

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

FRANQUEO
CONCERTADO

HISTORIAL

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

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

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

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

PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN

En toda España, América y Portugal, 25 pesetas al año, 14 semestre y 8 trimestre. Los demás países, 50 pesetas.

Número corriente 1 peseta. — Toda suscripción se considera prorrogada, de no recibir aviso en contrario. — Pago adelantado. — Número atrasado 2 pesetas.

La correspondencia administrativa y giros al administrador. }

La científica y profesional al Director..... }

Apartado de Correos, núm. 121.



INDICADO EN EL COLAPSO DE LAS INFECCIONES, MIOCARDITIS, CARDIO-RENALES, INSUFICIENCIA CARDÍACA, SEA DE LA CAUSA QUE FUERE, OLIGURIA. ASÍ TAMBIÉN TIENE ESPECIAL INDICACIÓN PREOPERATORIA Y EN EL TRANCURSO DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y DESPUES DE ELLA.

LABORATORIO. ROBERT—BARCELONA



PHOSPHORRENAL ROBERT. RECONSTITUYENTE. EN GRANULAR, ELIXIR E INYECTABLE.
PEPTOYODAL ROBERT. YODO ORGÁNICO. EN LÍQUIDO Y EN INYECTABLE.
PLURICARDIOL ROBERT. TÓNICO CARDÍACO. EN INYECTABLE.
ARPHOS ROBERT. RECONSTITUYENTE. INYECTABLE EN SERIE.
NATROCITRAL ROBERT. ANTIDISPÉPTICO. EN GRANULADO Y COMPRIMIDO.

PRODUCTOS FARMACÉUTICOS ESPECIALIZADOS

MAURICIO LEPRINCE

Doctor en Medicina :: Farmacéutico de 1.^a clase.

Laureado en la Facultad de Medicina, en la Escuela Superior de Farmacia y en los Hospitales de París.

PARIS, 62, rue de la Tour, PARIS

MEMENTO TERAPEÚTICO

Indicaciones terapéuticas.

Facsimil de los productos.

Dosis y modo de empleo

CASCARINE LEPRINCE

(C¹² H¹⁰ O⁵)

Estreñimiento habitual.—
Enfermedades del hígado.—
Estreñimiento durante el embarazo
y la lactancia, etc.

Colagogo y copragogo de primer orden.



CASCARINE LEPRINCE

Píldoras dosificadas, á 0,10.—
Una ó dos por la noche, al acostarse ó durante las comidas, si el estreñimiento es de origen digestivo.

GUIPSINE

Principios activos del
muérdago.

Medicación hipotensiva. Hipertension, sobre todo si es debida al cansancio del órgano cardíaco. Específico de las dismenorreas y de las hemoptisis.



GUIPSINE

Píldoras dosificadas, á 0,05.—
De seis á diez por día, entre las comidas.— Ampollas dosificadas á 0,05. De una á dos inyecciones intramusculares por día (en los casos urgentes).

Píldoras del Dr. Sejournet

á base de Santonina.

Tratamiento de la diabetes
sin régimen especial.



Píldoras

del

Dr. Sejournet

Píldoras dosificadas, á
0,02 de Santonina.

Una en cada comida.

RHOMNOL

(C⁶⁰ H⁸⁴ As¹⁴ P⁴ O⁷²)

A base de ácido nucleínico puro y de los principales nucleofosforados extraídos de los cereales. Poderoso reconstituyente del núcleo celular. Verdadera nucleoterapia. Hiperleucocitario de primer orden. Especialmente indicado en las convalecencias, etc.



RHOMNOL

Píldoras dosificadas, á 0,05 de 4 á 8 por día durante las comidas. Sacaruro (granulado) á 0,10 por cucharada de café. Una cucharada de las de café durante las comidas. Ampollas de 1 c. c. á 10 c. c. dosificadas á 0,05 de nucleinato de sosa por c. c. para inyecciones hipodérmicas (infecciones agudas).

