos. En esta cuestión, como en tantas otras de la Medicina, se ha querido generalizar demasiado, y bajo el impulso de este afán han nacido las diversas teorías explicadoras de su patogenia, siendo las principales: la de Greff o teoría muscular, que rechaza la influencia del influjo nervioso, haciendo obedecer simplemente a un estado físico anormal de los músculos externos oculares. Makenzie, por el contrario, lo ha inclinado a causas nerviosas, y agregaba que el motivo debía buscarse en el cerebro y en los nervios, encargados de presidir la asociación de las contracciones musculares. Donders basa su teoría en la sinergia funcional de convergencia y acomodación; de ser cierta esta aseveración, todos los estrabismos convergentes concomitantes serían hipermetropes y los divergentes miopes, cosa que no siempre sucede.

Muchas más han sido las opiniones defendidas por los oftalmólogos, no siendo éste el momento oportuno de hacer un estudio crítico de ellas; pero sí adelantaré la idea de que, en mi opinión, las teorías de Greff, Enert, Hansen Grut, Onfray, Parinaud, Savigneau, Guedel, etc., se completan, y en muchos casos las alteraciones físicas de los músculos encargados

de la movilidad ocular facilitan en la ametropía por la mencionada sinergia entre ciliar y rectos internos, la aparición y persistencia del desequilibrio conocido con el nombre de estrabismo concomitante. Ahora bien; aunque no sea más que de pasada, hemos de ocuparnos de un estado que a veces precede a la afección de que nos ocupamos: me refiero al estrabismo latente o heteroforia; en él los ejes visuales se cruzan sobre el punto de fijación, gracias a una autocorrección espontánea que se produce con el objeto de evitar la diplopia; efectivamente, supongamos un sujeto en el que existe un predominio de los músculos rectos internos, encargados de hacer converger el ojo en la mirada de cerca; para evitar este predominio sobre sus antagonistas los rectos externos, éstos reciben un aumento de innervación que les hace contraerse con mayor energía y, por lo tanto, restablecer el equilibrio que estaba en peligro de desaparecer, y se explica que así sea, pues en el caso de que la mencionada autocorrección no hubiera sido suficiente, la diplopia se hubiera manifestado con su inevitable cortejo de náuseas, vómitos, vértigos, etc. Ahora bien, para que la mencionada fusión se realice es necesaria la igualdad de las imágenes retinianas, y en esto se basa la exploración de este estado, mediante cilindros rojos (varilla de Maddox), que haciendo desaparecer la necesaria igualdad de las imágenes anula la tendencia fusionante correctora y nos permiten medir el grado de la heteroforia.

Si pensamos por un momento que en uno de los ojos las imágenes del mundo exterior que se pintan en la retina, lo hacen de un modo defectuoso, confuso, indistinto, con lo cual la diplopia molesta menos, instintivamente el sujeto irá prescindiendo de la imagen confusa, lo cual lleva anejo la desaparición de la tendencia a la fusión autocorrectora y con ello la posición defectuosa se hará permanente quedando constituido el estrabismo. Si las cosas sucedieran siempre de este modo, no hay la menor duda de que la mencionada explicación satisficiera el ánimo más exigente. En el estrabismo concomitante existiría siempre un ojo fijador, y el otro sería el habitualmente desviado; pero no siempre suceden así las cosas, y buen ejemplo lo da el estrabismo alternante con buena visión en ambos ojos, y en el cual tan pronto es uno como el otro el fijador, casos éstos aún más delicados desde el punto de vista del tratamiento operatorio por los peligros de diplopia que puede acarrear. Lo dicho sirve para darse una idea aproximada de la patogenia de esta afección, pues de seguir más allá en nuestro estudio nos alejaríamos demasiado de nuestro propósito, que no es otro que mostrar las técnicas que considero más sencillas y eficaces para la corrección de estos estados que venimos estudiando.

Supongamos por un momento que el enfermo que vamos a intervenir no estuviera diagnosticado; acude a nosotros para que se le corrija la defectuosa posición de sus ojos; el primer extremo que debemos aclarar es el de si se trata de un verdadero estrabismo o simplemente de un pseudostrabismo o estrabis-



mo aparente, problema fácil de dilucidar. La línea visual, que precediendo de la fovea se dirige al objeto fijado, no pasa por el centro de la pupila y de la córnea, sino más frecuentemente por dentro, excepcionalmente por fuera, y en todo caso esta línea de mirada forma con el eje geométrico del ojo un ángulo denominado alfa. La mayor o menor amplitud de este ángulo, lo mismo puede simular un estrabismo que no hay que enmascarar otro que realmente existe. Esta cuestión se resuelve en la práctica con la llamada prueba de la oclusión de un ojo; si invita mos al enfermo a que fije un objeto, supongamos le mira, por ejemplo, con el ojo derecho, al cubrirle éste veremos cómo el opuesto verifica un movimiento para dirigirse al objeto, mientras el derecho es el que se coloca en posición estrábica, cosa que no ocurriría de tratarse de una desviación aparente. Eliminada ésta, nos queda por determinar si se trata de un estrabismo concomitante o paralítico y nos serviremos para su diferenciación de las características que acompañan a uno y otro, pues mientras el primero aparece en la infancia o primera juventud, se instala silenciosamente sin diplopia y con mala visión del ojo desviado, el segundo, por el contrario, suele ser afección reciente, sobrevenida bruscamente, habiendo sido acompañada y precedida de diplopia, vértigos, náuseas, etc., aparte de la visión del ojo desviado que es buena. Si aún tuviese dudas el caso, el estudio del ángulo de desviación de los ojos visuales nos facilitaría el diagnóstico, pues es siempre el mismo en cualquiera dirección de la mirada en el concomitante, variando en el paralítico, puesto que en este último aumenta cuando el ojo se mueve en el territorio de acción del músculo paralizado, y disminuye y hasta desaparece cuando el movimiento es en el sentido de la acción del músculo antagonista. Esta exploración es especialmente importante en los contados casos de estrabismo concomitante con diplopia. Cuanto hemos dicho se refiere a los casos en que debamos diferenciar procesos recientes; pues en las parálisis antiguas, como consecuencia de la contracción del músculo antagonista, se mantiene siempre igual la desviación del eje visual y, por otra parte, la diplopia tiende a desaparecer, con lo que el diagnóstico se dificulta; pero un error en este período carece en absoluto de importancia, especialmente desde el punto de vista que nos ocupamos.

El estrabismo tiene también su tratamiento médico, habiendo sido Javal uno de sus más fervientes partidarios; pero la oclusión de un ojo por largo tiempo, el uso de la atropina, de los vidrios correctores del defecto de refracción y los ejercicios ortópticos que ocupan un lugar muy importante con relación al tratamiento quirúrgico en los primeros años de iniciarse el estrabismo, deben substituirse por la intervención operatoria si no produce su aplicación el efecto apetecido.

Esto no quiere decir que el tratamiento quirúrgico pueda curar por sí solo un estrábico, porque lo único que hace es corregirle su estrabismo aparente,

sin intervenir en las funciones de asociación visual, susceptibles de modificar por los medios ópticos que indicábamos anteriormente.

Claro está que no todos los estrabismos son curables, entendiendo por éstos aquellos a quienes se pueda devolver la visión binocular, pero todos se puede decir que son corregibles, es decir, que mediante la intervención quirúrgica, podemos suprimirles el estrabismo aparente, y el enfermo queda muy satisfecho desde el momento que le hemos hecho una buena corrección estética que haga desaparecer su defecto, aun cuando no consiga la visión binocular que nunca tuvo.

Nosotros hemos de procurar la curación verdadera del estrabismo mediante el tratamiento quirúrgico y óptico consecutivo; pero si fuera imposible conseguir la visión binocular, nos conformaremos con haber mejorado la estética facial del enfermo, que tiene capital importancia, sobre todo cuando se trata del sexo femenino.

Antes de decidirse a intervenir quirúrgicamente a un enfermo (como decía anteriormente) deben agotarse los recursos médicos; en estos casos la reeducación, a veces, ha dado buenos resultados, unida, como es natural, a la corrección de la ametropía de que se trata. Desde el punto de vista de las posibilidades de este tratamiento, se han agrupado los individuos afectados de estrabismo en reeducables y no reeducables, pareciéndome la clasificación dada por Cantonnet bastante aceptable.

En la clasificación del profesor Cantonnet, que tomamos como tipo, con el desfile de los distintos criterios sostenidos por los oftalmólogos de los distintos países, se admite un número muy abundante de causas que contraindican el tratamiento ortóptico, con lo que el número de los individuos que precisan ser operados es grande, lo que ha determinado a la par un gran número de procedimientos y técnicas para todos los gustos; cuatro son generalmente los músculos que actúan con su desequilibrio, produciendo la forma de estrabismo que estudiamos: los dos rectos internos y los dos externos; pues bien, los distintos procedimientos se basan todos, ora en tenotomizar los internos, ora en avanzar los externos con o sin previa tenotomización de los antagonistas, siendo esta última parcial o total, variando también los criterios sobre si debe operarse en uno o en ambos ojos. Esto nos da a entender adónde nos llevaría el estudio detallado de todos los procedimientos, haciendo una ligera crítica de los más importantes para no dar demasiada extensión a esta conferencia.

En el siglo XVIII es cuando parece germinó la idea de poner remedio quirúrgico a la desviación estrábica, relatando Rosshenbach que un inglés llamado Taylor curaba el estrabismo plegando la conjuntiva con unos hilos de seda; pero no está probado que seccionase el músculo, como opinan algunos autores. La primitiva idea de curación del estrabismo partió de Taylor; pero indudablemente el tratamiento que aplicó fué muy incompleto.



Es preciso que transcurra casi un siglo hasta el año 1838 para que se hable de nuevo de la operación del estrabismo por Stromeyer, quien hizo una descripción detallada de la técnica seccionando el músculo. Pero Stromeyer realizó sus experiencias en el cadáver, siendo Paulin en 1839 el primero que practicó la operación en el ser viviente. Casi al mismo tiempo Dieffenbach seccionaba el músculo en su porción posterior, realizando, por lo tanto, una miotomía, hasta que Guérin en 1840 hizo la tenotomía, que vino a substituir a aquélla gracias a los trabajos de Bonet, de Lyon.

Los resultados obtenidos con la miotomía y la tenotomía desanimaron a los operadores. La primera producía algunas veces un estrabismo paralítico, y la segunda, a la larga el estrabismo en sentido contrario. Diez años más tarde Jules Guérin ideó el avance muscular para contrarrestar los estrabismos producidos por la miotomía y tenotomía mal reglada por aquel entonces.

En los años 1860 al 62 es cuando Graefe Critchett, Agnew, Cunier, Lucien, Boyer y Bachm se ocuparon de estudiar con detalle el avanzamiento muscular, perfeccionaron la técnica operatoria y substituyeron el avance simple por el avance con resección parcial del tendón.

Más tarde, el año 1883, Wecker ideó el plegado del músculo y practicó el avance capsular, método que aun en la actualidad es seguido por ilustres colegas españoles y extranjeros. En 1890 Parinaud substituye la tenotomía por los desbridamientos capsulares amplios, y Lagleyze propone dos años más tarde el acortamiento muscular por plegamiento. Por último, Landolt en 1894 dice que el avance muscular aumenta la energía del músculo y aconseja se practique el avance bilateral.

En realidad, los distintos procedimientos quirúrgicos propuestos para corregir el estrabismo se pueden reunir en dos grandes grupos. En el primero pueden congregarse los métodos que tienen por objeto disminuir la tracción ejercida por el recto interno, externo o su cápsula, según el estrabismo sea convergente o divergente. En éstos consignaremos la tenotomía y los desbridamientos de Parinaud. En el segundo incluiremos aquellas intervenciones quirúrgicas que tienden a aumentar la tracción ejercida por el recto externo y su cápsula, cuando se trata del estrabismo interno, o viceversa, si la desviación estrábrica es externa. Este resultado se pretende conseguir mediante el acortamiento y los avanzamientos musculares y capsulares.

Al estudiar cada una de las operaciones propuestas en los dos grupos precedentes, no hemos de exponer su técnica operatoria, descrita en las obras y monografías de nuestra especialidad que tratan del estrabismo: me voy a limitar solamente a exponer sus resultados y consecuencias fisiológicas, después de haber pasado algún tiempo de la intervención.

Modificada y reglada por Benet, de Lyon, la técnica de la tenotomía, que practicó primero Stromeyer

y después Dieffenbach, se puede decir que ha sido la operación que más frecuentemente se ha practicado contra el estrabismo, a pesar de tener a mi juicio más inconvenientes que ventajas.

Es indudable que la tenotomía produce inmediatamente después de practicada un enderezamiento del globo ocular desviado, pero en general el enderezamiento no persiste en lo sucesivo, pudiendo algunas veces desaparecer por completo. Sólo en casos muy especiales y en tenotomías muy amplias se ha conseguido alguna vez una corrección de 10 a 12°. Si no hemos suturado la membrana conjuntival, la carúncula lagrimal puede deprimirse, debido a que la conjuntiva del ángulo interno adherida a los tejidos profundos es arrastrada por el músculo retractado. Se presenta también una exoftalmía postoperatoria que si es bastante acentuada produce una deformidad muy desagradable, que si bien podemos corregir con una cantoplastia del ojo del lado opuesto, no deja de ser una complicación digna de tenerse en cuenta.

Los inconvenientes lejanos de la tenotomía son todavía más importantes. Lo más frecuente es que la visión binocular no se restablezca después de la operación, y que sobrevenga el relajamiento espontáneo de la convergencia, dando lugar a un estrabismo externo de un efecto más desagradable que la desviación ocular interna que tenía el enfermo, afectado de estrabismo convergente.

El efecto de la tenotomía en el estrabismo divergente se traduce también por un enderezamiento del ojo desviado; pero como en el estrabismo divergente las desviaciones son muy pronunciadas, el enderezamiento que se consigue tenotomizando es generalmente muy insuficiente. Como persiste la divergencia, cuando el enfermo quiere hacer uso de su visión próxima se presenta la diplopía cruzada, que será homónima si mira el operado de lejos, pareciéndonos entonces que su bizquera es interna.

Cuenta Paul Charles Giraun, que habiéndose encontrado un día su maestro Rochon Duvigneaud con el célebre anatómico Farabeuf, le dijo éste en tono sarcástico: «Se cortan todavía los músculos en Oftalmología».

En los Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos del mes de Junio 1910, el profesor Landolt, al hablar de los efectos de la tenotomía, dice que produce la desviación del ojo en dirección opuesta, la limitación de la excursión y la falsa proyección en dirección de la acción del músculo. Al tenotomizar los rectos internos en el estrabismo convergente concomitante, se crea una insuficiencia de convergencia que se opone al restablecimiento de la visión binocular, además del efecto antiestético resultante de la retracción de la carúncula. Si por el contrario tenotomizamos los rectos externos en el estrabismo divergente, producirá por igual causa los mismos efectos perjudiciales. Estos hechos, dice Landolt, son la condenación de la tenotomía.

De otra parte, el efecto corrector de la tenotomía no se interpreta de igual modo por los diversos auto-



# Salicitiro

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

**PERFECTAMENTE TOLERADO POR VIA BUCAL**

Evita los trastornos gástricos.

Aumenta la eficacia salicilica.

Normaliza el terreno hipometabólico reumático.

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

MUESTRAS Y LITERATURA - DEPARTAMENTO MEDICO DEL  
LABORATORIO JUSTE - Francisco Navacerrada-3-Hotel

Teléfono 55.386-Apartado de Correos 9030-MADRID



## INYECTABLE DE CALCIO AUTOFIJADOR RADIOACTIVO FIXOCALCINA



**TUBERCULOSIS  
HEMOPTISIS  
HEMOFILIA  
HEMORRAGIAS  
RAQUITISMO  
RECONSTITUYENTE**

C. KLIEMAND

**FIXOCALCINA**  
LABORATORIO GALAN, CALAF, 8 - BARCELONA

Muestras y literatura: LABORATORIO GALAN, Calaf, 8, Barcelona.

Ayuntamiento de Madrid



Una nueva presentación del **Hemostyl:**

# HEMOSTYL-VINO

(Sangre hemopoiética total y excipiente. — Moscatel añejo.)

Ofrece las ventajas siguientes:

**Producto**  
**muy ligero,**  
**muy digerible**  
y excelente para los

*Anémicos*  
*anoréxicos*  
*o asténicos.*

Muy agradable durante las épocas de calor.

Dos vasos de los de licor al día.

---

Literatura y muestras: LABORATORIO A. AMOR GIL  
Calle de Fuenterrabía, 1. - MADRID



res que se han ocupado de esta cuestión. Las dos hipótesis que más partidarios han tenido son la de Parinaud y la de Motais. Para el primero, la tenotomía remedia un trastorno de inervación y obra debilitando el músculo que retrocede de su inserción. Esta debilidad, esta insuficiencia muscular, se podría explicar por la disminución de extensión a consecuencia del enroscamiento del músculo. En cambio, el segundo fundamenta su opinión en el papel importantísimo que juegan las aletas ligamentosas de la cápsula de Tenon, que se prolongan hasta el borde orbitario correspondiente donde tienen su inserción.

Estas aletas, supone el profesor Motais que limitan la contracción de los músculos, porque son susceptibles de alargarse en cierta medida cuando practicamos la tenotomía. En virtud de este alargamiento, la aleta dispondrá, por consiguiente, de una porción menor susceptible a ceder en la contracción muscular.

El Dr. Legleyze no acepta la hipótesis de Motais, porque fundamenta sus experiencias en disección de animales muertos, es decir, en las peores condiciones para resolver un problema de dinámica muscular, y además, porque dice que el dibujo presentado por Motais para sus explicaciones no coincide con los casos, porque la figura debería representar en iguales condiciones estáticas de sus músculos la posición del estrabismo y la de su corrección, para observar el estado del músculo y de su aleta, ligamentos antes y después de la operación.

En vista de los inconvenientes que tiene la tenotomía se la ha querido substituir por otros procedimientos quirúrgicos, que respetando la inserción anterior del músculo no la debilite. Empecemos por los desbridamientos capsulares de Parinaud.

En el año 1890, Parinaud ideó su operación de los desbridamientos, que vino practicando hasta su muerte, como verdadero substituto de la tenotomía. El ilustre oculista fundamentaba su intervención quirúrgica en que la extensibilidad del músculo está sujeta por sus conexiones con la cápsula, cuyas suspensiones fibrosas podrían en los estrabismos antiguos presentar adherencias patológicas, que es preciso liberar para el enderezamiento del globo ocular.

El desbridamiento capsular de un músculo ha de ir acompañado siempre del avance del antagonista, resultando la operación combinada, puesto que se interviene en los demás músculos a la vez.

Según el Dr. Parinaud, la operación combinada producirá un enderezamiento inmediato de 25° a 30° que yo no he podido comprobar. Es preciso tengamos una asepsia rigurosa y no traumatizemos mucho en la operación, porque nos puede venir una retracción inflamatoria secundaria que neutralice por completo el efecto que en un principio se consiguió con el acto quirúrgico. Este procedimiento tiene la ventaja de que no modifica la movilidad del globo ocular hacia su parte interna, y, por lo tanto, no se opone al restablecimiento de la visión binocular, porque no hace más que librar al músculo de sus adherencias respetando su inserción anterior.

Sólo a título de curiosidad merece consignarse el alargamiento muscular de Landolt, puesto en vigor el año 1905. En este procedimiento, como lo indica su nombre, el objeto es alargar el músculo encogido, o mejor dicho acortarlo, respetando su inserción anterior.

En ocasiones, en vez de alargar el músculo se le secciona, y entonces nos encontramos con los graves inconvenientes de la miotomía de Dieffenbach, y así lo comprendió el mismo Landolt al limitar mucho sus indicaciones.

Julio G. Guerin dió a conocer el nuevo procedimiento quirúrgico del avance muscular, con el que pretendía corregir el estrabismo secundario consecutivo a tenotomías desgraciadas. En 1872 Critchett modificó su técnica empleándole como tratamiento de las desviaciones oculares primitivas, y Wecker en 1883, en vez de separar el músculo de su inserción tendinosa, lo plegaba sencillamente, practicando un avanzamiento cápsulomuscular, asociado casi siempre a la tenotomía del músculo antagonista que fué suprimida más tarde por Landolt.

El procedimiento de Wecker se caracteriza por la plegadura del músculo y de su cápsula, respetando la inserción tendinosa de los rectos. El efecto correctivo que conseguimos con esta operación varía según la mayor o menor extensión del plegamiento y según la combinemos o no con la tenotomía. Si practicamos el procedimiento clásico de Wecker, avanzamiento con tenotomía del antagonista, la desviación estrábrica se corregirá de 15° a 20°, porque el avance capsular aumenta la acción correctora de la separación muscular, pero en cambio disminuye la adducción y la amplitud de la convergencia, factores que más tarde vendrán a perturbar la visión binocular.

La verdadera intervención quirúrgica que merece el nombre de avanzamiento muscular, se realiza cuando separamos el músculo de su inserción y lo trasplantamos más cerca del limbo esclerocorneal. Las modificaciones que se han hecho en la técnica clásica del avanzamiento por Jocqs, no resecando la conjuntiva; el avanzamiento en A. de Valude; el avanzamiento y su cápsula sin sutura por Rochon Duvigneaud, y la substitución de los hilos de seda por tendones de renguifo, para suturar la esclerótica y no tener que quitar los puntos de sutura empleados por Terson, han dado casi los mismos resultados. El procedimiento del avance musculocapsular con sutura especial de Jocqs, presentado en el Congreso de 1903, y los distintos trabajos de este ilustre publicista, dados a conocer los años 1904 y 1909 en la Clinique Ophthalmologique, hicieron que se emplease su técnica operatoria por algunos oculistas con resultados halagüeños en los estrabismos débiles. En los pronunciados, aconseja Jocqs que se practique una pequeña tenotomía del músculo antagonista, por resultar poco enérgico su procedimiento.