EUMICTINE

Blenorragia, uretritis, cistitis, etc.
Antigonocócico, diurético, antiséptico, etc.

(Tratamiento completo.)



EUMICTINE

Cápsulas envueltas en gluten. Contiene cada una: 0,20 de santalol, 0,05 de salol y 0,05 de hexametileno tetramina. De ocho á diez por día durante las comidas.

NUEVA PREPARACION

NEO - RHOMNOL

Nucleinato de Estricnina (nuevo cuerpo) y Cacodilato de sosa. Soberano reconstituyente en todas las decadencias, astenias, neurastenias y convalecencias, mediante la asociación de Fósforo, Estricnina y Arsénico.



Completamente asimilable.

NEO - RHOMNOL

Ampollas: Nucleinato de Estricnina, un miligramo; Cacodilato de sosa, 0,05 gr. Una inyección diaria.

Comprimidos: Nucleinato de Estricnina, 0,5 miligramos; Metilarsonato de sosa, 0,025 gramos.

2 comprimidos al día.

Sucursales de los Laboratorios M. LEPRINCE.—BARCELONA.—Apartado 205.

Depósito en las principales Farmacias de España y del Extranjero.

rrame pericardíaco o de otro proceso y, otras veces, para comenzar la evacuación del derrame dicho. También está indicada cuando teniendo casi certeza de la existencia de un derrame, se sospecha que es purulento. La técnica de la punción, sencillísima en apariencia, tiene, sin embargo, algunas dificultades, que consisten en los posibles accidentes que se pueden provocar al hacerla y ha de tratarse de evitarlos. El procedimiento de Dieulafoy, que consistía en hacer la punción en el quinto espacio intercostal a seis centímetros del borde izquierdo del esternón, es malo y no se debe hacer. Ciertamente que evita la punción de los vasos mamarios internos que preocupaba a su autor, pero en la mayoría de los casos tendrá que atravesar la pleura con las consecuencias naturales de probable infección por el líquido del pericardio si es séptico y, por lo menos, de neumotórax, y, en segundo lugar, si el derrame no es muy abundante y se encuentra situado por detrás del corazón, es muy fácil que se puncione éste. Otros varios procedimientos que hacen la punción atrás del borde del esternón, la mayoría de ellos del borde izquierdo, alguno del borde derecho, son igualmente malos y no se deben emplear, porque si bien es cierto que evitan el fondo de saco de la pleura, en cambio son muy expuestos a punccionar el corazón o los grandes vasos que nacen de él.

El procedimiento más recomendable es el de Marfan, que consiste en la punción epigástrica. Se pone al enfermo medio sentado en la cama y se aplica la mano izquierda al epigastrio de modo que el extremo del dedo índice depriman la pared del abdomen inmediatamente por debajo del vértice del apéndice xifoides. La aguja que conviene emplear para esta punción es una de punción lumbar que penetrará inmediatamente por debajo del apéndice xifoides y rasando con su punta la cara posterior del mismo, para marchar por el tejido conjuntivo preperitoneal sin penetrar en la cavidad de esta serosa, avanzará hacia arriba como unos dos centímetros. Llegado este momento se levanta un poco la extremidad posterior de la aguja, porque si se siguiera avanzando en la misma dirección, o sea rasando la pared posterior

o miocárdicas coexistentes. En la mayoría de los casos la pericarditis evoluciona hacia la curación. El líquido disminuye poco a poco de cantidad, sea de una manera espontánea, sea tras de una o más punciones. Si los ruidos del pericardio de pericarditis seca habían desaparecido, reaparecen con intensidad mayor; pero por fin desaparecen definitivamente. Los trastornos funcionales se atenúan mucho y la temperatura vuelve rápidamente a la normal. En conjunto suele durar la enfermedad de uno a dos días, y por fin entra el enfermo en convalecencia, pudiendo en este período abandonar el lecho. Pero la curación es incompleta.

Hemos hecho repetidas alusiones a que suele coincidir con la pericarditis una mio o una endocarditis; por consiguiente, en muchos casos queda como consecuencia del total proceso una lesión valvular. Otras veces son las secuelas la consecuencia exclusiva de la pericarditis y pueden presentar una gama de procesos muy variada. En el caso mínimo queda siendo el pericardio un foco de menor resistencia, en el que se localizan fácilmente procesos diversos inflamatorios y en el que reaparece la pericarditis en cuanto el enfermo sufre un nuevo acceso de reumatismo articular agudo. En los casos peores queda una sínfisis total del pericardio o una adherencia de éste a otros órganos del mediastino y a las pleuras que ocasionan en poco tiempo accesos tenaces de asistolia.

Cuando la pericarditis es tuberculosa se diferencia de la reumática: primero, porque su iniciación y su desarrollo suelen ser muy lentos, al revés de lo que sucede con la forma reumática; segundo, porque el derrame alcanza cantidades considerables de líquido, por ejemplo, dos o tres litros, en tanto que en la reumática es corriente que se reduzca a 100 ó 200 c. c.; tercero, porque los síntomas son tan poco marcados hasta que el derrame llega a ejercer acción mecánica sobre el corazón, que muchas veces pasa inadvertida por completo.

En cuanto a la pericarditis postneumónica, es purulenta y, como todas las de este carácter, se manifiesta por síntomas intensísimos. En primer lugar, se puede presentar

como consecuencia de una localización extrapulmonar de la infección neumocócica; pero lo corriente es que se produzca en el curso de la neumonía misma. No es indispensable que coexista con el empiema; pero es muy frecuente que suceda, y por la gravedad de la neumonía misma y por la coexistencia de la pleuritis puede pasar completamente inadvertida, encontrándose exclusivamente en la autopsia. La exploración cuidadosa del corazón hecha a diario permitirá el diagnóstico en algunos casos, pero no en todos, porque es muy corriente que no se produzcan ruidos pericardíacos. Las falsas membranas del pericardio están demasado infiltradas por líquido seropurulento para producir ruidos. El enfermo, por otra parte, no se queja de dolores precordiales, y la debilidad de los tonos se explica perfectamente por la repercusión que la neumonía tiene siempre en el funcionamiento del corazón. En los casos en que la reconstitución de la historia permite sospechar que la pericarditis fué metaneumónica, o sea que se inició después de la crisis de la fiebre de la neumonía, resulta especialmente contraria esta cualidad del derrame pericardíaco purulento de dar escasos síntomas. Como quiera que esta complicación surge muchas veces sin que haya elevación de la temperatura, no queda sino examinar atentamente el corazón durante bastantes días después de la defervescencia. El pronóstico es muy grave y la enfermedad termina casi constantemente por la muerte. Solamente en los casos excepcionales en que la pericarditis es serofibrinosa o seca resulta más favorable el pronóstico porque hay mayores probabilidades de curación.

Las pericarditis purulentas de otra naturaleza son la consecuencia de estados septicémicos o plomónicos; pero en cuadro clínico se puede considerar calcado del de la pericarditis purulenta neumocócica.

Siempre que exista la posibilidad de una pericarditis purulenta se deben agotar los procedimientos de exploración y si es preciso se acudirá a la punción exploradora.

La pericarditis que se presenta en las enfermedades del riñón puede ser también seca o con derrame, pero se distin-

más que señalar las pericarditis secas parciales en las que los ruidos están estrictamente localizados a una parte del pericardio que en la mayoría de los casos es la extremidad intensa del tercer espacio intercostal izquierdo y en que los trastornos funcionales son mínimos o nulos. Estos casos son los que más se prestan al error con los soplos de las cardiopatías valvulares y como los soplos cardiopulmonares. Los errores de diagnóstico son frecuentes y muchas veces graves en los casos en que un derrame se encuentra limitado a la cara posterior del pericardio. Es cierto que en la mayoría de los casos el derrame se encuentra en la parte posterior de dicho saco, pero además suele haber derrame en las partes laterales e inferior. Si el derrame se reduce a la parte posterior faltará el síntoma más importante, que es el aumento del área de macidez.