Para las desviaciones estrábricas muy pronunciadas Landolt recomienda las resecciones parciales combinadas con el avanzamiento, método en realidad que



se diferencia muy poco en su técnica del avanzamiento muscular sencillo.

Es verdad que aparentemente, siendo sólo uno el ojo desviado, parece natural que la operación no debe realizarse más que sobre el globo ocular que se desvía; pero la observación demuestra que la unilateralidad del estrabismo no existe más que de una manera aparente, y que la bilateralidad, cuando no es espontánea, podemos provocarla mandando al enfermo cubrir el ojo que habitualmente fija, lo que dará origen a la alternativa de la desviación, igual para los dos ojos. El estrabismo, al parecer monocular, dice Onfray, «se debe a que uno de los ojos está forzosamente dirigido hacia el objeto que el individuo quiere ver; pero en realidad se trata de un espasmo de la convergencia, función eminentemente binocular por su misma definición. Es, pues, lógico repartir el defecto operatorio sobre los dos ojos, y los resultados han demostrado que este método, no rompiendo el equilibrio normal binocular en los movimientos asociados, facilita la verdadera cura».

Algunos ilustres colegas sostienen esta misma opinión, y creen que siendo una afección binocular se le debe aplicar un tratamiento quirúrgico bilateral. Consecuente con este principio, Pannas practicaba la doble tenotomía de los rectos internos y externos, según fuera el estrabismo convergente o divergente, y Landolt, el doble avanzamiento de los rectos externos o internos, según se trate de una desviación estrábica interna o externa.

Si recorremos el capítulo del estrabismo en algunas publicaciones modernas, no encontramos en ellas la recomendación del doble avance muscular puro y simple hecha por Landolt.

En el trabajo de Guedel (1875) sobre la patogenia y tratamiento del estrabismo, después de emitir la idea de que el verdadero tratamiento del estrabismo es el quirúrgico, dice que debemos practicar la tenotomía sola o combinada con el avance del músculo antagonista, verdadera panacea de la corrección estrábica.

Testut, en 1881, al publicar el avanzamiento del tendón en el tratamiento del estrabismo, manifiesta que hace falta repartir entre los dos ojos la corrección de la desviación, pero asociada siempre a la tenotomía del recto interno.

En la publicación de Bonnemaïson el año 1882, acerca de los diferentes procedimientos quirúrgicos para el estrabismo monolateral excesivo, también indica que debe practicarse a la vez el avanzamiento del recto externo y la tenotomía. El mismo consejo da Lagrave en 1893, en su trabajo de contribución al estudio del tratamiento quirúrgico del estrabismo, afirmando que la base del tratamiento radica precisamente en la tenotomía.

Más tarde, tres años después, en 1896, Langle en nada modifica las opiniones anteriores, hasta que en 1906 Alberto Delbarne en su «Estudio clínico sobre el tratamiento operatorio del estrabismo concomitante interno», indica que en los casos de gran desviación debe intervenir en los dos ojos, practicando el doble

avance, pero asociado siempre a la tenotomía, como venían preconizando los demás autores. Wecker discute sobre las tenotomías simples, o las tenotomías con avanzamiento, y Fuchs y Javel no hablan del doble avance, el primero de su Tratado, y el segundo en su Manual de estrabismo. Lo mismo le sucede a Bielchowsky en el Tratado reciente de Axenfeld del año 1914. Lagleyse en su Tratado del estrabismo, año 1913, aconseja su acortamiento muscular especial, sin separar el músculo de la inserción, con o sin tenotomía del antagonista. El profesor Blanco, de Valencia, publicó en el año 1911 su procedimiento, que titula de acortamiento muscular, y el de Marín Auct, de avanzamiento indirecto.

Los Dres. Verhoff y Todd son partidarios de la tenotomía parcial. A los profesores Stehenson y Jackson les parece mejor procedimiento la tenotomía con corrección oblicua y A. Williams, Hovve y Oliver el avanzamiento del músculo solamente.

El Dr. Melinghoff afianza las suturas de avanzamiento con unas agujas especiales y coloca la fijación entre la inserción del músculo y el borde corneal, raspando la esclerótica entre la antigua inserción y el nuevo punto elegido. El profesor Argañaraz dice que la operación debe practicarse en ambos ojos y aconseja la tenotomía doble, cuando la desviación es superior a 30°; practica el desbridamiento capsular por arriba y abajo de la inserción tendinosa. El avanzamiento, el acortamiento y el plegamiento los consideran como intervenciones quirúrgicas complementarias.

Los Dres. Delabarre y Langle aconsejan la doble tenotomía asociada al avanzamiento si fuera necesario, lo mismo que lo hace Cilleruelo. Cuando el estrabismo sea superior a 15°, Duverger y Welter hacen la intervención binocular. Con el fin de evitar la insuficiencia muscular postoperatoria consecutiva de la tenotomía, Pflück y de Forsmarck practican la sutura escleral del tendón tenotomizado, unos milímetros más atrás de la antigua inversión. Márquez modifica la sutura de Lagleyse en el modo de colocar los hilos a través del músculo, para evitar desgarros consecutivos.

La sutura varía mucho según los distintos autores como Williams Blanco, Morax, Valude, Reese, Krankovv, Terrien, etc.

Duverger y Mettey proponen el avanzamiento por acortamiento y sección del tendón, o resección en su primitivo punto, siendo casi igual el procedimiento de Fromaget y los tres parecidos al del profesor Blanco, de Valencia.

Kuhn modifica la técnica de Valude; hace tres lengüetas musculares que sutura a la episclera. Estas lengüetas del músculo las lleva Emerson a los rectos superior e inferior.

Con el fin de evitar que pueda rasgarse el tendón por la tracción de los hilos, proponen Wray Enving y Butler la sutura complementaria pasando un hilo auxiliar en U por la inserción tendinosa y después a través del músculo y la conjuntiva. El Dr. Barrio, de



Sevilla, practica la tenotomía parcial y el avanzamiento con la sutura provisional de U, que, según su autor, ofrece todas las garantías para que no se produzcan desgarros en el músculo ni en la esclerótica, y además practica una lanzada que se deshace fácilmente, pudiendo apretar o aflojar el nudo, remediando una hipercorrección o hipocorrección que pudiera apreciarse en los días consecutivos de la operación.

Scardapane (1930), después de algunas consideraciones sobre el efecto de la tetonomía y la myectomía, presenta una estadística de 24 casos de estrabismo concomitante y divergente, y se decide partidario de la myectomía asociada al avanzamiento de la cápsula y repartida según las circunstancias sobre uno o sobre los dos ojos. La tenotomía sólo la practica en los casos en los que la myectomía se muestra insuficiente. De este modo podríamos ir dando a conocer otras modificaciones de procedimientos que harían demasiado extenso este trabajo.

En el Congreso de la Sociedad Francesa de Oftalmología de 1893, Parinaud, que era el ponente para el tratamiento del estrabismo, ni siquiera menciona el doble avanzamiento muscular. Morax y Terrieu se limitan en sus modernos Tratados a citar sencillamente la operación. Solamente Landolt vuelve a insistir, después de haber emitido la idea del doble avance, en la necesidad de que la operación se generalice, siendo Benet Onfray el que más la ha dado a conocer en su magnífico trabajo sobre el estrabismo, publicado el 1907.

Antes de esta época, en 1905, Rochon Duvignesud había empezado a tratar a los estrábitos por doble avanzamiento de los rectos externos con resultado positivo. Los éxitos que consiguió le hicieron aplicar este método a la mayoría de los estrábitos que operó en los Hospitales de Laënnec y de la fundación Rothschild. Su discípulo predilecto Giraud, en su notable trabajo sobre el doble avanzamiento muscular, al hablar de su maestro dice: «El no cree que toda la desviación pueda ser corregida por el doble avance más considerable posible, es decir, con resección importante del tendón muscular», pero le considera un procedimiento excelente.

La opinión de Rochon Duvigneaud, cuando dice: «En aquellos casos en que los músculos rectos externos muy débiles se oponen a los rectos internos muy fuertes, el doble avanzamiento muscular, por extenso que sea, resulta insuficiente, es cierto». Para que el avance dé resultado, tendremos que debilitar los internos. ¿Cómo realizaremos esta debilitación? Para Rochon Duvigneaud, por un procedimiento ignorado aún, porque la tenotomía es una operación excesiva e imposible de dosificar.

En efecto, esta operación, que todavía se practica y que en algunos casos muy excepcionales puede llenar alguna indicación, podría tener su apogeo antiguamente, cuando se admitía la teoría muscular del estrabismo; pero en la actualidad no debe practicarse «larga manu», como se hace, porque al debilitarse el músculo no sólo se disminuye la abducción y la

amplitud de convergencia, que son factores indispensables para restablecer la visión binocular, sino que produce alguna vez el estrabismo secundario.

No puedo tampoco admitir la opinión de Worth al suponer que en los grados considerables del estrabismo no se puede enderezar el globo ocular con los avances sin producir una enoftalmía, porque tengo operados de estrabismos muy fuertes con el doble avanzamiento indirecto, sin que se haya presentado el fantasma enoftálmico. Debo confesar que en estos enfermos no se practicó el doble avance sencillo; lo asociamos a la debilitación del músculo antagonista en la forma que indicaré al hablar de la técnica operatoria, que ejecuto generalmente cuando opero estrabismos pronunciados. Los inconvenientes de la tenotomía no se evitan ni disminuyen en lo que se relaciona con la convergencia asociándola al avanzamiento, y sólo deberá practicarse en algunos casos muy especiales, como indicaba anteriormente.

La operación que no tiene los inconvenientes de la tenotomía es el avance muscular, que yo llamo indirecto, que no solamente nos corregirá el estrabismo, sino que muchas veces devolverá al enfermo estrábico la visión binocular perdida. La objeción que se ha hecho a los avances diciendo que tienen unos efectos correctores limitados, puede tener algún valor cuando se trate del avance capsular o muscular unilateral, que es insuficiente; pero la citada objeción no puede hacerse cuando se practique el avance bilateral con resección muscular que duplica el efecto de la operación.

Al radicar la desviación estrábica, al parecer, sobre un ojo solo, lo natural es que la operación recaese solamente sobre el ojo desviado; pero la unilateralidad del estrabismo repito que es aparente; la desviación estrábica es alterante, lo que se comprueba mandando tapar al enfermo el ojo que fija, como dejo indicado, pues entonces veremos que hay desviaciones iguales en los dos ojos. Si la desviación, por lo tanto, es bilateral, el efecto operatorio deberá repartirse entre los dos ojos, puesto que ambos se hallan afectados.

El doble avance muscular indirecto, por acortamiento de los músculos, lo practicaremos en el estrabismo convergente avanzando los dos rectos externos indirectamente, como describiré después, y en el divergente los rectos internos. Este avance no disminuye el campo de adducción, aumenta el de abducción y respeta la convergencia. Debe practicarse siempre bilateralmente, si perseguimos conseguir la visión binocular del enfermo. Con el avanzamiento muscular doble indirecto por resección del tendón, que le injertaremos después de acortado en su primitivo punto de inserción, aumentamos de una manera considerable la potencia de enderezamiento del avance muscular y conservaremos siempre la convergencia. Las excursiones nasales no pierden nada, las temporales se normalizan y los ojos se mueven correctamente. Muchas veces se obtiene la visión binocular y una amplitud de convergencia normal.



Claro está que no se pueden corregir los estrabismos muy pronunciados con sólo el avance bilateral indirecto; pero si lo asociamos a la debilitación del músculo antagonista en la forma que indicaré, el problema de la corrección del estrabismo queda resuelto para todos los casos que se nos puedan presentar.

¿Cómo se debe realizar el procedimiento operatorio del estrabismo pronunciado? En la forma que vamos a describir:

Se hace anestesia local mediante inyecciones subconjuntivales y musculares con solución en suero fisiológico de novocaína y adrenalina, que es suficiente, o anestesia general con cloroformo si la prefiere algún enfermo pusilánime para evitar el dolor por completo. Anestesiado el paciente en cualquiera de las dos formas, casi siempre en la primera, se desinfecta el campo operatorio por medio de repetidos lavados con la solución acuosa al 4 por 100 de ácido bórico, y se empieza la operación debilitando los músculos rectos internos en el estrabismo convergente, para después practicar el doble avanzamiento indirecto, o viceversa, se debilitan los externos y se avanzan los internos cuando se trata de un estrabismo divergente.

Para debilitar el músculo, que es uno de los puntos originales de mi intervención, se empieza por aislar su tendón en la forma que lo hacemos cuando se desea separarlo del globo ocular. Colocado el separador palpebral, se coge con la pinza la conjuntiva a unos cuantos milímetros del limbo esclerocorneal. El pliegue que hemos levantado de la membrana conjuntival se escinde de un tijeretazo, y nos queda de este modo abierto un ojal en la conjuntiva de unos cinco o seis milímetros de extensión aproximadamente.

Después, con ayuda de las tijeras disecamos los labios del ojal, levantando la conjuntiva en todas direcciones hasta poner al descubierto la inserción tendinosa del músculo, que estará cubierta por la cápsula. Cogemos a ésta con la pinza al nivel del borde superior del tendón, y con la punta de la tijera la incindimos produciendo una pequeña abertura por donde se introduce el gancho de estrabismo. La punta de este instrumento dirigida hacia atrás rasando sobre la esclerótica pasa por debajo de músculo y se presenta cubierta por la cápsula al nivel del borde inferior del tendón muscular.

Se da un corte con la tijera en la cápsula y queda libre la punta del gancho. Se introduce otro por la abertura practicada, que substituye al primero y que camina en sentido opuesto, con el fin de coger el tendón en su totalidad, y una vez conseguido se levanta con fuerza sujetándolo con la mano izquierda. Colocado el tendón en esta forma, con la tijera o un bisturí se dan dos cortes en dirección vertical a unos dos milímetros por detrás de la inserción que tiene el músculo con la esclerótica y en una extensión variable según queramos debilitar más o menos la potencia muscular. Los citados cortes serán practicados en las partes intermedias, sin cortar nunca las fibras

correspondientes a los bordes musculares, superior e inferior, con el fin de que no se modifique el centro de rotación del globo ocular. Cortada en esta forma la cantidad del músculo que nos convenga, se saca el gancho que lo sujetaba y se reúnen los bordes crueros de la conjuntiva, mediante un punto de sutura, pasando inmediatamente después a practicar el avance bilateral indirecto de los músculos debilitados.

Se coloca el flefarostato y se desinfecta el ojo en igual forma que lo hicimos para la debilitación del músculo. Después un ayudante por medio de una pinza para fijar, colocada cerca del limbo, sostiene por dentro del globo ocular, mientras que el operador coge con la pinza un pliegue de la conjuntiva, a unos 4 milímetros del limbo esclerocorneal y de un tijeretazo lo escinde, reseca una pequeña porción de conjuntiva en forma de media luna de concavidad corneal, que deja al descubierto la inserción muscular en la esclerótica. Descubierta la inserción del tendón, se coge la cápsula en el borde superior del músculo, y con la punta de la tijera se practica en ella una pequeña abertura, por la que se introduce un gancho fino de estrabismo, que llevándolo al ras de la esclerótica por debajo del músculo, viene a levantar en su borde inferior la cápsula que se desprende de un tijeretazo.

Cogido el tendón muscular en toda su extensión con el gancho, se disea el músculo con tijeras curvas de punta roma, aislándole de la conjuntiva de la cápsula y de tejido episcleral. Separado completamente, se levanta con la ayuda del gancho de estrabismo, para sujetarle con la pinza de Prince, a una distancia de su inserción tendinosa proporcional al grado de estrabismo. Colocado el músculo en esta situación, se secciona al ras de la pinza, por delante de ella, quedándonos un trozo suelto de músculo mayor o menor, unido a la esclerótica por su inserción anterior, que será el que reseque después de colocar la sutura en rombo que describiremos más tarde.

El trozo de músculo que resecamos es más o menos extenso, según sea mayor o menor la desviación estrábrica, calculando su extensión con bastante exactitud en la actualidad a consecuencia de los estudios comparativos que hemos hecho en la clínica al ver los efectos que producen las distintas cantidades de músculo reseca. Antes lo hacíamos con un compás.

Desde luego podemos decir que no se pueden dar dosis de resección con exactitud matemática, por cada grado de desviación; pero podemos asegurar que no se deben temer las amplias resecciones, y menos si se aplica este calificativo a la resección de 4 ó 5 milímetros como quiere Landolt. En los estrabismos muy pronunciados he llegado yo a resecar hasta 12 y 15 milímetros con un resultado muy satisfactorio.

El trozo de tendón libre, separado de la pinza de Prince al ser cortado el músculo que permanece unido a la esclerótica en su parte anterior, nos sirve de punto de apoyo para sujetar con la pinza el globo



ocular, al colocar la sutura en rombo, que es otro de los puntos diferenciales muy importantes de este procedimiento.

La sutura en rombo la componen tres puntos, uno central y dos laterales. El primero sigue el diámetro horizontal. Comienza penetrando desde cerca de la córnea por debajo de la conjuntiva y de algunas fibras escleróticas; pasa por debajo de la inserción del tendón, por donde sale; penetra de nuevo en el espesor de las fibras de la esclerótica en el ecuador, por donde camina en una extensión de unos 2 milímetros, y finalmente, pasando de dentro a fuera por detrás de la pinza de Prince, el músculo, la cápsula y la conjuntiva, viene a salir cerca del ángulo palpebral externo.

Los otros dos puntos laterales de la sutura superior e inferior empiezan a unos dos milímetros del central y atraviesan los mismos tejidos. Al salir por debajo de la inserción tendinosa del trozo de músculo que hemos cortado, se desvía hacia el ecuador del globo ocular, para atravesar en este punto algunas fibras escleróticas. Después de haberlas atravesado convergen en dirección al central y pasando por la parte interna del músculo, cápsula y conjuntiva, viene a terminar en la misma región el punto central. Estos puntos de sutura pueden oblicuarse más o menos, hacia arriba o hacia abajo, si el estrabismo es algo superior o inferior.

Constituida la sutura en esta forma limita una superficie romboidal con un diámetro anteroposterior mayor que el vertical. Actúan en ella tres fuerzas sobre la línea que une los tres puntos de intersección del músculo con la esclerótica, produciéndose así una composición de fuerzas cuya resultante dependerá del valor de cada una de ellas, o sea de la potencia de cada una de estas cuerdas. Su colocación especial da lugar a fuertes adherencias escleróticas, que impiden con el tiempo vuelva a presentarse de nuevo la desviación ocular, como ocurre con las suturas que se practican en otros procedimientos, porque no debemos olvidar que la colocación de los puntos es uno de los factores principales de la operación.

Colocados en la forma indicada los puntos de sutura, se suelta la pinza de Prince, y teniendo los hilos de seda algo tensos un ayudante, se secciona la porción reseca del músculo al ras de su inserción tendinosa. Después, aproximando el ayudante con las pinzas los bordes de la incisión de la conjuntiva, se hace el anudamiento de los puntos, comenzando por el del centro.

Al colocar éstos se trae el borde cruento del músculo reseca a injertarle en el punto de la esclerótica, donde se insertaba el tendón, provocando, por lo tanto, un avanzamiento indirecto del músculo, puesto que una parte más posterior del mismo viene a colocarse en una región más anterior de la esclerótica, pero sin traspasar los límites de la primitiva inserción tendinosa, con el fin de que no se rompa el equilibrio muscular. Si el estrabismo es directo, se aprietan igual todos los puntos; pero si es ligera-

mente oblicuo, pondremos un poco más tenso el lateral correspondiente.

Hecho esto, se fijan los extremos de la seda con un espadrapo a la parte externa; se instilan en ambos ojos unas gotas de atropina con el fin de paralizar la acomodación, y se coloca un vendaje binocular. Esta es la técnica operatoria que empleamos para corregir el estrabismo.

Si hemos seguido todas las reglas de la asepsia, no hay temor a la infección y, por lo tanto, no es necesario levantar el vendaje hasta pasadas las cuarenta y ocho horas después de la operación. Al levantar el vendaje lavaremos bien ambos ojos con la solución bórica e instilaremos nuevamente atropina. Estas curas se repetirán cada dos días, y al octavo se podrán quitar los puntos de sutura, dejando un vendaje monocular en el ojo que no se desviaba, y en el estrábico una pantalla colocada más hacia el lado que tuvo el estrabismo, para que el enfermo mire por el lado contrario. Se sigue instilando atropina hasta que desaparezca por completo todo fenómeno de reacción operatoria, y llegado este momento se suprime el midriático para que vuelvan a contraerse las pupilas, conseguido lo cual se hace la corrección del defecto de refracción que hubiere en los ojos y se da comienzo a la gimnasia de convergencia y acomodación, que ejecutará el enfermo por espacio de mucho tiempo, empleando los medios ortópticos con el fin de conseguir la visión binocular, que es la verdadera curación del estrabismo.

La corrección estética se consigue sin más tratamiento que el quirúrgico.

## Estribaciones de la Sierra de Guadarrama

### Su influencia en la salud

POR EL

DR. D. FRANCISCO HUERTAS Y BARRERO  
Académico de la Nacional de Medicina.

Las prolongadas estancias en Torreldones me autorizan en cierto modo para rogar a EL SIGLO MEDICO que, después de leer las cuartillas que le envío, las publique si las cree dignas de ocupar un lugar en sus columnas. Y hago este ruego y al par la salvedad que necesita, si se tiene en cuenta que en este trabajo, llamémoslo así, no se destaca el juicio clínico ni tampoco el geológico, carácter peculiar del primordial asunto.