En un estudio muy minucioso de la pericarditis posterior se han llegado a distinguir dos tipos: el primero es aquel en que solamente se encuentran afectos los fondos de saco del pericardio y que se manifiesta por la gran congestión de la cara a consecuencia de la compresión de la cava superior y por la diñea que presenta el enfermo cuando se inclina hacia adelante, y una forma retroapexiana, en la que la macidez debida al líquido acumulado se extiende transversalmente y puede llegar a manifestarse en la axila, ya que no lo haga en la cara anterior del tórax, salvo cuando el enfermo se encuentra sentado. Desgraciadamente, estos síntomas son difficilísimos de interpretar cuando el enfermo padece al mismo tiempo que la pericarditis una congestión de las bases pulmonares o un derrame pleural. Algunas veces ha sucedido que se diagnosticó un derrame pleural del lado izquierdo y se punció, resultando que lo que se evacuó en realidad fué un derrame pericardíaco. Se caerá en la sospecha del verdadero diagnóstico cuando se observe que el enfermo experimenta un gran alivio de sus molestias por la evacuación de una pequenísima cantidad de líquido, a veces por la simple punción exploradora.

La punción del pericardio es una operación muy útil con frecuencia para decidir el diagnóstico en favor del de-

LABORATORIOS CORBIÈRE - PARIS

SUERO ANTI-ASMÁTICO DE HECKEL

MUESTRAS GRATIS

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

LA EXCITACIÓN DEL NEUMOGÁSTRICO ESPASMA LOS BRONQUIOS Y CAUSA LA CRISIS DE ASMA. SI POR MEDIO DEL SUERO DE HECKEL, SE EXCITA EL GRAN SIMPÁTICO, LA ACCIÓN DEL NEUMOGÁSTRICO QUEDA ANIQUILADA Y EL ESPASMO CESA.

FERNAND BEJAR, Agente G.^{al} para ESPAÑA, 20, Ruiz Perello, MADRID (9)

VACANTES

Por renuncia, la de médico titular de Acerea (Zaragoza), partido judicial de Daroca, con el haber anual de 1.375 pesetas. Población, 672; categoría 5.^a; familias incluidas en la Beneficencia, 6; instancias hasta el 15 de Marzo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad. Iguala, 4,225 pesetas.

Datos.—Lugar a 20 kilómetros de la cabeza de partido y a 100 de la capital. La estación más próxima, Fuente de Jiloca, a 10 kilómetros.

—Por renuncia, la de médico titular de Gallur (Zaragoza), partido judicial de Borja, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 3.880; categoría 3.^a; familias incluidas en la Beneficencia, 65; instancias hasta el 18 de Marzo.

Observaciones.—Méritos. Hay otra titular.

Datos.—Villa a 45 kilómetros de la capital y a 19 de Borja. Ferrocarril.

—Por renuncia, la de médico titular de Codo (Zaragoza), partido judicial de Belchite, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 1.140; categoría 4.^a; familias incluidas en la Beneficencia, 22; instancias hasta el 18 de Marzo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa a 18 kilómetros de Cariñena, cuya estación es la más próxima, y a 60 de la capital.

—Por renuncia, la de médico titular de Embid de Ariza (Zaragoza), partido judicial de Ateca, con el haber anual de 1.375 pesetas. Población, 600; categoría 5.^a; familias incluidas en la Beneficencia, 6; instancias hasta el 15 de Marzo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Lugar a 20 kilómetros de Ateca y a 110 de la capital. La estación más próxima, Cetina, a 16 kilómetros.