Este pueblo, con sus caseríos y colonias, ocupa un anfiteatro formado por las estribaciones del Guadarrama, con un suelo accidentado con acantilados de singular estructura, sobre todo en la parte Suroeste, en las márgenes del río Guadarrama, acantilados que hacen recordar y justifican la construcción ciclópea, aunque desposeída de su carácter mitológico. Estos acantilados y los cantos rodados con dimensiones y formas singularísimas, al propio tiempo que una vegetación rica en coníferas, y de esta clase con más abundancia el abeto, enebro; una flora, en fin, riquísima en romero, tomillo y cantueso, hace que se disfrute de



un panorama tan interesante como poco común en la comarca y que el aroma que despiden sea tan intenso que hasta nuestras ropas se impregnan de tan penetrante olor. Respecto al interesante asunto de aguas potables, la parte del pueblo, la fuente del pueblo, aunque de manantial poco abundante, tiene condiciones de potabilidad, a pesar del color cárdeno, debido a la presencia del silicato de alúmina; otra fuente aceptable, aunque de escaso rendimiento, es la de la estación; el resto de consumo en la colonia y casas particulares es agua de sus respectivos pozos, pozos que, aunque de escaso rendimiento, el agua tiene buenas condiciones de potabilidad. En resumen: el agua es muy escasa en relación con el aumento de enfermos y convalecientes que reclaman la acción saluberrima de Torrelodones. Por lo demás, se justifica la escasez de agua; la situación de la localidad, cuyos límites son el Cerro de los Angeles, Sierra Bermeja (Canto del Pico); luego, en distinta dirección, tienen gran interés y dan peculiar carácter a su topografía los montes de las Marías, Panarras, Puerto de Galapagar y el Gasco.

Además, el carácter granítico del terreno constituido por feldespato, cuarzo gris y biolita en su mayor parte, se comprende la falta de manantiales, y por otra la distancia y altura del cauce del río, dificulta, mejor dicho, imposibilita el aprovechamiento de sus aguas. Ahora, aunque de un modo sucinto, habré de referirme a sus condiciones geológicas como fuentes de origen para ciertas especies radiferas, ondas radioeléctricas, rayos X, radioactividad y ondas cósmicas, y que según el sabio Jorge Lakhovsky y la física moderna, prometen en breve levantar el velo del misterio que oculta a nuestros sentidos la gama de ondas muy extendidas, y que hoy por hoy no son accesibles a nuestra percepción directa, pero cuya existencia de radiación peculiar pudiera confundirse con lo que se considera como instinto de observación en la orientación de las palomas mensajeras, asunto que cuanto más se le estudia más se encaja en la radiación cósmica, ya que la función visual y acústica está fuera del alcance de la fisiología. Estos problemas mucho prometen para su resolución el contar con investigadores, entre otros con Arsoval y el mencionado Jorge Lakhovsky, quienes como más adelante veremos, cuentan ya con una doctrina que abarca, no sólo estos asuntos de física trascendental, sino que se extienden a la profilaxis y tratamiento del cáncer. Por otra parte, la influencia del terreno es susceptible de modificar el campo de las ondas cósmicas en la superficie del suelo, y sin negar ni afirmar nada, pues carezco de autoridad para ello, en nuestro juicio las doctrinas y teorías muy fundadas de Jorge Lakhovsky, sobre la profilaxis y terapéutica de muchas enfermedades, el cáncer en particular, que con sobrada razón preocupa a muchos geólogos y cancerólogos de Europa, entre los que seguramente se encuentra el Dr. Goyanes. El porqué de la acción saluberrima del clima de Torrelodones, nuestra respuesta es satisfactoria, al considerar, además de las condiciones topográficas expuestas en relación con la orografía, los maravillosos descubrimientos recientes de estas variedades de radiación (ondas eléctricas, rayos X, radioactividad y ondas cósmicas), en cuyo estudio cada día más fructífero, gracias en gran parte a los constantes trabajos de los ilustres hombres de ciencia Torres Quevedo y Muñoz del Castillo, particularmente este último, quien se ocupó hasta su muerte de este interesante asunto en el Hoyo de Manzanares y Torrelodones. Los cuerpos radioactivos que hoy por hoy como principales son el uranio, radio, torio y actinio, pero teniendo en cuenta que el elemento de más importancia, por lo mismo que es el más activo de todos, es el radio, de cuyos cuerpos se encuentran

con más o menos abundancia en las minas de Tapada, en Portugal y en España, se halla también en Galapagar, Torrelodones, Colmenar Viejo y en varios sitios de Extremadura y Cataluña.

El descubrimiento de la radioactividad debido al sabio físico francés Becquerel en 1896, el cual tomó desde luego singular incremento, sigue siendo en la actualidad asunto capital para asiduo en el genial trabajo de la célebre investigadora Madame Curie haciendo del radio y de la radioactividad el capítulo más interesante de la física moderna y de singular importancia también en el de la fisioterapia.

En las minas de Austria de Feachinsthal estaba, en el año 1913 que nosotros la visitamos, en todo su apogeo de producción de radio, al propio tiempo que pude ver el crecido número que allí acudía de enfermos de todas clases, pero particularmente los de reumatismo, gota y proceso de nutrición sometidos a tratamientos del ilustre Dr. Herr.

Circunscribiendo el agente radioactivo del suelo y de la atmósfera, diré que en más de una ocasión tuve el honor de pasear en el Hoyo de Manzanares y en mi finca de Torrelodones con el ilustrado catedrático Dr. Muñoz del Castillo, eligiendo siempre como tema obligado la radioactividad del suelo y de la atmósfera, problema que estudiaba con plausible perseverancia, sobre todo teniendo en cuenta la teoría de Strutt y Galy, quienes principalmente se habían dedicado a esta investigación. Las zonas que contienen una cantidad de radio de uranio a la que era de esperar, de tal suerte, que hasta hace poco se afirmaba en esta comarca la existencia de radio y estenio en Torrelodones, Galapagar, Colmenar Viejo y sobre todo en Guadarrama, en donde el Sr. Muñoz del Castillo encontró un litinato de hierro que contenía cierta substancia radioactiva a la que llamó guadarramita. La acción radiante de las ondas cósmicas, desde luego radioactivas según los experimentos de Jorge Lakhovsky, es manifiesta y se efectúa por acción directa, en lo íntimo de la célula y del núcleo mediante su oscilador de alta frecuencia, con el cual se produce una muy extendida de ondas cortas susceptibles de interferir con las ondas cósmicas. La existencia de estas ondas interferentes es capital, porque es evidente que sólo las ondas de una frecuencia comparable a la de las radiaciones emitidas por las células pueden tener influencia sobre su propia radiación; y dice luego el citado sabio Lakhovsky: «Para desenvolver mi teoría yo me pregunto de dónde puede provenir la energía necesaria a la producción y entretenimiento de las oscilaciones celulares vitales en una palabra. ¿Se trata de una energía química producto de los seres vivos radiaciones internas? ¿Es una energía interna de una naturaleza física, calorífica, lumínica o de otra clase? ¿Parece poco probable *a priori* que se trate de una energía interna o se trata de una energía que proviene del exterior? Se trata, efectivamente, de una radiación externa cósmica que los astrofísicos han denominado los rayos penetrantes en ondas cósmicas y que nosotros vamos a estudiar luego. (Para determinar el origen de esta energía describe el mencionado autor una serie minuciosa de experimentos realizados en plantas a las que ha inoculado artificialmente el cáncer por medio de radiaciones electromagnéticas de alta frecuencia que influyen sobre las ondas cósmicas en su máximo de intensidad; prueban que no sólo logró inocular el cáncer, sino que luego lo trató eficazmente. Como se ve por las ideas que tomamos del libro del mencionado Dr. Jorge Lakhovsky, las ondas cósmicas y la radiación vital es un libro nutrido de doctrina experimental y que desde luego viene a dar la razón para tener confianza terapéutica en procesos cuyo asiento de elección es la célula y el núcleo.)



En una palabra, el cáncer en todas sus modalidades histológicas (1).

Ahora ya y volviendo a nuestro objeto, que es justificar la merecida reputación que goza Terrelodones para el tratamiento de los estados de alteración nutritiva, ya sea ésta por desgaste orgánico en el período del crecimiento, ya sea consecutiva a enfermedades, convalecencias, período inicial de tuberculosis, neurastenia por *surmenage*, etc., es el caso que la experiencia ya muy fundada de algunos años me autoriza para afirmar que aquellos enfermos que se ajustan a las condiciones apuntadas encuentran en esta localidad la eficacia necesaria para el restablecimiento de su salud y quién sabe, y ¡ojalá!, el que llegue un día en que sea factible utilizar las radiaciones cósmicas como tratamiento específico del cáncer como corolario de la doctrina apuntada.

Volviendo a la cuestión hidrológica, diré que las casas y hoteles de propiedad particular y algunas de las que se alquilan tienen excelentes condiciones higiénicas, sobre todo en la parte que se relaciona con los pozos de agua potable y a los *pozos negros* o residuales, siendo obligatorio para estos últimos el construirlos al sistema de Moura, con cuyo sistema disminuye en un porcentaje de bastante consideración la causa eficiente de la fiebre tifoidea y de las paratíficas, mejoras higiénicas debidas al médico titular mi buen amigo Dr. Carlos Picabea, autor de una Memoria justamente premiada por la Real Academia Nacional de Medicina y cuyo tema era «Topografía médica del término municipal de Torrelodones, año 1926».

Este es un trabajo concienzudo y en el que, dicho sea de paso, se trata con detenimiento los principales capítulos referentes al estudio de la topografía médica, geografía, orografía, fauna y flora, y hasta los asuntos referentes a agricultura, industria, dando luego la extensión debida a la demografía y patología local. En este capítulo de la patología describe el carácter epidémico, y después de oportunas consideraciones llega a la conclusión con datos estadísticos que tanto la gripe como las fiebres eruptivas han carecido, salvo casos excepcionales, del carácter hipertóxico que las caracterizó en otros pueblos de la comarca.

La justificada fama que tiene la Sierra de Guadarrama y los distintos pueblos de sus estribaciones, Torrelodones en particular, hace que la concurrencia de enfermos sea más numerosa cada día, y conveniente es y hasta necesario llamar la atención sobre aquellos casos en los que la contraindicación para su estancia es terminante y de fatales consecuencias; nos referimos, particularmente, a modalidades que alguna vez se presentan en el curso de las enfermedades del aparato respiratorio y circulatorio, ya que son las que dan un número mayor de residentes en la colonia.

La tuberculosis afecta también a los habitantes de este pueblo, aunque según la estadística del Dr. Picabea, en atención quizás a las favorables condiciones de clima y altura.

Yo he tenido ocasión de observar en una familia que el padecimiento es hereditario, marcadamente hereditario desde la segunda generación y hasta en distintas formas, pues hubo casos de localización pulmonar meníngea y renal. Por cierto que el enfermo nefrítico apareció en forma tan aguda y con síndrome hemorrágico tan intenso que dió lugar a que el ilustre especialista Dr. Miraber, al encargarse de su asistencia, hiciera un pronóstico de gravedad suma, pero por fortuna, después de más de diez años y merced a lo eficaz del tratamiento, el enfermo está nutrido, su estado es satisfactorio y los frecuentes análisis que se practican

no acusan el bacilo de Koch que antes existía. Por tanto, se puede asegurar que no existe la inmunidad que fuera de desear, pero que, sin embargo, tienen los habitantes en su abono circunstancias muy estimables para la profilaxis y tratamiento.

¿Cómo influye la estancia en este sitio en el curso de la tuberculosis, mejor dicho, en algunos tuberculosos? La respuesta a esta pregunta la considero tan de acuerdo con mi criterio clínico, que copio el párrafo que escribe en la Memoria ya citada el Dr. Picabea: «Hay que guardarse muy mucho de una generalización, cual es la de la tuberculosis a la Sierra. Desde este punto de vista hay una gama variadísima de efectos terapéuticos que justifican las más variadas lesiones, encontrando las indicaciones más absolutas y las contraindicaciones más formales. Los pretuberculosos, los sospechosos de tuberculosis adquirida o hereditaria, son justificables de la cura de montaña; es a nuestro entender mejor *media montaña*, hasta aclimatación y en evitación de reacciones violentas sirve nuestra localidad en absoluto y los efectos los observamos a diario. Las tuberculosis ganglionares externas responden muy bien, en especial sometidas a la cura de luz y de sol.

Las tuberculosis viscerales, pulmonar, renal e intestinal, constituyen indicaciones claras, pero importan consigo siempre notables distinciones. Según la forma y tendencia evolutiva, así variará la acción climática; es necesario medir la resistencia del organismo y en especial del aparato respiratorio. Es indudable el beneficio en esta localidad en esta tuberculosis, pero en las formas primitivas o ulcerosas de poca extensión; aún concedemos las formas cavitarias si éstas evolucionan en regresiones escleróticas. La reacción del enfermo es tanto o más notable cuanto más lenta sea la evolución, cuanto más manifiesta sea la forma tórpida en contra de los desastrosos resultados en las heréticas de marcha rápida de formas fibrocásicas; en una palabra, las formas neumónicas, granúlicas, constituyen contraindicación más que sería, se agravan rápidamente y su término es fatal siempre. Las formas congestivas emoptóicas contraindican para algunos la cura de altura. Indudable que en todas estas y demás formas, es además y muchas veces antes el corazón el que preside la indicación o contraindicación; ante un corazón desfallecido, los 822 metros de altura de Torrelodones son muchos, a pesar de ser esta localidad de altitud media. En las lesiones valvulares compensadas se observa buena tolerancia climática; en cambio, los hipertensos, ateromatosos, arterioesclerosos, valvulares graves, degeneraciones del miocardio, etc., nuestra localidad está formalmente contraindicada, prohibida. Los procesos bronquíticos crónicos mejoran, las secreciones disminuyen y casi anulan la expectoración. Las formas enfisematosas empeoran notablemente, máxime que en estas formas siempre el cortejo de reacciones cardiovasculares.»

Me ha parecido conveniente la copia literal, porque así tienen más relieve los conceptos clínicos observados y sentidos por el Dr. Picabea.

Al terminar estas impresiones, más que observaciones, sobre los caracteres climatológicos y geológicos de Torrelodones, me cabe la satisfacción de hacer constar que los Municipios que se vienen sucediendo desde hace bastantes años contribuyen con su celo para que las medidas higiénicas estén en relación con los fines de la numerosa colonia que allí acude en demanda de salud.

(1) Georges Lakhovsky: «Le Secret de la Vie».



## LA EFETONINA

El Dr. Kannerer, en la Unión Médica de Munich, habló de la significación clínica de la efedrina y de la efetonina para la Medicina interna. Hay seis isómeros diferentes, dos cuerpos racémicos, efetonina sintética racémica, un tercio más débil que la efedrina, pero que ofrece sobre la adrenalina ventajas clínicas: puede administrarse por la boca y por el recto y tiene un efecto prolongado; puede administrarse durante mucho tiempo y es menos tóxica. Otras diferencias son la falta de reacción anémica cutánea, falta de leucocitosis abundante y otros efectos sobre el azúcar de la sangre acaso por diferencias en los puntos de ataque de las terminaciones periféricas del simpático (en las paredes vasculares y en los capilares). Puede, como medio que actúa sobre el simpático, restablecer el equilibrio en los estados vagotónicos vegetativos. Sus utilidades clínicas principales son:

I. Contra los espasmos bronquiales; por ejemplo, el asma, la fiebre del heno, donde actúa como antiespasmódico bronquial y excitador del centro respiratorio.

II. También en las bronquitis, enfisemas, enfisema de los viejos sin hipertensión, donde suele ser útil.

III. En la rinitis vasomotriz.

IV. En la enfermedad del suero, urticaria, exantemas medicamentosos, estados de shock alérgico-naifilácticos.

V. En las alteraciones vagotónicas gastrointestinales; por ejemplo, en el vómito nervioso, en el estreñimiento espasmódico.

VI. Es particularmente esencial e interesante su efecto de aumento de la presión sanguínea; por eso en los estados de debilidad vasomotora, de baja presión sanguínea, actúa mejor y más rápidamente que los demás preparados vasoconstrictores; por ejemplo, los análogos al alcanfor. La presión sanguínea puede ser mantenida durante un día a una altura dada; por eso su empleo preferente en las vasodilataciones tóxico-infecciosas y en la debilidad capilar; por ejemplo, en la gripe, en la neumonía, en la hipotensión constitucional, en la enfermedad de Addison. Según las investigaciones de Trendelenburg, los preparados de efetonina actúan sobre los pulmones y el corazón de manera análoga a como obran los de digital y de estrofantó, aunque más rápidamente todavía sobre el músculo cardíaco; pero como en el vivo el efecto de aumento de la presión sanguínea en los vasos es más fuerte, el efecto beneficioso sobre el corazón queda hipercompensado, y si los vasos son normales se presenta retención. Si hay, sin embargo, al mismo tiempo parálisis vasomotora, como ocurre en algunos estados infecciosos tóxicos, la efetonina es el remedio de elección. Su efecto es más seguro que el del alcanfor y los preparados análogos a éste. Recientemente Eppinger ha probado que en los estados en los cuales la cantidad de sangre circulante es pequeña porque aumenta en sus depósitos (bazo, hígado, etc.), por ejemplo, en estados de pseudoanemia (mal aspecto, con fórmula sanguínea normal e hipotensión), la efetonina (sobre todo unida a la estricnina) es de enorme utilidad. Por la contracción de los vasos pequeños y de los capilares se presenta más sangre a la circulación; puede lograrse experimentalmente una contracción del bazo e hiperglobulia por la efetonina.

VII. La efetonina actúa desintoxicando sobre la escopolamina, porque obra en contra de la parálisis respiratoria y del descenso de presión sanguínea; sin embargo, su efecto excitador sobre el sistema nervioso central es pequeño.

VIII. La efetonina es eficaz contra los fenómenos de carencia en la supresión de la morfina de los morfómanos.

IX. Contra los fenómenos de malestar después de la radioterapia (debidos acaso a la alcalosis y a la excitación del vago).

X. En el complejo sintomático de Adam-Stocke parece obrar sensibilizando para la adrenalina, a causa de la diferente sensibilidad individual. (La onda de irritación del simpático y la del vago en ocasiones se hallan muy próximas.)

Hay que probar siempre con gran cautela la dosis. Empiécese con unas tres veces diarias 0,025; después, con tres veces, 0,05 durante ocho a catorce días; después, pausa. En el asma y en otras ocasiones es útil la combinación con la adrenalina (efedrina) o con extracto de hipófisis.

El Dr. Hopff habla de su empleo en dermatología. En los colapsos después de inyecciones de salvarsán restablece en muy poco tiempo la presión sanguínea normal. La efedrina se ha mostrado útil en los estados de paralización idiosincrásicos, en exantemas muy recientes, en la urticaria.

El Dr. V. Seener: El cirujano como los demás médicos se encuentra con frecuencia ante alteraciones circulatorias que no aparecen como enfermedades por sí mismas, sino como un estado alarmante del cuerpo que después de traumatismos grandes, de operaciones trascendentales que ponen de repente la vida en peligro o aparecen con gran lentitud después de infecciones graves. Se habla de shock traumático primario y secundario y de colapso de origen tóxico o infeccioso. Estas alteraciones circulatorias se acompañan de un enorme descenso de la presión sanguínea que puede ser de origen central o periférico. Además, hay un trastorno del equilibrio entre las cantidades de sangre circulante y almacenada en el que la periferia queda muy mal irrigada y en el territorio del esplénico y en el aparato circulatorio pulmonar hay un aumento de la sangre depositada. En la efetonina poseemos un medio que, no sólo obra como la adrenalina que de una vez aumenta la presión sanguínea por excitación de los órganos terminales del simpático, y determina un reparto igual de la sangre, sino que puede darse sin peligro de acumulación, de tal modo que durante varios días son influidas favorablemente la presión sanguínea y el reparto de la sangre (por ejemplo, casos de gran shock traumático después de un atropello, colapso en una peritonitis, en una infección general). Cuando se quiere obtener un efecto rápido, se inyecta por la vía subcutánea una ampolla de efedrina (0,03 gramos de efetonina y 0,0003 de paranefrina). Otra ventaja de la efetonina sobre la adrenalina es que su efecto no se pierde por la absorción por el estómago o por el intestino, de modo que también puede ser administrada por estas vías.

La efetonina debe emplearse de manera sistemática después de las operaciones, pues el llamado shock operatorio en su esencia en los casos favorables no es más que un shock traumático ligero. Después de cada intervención recibe el enfermo una inyección subcutánea de solución de Ringer, o una inyección gota a gota de suero salino, a las cuales se añade una ampolla de efetonina. Además se adiciona de manera regular 2 a 4 por 100 de ácido carbónico. Es notable la rapidez con que se absorbe en estas condiciones la inyección. Tanto que muy raras veces hay que acudir a la inyección intravenosa. Es evidente que por la combinación de estos medios con otros remedios circulatorios como el alcanfor, la hipófisis y la estricnina, y con su prescripción variada puede según cada caso lograrse todavía mayores efectos. Ante todo, en los colapsos de origen o base tóxica o infecciosa debe darse la digital porque por la vasoconstricción producida por la efetonina se ofrece al músculo



# 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 estrigina, ni arsénico*
- C/** *No es una emulsión, ni uno de los llamados extractos 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**



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

GRANULADA FRIABLE

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

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

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

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

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

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

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

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

Solución coloidal  
fagógena  
polivalente.

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

2 FORMAS:  
MICOLISINA BEBIBLE  
MICOLISINA INYECTABLE

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

**NEURASTENIA  
ANEMIA  
CONVALENCIAS**

## **Vino de Bugeaud**

*Tónico-Nutritivo,  
con Quina  
y Cacao.*

*Actúa por la Teobromina y por los Alcaloides de la Quina*

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

## **Venosina**

Tratamiento específico completo de las **AFECCIONES VENOSAS**

**PARIS, P. LEBEAULT & C<sup>ia</sup>, 5, Rue Bourg-l'Abbé**  
POR MENOR: PRINCIPALES FARMACIAS.



cardíaco lesionado un mayor obstáculo. En el shock traumático primario, en la preparación para operaciones de enfermos con el corazón sano y en su tratamiento ulterior, por el contrario, la digital no llena ninguna indicación y es en ocasiones perjudicial.

La dosificación varía. En los casos graves de alteraciones circulatorias tóxicas, se da sin inconveniente una ampolleta de efetonina cada tres horas. (*Muenchener Med. W.*)

P. M.

## BIBLIOGRAFIA (1)

INNOVACIONES RECIENTES EN MEDICINA, por los académicos de la Médico-Quirúrgica Española. Prólogo del doctor Gonzalo R. Lafora. Un tomo de 477 páginas con ilustraciones. Javier Morata, editor. Madrid, 1931.

Extraordinariamente interesante fué el curso de perfeccionamiento de los conocimientos médicos organizado en el pasado año por la Academia Médico-Quirúrgica Española. Realmente hubiera sido de sentir que se hubieran perdido desparramadas a los cuatro vientos del olvido, las enseñanzas sintéticas vertidas en este ciclo de conferencias. Ha sido preciso para que no ocurriera esto que un editor de espíritu tan moderno como el Sr. Morata se decidiera a esta empresa de tan singular relieve cultural.

Sería por completo imposible y desde luego fuera de todas las posibilidades de tiempo y de espacio analizar una a una todas las conferencias que encierra este amplio volumen. El índice tan sólo de los asuntos tratados sobrepasaría en mucho la extensión habitual de estas notas informativas.

Bástele con saber al que esto lea, que cada asunto está tratado por la autoridad máxima en la materia. De este modo aparecen unidos en este volumen, entre otros, los nombres de Calandre, Valdés Lambea, Bastos, Covisa, Mogena, Goyanes, Márquez, Pittaluga, Marañón, Tapia, Sanchís Bannús y tantos otros.

El libro que nos ocupa, precedido de un bien trazado prólogo del Dr. Lafora, constituye en realidad un estado actual de la ciencia médica vista a través de los más destacados temperamentos médicos de la época.

La confección de la obra, en consecuencia, es la que acostumbra la casa de Javier Morata.

DR. F. JAMATOBO

EL DIAGNÓSTICO ROENTGEN DEL CANAL DIGESTIVO, INCLUYENDO EL HÍGADO Y LAS VÍAS BILIARES, por el doctor Albrecht, privatdozent en la Clínica Médica de la Universidad de Frankfurt a. M., libro de 493 páginas, con 828 figuras; y FUNCIONES NORMALES Y PATOLÓGICAS DE LOS ÓRGANOS DIGESTIVOS EN RADIOGRAFÍA, por los doctores Rudolf Becker y Albert Oppenheimer, del Instituto Roentgen del Hospital Teresa, de Mannheim y del Departamento Roentgen de la Clínica Médica de la Universidad de Frankfurt a. M., respectivamente, libro de 144 páginas, con 255 figuras, editados ambos libros por Georg Thieme, Leipzig, 1931.

Libros interesantísimos que se completan, pues el primero, por decirlo así, se ocupa de la estática del aparato digestivo, abarcando, eso sí, todo aquello que puede ser recogido por la exploración Roentgen, estudio que el que no

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

lo siga al detalle no se podrá hacer perfecta idea del grado de adelanto y desarrollo que ha llegado a alcanzar en la actualidad, con las innegables ventajas, ya hoy reconocidas por todos, que reporta en el diagnóstico de numerosas enfermedades, imposibles de diagnosticar sin su auxilio.

Todo cuanto se refiere a exploración del esófago, estómago y duodeno, intestino delgado, apéndice, intestino grueso, hígado y vías biliares, se halla estudiado con una extensión imposible de dar en un libro general que trate de diagnóstico Roentgen, por lo cual es un libro ya para los especializados en esta clase de exploraciones. La colección de figuras es admirable y revela el celo y la paciencia invertidos por los autores para hacer una obra cumbre por todos conceptos.

El segundo libro se ocupa, como hemos dicho, de las funciones normales y patológicas de los órganos digestivos en radiografía, y si importante era el libro anterior, lo es éste igualmente, pues pone continuamente frente a frente, en todos los tramos del aparato digestivo, la función normal y la patológica, contribuyendo, por el contraste que esto ofrece a la vista, mejor a grabar la diferencia entre lo normal y lo patológico y hacer más indelebiles las imágenes en el espíritu.

Dado el tamaño del libro, el número de figuras indica la riqueza de datos gráficos que contiene, lo cual contribuye más eficazmente a la comprensión de los datos expuestos en él.

Ambos libros se completan y contribuyen a hacer el estudio más perfecto que hasta la fecha se ha hecho sobre este aparato y sus funciones.

DRES. J. Y S. RATERA

## PERIODICOS MEDICOS

### Extranjeros

R. Duperier. CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO HISTOLÓGICO DE HIPÓFISIS DE LOS LACTANTES HEREDOSIFILÍTICOS. — Los autores han efectuado un estudio histológico de la hipófisis de 15 lactantes muertos entre los primeros días de la vida y los siete meses y medio, así como sobre varios fetos macerados de seis meses.

En todos los casos, salvo cinco, han encontrado treponemas más o menos abundantes en la hipófisis, lo que parece indicar que ésta es una de las glándulas endocrinas más frecuentemente parasitadas.

En la mayoría de los casos se ha observado intensa esclerosis, principalmente esclerosis perivascular, pericordonal y yuxtannerviosa, cuya localización provoca la congestión vascular y la estasis sanguínea, siendo susceptibles también de trastornar la excreción hemocrina y neurocrina de los productos glandulares. En otros se notan lesiones de hiperplasia con abundancia de células cromófilas, pero no se encuentran nunca signos de hiperfuncionamiento. Existen también lesiones atróficas con producción esclerogomosa que debían corresponder a una hipofunción.

Las comprobaciones anatómicas no corresponden, en las observaciones publicadas, a los síndromes endocrinos, los cuales no han tenido seguramente tiempo de desarrollarse, pero permiten posiblemente esclarecer ciertos hechos clínicos y referir a la heredosifilis un cierto número de casos de acromegalia, gigantismo, infantilismo, enanismo, caquexia y síndromes adiposogenitales. Se puede conceder a la hipófisis un papel en las anomalías del desarrollo y en las distro-



fias heredosifílticas (*Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, tomo LII, núm. 5, 1931.)—TOMÉ BONA.

**Abelardo Sáenz.** ESTADO ACTUAL DE LA VACUNACIÓN ANTITUBERCULOSA POR EL B. C. G.—Constituyendo la vacunación preventiva por el B. C. G. el método más seguro de premunización contra la tuberculosis, es necesario vacunar a todos los niños. La humanidad y el interés social así lo exigen. El porvenir dirá en qué medida estos diversos empleos del B. C. G. pueden contribuir para reducir o impedir la propagación de la tuberculosis, pero, desde ahora, podemos afirmar que disponemos de un método simple, inofensivo y eficaz para combatir la tuberculosis de la infancia. Contentémonos pues, por el momento, como lo ha dicho Roux, con esta gran conquista de Ca'mette. (*La Press. Méd.*, Habana, Septiembre de 1930.)

**P. L. Violle y P. Dufourt.** DEL PAPEL DEL CALCIO EN LAS ELIMINACIONES URINARIAS.—En el uricémico normal no existe relación constante entre las eliminaciones urinarias del ácido úrico y del calcio.

En la hiperuricemia que calificamos de solitaria, porque no está ligada a trastornos renales y tampoco acompañada de manifestaciones clínicas, existe una relación estrecha entre las eliminaciones úricas y cálcicas.

En los estados gotosos—fuera de las crisis de gota—, la relación ácido úrico y calcio puede ser influida intensamente por una terapéutica cálcica; su descenso acompaña una mejoría de los accidentes.

En el curso de las crisis de gota se produce, en las eliminaciones úricas y cálcicas, variaciones en sentido opuesto siguiendo la crisis. El principio de la crisis aguda y su período consecutivo marcan una tendencia clara al descenso de la relación urocálcica. Este descenso de la relación ácido úrico al calcio nos parece ser, en los gotosos, un fenómeno favorable en tanto es la expresión de una eliminación más fácil del ácido úrico y una mejoría de los accidentes. Estamos en camino de una hipótesis, a título de trabajo, referente a que existe una combinación compleja entre ácido úrico y cierta forma del calcio plasmático, caracterizado por la facilidad de la excreción.

Nos parece que, hechas las reservas sobre la diferencia de constitución de los dos ácidos, la analogía se dibuja entre la acción de los ácidos cítrico y úrico sobre el calcio. Parece que hay relación recíproca del calcio sobre el ácido úrico, más interesante desde el punto de vista fisiológico que terapéutico.

Ante estos hechos podemos emitir las siguientes hipótesis:

1.<sup>a</sup> El uricémico normal, que elimina el ácido úrico sin que exista entre este cuerpo y el calcio relación constante, parece apto a eliminar el ácido úrico, aun en cantidad importante, bajo forma libre y bajo otras formas que su combinación con el calcio.

2.<sup>a</sup> En la hiperuricemia solitaria, donde existe por acidez urinaria sensiblemente fija una relación constante entre las eliminaciones de ácido úrico y de calcio, la combinación urocálcica, ¿no explicaría, por su facilidad de excreción, la tolerancia clínica de esta forma de hiperuricemia?

En la hiperuricemia gotosa (tofos, artropatías, crisis de gota), donde la relación variable, según momento, entre las eliminaciones ácido úrico y calcio, la deficiencia de la forma de calcio apta para formar la combinación urocálcica, ¿sería la razón de la retención úrica y de la aparición de los accidentes?

Así, el aporte de calcio combinable, ¿sería restablecer

momentáneamente las condiciones favorables para la eliminación del ácido úrico?

De donde en las crisis agudas, el organismo ¿trataría de utilizar al máximo sus reservas limitadas en calcio combinable y así producir la combinación fácilmente excretable? Si, durante algunas horas, consigue eliminar ácido úrico en gran cantidad sin la ayuda de calcio, ¿conseguiría estas eliminaciones sobre otras combinaciones cuyos síntomas clínicos traducirían además la dificultad de realización? (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, París, 15 de Junio de 1931, serie 3.<sup>a</sup>, tomo CV, año 95, pág. 921).—M. A. C.

**R. Bonneau.** NOTA SOBRE EL PERISTALTISMO INMEDIATO PROVOCADO POR EL SUERO HIPERCLORIDADO INTRAVENOSO.—El empleo del suero hipercloRIDADO intravenoso en los síndromes de oclusiones intestinales altas, mecánicas o reflejas, ha llegado ya a hacerse clásico, pero hasta ahora no había sido señalado o al menos no se había atribuido su justo valor a un signo observado por el autor y sobre el cual llama la atención: es éste la expulsión de gases por el ano en el curso de la inyección intravenosa o en los minutos que la siguen. El autor refiere dos historias clínicas de oclusiones postoperatorias para poner de manifiesto este fenómeno, tanto más interesante de anotar cuanto que se trata de enfermos en estado de shock, con reacciones peritoneales postoperatorias, vómitos o estado nauseoso, abombamiento abdominal y, en una palabra, enfermos en los que se recibe con gran ansiedad e impaciencia esta reaparición del sentido normal de la corriente digestiva, una de cuyas pruebas esenciales es la expulsión de gases por el ano. Este fenómeno de expulsión de gases por el ano, coincidiendo con el desenvolvimiento del pulso, la detención de los vómitos y de la disnea mecánica, ha traído en algunos casos a los labios la palabra resurrección para expresar con una sola palabra la rapidez con la cual se transforma la escena.

Las interpretaciones valen poco al lado de los hechos, pero es preciso reconocer que una mejoría tan rápida no puede explicarse por la recuperación del cloruro de sodio perdido, pues si así fuese, un litro de suero subcutáneo al 7 por 1.000 sería tres veces más eficaz que 10 c. c. de suero intravenoso al 20 por 100. Hay aquí ciertamente una cuestión de hipertonia sanguínea tan real como pasajera, uno de esos fenómenos todavía oscuros que no se pueden explicar bien. Todos los que han visto estas afortunadas reacciones, algunas de ellas seguidas de recaídas mejoradas después por la repetición del suero hipertónico, se han visto obligados a admitir que se trata de una especie de fogonazo que obra violentamente sobre los centros nerviosos de la vida vegetativa sobre el corazón y sobre el sentido de los cambios moleculares. Chevassu ha dicho que se producía una especie de purga vascular, y la frase ha hecho fortuna.

Gracias al suero intravenoso hipertónico se invierte el sentido de las trasudaciones que se disponen a hacerse en la parte alta del tubo digestivo, como si se cargase bruscamente de sal uno de los frascos de una balanza dializante, lo que forzaría al agua del otro frasco a precipitarse en el frasco hipertónico para llegar a la isotonia. Se trata, pues, más bien de una recuperación vascular que de una purga. Lo cierto es, dejando a un lado las hipótesis, que al lado de la acción beneficiosa sobre el tono vascular y al mismo tiempo que ella, hay verosímilmente una acción directa sobre los nervios, eristálticos del intestino.

La cuestión del suero salado hipertónico ha incitado a J. Lanos a dar a conocer un hecho de observación animal muy conocido en Normandía. El ganado vacuno que vive todo el año pastando en el campo, se ve atacado con fre-





cuencia, especialmente al cambiar de hierbas, de oclusiones intestinales agudas con gran abombamiento abdominal, rápidamente mortales. Los vaqueros experimentados inmediatamente que ven a una bestia «inflada», la hacen beber una almorzada de sal gorda disuelta en un litro de agua. Con mucha frecuencia, después de esta toma de suero salado hipertónico, el animal empieza a soltar abundantes gases, y al cabo de veinticuatro horas de dieta se halla curado. Es verdad que no hay nada nuevo bajo el sol. (Communication a la Société des Chirurgiens de Paris, *Le Courrier Medical*, núm. 15, 12 de Abril de 1931).—T. R. Y.

**E. Laubie.** LAS FORMAS MENTALES DE LAS MENINGITIS SIFILÍTICAS.—La sífilis, aparte los trastornos mentales de los períodos tardíos de la enfermedad, puede dar lugar a fenómenos de este género, más precozmente, en el curso de los períodos secundario y terciario.

Estos trastornos psíquicos no tienen ningún carácter de especificidad, tratándose de una manera más o menos visible de la confusión mental; frecuentemente ansiedad que evoluciona sobre un fondo confusional.

A veces se observan algunos signos clínicos meníngeos discretos y más raramente signos transitorios de una afectación sífilítica del neurojeje. El carácter general de estas formas mentales de la meningitis sífilítica, es la coexistencia de trastornos psíquicos de confusión mental con una reacción meníngea aguda o subaguda de naturaleza sífilítica en el líquido cefalorraquídeo y, por otra parte, la regresión paralela de los signos psíquicos y biológicos bajo la influencia de un tratamiento específico enérgico, regresión que es por lo general completa y definitiva.

La desaparición bajo la influencia del tratamiento, del síndrome humoral raquídeo, permite por sí solo distinguir estas manifestaciones meníngeas de la parálisis general verdadera en vías de constitución.

Los trastornos psíquicos que hemos señalado aparecen frecuentemente a favor de una insuficiencia hepática o renal. El tratamiento antisifilítico debe ir precedido o acompañado de una desintoxicación general que debe ser a la vez prudente y enérgica. (*Jour de Med. de Bordeaux*, tomo CVIII, núm. 3, 1931).—DR TOMÉ BONA.

**E. Geiger.** EL VALOR DE LAS CURAS HIDROMINERALES EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES.—Hoy día apenas se concede valor al tratamiento hidromineral en la diabetes. Sabiendo manejar la cura alimenticia y en posesión de un arma tan pronta y eficaz como la insulina, es natural que se recela de métodos de acción desconocida casi en absoluto, de escasa eficacia y ésta conseguida sólo a largo plazo.

El autor ha querido comprobar si este descrédito está justificado. Las aguas minerales desarrollan su acción por su concentración osmótica, composición química, estado en que se encuentran sus aniones y cationes, gases disueltos, radioactividad, etc. Una de estas cualidades, la alcalinidad, tiene gran importancia en la diabetes. En ligera alcalosis aumenta la tolerancia del organismo para los hidratos de carbono, se utiliza mejor el azúcar, y antes del descubrimiento de la insulina se insistía mucho en el valor de una alcalosis artificial como remedio en casos de diabetes leves o de mediana gravedad, es decir, cuando el valor de la glucemia en ayunas no rebasa la cifra de 0,24 por 100. En los casos graves los alcalinos quedan ineficaces en absoluto o son contraproducentes. Parece depender esto de que la insulina obra más intensamente cuando el medio es ligeramente alcalino: ahora bien, en las diabetes ligeras y medianas circula todavía suficiente cantidad de insulina para que se

pueda esperar que la cura alcalina refuerce su acción, pero en las diabetes graves la cantidad es tan exigua o nula que no puede contarse con que se refuerce por ningún procedimiento.

Mas no basta con la teoría de la alcalinidad para explicarse los beneficiosos efectos de algunas curas minerales; por ejemplo, Karlsbad, neutralizando artificialmente dicha agua hasta hacerla neutra sigue desarrollando sus beneficiosos efectos. Para explicar esto se ha recurrido a muchas teorías más o menos aventuradas. Unos hablan de la acción del complejo de cationes, otros de una transmineralización con enriquecimiento del organismo en sulfatos y fosfatos; quién afirma que las curas minerales aumentan la permeabilidad de las células para el azúcar circulante favoreciendo así su consumo. El autor desecha todas estas opiniones y se inclina a creer que las aguas minerales obran directamente sobre los islotes de Langerhans, bien sea porque, como afirma Pelnar, estimulen la superproducción de insulina aumentando así la que circula por la sangre, ya, y esto le parece más probable, porque restrinja su producción y al mismo tiempo intensifique su eficacia. De este modo se obtendría un descanso del aparato productor de insulina sin que el organismo padeciera toda vez que la circulante era más activa y eficaz.

Por último, no debe olvidarse que el hígado desempeña un papel muy importante, aunque quizá no conocido por completo, en la regulación del metabolismo de los hidrocarburos, y las aguas minerales modifican de modo activo la circulación y el funcionamiento de esta víscera. (*Fortschritte der Therapie*, 1931, fascículo 9.º).—F. G. D.

**H. C. Powelson y R. M. Wilder.** LAS GLUCOSURIAS BENIGNAS.—Los caracteres principales de estas glucosurias son el aparecer con cifras normales de glucemia, y que el individuo responde bien, en lo que respecta a su glucemia, a las pruebas de concentración de azúcar en la sangre mediante la ingestión de grandes cantidades de dextrosa en ayunas. La glucosuria benigna no presenta síntomas definidos, y, probablemente, en muchos casos escapa a nuestra atención. Si accidentalmente, en un análisis fortuito de orina, descubrimos la glucosuria y sometemos al enfermo a un régimen antidiabético severo, el paciente se debilita perdiendo fuerzas y peso, pero recobra ambas cosas tan pronto como se levanta aquel régimen y vuelve a sus comidas ordinarias. La insulina suele causarles trastornos intensos. Por otra parte, importa mucho hacer muy pronto el diagnóstico diferencial entre estas glucosurias, que los autores llaman normoglucémicas, y la diabetes melitus incipiente, a fin de imponer en este caso un tratamiento, que será tanto más beneficioso cuanto más precoz. Para ello, no encuentra el autor prueba mejor que la ingestión de dextrosa y el estudio de cómo se comporta la curva glucémica. En los casos de glucosuria benigna, la forma de la curva es igual que la normal, y en las diabetes incipientes hay, sobre todo, retardo en la vuelta a la normalidad. En 82 casos de glucemia benigna, diagnosticados por este medio y observados durante un período de uno a doce años, no pudo nunca comprobarse síntoma alguno de diabetes melitus. La glucosuria normoglucémica tiene carácter familiar y los autores han visto un caso en que la padecieron la madre y seis hijos. Los casos de glucosuria con hiperglucemia alimenticia debían tratarse como diabetes melitus, aunque por los demás síntomas parecían «diabetes innocents». La glucosuria del embarazo es, por lo general, normoglucémica, pero su pronóstico no es muy favorable. Las glucosurias con forunculosis son siempre sospechosas y se tratarán como diabéticas.



cas. Algunas veces, en la diabetes melitus hay también un umbral muy bajo del riñón para el paso del azúcar, y esto dificulta el tratamiento. (*The Journal of the American Medical Association*, 1931, núm. 19).—F. G. D.

**H. v. Baeyer y O. Dittmar.** EL CONTENIDO DE LA PIEL EN CALCIO Y LA APARICIÓN DE LOS ERITEMAS.—Las anteriores investigaciones de estos autores habían demostrado que los jabones grasos ordinarios favorecían extraordinariamente la aparición del eritema solar. Podía decirse que obraban como sensibilizadores de la piel. Para conseguir esta acción bastaba con friccionar la piel bien humedecida, durante un minuto, con un cepillo blanco empapado en una disolución de jabón graso, friccionando por igual y sin hacer demasiada fuerza. Sometiendo la piel así preparada a la acción de los rayos del llamado sol artificial (lámpara de cuarzo), se observa que al lado del eritema corriente aparece un enrojecimiento especial muy marcado. De ordinario las cosas pasan así: 1.º Enrojecimiento de la piel por la acción mecánica del cepillado, que desaparece a los quince minutos. 2.º Al cabo de una o dos horas se presenta el enrojecimiento especial antes mencionado. 3.º Más tarde se presenta el eritema propio de los rayos de la lámpara de cuarzo, que se hace más visible en los alrededores del enrojecimiento anterior. 4.º Desaparece el eritema de la lámpara de cuarzo y persiste el debido al enjabonamiento. Si en vez de jabón graso se trataba la piel con lejías de potasa o sosa, con glicerina, ácido esteárico o estearina disuelta en mezcla de éter y alcohol, no se observaba la aparición del eritema especial, mientras que los ácidos oxálico, cítrico, acético, el oxalato sódico, el borato sódico, el sulfato sódico y el fosfato sódico ejercían una acción análoga a la del jabón. Los autores deducen de ello que este eritema especial sólo se presenta cuando se ha friccionado la piel con alguna substancia que se apodera de sus sales de calcio. Esto concuerda con los estudios llevados a cabo por Dittmar respecto a la mayor intensidad de las reacciones flogísticas de la piel, y de todos los tejidos en general, cuando se empobrecen en calcio. Esta acción química de diversas disoluciones salinas podría explicar algunos efectos de las aguas minerales sobre la piel. (*Münchener Med. Wochenschr.*, 1931, núm. 22).—F. G. D.