(Continúa en la pág. V.)



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

Fabricación de Mobiliario para CLINICAS, HOSPITALES Y SANATORIOS

Oferta especial para los señores médicos.

Vitrina hierro de 100 X 50 X 80 c/m con 3 entrepaños.	Ptas. 145,00
» » de 110 X 55 X 80 » con 3 »	» 165,00
» » de 120 X 60 X 88 » con 4 »	» 190,00
Mesa de reconocimiento con almohadones.....	» 100,00
» Eureka con almohadones.....	» 195,00
» » con lunas.....	» 295,00
» auxiliar con dos entrepaños.....	» 31,00
» » con porta-irrigador.....	» 72,00
Porta-irrigador de pie completo.....	» 55,00
» » de pared.....	» 25,00
Cubo a pedal.....	» 27,50
Taburete giratorio.....	» 88,00

Rogamos que antes de adquirir su mobiliario compare nuestros precios.

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

Soliciten nuestro catálogo.

FACILIDADES DE PAGO



CICA-SEPTICO LIRAS

(Gomo-resina kercitrinada con ceraína.)

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

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

Balneario de Carlos III TRILLO

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

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

Nervios. - Reuma. - Escrófula. - Piel.

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

Servicio directo desde Madrid en tres horas.

Informes y folletos:

HOTEL LEONES DE ORO, Carmen, 30, Madrid.

METARSILE MENARINI

FOSFO-METILARSENIATO DE HIERRO

En forma elixir para uso interno y en inyectables para vía hipodérmica.

Contiene, además del hierro, fósforo (lecitina) y arsénico (ácido metilarsenioso) en estado orgánico.

El fosfo-metilarseniato de hierro da excelentes resultados en las **fiebres palúdicas** y en sus consecuencias; en la **neurastenia** y el **agotamiento nervioso**; corrige la deficiente cantidad y defectuosa calidad de las fuerzas nerviosas; en la **anemia** y en la **clorosis** despierta la función digestiva y aumenta el apetito. En las **enfermedades de los niños** es el reconstituyente más indicado á causa del mínimo poder tóxico del arsénico y del fósforo orgánicos.

DE VENTA EN LAS PRINCIPALES FARMACIAS

Muestras gratis á los señores Médicos que las soliciten á los señores:

J. URIACH y C.^a, S. A. — Apartado 632.—BARCELONA

LABORATORIO FARMACÉUTICO

PONS, MORENO Y C.^a

DIRECTOR: D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA
ESPAÑA

Jarabe Bebé

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

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

Tetradínamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

Mutasán

(INYECTABLE)

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

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación de ferrocarril.

TERTULIA MÉDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

— AMENIDADES —

27-II-1932

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

La cartera de «Decio Carlan»

El ideal del hombre recto debe ser el poder dejar un hijo en que continuar su raza sana, un amigo que conserve la pureza de sus afectos y un discípulo

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

que persevere en la enseñanza de su conducta. La desaparición anticipada de estos tres seres es la condenación y el castigo de sus errores y pecados.

Ich.

Algunas mujeres, habiendo oído decir que un filósofo alemán que las conocía bien, afirmaba que eran seres de «cabellos largos y de ideas cortas», creyeron que cortándose los cabellos les crecerían las ideas, y con efecto, los cabellos se han quedado cortos y las ideas lo mismo.

Ich.

La vejez es una pobre mártir cuyos esbirros y verdugos son los recuerdos, la invalidez y los remordimientos. ¿Por qué anhelar toda una vida para llegar a ser viejo, sacrificando tantas cosas nobles, honradas y generosas al solo empeño de prolongar un purgatorio?

Ich.

Ya que la mujer no ha podido igualarse con el hombre tipo por faltarle ciertos órganos, ha querido igualarle cercenando una parte de su belleza; de esa belleza que es y será siempre su única razón de ser en el mundo. Substituir la mujer por el hemafrodita es incitar al hombre a que haga lo mismo. ¿Qué porvenir para el siglo xx!