**Narciso Borrás.** AORTITIS ABDOMINAL.—El autor recuerda a los gastroenterólogos que síndromes con sintomatología netamente abdominal pueden ser de naturaleza vascular, a cuyo efecto presenta dos casos de crisis gástricas intensas, que desviada la atención en los primeros momentos hacia su aparato digestivo, en un examen detenido posterior llega a la conclusión de que se encuentra en presencia de dos enfermos afectados de aortitis abdominal, en los que la lúes juega un papel preponderante, cediendo el cuadro agudo con el régimen y el tratamiento específico. (*An. de Vías Dig., San. y Nut.*, Habana, Julio de 1930.)

## Nacionales

**Dra. N. González Barrio.** NUEVAS ORIENTACIONES PARA EL DESCUBRIMIENTO DEL AGENTE TRANSMISOR DEL KALA-AZAR INFANTIL.—En 1924, dos autores chinos, Smyle y Yang, descubrieron un roedor receptible para el *Leishmania*, en el que este parásito se desarrolla además de una manera rápida y segura. Más tarde, Blanc, director del Instituto Pasteur en Atenas, en colaboración con Kaminopetros, encontró otro roedor al Norte de Grecia (Macedonia

Occidental, Salónica, Verria y Castoria), el «*spermophilus*», tan sensible al parásito de Leishmann, que inoculado éste por vía subcutánea, intramuscular, intrahepática, etc., la enfermedad se desarrolla rápidamente y a los dos meses muere el animal de una leishmaniosis generalizada.

En efecto, gracias a los experimentos en estos roedores, han podido demostrar Blanc y Kaminopetros que el «*rhipicephalus sanguineus*», garrapata común en el perro, es capaz de servir de agente vector del parásito de Leishmann. Esto no quiere decir, como ya sugiere Bensia, que sea el único; podrán serlo también las pulgas, los mosquitos y las chinches; esto es un problema a dilucidar siguiendo el camino emprendido por los investigadores de Atenas.

Si se tiene en cuenta el ciclo vital evolutivo rápido de los roedores, su fecundidad y lo económico de su instalación y entretenimiento, se comprende la importancia de estos descubrimientos. Es probable que existan en España roedores que presenten las características del «*spermophilo*», o que se puedan adaptar a nuestro clima ejemplares de este roedor. El asunto merece la pena de ser estudiado, y por eso nos hemos decidido a publicar estos breves comentarios. (*Arch. Esp. de Pediatría*, Mayo 1931.)

**F. Mas y Magro.** LA POSIBILIDAD DE DETERMINAR EL TONO FUNCIONAL DEL SISTEMA NERVIOSO VEGETATIVO POR LA PRUEBA DE LA NEUTROFILIA DIGESTIVA.—La prueba de la neutrofilia digestiva ofrece la posibilidad de determinar el tono funcional del sistema nervioso vegetativo. Se fundamenta en el hecho de que la administración parenteral de una proteína, sin acción electiva sobre sus segmentos simpático y parasimpático, exalta el tono nervioso autónomo preexistente, de tal modo que la curva de los granulocitos neutrófilos dibuja una onda negativa en el caso de vagotonía y positiva en caso de existir simpaticotonía. En esta nota se cita algún ejemplo y la técnica, en los que se demuestra la posibilidad de aplicar a la clínica esta prueba de investigación. (*Levante Médico*, Junio 1931.)

**Federico Gil Acebedo.** EL SÍNDROME DIGESTIVO EN LA INTOXICACIÓN TUBERCULOSA. Conclusiones: 1.ª El pronóstico de la tuberculosis se ve influenciado por el estado funcional y anatómico del hígado.

2.ª La tuberculosis se manifiesta con frecuencia por un síndrome abdominal difuso, indeterminado, cuyo valor diagnóstico está en la falta de una característica diagnóstica precisa.

3.ª En la tuberculosis, la insuficiencia hepática se manifiesta por dolores poco intensos, a veces sólo perceptibles por palpación profunda en la región hepática, diarreas pastosas, urobilinuria e indoxiluria, esto en los casos graves; al principio, aumento de úrea; después aumento de amoníaco, aminoaciduria, presencia de albumosa, siendo frecuentes las glicosurias transitorias.

4.ª Consideramos como producido por la insuficiencia hepática, las variaciones de la velocidad de sedimentación globular y del índice de viscosidad en la sangre.

5.ª En toda dispepsia de causa imprecisa debemos buscar la tuberculosis como etiología probable.

6.ª Toda medicación, tanto sintomática como curativa, así como toda alimentación capaz de aumentar notablemente el esfuerzo funcional del hígado, debe desecharse o ser empleada con mucha prudencia.

7.ª Sería conveniente el estudio amplio de estas perturbaciones, porque del conocimiento de ellas se derivan importantes deducciones terapéuticas. (*Medicina Latina*, Junio de 1931.)



# INSTITUTO TERAPEUTICO ROMANO

ROMA

**2** Nuevos productos que interesan vivamente a la Clase Médica, fórmulas del eminente endocrinólogo **Dr. NICOLAS PENDE**, de la Real Universidad de Génova

**ANTISENIUM.** — Producto Poli-Opoterápico. Poderoso reconstituyente. Renovador de la energía vital.

**LIPOCLASIO.** — Poliendocrinolo Catabólico. Cura racional opoterápica de la obesidad y sus consecuencias.

**4** Productos más cuya eficacia ha sido reiteradamente comprobada por los más eminentes clínicos.

**LATTOVITAMINA.** — Cultivo en leche estéril de bacilo bulgárico, la sola forma que garantiza su vitalidad y eficacia, asociada a un medio que confiere a la preparación un elevado valor vitamínico; dicho medio es: zumo de uva, rico en vitaminas C, al que se ha añadido una solución al 10 por 100 de hinosifostato de calcio y magnesio, que contiene la esperma de cereales, rico en vitaminas D.

**SIEROSINA.** — Nuevo tratamiento antituberculoso con una combinación yodo-tuberculínica a dosis fijas.

**ARSICALCINA.** — Cura reconstituyente mineralizante. Feliz asociación de dos remedios e indicaciones muy similares y de reconocida eficacia terapéutica: arsénico y calcio. Cada comprimido contiene una dosis fija de sales de calcio y arsénico.

**NICETOLO.** — Asociación de fósforo, yodo y cobre en adaptó vehículo, para inyecciones hipodérmicas.

El **Nicetolo** realiza una de las más originales aplicaciones terapéuticas modernas, en cuanto ha permitido el empleo práctico y sistemático de las sales de cobre, en la cura de muchas afecciones morbosas; halla, por tanto, sus indicaciones en todos los estados de *decaimiento orgánico*, ya sea consecutivo a enfermedades infecciosas agudas, o secundarias a graves infecciones generales; en todas las formas de *anemias primitivas* y especialmente en la *clorosis*; en todos los *estados depresivos de las funciones del sistema nervioso*; en todos los *cánceres y otros tumores malignos*.

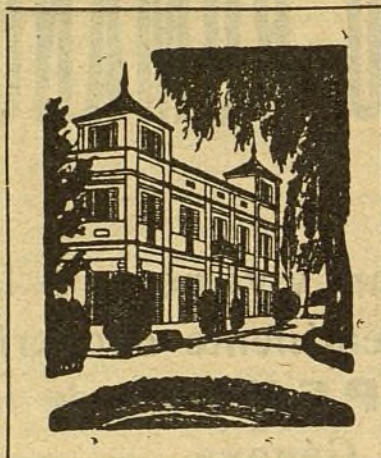
## LITERATURA CIENTÍFICA

Se remite solicitándola al Representante en España y Colonias: **E. PISTOLESI**

Apartado de Correos 9026. — MADRID

Ayuntamiento de Madrid





## 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.

### ✦ TRATAMIENTO EFICAZ ✦

REUMATISMO ESQUIZOFRENIA  
YODOVISAL MANGAN-ARSENIL

Salicilato sosa. Cacodilato de manganoso.  
YODURO potasa. Cacodilato de sosa.

Muestras y literatura:

**D. FENOLLOSA**  
PAZ, 26 VALENCIA



## 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



## 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.



puede apagar, ni los remedios, ni las operaciones, ni el lujo de nuestros hospitales, nada; más que la caridad, ese arroyo vivo que corría con los cauces llenos en los tiempos de la Medicina libre. En un mundo acibillado de decretos, de leyes, de órdenes, ¿será permitido que el enfermo piense sin desesperación si la evasión será posible ante un médico que permanece insensible a las órdenes del corazón?

Amigos míos: el porvenir depende única y exclusivamente de nuestra tenacidad en defender las posiciones tra-

## ANTIPHLOGISTINE

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

dicionales que están por encima de la costumbre y del progreso.

Un alemán que se llama nuestro amigo, Friedrich Sieburg, decía de Francia: «Es necesario que exista en el mundo un país que oponga una resistencia tenaz al perfeccionamiento social, con el fin de que la felicidad del hombre no sea sacrificada.»

Añadiremos, pues, nosotros, que es necesario que haya una profesión que oponga una resistencia tenaz al perfeccionamiento social, con el fin de que la salud del enfermo no sea sacrificada.

A esta obra de reacción profesional, a la defensa de esta vocación particular, es a la que yo os convoco, señores estudiantes, para la salvaguardia y la supremacía perpetuas de la clínica francesa

### LOS DEBERES DEL MAESTRO

Los exámenes han sido, con demasiada frecuencia, unas manifestaciones ri-

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

**ELIXIR CALLOL**

tuales que están libres de sanciones. Sobre las Facultades ha soplado un viento de abdicación tan violento que aun los mismos que quieren resistir dan el cambio uno a uno. Todos los profesores reconocen el desastre; pero aquel que pretenda levantarse para afrontar la tempestad sabe que no alcanzará nada en su aislamiento y tendrá que servir de blanco a las críticas y amenazas de los demás. Por otra parte, es muy difícil resistirse a la súplica del compañero que nos asegura que su hijo es un excelente alumno. ¿Cómo permanecer sordo a las súplicas del alumno de la Escuela de Sanidad cuya desgracia le transforma en un número, en alumno de segunda clase, o de aquel desgraciado estudiante obligado a desempeñar un oficio para con la pequeña ayuda poder llevar adelante sus estudios? Pues bien, al cabo de cuentas es el profesor examinant quien por complacer a una

## JARABE ALMERA

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

serie de atenciones se halla comprometido y traicionando su deber.

¿Cuánto más fácil y más agradable es

de cumplir la indulgencia o el descuido de los maestros, que no la exigencia de una atención constante de los alumnos!

## CARABAÑA: el mejor purgante.

La juventud ejerce su imperio aún y sobre todo en el alma encallecida de su maestro. «Nuestro espíritu se obstruye y espesa conforme envejece», decía Montaigne. Como si rejuveneciésemos con la frecuencia del trato con los jóvenes, como si por ello nos fuera infundada una sangre nueva, nosotros mendigamos su aprobación y sus aplausos. Nos convertimos ante ellos en jueces lúcidos y despiadados de quienes pretendemos ganar a toda costa sus favores. Y si cada profesor no se vigila a sí mismo, se va deslizando poco a poco y pronto cae en la demagogia; camina apresurado en busca de una popularidad fácil y una indulgencia sin dignidad; descuenta de su autoridad y de su libertad algunas sonrisas y algunos aplausos, y aun lo

## Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.

Alcalá, 88. — Madrid.

que es más indigno, algunas consultas u operaciones futuras.

Hay muchos que se consideran médicos sin que tengan de tan sagrada ciencia otra cosa que el diploma y no alcanzarán nunca a comprender que existe y reina otra potencia, muy delicada por cierto, que la Facultad no puede conceder a nadie. — M. P.

## VIAJE AEROSTATICO

DE

## FR. GERUNDIO Y TIRABEQUE

### CAPRICHO 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 (I).

### CAPÍTULO III

DE LO QUE VIERON FR. GERUNDIO Y TIRABEQUE DESDE LA MAYOR ALTURA A QUE SE ELEVARON

La tarde estaba despejada, apacible y hermosa. Todo menguaba en la tierra al paso que nosotros nos remontábamos.

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

Las montañas y los riscos semejaban las arterias y los huesos de un gran cuerpo. Los ríos parecían raudales de lágrimas que fluían de sus ojos. Contemplaba yo cómo todas aquellas lágrimas confluían en el mar por una especie de sistema de centralización, al modo que las lágrimas y los sudores de los pueblos confluyen ahora todos en el insondable océano del Ministerio de Hacienda. ¡Si al menos, decía para mí, el

(1) Véase el número anterior.

mar y el Tesoro público hicieran después una justa retribución de estas aguas! Pero yo no puedo conformarme con este sistema de centralización cuando veo que mientras el mar está rebotando hay países que han visto secar sus manantiales para enviárselos a él y se pasan años enteros sin que el mar les retribuya una gota de agua, al mismo tiempo que sobre otros llueve super-



abundantemente hasta llenarse sus campos de maleza y de vicio.

No puedo conformarme con este sistema de centralización, cuando veo que el Tesoro público deja secarse a los mismos que le envían sus lágrimas, a los mismos con cuyos sudores se acrece, sin retribuirles una gota de agua que los refresque y consuele, al propio tiempo que sobre los que están a las orillas del tesoro cae en abundancia el nutritivo maná, y se desgaja a torrentes el rocío del cielo, y siendo lo peor que cae las más veces en tierra cenagosa incapaz tal vez de producir sino maleza y vicio, y acaso acaso ponzoñosa hierba.

Por lo demás, es un espectáculo verdaderamente grandioso abarcar desde

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

un punto de vista y contemplar de lo alto los mares, los ríos, las montañas, los valles, las poblaciones y los campos de cultivo. La España me parecía entonces un mapa en relieve. Los bosques semejaban albahacas plantadas en tiestos. Los jardines aparecían como pequeños ramilletes de flores, y los valles se representaban como surcos arados en una gran posesión.

(Continuará)

## VARIAS NOTICIAS

### NECROLOGÍAS

En Santiago ha fallecido el conocido y popular médico D. Antonio de la Riva Junguera, afecto a la Beneficencia municipal.

En Valencia dejó de existir el decano honorario y catedrático de Higiene de aquella Facultad D. Constantino Gómez Rey.

## Kelatox: Sedante atóxico.

—En Tarragona pasó a mejor vida el médico D. Ramón Octavio de Toledo. Descansen en paz.



# KALOGEN

**Solución de compuestos halogenados de calcio.**

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



**RECALCIFICANTE**

**SOLUBLE**

**NO ACIDO**

**INDOLORO**

**INNOCUO**

**INALTERABLE**

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

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

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

**Tratamiento de la TOS en general**

**Tos seca - Bronco-neumonía**

**Bronquitis - Gripe**

**Tuberculosis**

**Asma**

**GERMOSE**  
Gotas del Dr.  
**BAYRAC**  
(NO TÓXICO)

**Específico  
contra la Coqueluche.**  
(Tos Ferina.)

A base de Fluoroformo estabilizado en extractos vegetales.

LABORATOIRES LEBEAULT.—3 y 5, Rue Bourg-l'Abbé.—París.

Agentes generales: Giménez-Salinas y C.<sup>a</sup>, Sagnés, 2 y 4, Barcelona (S. G.)



# BALNEARIOS ESPAÑOLES

## ALANGE

(BADAJOZ)

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

Temporada: 1 de Junio a 30 de Septiembre.

## ALZOLA (GUIPUZCOA)

Variedad cloruradosódica y bicarbonatada 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, 3, Madrid.

## CALDAS DE BESAYA

(SANTANDER)

Cloruradosódica, 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

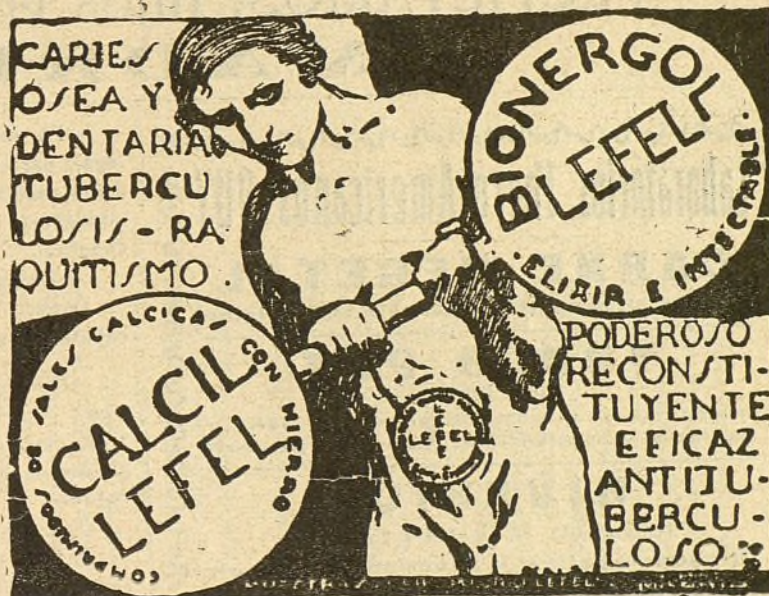
### VACANTES

—Por renuncia, la de médico titular de Santa Cruz de Moya (Cuenca), partido judicial de Cañete, con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 2.000; categoría 2.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 15; instancias hasta el 12 de Octubre.

**Observaciones.**—Concurso de antigüedad. Tiene cuatro aldeas a 4 y 3 kilómetros de distancia.

**Datos.**—Lugar a 36 kilómetros de la cabeza de partido y a 77 de la capital. La estación más próxima, Utiel, a 44 kilómetros. Río.

(Continúa en la página siguiente.)



## Balneario de Carlos III TRILLO

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

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

**Nervios. — Reuma. — Escrófula. — Piel.**

Deliciosa estación de verano. — Gran parque y monte.  
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.  
Alquilanada 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 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

## AGUAS MINERALES NATURALES DE

# CARABANA

“LA FAVORITA”

PURGANTES - DEPURATIVAS - ANTIBILIOSAS - ANTIHERPETICAS

PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI

MADRID

Laboratorios Ibero-Americanos PUY

### CARNE VEGETAL

Es más alimenticia y digestible que la leche.

### YODOS PUY

(SIN YODISMO)

Cada gota equivale a 5 centgs de yoduro potásico (vía gástrica).  
Hipodérmica. Aceite yodado simple. Aceite yodado guayacolado.

### HIVERICA

Tratamiento de la LITIASIS

Hígado. — Vejiga. — Riñones. — Cálculos.

—Por renuncia, la de médico titular de Montejaque (Málaga), partido judicial de Ronda, con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 2.107; categoría 2.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 158; instancias hasta el 12 de Octubre.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa a 66 kilómetros de la capital y a 10 de la cabeza de partido. Carretera y ferrocarril.

—Por renuncia, la de médico titular de Benaolán (Málaga), partido judicial de Ronda, con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 2.200; categoría 2.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 120; instancias hasta el 12 de Octubre.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos. Villa con Ayuntamiento, a 60 kilómetros de la capital y a 5 de la cabeza de partido. Rfo. Ferrocarril.

(Continúa en la página siguiente.)

# SARNA

♦♦ (ROÑA) ♦♦

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

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

J. CABALLERO ROIG

Farmacia-Laboratorio: Calle Rocafort, 135, Barcelona.

PARA LAS ENFERMEDADES NERVIOSAS

## ELIXIR POLIBROMURADO AMARGÓS

BROMURANTINA

(Nombre registrado.)

Calma, regulariza y fortifica los nervios.

Contiene los bromuros potásico, sódico, estróncico y amónico, asociados con sustancias tónico amargas.



ilíaca anterior en una occipitopubiana. Claro es que debe darse cuenta de este acontecimiento y proceder a la aplicación del fórceps en consecuencia, porque, de lo contrario, no aplica las cucharas según los extremos opuestos de un diámetro transversal, sino según un diámetro oblicuo que va de la apófisis mastoideas de un lado a la eminencia frontal del lado opuesto.

La consecuencia será una separación mayor de las cucharas y, por tanto, de los mangos. La aprehensión de éstos ofrecerá mayores dificultades y requerirá seguramente mayor presión, que fácilmente lesiona la cabeza fetal, siendo muchas veces la consecuencia una parálisis del facial. Además, la extracción de la cabeza en esta posición tiene que ser más difícil. Con el fin de orillar estos inconvenientes y el posible deslizamiento de las cucharas del fórceps, ha dado Pinard la norma de que el médico debe preocuparse de hacer presa en la cabeza del feto con arreglo al diámetro transversal de la misma, sea cual fuere la posición que dichas ramas hayan de adquirir con relación a los diámetros de la pelvis.

Para entendernos mejor en cuanto a la posición de la cabeza con relación a los órganos maternos y en cuanto a la posición del fórceps con relación a la cabeza, distinguiremos en ésta dos meridianos: el sagital, que llamaremos meridiano de orientación, y el transversal, que llamaremos meridiano de presa. En cuanto a la pelvis, consideraremos en ella tantos planos verticales como diámetros hemos descrito en el estrecho superior. Comprende la aplicación del fórceps los tiempos siguientes: la introducción de la mano derecha para reconocer la oreja posterior. La introducción de la rama izquierda del fórceps; introducción de la segunda mano para la aplicación de la segunda cucharada. No se descompone este tiempo en dos como se ha hecho con la introducción de la primera mano y de la primera cucharada para demostrar que una vez reconocida la posición que debe tener ésta ya es sumamente fácil colocar la otra. El cuarto tiempo consiste en la articulación de las dos ramas, y el último en la extracción del feto.

El primer tiempo es el más delicado por varios motivos:

gitar la que se encuentre en posición más inconveniente y, si se ha procedido en la forma que hemos dicho, será seguramente la rama derecha aquella cuya posición necesitará corrección. Logrado el encaje, se aprieta el tornillo que sirve de pivote para asegurar el ajuste. Si para hacer la articulación se tropezara con mucha dificultad, habría que confiar de nuevo al ayudante el mango de la rama izquierda e introducir de nuevo esta mano para rectificar la posición de la rama derecha. En caso de que ni aun así se logre una presa conveniente habrá que sacar la rama derecha o las dos y proceder a una nueva aplicación.

Una vez que el fórceps está articulado hay que asegurarse de que la cabeza se encuentra bien cogida. Para ello, ni es necesario ni sería posible introducir de nuevo y sucesivamente las dos manos para ir a verificar la posición de cada rama. Basta introducir dos dedos y reconocer la posición que la cabeza ha adoptado entre las dos ramas. Al mismo tiempo se asegurará de que el fórceps se encuentra por dentro del orificio uterino y de que no comprime ninguna parte procedente, por ejemplo, el cordón umbilical o un miembro. De esto ya debe asegurarse el médico al hacer la aplicación de las ramas.

Una vez articulado el fórceps falta la tarea importantísima de la extracción del feto. Si la enferma no fué anestesiada o si se ha suprimido ya la anestesia y ha recuperado conciencia de su situación se la invita a que haga esfuerzos que ayuden a los del médico, pero de lo contrario todo el esfuerzo ha de hacerle el médico. La tracción se ha de hacer sobre los mangos cuando se trata de un fórceps de los que no tienen tractor; en cambio se hará sobre éste cuando se trate del Tarnier. De una forma o de otra, la tracción debe ser suave y continua. Los aparatos llamados ayudafórceps y las posiciones en que el médico afanzaba las rodillas o los pies para hacer mayor fuerza han desaparecido ya por completo. Si por la posición de la cabeza en el momento en que se hace la aplicación del fórceps fuera preciso completar la rotación, se tendrá en cuenta que cuando giran las cucharas sobre su eje los mangos describen un cono de revolución



si la enferma no está anestesiada es difícil que se preste a la operación sin movimientos de defensa, siquiera sea invioluntarios. En caso de mucha resistencia se procederá a anestesiarla. En segundo lugar, no siempre es fácil llegar hasta la oreja del feto, sobre todo cuando ésta se encuentra muy elevada. La mano que penetra en los órganos genitales tropieza con dificultad para avanzar a consecuencia de la estrechez de la vulva y de la vagina, especialmente si se trata de una primípara.

Aunque se lubrifiquen el guante con vaselina hay que emplear mucha paciencia para poder llegar al orificio uterino. Reconocido éste, no es fácil avanzar, porque la mano no cabe por cualquier parte. Generalmente, donde queda más sitio para introducirse es entre el sacro y la cabeza; si no se puede, se colocará la mano un poco lateralmente, entre el sacro y la tuberosidad isquiática, hacia atrás y la cabeza hacia adelante. Cuando la cabeza se encuentra en occipitopubiana, las orejas se encuentran muy altas y hay que colocar la mano muy hacia el extremo del diámetro transversal de la pelvis.

Sin embargo, colocando la mano en el extremo del diámetro oblicuo y procurando elevarse poco a poco se llega a la oreja en cuestión. Cuando se ha alcanzado ésta, pero nada más que entonces, se coge la rama del fórceps. Según hemos dicho varias veces, cada rama se coge con la mano homónima, y siendo la rama izquierda la primera que habrá de introducirse se cogerá con la mano izquierda. La aprehensión de la rama se debe hacer a modo de espada, es decir, con toda la mano y colocando el dedo meñique junto al gancho. La precaución de no coger esta rama hasta que se haya reconocido la oreja depende de que de lo contrario se tiene la tendencia de acelerarse en la introducción de la misma creyendo que de este modo se va a terminar antes el parto cuando en realidad lo que se hace es muchas veces aplicarla mal y hay que volverla a extraer para rectificar su posición.

Manteniendo el mango bien sujeto a la mano izquierda, pero sin rigidez, se aplica la cuchara a la palanca de la mano

derecha y sobre ésta se la hace avanzar lentamente. Si se ha ensayado antes esta maniobra con la mano fuera de los órganos genitales se observará que en cuanto se imprime al mango un movimiento de torsión, por ligero que sea, uno de los bordes de la cuchara se separa de dicha mano. Por tanto, hay que evitar, desde luego, dichos movimientos de torsión. Según va avanzando la cuchara a lo largo de la mano y luego de la cara lateral de la cabeza del feto, el mango va descendiendo, pero no en línea recta, sino haciendo un arco, y cuanto más recta sea la dirección de la cuchara, tanto mayor es el arco que forma el mango. Cuando la cuchara se encuentra en su sitio basta tener quieta la mano con que se sostiene el mango para que dicha cuchara no oscile de su sitio.

Mientras tanto se extrae la mano que sirvió de guía a aquélla para penetrar. Como quiera que entonces habrá que introducir en los genitales la mano izquierda para guiar la otra rama, se confiará la primera a un ayudante. Algunas veces el médico no dispone de él y tendrá que soltarla, dispuesto a rectificar más tarde la desviación que ha podido sufrir. La colocación de la segunda rama se hará de una manera simétrica a la colocación de la primera, pero se tendrá en cuenta que no es necesario llegar a encontrar la oreja anterior y que en muchos casos ni siquiera será posible. Bastará colocar la rama en posición diametralmente opuesta a la que tiene la rama posterior. Al avanzar la cuchara también descende el mango y se debe tener cuidado de dirigirle de modo que la parte articular de esta rama vaya a quedar en la mayor proximidad posible de la parte articular de la rama izquierda. Con frecuencia no se podrá hacer la colocación correcta de esta segunda rama hasta el tiempo siguiente, que es el de la articulación. Para lograrla se cogen simultáneamente los dos mangos, cada uno con la rama homónima y se aproximan las partes articulares de modo que el pivote de la izquierda penetre en la muesca de la derecha.

Con frecuencia se verá que una de las ramas se encuentra un poco de canto con relación a la otra. Habrá, pues, que



## ANTIASMATICO PODEROSO

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES

### Jarabe-Medina de Quebracho.

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

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

Depósito central: Sr. Medina, Serrano, 86, Madrid, y al por menor en las principales farmacias de España y América.

## ALMORRANAS



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

—Por defunción, la de médico titular de Campanario y su anejo La Guarda (Baños), partido judicial de Villanueva de la Serena, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 9.675; categoría, 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 286; instancias hasta el 12 de Octubre.

*Observaciones.*—Concurso de antigüedad.

*Datos.*—Villa a 18 kilómetros de la cabeza de partido y a 112 de la capital. Carretera. Río. Ferrocarril.

—Por renuncia, la de médico titular de Puebla de Valverde (Ternel), partido judicial de Ternel, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 2.242; categoría, 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 33; instancias hasta el 12 de Octubre.

*Observaciones.*—Concurso de antigüedad. Partido cerrado con 6.500 pesetas.

*Datos.*—Lugar a 22 kilómetros de la capital. Carretera. Río.

## 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 ESTOMAGAL  
SAIZ DE CARLOS**  
(STOMALIX)

Poderoso tónico digestivo  
que triunfa siempre.

Venta: Principales farmacias  
del mundo.



—Por renuncia, la de médico titular de Plasencia del Monte y sus anejos Quinzano y Esquedas (Huesca), partido judicial de Huesca, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 980; categoría, 4.ª; no hay familias incluidas en la Beneficencia; instancias hasta el 12 de Octubre.

*Observaciones.*—Concurso de antigüedad. Igualas, 4.400 pesetas.

*Datos.*—Lugar a 17 kilómetros de la capital. Carretera. Ferrocarril.

—Por renuncia, la de médico titular de Tarón (Granada), partido judicial de Ugijar, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 1.760; categoría, 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 80; instancias hasta el 12 de Octubre.

*Observaciones.*—Concurso de antigüedad.

*Datos.*—Lugar a 16 kilómetros de la cabeza de partido, a 55 de Almería, que es la estación más próxima, y a 80 de la capital.

—Por renuncia, la de médico titular de Valdemanco del Esteras (Ciudad Real), partido judicial de Almadén, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 547; categoría, 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 19; instancias hasta el 12 de Octubre.

*Observaciones.*—Concurso de antigüedad.

*Datos.*—Villa con Ayuntamiento, a 25 kilómetros de la cabeza de partido. La estación más próxima, Almadén, a 36 kilómetros.

—Por renuncia, la de médico titular de Cabeza de Vaca (Badajoz), partido judicial de Fregenal de la Sierra, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 8.818; categoría, 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 213; instancias hasta el 12 de Octubre.

*Observaciones.*—Concurso de antigüedad. Hay otro médico titular.

*Datos.*—Villa a 24 kilómetros de la cabeza de partido, cuya estación es la más próxima, y a 85 de la capital. Carretera. Río.

—Por renuncia, la de médico titular de Lucillos (Toledo) partido judicial de Talavera de la Reina, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 1.118; categoría, 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 40; instancias hasta el 5 de Octubre.

*Observaciones.*—Concurso de antigüedad. Igualas, 5.500 pesetas.

*Datos.*—Lugar a 18 kilómetros de la cabeza de partido y a 50 de la capital. La estación más próxima, Montearagón, a 4 kilómetros. Carretera. Río.

## MONOGRAFÍAS

Pedidos a EL SIGLO MEDICO

## HIERRO QUEVENNE

Único aprobado por la ACADEMIA de MEDICINA de PARIS. A causa de su pureza y de su poderosa actividad para curar Cloro-Anemia. Único ferruginoso inalterable en los países cálidos. — 14, rue des Beaux-Arts, París.

## TINTURA COCHEUX

Exito en los Hospitales desde 1848.

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

cura la Gota, Reumatismo — y el Mal de Piedra. —

Ayuntamiento de Madrid

## ANALISIS

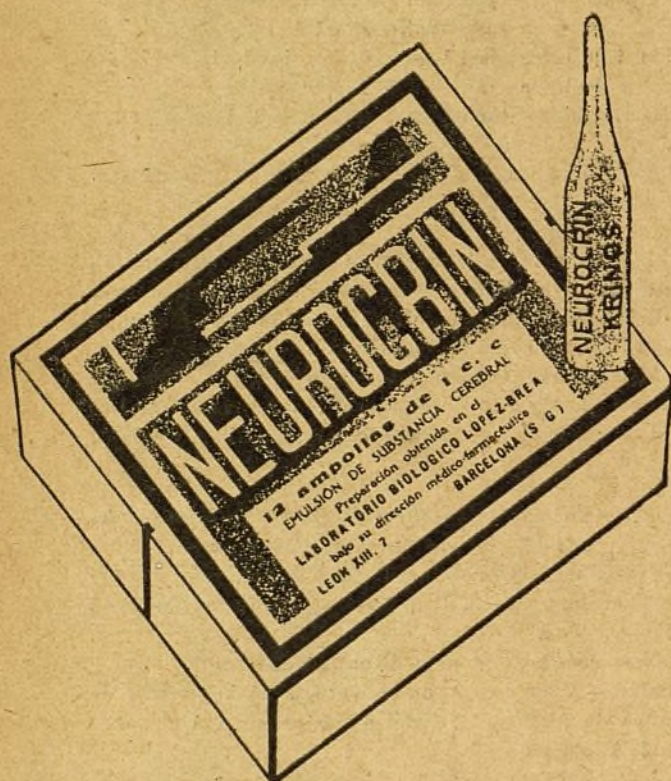
de orinas, esputos, leches, sangre, aguas, etc.

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

Carretas, 14, Madrid.

FUNDADO EN 1866.





**Terapéutica Biológica de las Jaquecas**

## Neurocrin Krynos

(Emulsión aséptica de sustancia cerebral)

### INDICACIONES

**Antineurálgicas** (jaquecas)  
**Anticonvulsivas** (síndromes epilépticos)  
**Antigénicas** (disonías vegetativas)

Por contener lípidos 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.

## TERAPEUTICA DE LAS ALTERACIONES MENSTRUALES

## OVARIOTONO

**COMPOSICIÓN** { Sustancia ovárica, 0,10; Sustancia tiroidea, 0,03; Viburnum prunif. extr., 0,06; Piscidia erythrind 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** { Sustancia mamaria, 0,10; Sustancia placentaria, 0,05; Secale cornutum extr., 0,06; Hamamelis virg. extr., 0,04; Hidratis 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)

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

Ayuntamiento de Madrid



## 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: Combate, por R. Lobo Regidor. — La cartera de «Decio Carlan». — El costo de la asistencia médica desde el punto de vista del médico general. Por la adaptación, L. R. — Sección oficial. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Tetulia médica. — Vacantes. — Por las Clínicas de Europa. — Anuncios.

## Boletín de la semana.

Momentos críticos. — Los médicos y el estado político.  
Reunión de la Junta patronal de nuestro Orfanato.

Pocas veces podrá haberse dicho con mayor razón que España atraviesa por uno de los momentos más críticos de su historia. Hablar de ello sin expresar opiniones ni marcar tendencias es cosa por demás difícil, y además inútil, porque razonar en medio de las pasiones y procurar dejarse oír con sensatez en medio del vocerío, es tarea perdida en el tiempo y estéril en el resultado. Sin embargo, callar, cuando no es cobardía, es deserción, sobre todo en los que han aceptado con entusiasmo y con resignación, que al fin puede ser forma de este entusiasmo, el deber de procurar interpretar al menos lo que ellos suponen imposiciones de su patriotismo y obediencia al decálogo ético de su conducta, que al fin y al cabo, como tal decálogo, escrito está en piedra y no sometido a las vicisitudes deleznales de las circunstancias y de los provechos transitorios.

España está procurando constituirse (Dios la escuche, la oiga y la complazca) sobre bases firmes en que pretende edificar su porvenir. Querer, antes de conocer cuál sea su Constitución, edificar cosas parciales, ora sea cabañas pastoriles, ora palacios o catedrales, es labor absolutamente perdida en el tiempo y en el espacio.

Decimos esto porque entre los problemas sometidos a las Cortes Constituyentes, los hay de trascendencia tal y de fundamentos tan hondos que el mariposear alrededor suyo inspirándose en provechos, ideales o tendencias particulares y menudas es perder el tiempo y exponerse al ridículo. Nunca estará más justificado el que digamos a los médicos de fuera de las Constituyentes que esperen a saber lo que éstas constituyen y a los que tienen representación en ellas que procuren manifestar con mayor actividad y más a tiempo que han comprendido sus deberes de ciudadanos y de médicos, influyendo en más radical manera en esos fundamentos y trascendencias que han de ser las leyes básicas de nuestra estructura (no estructuración) nacional.

Baste por hoy con un ejemplo: la cuestión regional federal o nacional empapa la atención y sugiere las tendencias de los que se llaman hombres políticos. Estos resolverán como su patriotismo, equivocado o acertado, su cultura, efectiva o aparente, y sus fuerzas, activas o perezosas, les sugieran y como los elementos a ellos extraños les consientan; pero es lo cierto que después de haber llegado a fórmulas jurídicas tan sagradas como lo es un texto constitucional, no cabrá el pedir variaciones y adaptaciones parciales contrarias al espíritu y aun a la letra de tan elevado texto. Decir que una función de Estado es una e indivisible, pretendiendo la organización de los que han de realizar esta función con arreglo a esa misma unidad y hablar luego de regiones, autonomías jurídicas y organizaciones menudas, es dejar los problemas abiertos, las pasiones encendidas y las esperanzas defraudadas.

No olviden esto los simpáticos y para nosotros respetabilísimos compañeros que en las Cortes se representan y que creímos que nos representarían. No basta pronunciar discursos más o menos afeitados y aderezados poniendo los ojos en blanco, encogiendo los hombros y queriendo mostrarse ajenos a problemas y representaciones a los cuales quizá deben su asiento en las Cortes; es necesario hablar de lo que se entiende, para lo que se ha solicitado significación y puesto, y no decir como el personaje del actor aficionado en la inmortal comedia de los Quintero, esto es, que en materia profesional «se les da lo mismo de Sevilla que del Guadalquivir».

\*\*\*

Como a nosotros en materia de profesión médica nos interesan los médicos y sus familias sin que dejen de interesarnos Sevilla, el Guadalquivir y hasta el Ventorro del Chaleco, diremos que la atención, de los que se la prestan a los huérfanos de nuestros compañeros, ha permanecido y permanece en un estado de desorientación agudizado por el anuncio público de la dimisión del fundador del Colegio de Huérfanos, presentada (a nuestro juicio, con vehemencia extremadamente juvenil) por



el Sr. Cortezo el 23 de Junio de este año y cediendo a una impositiva y extraña gestión de no se sabe qué autoridad ni obedeciendo a qué inspiración.

De entonces acá (es decir, transcurridos tres meses) la dimisión presentada aquel mismo día, y pedida con urgencia de la *espada o la pared*, ni ha sido admitida ni rechazada, solución esta última que sería baldía e inútil, dado que Cortezo en su larga y gloriosa carrera ha renunciado y dimitado los puestos más apetecidos por otros, pero nunca ha desistido de una renuncia por él presentada. Decimos esto, debidamente autorizados, para los que hipócrita o desembozadamente trabajan día y noche por obtener aquella que ellos suponen codiciable breva y en la cual no caben, o es de suponer que no caben, mayores lauros que las ingratitudes de los más y las demostraciones de incapacidad de los menos. Ojalá que se encuentre quien pueda emular lo que el Sr. Cortezo ha hecho, que ello sería para el buen viejo la mayor satisfacción, porque vería con ello comprobado lo que siempre ha dicho, y es que en ningún puesto hay nadie insubstituíble. Conque al asalto, pretendientes y candidatos, y con el tiempo hablaremos.

\*\*\*

Resumen de lo que tratamos de describir: la reunión celebrada el lunes 14 tuvo por resultado el que el Patronato recabara el derecho de resolver en el asunto, no admitir la dimisión y esperar a que el Gobierno, previa otra organización de los Estatutos, resuelva legal o arbitrariamente lo que bien le plazca o bueno juzgue.

Entretanto, el Sr. Cortezo ofreció continuar protocolariamente procurando que no sufran menoscabo los niños desamparados, que constituyen la preocupación de su vejez, nunca cansada, con olvido a ratos de los quince hijos que le dió la naturaleza.

Como somos o procuramos ser justos, diremos que por mucha que sea la razón que asiste a nuestro director, a lo que no le autoriza ningún agravio recibido, ninguna ingratitud manifiesta, ni ninguna visible intriguilla de vuelo bajo, es a emplear ciertas formas poco retóricas de que nos dicen que hizo uso el venerable anciano al resumir su decisión de no continuar en el desempeño efectivo del puesto que venía ocupando. ¡Hay que comprimirsel, querido Decio, como dicen en «La Verbena de la Paloma». Y no se nos dirá que olvidamos nuestros clásicos.

DECIO CARLAN

## IMPRESIONES

### COMBATE

Un hombre joven lucha con la muerte. Allá en su juventud contrajo una infección, y la petulancia propia de los años mozos no concedió importancia al tratamiento, y el enfermo hizo lo que menos podía convenirle, intentos de curarse, con largos intervalos de engañosa seguridad e indisculpable descuido. Aquellos períodos de terapéutica eran más bien reactivaciones del mal. Ante el medicamento invasor del organismo, el microbio organizaba sus formas defensivas, y pasado el peligro, para él, seguía pululando tranquila y eficazmente.

Mientras tanto el infeliz y mal aconsejado enfermo seguía gozando de la vida; su hoy no iba a tener fin, la hermosa juventud era planta perenne, el mañana lejano, el porvenir incierto, el peligro remoto, el riesgo exagerado.

Pero el microbio seguía su obra destructora y empezaba a manifestarse en los órganos nobles por antonomasia; alguna rareza de carácter, la apetencia del alcohol, nada en suma, al parecer; realmente, la parálisis general que aparecía. Paulatinamente la dipsomanía se acentúa y empiezan los trastornos digestivos y renales, y con motivo de una infección banal: fiebre, pérdida del conocimiento, de la motilidad en medio cuerpo, y de la palabra.

Sudores profusos intentan en vano substituir a la función urinaria casi inexistente; taquicardia frenética envía leucocitos en enorme cantidad para englobar al enemigo; se aumenta la temperatura para quemar las toxinas; y todo inútil, la muerte acude piadosa para desenlazar el tremendo conflicto, y todo acaba afortunadamente, porque la victoria en tan gigantesco combate, sería, vencida la enfermedad intercurrente, obtener un hombre hemipléjico, afásico, nefrítico y condenado al inexorable desarrollo de una parálisis general progresiva.

¡Miseria humanidad, y misérrimos humanos que pueden sufrir la apocalíptica imposición de inenarrable pena: «Te condeno a vivir!»

R. LOBO REGIDOR

### La cartera de «Decio Carlan».

Al salir de una de las Conferencias que con motivo del entusiasta centenario de San Francisco de Asís se dieron en Madrid hace poco tiempo, me decía un ilustre abogado que conmigo acababa de oír a otro letrado y jurisperito no menos ilustre:

—Mire usted, amigo Decio, a mí no me cuesta ningún trabajo llamar hermano al lobo y al lagarto, como hacía San Francisco; pero ¿si viera usted qué esfuerzo me cuesta algunas veces poder pensar que ciertos abogados, escribanos y aun procuradores puedan ser hermanos míos? ¿En qué podrá consistir eso?

—Pues mire usted, hermano Mucio Scevola, consiste en que al lobo, al lagarto y a la abeja los hizo Dios al hacer a San Francisco; y al abogado, al picapleitos y al juez los ha creado el pretencioso Satanás para usurpar la función más sagrada de Dios, que es la justicia, y para ello se ha servido del interés social humano dándole el pretencioso nombre de Derecho.

Ozetroc.

\*\*\*





# Opoterapia Hemática

Total

JARABE y VINO de  
**DESCHIENS**

à base de Hemoglobina

contienen intactas las Substancias  
Mínimas 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<sup>e</sup>) — Agente para España : J. G. SALINAS, 2, Calle Sagúes, Barcelona

LABORATOIRE NATIVELLE

27, RUE DE LA PROCESSION — PARIS (XV<sup>e</sup>)

# SOLUBAÏNE

SOLUCIÓN AL MILESIMO DE OUABAÏNE ARNAUD

## LA OUABAÏNE ARNAUD

está indicada en los casos de insuficiencia del miocardio :

Insuficiencia del corazón izquierdo;  
Insuficiencia ventricular derecha;  
Aritmias y Taquicardias.

DOSIS :

Pequeñas dosis prolongadas... .. XX gotas.  
Dosis medias. . . . . XXX a L gotas.  
Dosis macizas. . . . . L a CL gotas.

**CARDIOTÓNICO  
ENÉRGICO**

**ACCIÓN  
CONSTANTE  
Y SEGURA**

**DIURÉTICO  
PODEROSO**

**MENOS TÓXICO  
QUE LAS  
ESTROFANTINAS**

**DOSIFICACIÓN. RIGUROSA**

DRAEGER





# GYNOCALCION

**ACCIDENTES DE LA PUBERTAD    ACCIDENTES DE LA MÉNOPAUSIS**

**LABORATORIOS CORTIAL 15. Boul<sup>d</sup> Pasteur. PARIS**

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

## 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<sup>o</sup>,**  
67, Rue de la Victoire  
Paris.

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



En España: Sr. Juan MARTIN, Calle de Alcala, 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.

**DEPÓSITO GENERAL**

**VENTA EN  
FARMACIAS**

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

*CONSEJO CIENTO 308 · BARCELONA*



El amor a las novedades, el prurito de originalidad, la preferencia hacia lo nuevo, con repulsa o desdén de lo viejo, tienen una explicación en la doctrina evolutiva. Como en el desarrollo histórico se ha gastado el concepto de la eficacia de ciertos procedimientos y creencias, la herencia recibida, que justifica la afirmación transmitida de ciertas verdades, encuentra muchas más veces la demostración de la inseguridad o del fracaso de otros que pretendieron ser tales verdades en el curso evolutivo del progreso. Y como, por desgracia, son muchas las aspiraciones históricamente frustradas, se pretende en cada momento reemplazarlas por improvisaciones de que se creen inspirados sujetos, colectividades, razas o potencias transitorias que tienen mayor fe en una renovación con objeto, pero sin sujeto, por el solo hecho de ser renovación, dándose el caso grotesco del amor a lo nuevo, sin pensar que el ser actualmente, en las ideas como en el mundo material, significa haber sido, y el llegar a ser no tiene el valor de una afirmación sino cuando ha sido el hecho realizado. Se trata de tener mayor fe en la gravitación que se comprueba en todos los momentos y actos de nuestra vida que en la conquista transitoria del aire, siquiera sea ella un resultado del conocimiento efectivo del hecho mismo de la gravitación. La preferencia de lo nuevo por ser nuevo, o de lo viejo por ser viejo, son dos defectos lógicos asimilables a los defectos de acomodación del ojo. Hay entre los pensadores miopes voluntarios, como hay présbitas convencidos; lo difícil es que los unos y los otros encuentren vidrios de corrección que convengan al momento preciso de su acomodación espiritual como al de su acomodación visual. En todo caso, si ni con los vidrios se corrige la mala acomodación, más vale cerrar los ojos y deleitarse con los fosfenos, que al fin y al cabo son las ilusiones luminosas.

Ich.

\* \*

Las edades del hombre son todas críticas; el nacer y el morir son los dos únicos momentos definitivos de su existencia; ir viviendo es la única fórmula fisiológica de la vida.

No hay más edad definitiva que la muerte por desgaste fisiológico. ¡Qué triste es un camino que promete esperanzas y sólo tiene la realidad del no ser!

Ich.

\* \*

Dice un amigo mío, vuelto recientemente de Norteamérica, que la renombrada *ley seca* está resultando un fracaso y aun una ficción contraproducente. Claro está, los yankees han confundido la guerra al alcohol con la guerra a los borrachos. Privar a la humanidad del excipiente y disolvente de todo elemento civilizador desde Noé acá es un gran error. Lo que tienen que hacer esos higienistas improvisados es fijar lo que en *farmacia* se llama *cantidad suficiente*, sin llegar a la saturación.

Ich.

## El coste de la asistencia médica desde el punto de vista del médico general.

En la ponencia de Arthur T. Holbrook, doctor en Medicina, de Milwaukee, los factores sometidos a consideración son:

1.º La oposición tradicional a la discusión del llamado aspecto comercial en la práctica médica.

2.º La costumbre tradicional de cargar honorarios médicos fijos.

3.º La falta de disponibilidad de servicios de enfermeras económicas.

4.º La hospitalización irreflexiva de los enfermos.

5.º La innecesaria consulta de especialistas.

### OPOSICIÓN TRADICIONAL A LA DISCUSIÓN DEL LLAMADO ASPECTO COMERCIAL DE LA PRÁCTICA MÉDICA

No hay que retroceder muchos años para recordar un período en que el lado negocio o aspecto económico de la Medicina era prácticamente un asunto prohibido. Si hubiera habido discusión franca del aspecto económico de la práctica, durante el desarrollo de nuestra profesión, nada habría perdido nuestra dignidad y habría habido una comprensión mucho más satisfactoria de las relaciones económicas de los médicos entre sí y con el público.

Aun hoy, miembros de nuestra profesión confiesan su alarma por la deliberación pública del coste de la asistencia médica. Señalan ciertos peligros económicos para la práctica médica que tal discusión puede acarrear. Creen que el desarrollo de creencia pública de que la asistencia médica cuesta demasiado, estimulará la organización de más clínicas gratuitas de los tipos municipal o de fundación particular; causará el mayor desarrollo de la asistencia médica por parte de las grandes industrias; hará penosa la recaudación de honorarios médicos equitativos y adecuados, y, finalmente, engendrará el paternalismo y conducirá a alguna forma de medicina pública o del Estado. Los hospitales están particularmente interesados a causa de los esfuerzos de las grandes industrias para asegurarse habitaciones, salas y aun alas o pabellones de sus instituciones para uso no sólo de sus empleados, sino también de las familias de éstos, asistidas por médicos elegidos por las industrias o por los empleados.

En una época en que no hay asunto demasiado delicado o sagrado para el examen más profundo ni para los medios más sensacionales de publicidad o radiofusión, es difícil ver cómo un asunto de interés tan general como el coste de cuidado de los enfermos va manteniéndose secreto, escamoteándose o desviándose de una discusión libre y sincera. Si la profesión médica tiene algo que perder por la deliberación franca de su aspecto comercial, es ciertamente algo distinto de este aspecto, y cuanto antes se averigüe dónde radica el error, tanto mejor para los médicos y para los clientes.

Para facilitar este resultado trabajan asociaciones excelentes y están seriamente interesadas varias organizaciones; es convicción definitiva que, cuando el humo de toda esta controversia desaparezca, tanto el público como la profesión considerarán el asunto imparcial y claramente para sus mutuas ventajas y desaparecerán los fantasmas del paternalismo y de la medicina oficial.

Otro aspecto de la reticencia al discutir el lado comercial de la Medicina está presentado por las poco satisfactorias normas financieras entre el paciente de medios moderados y su médico. Nuestros enfermos solicitan asistencia médica y quirúrgica sin llegar a darse cuenta de la obligación en que incurren. La tradición ha enseñado al ciudadano que no es costumbre preguntar a un médico nada relacionado con el importe de su servicio, aceptando ciegamente un lado de un contrato y dejando al médico que adivine su capacidad de pago. El individuo que ajusta la asistencia de su esposa o de su hijo, se da cuenta de que si pregunta algo referente a la deuda que va a contraer se expone a ser tildado de interesado, sólo con mencionar tal asunto y, no obstante,



puede, calladamente, verse conducido a la más comprometida situación económica, que es injusta, tanto para él como para el médico.

La única solución racional de esta dificultad es romper con nuestras ilógicas tradiciones y establecer relaciones comerciales o económicas más francas con nuestros pacientes. Esto puede realizarse, en circunstancias apropiadas, con un procedimiento perfectamente aceptable dignificado.

Afortunadamente, la incumbencia del hospital (con asistencia de pago o medio pago) a este respecto se hace mínima por métodos de negocio más exactos; pero en algunas instituciones puede ser ventajosa una inteligencia más franca con el paciente o con su familia sobre lo incluido en el precio diario de su habitación. Con esto se ahorrará el discutir en la factura partidas tales como los análisis de laboratorio, alcohol para fricciones o medicinas extra. También estaría bien dejar sentado que se cargaran las comidas especiales de los enfermeros y que hay una tarifa para la sala de operaciones y para el encargado de la anestesia, y algo sobre el coste de los exámenes con rayos X. Los empleados de un hospital, que tan familiarizados están con la institución, no deben olvidar el azoramiento del recién llegado y deben tener consideración para su reticencia al tratar el aspecto económico de su asistencia.

#### COSTUMBRE TRADICIONAL DE CARGAR HONORARIOS FIJOS

Hubo un tiempo en que la retribución del médico se consideraba como una especie de gratificación y a veces se descubre aún algún resabio divertido de esta opinión. No obstante, durante muchos años, gracias a una comprensión general, o debido quizá al régimen más definido de tablas de honorarios medios, análogos de la Sociedad Médica Regional, la profesión ha adoptado tarifas más o menos fijas para determinados servicios. El coste de las visitas en la consulta particular del médico en Gopher Prairie es indudablemente distinto de las de Milwaukee y más diferente aún de la de Nueva York, y cada distrito particular conoce, por lo menos, los honorarios generalmente pagados. Se ha extendido la costumbre de hacer estos honorarios algo elásticos y ajustarlos a la fama del médico y a las posibilidades del enfermo. La variación de los honorarios debe hacerse bastante más general de lo que es costumbre, debido a la frecuente desproporción en uno u otro sentido entre el coste y el servicio. Es oportuno abogar por la individualización de nuestros precios con especial consideración de estos tres factores: calificación del médico, posibilidades del paciente y servicio prestado.

La posibilidad de pago del paciente es, a menudo, un asunto difícil de determinar. El trato íntimo y continuo entre el médico y el enfermo o su familia, tal como le experimentaron nuestros padres, se hace cada día menos frecuente, especialmente en las ciudades. De aquí que al médico le es más difícil que antes conocer lo que puede pagar su enfermo. Es prudente, por tanto, tomar por norma en la primera entrevista con un enfermo, cuando puede hacerse sin molestias, procurarse suficientes datos para apreciar justamente su posición económica y su responsabilidad. El sitio en que reside la ocupación o el comercio del cabeza de familia, las obligaciones de su cargo, vacaciones y costumbres de diversión de la familia y datos análogos pertinentes, pueden elegirse con tacto como preguntas y tomar nota de ellas y de sus respuestas como parte del informe. Con estos datos y una entrevista franca y sincera, si es necesaria, queda abierto el camino para un ajuste equitativo de cuentas.

El ajuste de la retribución por el servicio prestado con-

cierte al cirujano, al tocólogo y a otros especialistas, así como al médico general. Una operación de apendicitis puede ocupar doce minutos en la distribución del trabajo de una mañana y la siguiente necesitar dos horas en medio de la noche; una visita puede distraer cinco minutos para leer una tarjeta o dirigir una o dos preguntas, y otra vez puede hacer que el médico esté ausente en la hora de más trabajo en su consulta. La retribución debe cargarse, aproximadamente, por el servicio y no por la influencia en la memoria de cualquier tarifa de retribuciones.

Este ajuste de gastos para convenir circunstancias del paciente y el servicio o asistencia prestados es la norma aceptada en muchos hospitales y laboratorios.

#### LA FALTA DE DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS DE ENFERMERAS ECONÓMICAS

No hace falta ser un experto economista para darse cuenta de que hay algo equivocado en el retrato de la enfermera competente sentada durante horas seguidas charlando perezosamente con un enfermo o con los miembros de su familia o leyendo las revistas sin perder de vista el reloj, en espera de librarse de la monotonía de su trabajo. Ha explicado a la familia que no es necesaria su continua presencia; pero el jefe de la familia se ha forjado la ilusión de que su esposa o su hijo deben tener los mejores cuidados que puedan proporcionarse. Si es rico, no importa. Si supone un sacrificio, de algún modo se ingeniará para saldarle.

La enfermera carga unos honorarios perfectamente equitativos por sus servicios y tiene derecho a sus horas de descanso fuera del cuarto del enfermo; y sabemos también que hay un verdadero despilfarro económico en el sistema en boga de enfermera continua.

En varias asociaciones, y con más o menos éxito, se han hecho esfuerzos para corregir estas condiciones y proporcionar servicio adecuado de enfermeras sobre la base de un plan de tiempos parciales. Queda, no obstante, el hecho de que, a pesar de la organización de sociedades que visitan o prestan servicio por horas, la instalación de sistemas agrupados de cuidado hospitalario y los esfuerzos de las enfermeras individuales para prestar sus servicios sobre la base por horas, ha tenido poco éxito para procurarse la cooperación de los médicos, enfermeras y público con el fin de establecer un sistema eficaz de cuidado o asistencia por tiempos parciales que se haya adoptado con bastante intensidad para tener un efecto definido en la reducción del coste de la asistencia médica.

No obstante, sería un método bueno perfectamente factible y práctico, y que es importante para cualquier programa que busque la economía y la eficacia en la asistencia médica.

Debe hacerse notar que el éxito de tal sistema dependerá de la completa comprensión y aceptación del plan, tanto por el público como por los médicos a quienes debe anunciarse ampliamente. Debe desarrollarse, no por individuos o pequeños grupos, sino por las organizaciones mayores de enfermeras, junto con sus departamentos de asistencia continua. Tales organizaciones pueden idear métodos que sean ventajosos para la enfermera así como para el paciente.

Cada hospital, por necesidad, habrá de preparar un método compatible con su sistema y con sus normas particulares. Ya sea el sistema de grupos u otro cualquiera, el principio básico será el mismo. Puede ser algún método de cuidado por tiempos parciales que emplee el actual tiempo perdido de la enfermera encargada del paciente, quien no puede permitirse pagar un despilfarro tan antieconómico.



## HOSPITALIZACIÓN IRRREFLEXIVA DE LOS ENFERMOS

Desde el punto de vista del médico y del paciente acomodado, no hay pruebas de la conveniencia y de la utilidad del tratamiento y la observación diagnóstica en el hospital. Indiscutiblemente, a veces la hospitalización llega a ser tan normal que se debe insistir en ella sin reparar en el coste.

No cabe duda, no obstante, que a muchos pacientes se les hace satisfacer gastos de hospital que podrían ahorrarse. No es esto proclamar el descuido del diagnóstico o terapéutica: es un argumento contra la negligencia de someter a los pacientes a examen y cuidado de instituciones; cuando menos alejamiento de casa, menor servicio de oficina y más esmerado y concienzudo examen físico, con el uso de equipo de laboratorio de consulta relativamente sencillo, bastarían para alcanzar resultados adecuados.

La consideración de la conveniencia del médico es, a menudo, causa de muchos gastos para el paciente.

La misma situación es cierta para el sanatorio. Estas instituciones ya no se llenan con los casos de «postración nerviosa» del ingenuo siglo pasado. El médico que diagnóstica «postración nerviosa» está hoy bajo la sospecha de haber olvidado algo, y así los sanatorios están equipados para cuidar enfermedades del riñón, diabetes, hipertensión, artritis, desequilibrio endocrino y otras dolencias generales.

Con una sincera aprobación para el sanatorio bien conducido y de aprecio para su servicio, se debe estimular algo más de abandono en su empleo. Se abusa de su protección principalmente porque ofrece un método tan sencillo de librarse de la relación de dolencias sin sentido, de impedir la persistencia de antiguas quejas, de ahorrarse el esfuerzo diario de dar ánimo al paciente y ofrecer algunas frases esperanzadoras.

Es otra carga con que no debe alarmarse a una familia necesitada, hasta que haya fallado nuestro último esfuerzo verdaderamente paciente y concienzudo.

Desde el punto de vista de las mismas instituciones, ningún hospital o sanatorio de primera clase puede permitir que se le ponga en desorden sin necesidad; cuanto más una institución de esta naturaleza alienta la admisión innecesaria de enfermos, tanto más desciende su categoría.

## CONSULTA INNECESARIA DE ESPECIALISTAS

Al llegar al último factor a considerar, dice con gracejo Hulbrook: *me doy cuenta de que estoy sacando la cabeza fuera de las trincheras y estoy bastante seguro de que me van a alcanzar los tiros en ella.*

Cree firmemente que una de las consideraciones más importantes en todo el proyecto de reducir el gasto médico cae dentro de este nuevo punto.

Si se sitúa uno a bastante distancia para obtener una clara perspectiva de la práctica médica durante los últimos cincuenta años, verá el médico general en las avanzadas en los primeros años y le descubrirá en un sitio más oscuro, en el fondo, de los últimos años. Verá gradualmente desarrollada la posición honrosa y la real afluencia por parte de una variedad de especialistas. Los investigadores y los buscadores de microbios están también muy por delante del médico general, que ha empezado a adoptar una especie de expresión como si se preguntara si realmente tenía algún derecho a figurar de algún modo en el cuadro.

No es extraño, con esta evaluación ante sí, que en estos últimos años el médico joven dudara en dedicarse a la Medicina en general, sin tener en cuenta cuáles eran sus deseos especiales, o sus cualidades temperamentales o adquiridas. Si es un joven excesivamente bien educado y apto, con indiscutible porvenir, sus profesores en el Colegio, sus

ayudantes en el hospital y posiblemente sus amigos en casa, juzgaran raro que no escoja la Cirujía, la Dermatología, la Obstetricia, la Pediatría o alguna otra especialidad en lugar de la Medicina general. Y en esta verdadera actitud de descorazonar hombres altamente calificados para llegar a ser médicos generales, descansa, en gran parte, la explicación del coste elevado del cuidado médico.

Se puso de moda consultar a quienes se anunciaban a sí mismos como especialistas. Naturalmente, el buen estudiante vió la oportunidad; para aprovecharla dejó la práctica general, en su mayoría, en manos de las segundas figuras. El hombre mejor que prefería la práctica general se dió pronto cuenta de este estado y algunas veces probó a disfrazar la situación y se llamó a sí mismo internista.

Sería pueril discutir el valor y la necesidad absoluta del especialista, del investigador, del práctico de laboratorio. Debe entenderse claramente que en este trabajo no hay espíritu de restar importancia a sus adquisiciones o posición. No obstante, el discutir el valor y la absoluta necesidad será provechoso para la práctica médica y para el público del médico general.

Sin hacerse ilusiones sobre los defectos del médico general, ni tampoco sobre los adelantos que nuestra profesión ha hecho desde el día en que la lista diaria de un médico incluía un caso de sarampión, un parto en casa de la embarazada, la extirpación de un par de amígdalas y un reconocimiento para un seguro. Conozco cuánta sentimentalidad barata guardaba como reliquia el médico general del melodrama que pasaba gran parte de su tiempo caminando valientemente entre tormentas de nieve hasta llegar a las puertas de las casas de campo, trabajaba en la cocina alumbrado por una vela y vigilaba toda la noche a la cabecera de la cama, pasando la mano con atención y cuidado por su larga barba. Este tipo ha desaparecido casi con tanta seguridad como el cirujano que operaba con levitón.

El tipo de médico general a que ahora se refiere es un hombre preparado a fondo, que por temperamento y educación se adapta al trabajo de cuidar de las personas enfermas. Debe tener invariablemente dos cualidades: competencia y honradez. Debe ser inteligente y estar excesivamente bien preparado para hacerse competente en el amplio campo de su trabajo, para hacer los diagnósticos, para saber qué hay que hacer terapéuticamente. Debe ser capaz de reconocer condiciones que están más allá de sus conocimientos y práctica, y ha de ser honrado en ambos sentidos, popular y científico, para que bajo tales condiciones preste asistencia o mande su enfermo a un especialista. No va a recomendar lentes, actuar como tocólogo u operar una apendicitis, a menos que ejerza en una comarca en que no haya otro más competente que él para el servicio. Puede abrir un forúnculo en la mano de un paciente; pero si observa una infección más profunda en la mano, se dará cuenta de sus peligros y mandará su paciente a un cirujano, si hay alguno disponible.

En los primeros tiempos de su ejercicio realizará personal y prácticamente el análisis de orina, el examen de los esputos, los trabajos con la sangre que hizo como estudiante o interno. Más tarde, esto le ocupará demasiado tiempo y hará un convenio con algún laboratorio adecuado o empleará un técnico por horas. Los ensayos de metabolismo, los electrocardiogramas, y los trabajos de laboratorio más complejos y entretenidos, juzgará que es más conveniente que se hagan fuera de su casa.

Se le encontrará regularmente en las reuniones médicas, pero no figurará en el programa ni tomará parte en la discusión hasta que se presente una ocasión en que algunas



observaciones en el curso de su experiencia sean de valor pertinente. Consultará libros nuevos, periódicos e informes, y aceptará como parte de su armamento los hechos de valor probado deducidos por los investigadores y trabajadores de laboratorio. Mackenzie ha indicado por qué camino este hombre puede hacer un poco de investigación pagando su contribución al conocimiento médico.

Hay algún peligro, después que su práctica haya llegado a ser bien establecida y provechosa, de que se le invite a unirse a un grupo clínico y se convierta en su internista. Sabe que no es especialista en Medicina interna y se da cuenta de que sería un gesto y una condescendencia a la estimación popular que merece el anunciarse como especialista.

Sin tener querella alguna con los grupos clínicos más o menos populares, cabe decir que son valiosos para diagnosticar y para tratar el caso ocasionalmente embrollado, particularmente donde no se dispone de hospitales y de laboratorios bien equipados. No obstante, ellos y otras formas de corporaciones médicas no tienen sitio en ningún programa de reducción del coste de la asistencia médica. Ciertamente, no pueden suplantar al médico general, quien, bajo un cálculo conservativo, en su propia consulta y laboratorio modestamente equipados es capaz de diagnosticar y tratar científicamente y satisfactoriamente el 80 por 100, por lo menos, de los casos que a él acuden.

La aplicación importante de este factor en la discusión del problema de los hospitales es que puede hacerse que si la profesión y el público se dan cuenta de que un hombre como el descrito merece su alabanza y su ayuda y que está sirviendo su profesión tan admirablemente como cualquier especialista, entrarán más y más hombres deseables en este campo, entre ellos se encontrarán adecuados para el cuidado casero de muchos pacientes ahora hospitalizados y se dejará a los hospitales mucho más libres para el servicio a que están particularmente adaptados.

Finalmente, debe combatirse la creencia frecuentemente expresada de que nada resolverá el problema del coste de la asistencia médica, sino algún cambio profundo y básico y expresar la convicción de que la actual discusión amplia y sincera traerá una mejor compensación y un ajuste satisfactorio de los honorarios, enfermeras, hospitalización y una multitud de otros elementos, algunos de menor y otros de mayor importancia y de que la estimación y reconocimiento del médico general es primordial como factor en la solución.

Por la adaptación,  
L. R.

## SECCION OFICIAL

### MINISTERIO DE TRABAJO Y PREVISION

*Reglamento para la aplicación a la agricultura de la ley de Accidentes del Trabajo (1)*

Art. 33. Están, ante todo, las Mutualidades facultadas para contratar la asistencia con médicos y farmacéuticos libres.

En tal caso, la retribución y demás condiciones de la prestación del servicio estarán sujetas a lo especificado en el contrato.

Art. 34. Si no hicieran uso de esta facultad o no hubiera posibilidad de ejecutarla, podrán las Mutualidades acudir a

los facultativos titulares de la respectiva circunscripción, y tanto los médicos como los farmacéuticos titulares estarán obligados a prestar la asistencia.

A este efecto, las Mutualidades habrán de concertarse con dichos facultativos sobre la base de una tarifa especial, aprobada con intervención de la superioridad sanitaria.

Art. 35. En caso de no llegarse a un acuerdo entre las Mutualidades y los facultativos, respecto a la aplicación de la tarifa, cualquiera de las partes podrá someter el asunto al gobernador civil, quien resolverá oyendo al inspector provincial de Sanidad, y de cuyo acuerdo podrá apelarse ante el Ministerio de Trabajo y Previsión, el que resolverá oyendo a la Dirección de Sanidad y el Consejo de Trabajo.

Art. 36. Otra forma de dar cumplimiento a esta obligación de las Mutualidades, será el acuerdo con los Ayuntamientos respectivos para recabar que la asistencia médica y farmacéutica se considere como un servicio de Beneficencia municipal.

Art. 37. En el caso a que se refiere el artículo anterior, la asistencia médica y farmacéutica estará a cargo de los facultativos titulares, especialmente retribuidos para este servicio, por cuenta de la Mutualidad y de acuerdo con una tarifa especial incluida en el concierto que se celebre.

Art. 38. Si en la localidad donde se produce el accidente existieran establecimientos especiales de asistencia (Hospitales municipales, etc.), los Ayuntamientos, si hubieran contratado el servicio con las Mutualidades de patronos, facilitarán tales medios de tratamiento mediante convenios adecuados.

Art. 39. Si el lesionado ingresare en un Hospital, a los facultativos designados por la Mutualidad, o por el obrero, se les concederán las mismas atribuciones que a los forenses.

Art. 40. Cuando la índole del accidente lo exija o la imposibilidad de asistencia médico-farmacéutica en el domicilio de la víctima obligue, a juicio de la dirección facultativa de la Mutualidad, a su ingreso y permanencia en Hospital o establecimiento análogo, las estancias que se causen serán de cargo de la Mutualidad.

En las estancias se comprenderá el importe de los alimentos, medicinas, honorarios de asistencia facultativa y demás gastos que se hubieran originado por la asistencia del obrero en sala de pago, según las tarifas generales del Establecimiento.

Art. 41. En todas las localidades donde los facultativos de cualquier clase con quienes se haya contratado la asistencia sean varios, el obrero lesionado podrá elegir de entre ellos, en las condiciones que prevea el Reglamento de la Mutualidad, a fin de que no se perturbe el servicio establecido por ésta.

Art. 42. En los conciertos que las Mutualidades celebren con los facultativos, ya individuales, ya organizados, se expresará claramente:

1.º Clase y procedimiento de la asistencia si no está determinado en el Reglamento.

2.º Las tarifas de remuneración con arreglo al número de servicios y a la densidad de la población.

3.º El procedimiento de remuneración al personal que preste estos servicios, sobre la base de que la obligación de pagarlos cae sobre las Mutualidades o sobre las entidades aseguradoras, en su caso.

Art. 43. Cuando el médico o el farmacéutico presten al obrero determinado servicio que estuviesen obligados a prestarle, ya porque dicho obrero pertenezca a la Beneficencia municipal, ya por haberlo pagado según el sistema de «iguales», el interesado o el médico lo declarará así a la Mutualidad, y en este caso, si ésta retribuyera a los faculta-

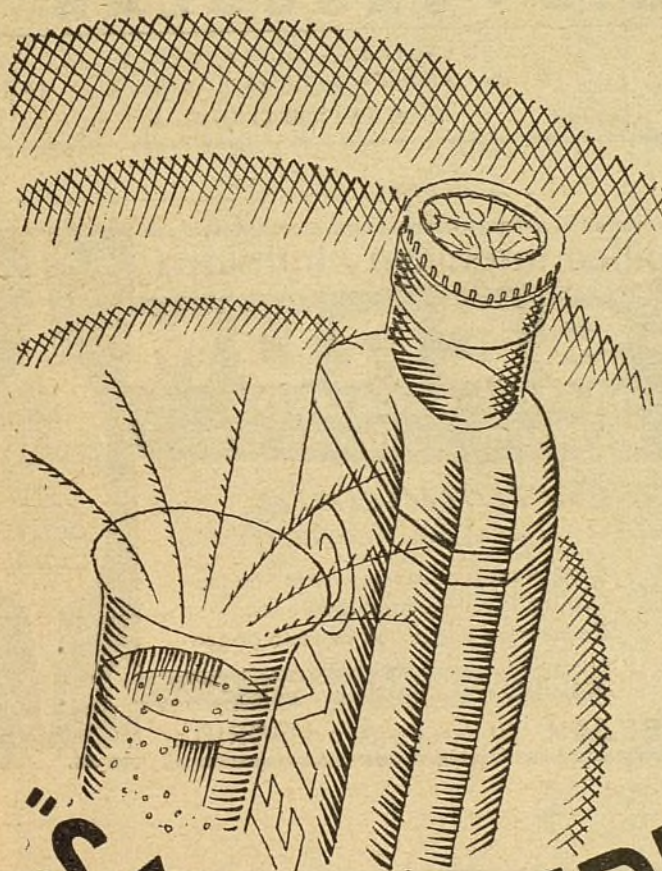
(1) Véase el número 4.056.





# ATONIA INTESTINAL

La atonía intestinal es, a un tiempo mismo, causa y efecto de la relajación de los músculos intestinales, ocasionada por la acumulación de residuos. Por eso es muy difícil corregirla, imposible a veces, si previamente no se asegura la evacuación regular en los intestinos. \* A menos que las células y los tejidos se encuentren ya saturados de fluido con exceso, interesa mucho que el laxante se tome disuelto en gran cantidad de agua: de ahí la indicación convenientísima, para este objeto, de la «Sal de Fruta» ENO. \* Su pureza, sabor agradable, salubridad perfecta y acción eficaz no dolorosa, le han conseguido la estimación de la clase médica en todos los países. \* La «Sal de Fruta» ENO no contiene en absoluto purgantes minerales, como sulfatos de sosa o de magnesia, ni ingredientes endulzantes. Tampoco contiene aromatizadores de ninguna clase. Se ha conseguido su grato sabor sin incorporarle ningún elemento extraño: simplemente por la escrupulosidad de su pureza y la exactitud de su composición.



## "SAL DE FRUTA" ENO

### «MENTOR DIAGNÓSTICO»

Elegantemente encuadrado en tafilete negro. Tratadito en el que se resumen los puntos esenciales del diagnóstico de las enfermedades nerviosas, cuyos complejos síntomas tan fácilmente escapan a la memoria. Por su tamaño, puede llevarse en el bolsillo del chaleco, siendo en todo momento una valiosa ayuda para aclarar cualquier punto dudoso. Con sumo gusto remitirá un ejemplar a todo médico que lo solicite, el

Concesionario de la «Sal de Fruta» ENO

FEDERICO BONET. — Apartado 501. — Madrid



# SPASMOSÉDINE

**ANTIESPASMÓDICO — SEDANTE NERVIOSO**

El primer sedante y antiespasmódico estudiado especialmente para la  
**TERAPIA CARDIO - VASCULAR**

Laboratorios DEGLAUDE  
Medicamentos cardíacos especializados.  
PARÍS

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

**Terapéutica Cacodilica Intensiva e Indolora**

## CYTO-SERUM

A BASE DE CACODILATOS ALCALINOS  
Una Inyección intra-muscular cada dos días

*Poderoso Estimulante  
de la Hematopoyesis y de la Fagocitosis*

GRUPE  
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<sup>o</sup> para España: FERNAND BEJAR, 20, RUIZ PERELLO, MADRID (9)

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES

## SEDOL BUISSON

**Asociación escopolamina-morfina.**

**AMPOLLAS — SUPOSITARIOS**

**Sustituye con ventaja a la morfina y evita  
sus inconvenientes.**

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



tivos por servicio y no a tanto alzado, la cantidad asignada por dicho servicio servirá para aumentar la indemnización.

Art. 44. El obrero lesionado, o su familia, tienen, además, derecho a nombrar por su parte y a su cargo, con arreglo a la tarifa especial, uno o más médicos que intervengan en la asistencia que le preste el facultativo designado por la Mutnialidad.

Art. 45. El médico del obrero podrá, de acuerdo con el médico del patrono, examinar al enfermo, enterarse de su tratamiento y formular las observaciones pertinentes para la más completa y acertada curación del accidentado. Caso de disconformidad, se acudirá a un médico de la Beneficencia municipal, el cual dará inmediatamente dictamen por escrito, que servirá de prueba pericial en su caso ante el Tribunal Industrial o el juez de primera instancia.

Si el pago de indemnización estuviese a cargo de una Compañía de Seguros, ésta podrá intervenir la asistencia facultativa del obrero lesionado en la misma forma que éste.

Art. 46. El obrero que por su parte y a su cargo nombre médico que intervenga en la asistencia, estará obligado a dar el nombre y la dirección del facultativo que le asista a la Autoridad gubernativa y a la Mutnialidad, dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes a la designación.

También dará cuenta a la Mutnialidad de los cambios de residencia.

(Continuará.)

## GACETA DE LA SALUD PUBLICA

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 710,1; ídem mínima, 702; temperatura máxima, 26°, 2; ídem mínima, 8°; vientos dominantes, N., NE. y SO.

El estado de la salud pública no ofrece motivos de inquietud, a pesar de las variaciones, casi diarias, de la constitución meteorológica y de las oscilaciones a que las vacaciones y el veraneo introducen en la densidad de la población. Solamente se muestra algún aumento en los trastornos gástricos y en las variaciones de índole infecciosa localizadas en el estómago y el tubo digestivo. Los reumatismos, sobre todo los musculares, han experimentado algún aumento. En los afectos crónicos también se insinúan complicaciones, particularmente en el aparato circulatorio, y en los niños sigue siendo relativamente favorable el estado de su salud.

## CRONICAS

**Sentido pésame.**—Ha fallecido víctima de la penosa enfermedad que venía padeciendo la virtuosa dama doña Rosa González del Campillo, esposa de nuestro muy querido amigo el ilustre maestro de médicos D. Francisco Huertas y Barrero. Profundamente conmovidos ante el dolor de este hombre bueno y cordial que así ve sacudida su alma por la separación cruel de quien fué su ejemplar compañera, le enviamos el testimonio de nuestra condolencia y participación efectiva en los tristes momentos que atraviesa.

**V Congreso Nacional de Pediatría.**—Se ha publicado el avance del programa de este Congreso, que tendrá lugar en Granada los días 19 al 23 de Octubre próximo.

El Congreso estará dividido en las siguientes secciones:

1.ª Higiene y Puericultura, presidida por el doctor Velasco Pajares.

Ponencias oficiales: Crítica de los métodos modernos de dosificación de la ración alimenticia del lactante; ponente: D. Miguel Torelló, de Barcelona.

Orientaciones convenientes de la Puericultura en España; ponente: D. Guillermo Arca, de Santander.

2.ª Medicina infantil, presidida por D. Aurelio Romeo Lozano.

Ponencias oficiales: Patogenia y tratamiento de los estados de hipotrofia y atrepsia; ponente: D. José González Jiménez Meneses, de Sevilla.

Diagnóstico y tratamiento de la sífilis congénita; ponente: D. Martín González Álvarez, de Madrid.

3.ª Cirugía infantil; presidente, D. Manuel Bastos.

Ponencias oficiales: Resultados de la cura heliomarina en el tratamiento de la tuberculosis osteoarticular; ponente: D. Luis Larrinaga, de Vizcaya.

Resultados de la osteosíntesis en el tratamiento del mal de Pott; ponente: D. Juan Garrido Lestache, de Madrid.

Las orquitis y las pseudoorquitis en la infancia; ponente: D. Enrique Hernández López, de Granada.

**Curso de Clínica venereológica y enfermedades de la piel, por el Dr. Álvarez Sáinz de Aja.**—Este curso tendrá la colaboración de los doctores Bertoloty, Bravo, Cordero, Fernández de la Portilla, Forns, La Rosa, Ruiz de Arcaute y Sanz Beneded.

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

Fecha: Del 3 de Noviembre al 10 de Diciembre de 1931. Local: Hospital de San Juan de Dios.

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

**Colegio de Médicos.**—Los colegiados que simpatizan con la iniciativa de la Asociación Oficial de Vecinos e Inquilinos de Madrid, de solicitar del Gobierno de la República suspenda el derecho que los caseros tienen para elevar los alquileres por quinquenios y para la revisión general de contratos, pueden pasar por la Conserjería de este Colegio, donde habrá un pliego de firmas a la disposición de los médicos que quieran adherirse a dicha campaña.

**Escuela Nacional de Anormales.**—Ha quedado de nuevo abierto el curso oficial en la Escuela Nacional de Anormales, siendo las horas de consulta, todos los días, a las doce de la mañana.

Lunes, miércoles y viernes: Dr. César Juarros.

Martes, jueves y sábados: Dr. José Palancar.

**Homenajes y distinciones.**—El Ayuntamiento de Valencia ha recogido la iniciativa del presidente de aquél Colegio Médico nombrando hijo predilecto de Valencia al catedrático jubilado D. Vicente Peset Cervera.

—Como corolario a los brillantes actos celebrados en Santander con motivo de la Semana Médica Montañesa, el sábado dieron una comida homenaje a los Dres. D. Antonio Sandoval y D. Luis Cuesta sus compañeros.

—En la tarde del día 1 del presente tuvo lugar el solemne acto de imponer la Medalla del Trabajo al doctor D. Enrique Fernández, prestigioso médico de Argamasilla de Calatrava, en que gran número de años viene ejerciendo su profesión con el cariñoso beneplácito de todos sus habitantes, que para perpetuar el nombre de su bienhechor han colocado una lápida conmemorativa en la casa en que vive.

—Ha sido concedida la gran cruz de San Hermenegildo al inspector médico de segunda clase D. Francisco Alberico Almagro.

**El «carnet» sanitario del estudiante en Francia.**—La Unión Nacional de Estudiantes de Francia ha presentado un proyecto de organización sanitaria generalizando en todo país el magnífico ensayo hecho en la Universidad de Estrasburgo. Esta reforma es un primer paso para dar a todos los estudiantes un «carnet» sanitario en el que cada uno de ellos pueda seguir las vicisitudes de su salud y los medios de protegerla.



**Las matronas celebran el aniversario de la creación del Colegio oficial.**—Para celebrar el primer aniversario de la Creación del Colegio Oficial de Matronas, se reunieron éstas en fraternal banquete, que fué presidido por el inspector provincial de Sanidad, Dr. Bardají; la presidenta del Colegio, señora Martínez de la Rosa; la de la Federación de Colegios, señora Marín, y las señoras que integran la Junta directiva. Fué un acto muy cordial.

**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.

**Las agresiones a los médicos siguen a la orden del día.**—El médico de Campillo (Cuenca), D. Luis Torrecilla, vicepresidente de la Comisión de la Diputación provincial, ha sido objeto de una agresión.

—El médico titular de Maganese de la Zambra (Zamora), D. Miguel Salvador Corder, se vió precisado a repeler a bastonazos la agresión que navaja en mano trató de inferirle un individuo perteneciente al partido Socialista. No contentos con esto varios socialistas se echaron a la calle alborotando e intentando quemar la casa del médico, rompiendo al paso los cristales del Juzgado y destrozando el tendido eléctrico que dejó a oscuras el pueblo.

Gracias a la presencia de la Guardia civil el orden quedó restablecido.

¿A quién le tocará mañana? Porque es muy raro el día en que no se nos comunican brutalidades de este género.

**Cursos Internacionales de Perfeccionamiento Médico en Berlín** dictará la Sociedad de docentes de cursos médicos de vacaciones y la Kaiserin Friedrich Haus, en colaboración con la Facultad de Medicina de la Universidad.

I. *Cursos que tendrán lugar en Otoño de 1931.*—1.º Curso internacional para especialistas en Medicina interna, con atención especial a las necesidades de la clínica (5-17 de Octubre); honorarios: marcos, 75.

2.º Curso de perfeccionamiento en materia de enfermedades infantiles (5-17 de Octubre); honorarios: marcos, 100.

3.º Curso de perfeccionamiento en materia de urología (15-21 de Octubre); honorarios: marcos, 100.

4.º Curso de perfeccionamiento respecto a psicología médica y terapéutica psíquica (26-31 de Octubre); honorarios: marcos, 50.

5.º Cirugía de enfermedades intratorácicas, con atención especial a la tisis pulmonar (26-30 de Octubre); honorarios: marcos, 80.

6.º Curso de tratamiento físico y dietético (26 de Octubre hasta el 4 de Noviembre); honorarios: marcos, 75.

7.º Cada mes tiene lugar un curso particular sobre el entero dominio de la Medicina.

II. *Para la Primavera de 1932.*—Han sido proyectados los cursos siguientes:

Un curso de rayos X. Una semana de estudios de perfeccionamiento en materias de obstetricia y de ginecología. Un curso de perfeccionamiento para médicos cirujanos. Un curso de perfeccionamiento sobre Medicina interna. Un curso de enfermedades profesionales, con atención especial a la actividad de los expertos y un curso de perfeccionamiento para médicos oculistas.

La Secretaría da razón sobre alojamiento apropiado, informa sobre los gastos de estancia, tramita la visita de operaciones en las clínicas, etc. La Secretaría se encuentra en la Kaiserin Friedrich Haus, Berlín, NW, 6, Luisenplatz, 24.

**Colegio Médico de Avila.**—Por el Colegio de Médicos de Avila ha sido elegida la Junta directiva siguiente: presidente, D. Domingo Muñoz; vicepresidente, D. Luis Martín; secretario, D. Jesús Galán; contador, D. Gaudencio Hernández; vocales, D. Ismael Picón, D. Mariano Mesonero y D. Obdulio Arangüena.

**Fundación Rockefeller.**—Invitado el Dr. Manuel Tapia por la Fundación Rockefeller a estudiar las Escuelas de Enfermeras existentes en París, Londres, Bruselas, Varsovia, Viena y Budapest, aprovechará el propio tiempo la ocasión de informarse de la organización sanitaria en estos países.

**En Turquía hay epidemia de cólera.**—De Basora comunican que la epidemia de cólera existente sigue causando gran inquietud.

De 730 atacados han fallecido 380.

**Oposiciones de practicantes.**—Terminadas las oposiciones para cubrir las plazas de practicantes vacantes en la Beneficencia municipal, han sido designados, después de brillantes oposiciones, los señores siguientes: don Vicente Alvarez, D. Francisco Plana Navarro, D. José Marcos García, D. José del Río, D. Rufino Ramos y don Eugenio García Pedal.

A todos nuestra enhorabuena.

**Enterotifoserum.**—Con el número presente acompañamos una interesante tarjeta del Instituto de Biología y Farmacoterapia Magnus, (Madrid, Alcalá, 192), recomendando el pedido de muestras.

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

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

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Unico preparador en España: DOCTOR GIRAL  
Catedrático y Académico.—Atocha, 35.—Teléf. M 33.—Madrid.

Forma emulsionable en frío: 2,90 ptas. caja de 150 gramos.

Forma cremosa: 4,40 ptas. frasco de 250 gramos.

Ambas formas: A granel por kilos.—Muestras gratuitas.

**BARDANOL**

Compuesta de extracto de raíces de LAPPA MAJOR L., y Estafío coloidal.  
LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 34.—Valencia.

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

**NIÑOS { Quininfantina**  
Delgado Ronco.

En papeles, de acción eficaz y agradable de tomar.

IMPRESA DEL SUCESOR DE E. TEODORO

Glorieta de Santa María de la Cabeza 1.—Madrid. Teléfono 70.4"