Ich.

Francia es un país que sabe obtener victorias y no acierta a concertar tratas.

Una **LIBRERÍA MÉDICA** bien surtida de obras nacionales y extranjeras: R. Chena y C.ª, Atocha, 145, Madrid.

dos de paz. El de Versalles es un absurdo que ni ha puesto fin a la guerra ni satisfará nunca las justas exigencias de los vencedores por haberle éstos redactado más embriagados por la victoria que inspirados por la justicia.

Ich.

Los que llama gráficamente la lengua francesa «par venues», esto es, los improvisados, son siempre ingratos con aquellos que más o menos directamente les han ayudado a sus triunfos. Esto tiene una explicación: el «arrivante» no ha sentido más que una de dos influencias: o el convencimiento de su fortuna propia o el valor que a sí mismo se adjudica.

No tiene nada que agradecer a nadie; piensa él, y obra en consecuencia con este convencimiento.

Ich.

La mayor parte de los triunfos rápidos obtenidos en la política o en las profesiones no se deben a bondad ajena, sino al contrario, a deseos de oscurecer y dañar con el éxito del que llega, a los que disfrutaban eventualmente del triunfo, o son más un arma de la envidia que un reconocimiento del mérito.

Ich.

OMNADINA

ACTIVADOR DE LAS DEFENSAS DEL ORGANISMO

Caridad: sé como el río.

Te conozco, vanidad, aunque te ocultes discreta y me hables de caridad, que sé buscar la verdad a través de la careta;

y eres, según te desvives por el aplauso, o respondes rechazando el que recibes, caridad, cuando te escondes; vanidad, cuando te exhibes.

También te acecho, egoísmo, cuando mientes cristianismo y ayudas, sirves y das, porque el bien de los demás te alcanza un bien a ti mismo,

llegando a inspirarme horror aunque te vistas de amor, cuando, para socorrer, insultas con tu placer al trabajo o al dolor;

que las lágrimas vertidas por las almas afligidas no pueden ser consoladas con limosnas recogidas entre alegres carcajadas.

Caridad: sé como el río que alimenta el regadío a costa de su caudal, que se entrega liberal hasta quedarse vacío;

que se desnute contento ante el terruño avariento por sólo hacerle merced; que la sed quita al sediento y se queda con la sed;

pero que mientras esmalta las tierras con su maná, esconde virtud tan alta y sólo se ve que falta.

Caridad: sé como el río; mira que su poderío, vertido en el pan ajeno, no bien se mira vacío cuando vuelve a verse lleno.

LUIS MARTÍNEZ KLEISER.

CARABAÑA: el mejor purgante.

Amor de la patria y pasión nacional.

I

Busco en los hombres aquel amor de la patria que hallo tan celebrado en los libros, quiero decir, aquel amor justo, debido, noble, virtuoso, y no le encuentro. En unos, no veo algún afecto a la patria; en otros, sólo veo un afecto delinciente, que con voz vulgarizada se llama pasión nacional.

No niego que revolviendo las historias se hallan a cada paso millares de víctimas sacrificadas a este ídolo. ¿Qué guerra se emprendió sin este especioso pretexto? ¿Qué campaña se ve bañada de sangre a cuyos cadáveres no pusiese la posteridad la honrosa inscripción funeral de que perdieron la vida por la patria? Mas si examinamos las cosas por adentro, hallaremos que el mundo vive muy engañado en el concepto que hace de que tenga tantos y tan finos devotos esta deidad imaginaria. Contemplemos puesta en armas cualquiera república sobre el empeño de una justa defensa, y vamos viendo a la luz de la razón qué impulso anima aquellos corazones a exponer sus vidas. Entre los particulares, algunos se alistán por el estipendio y por el despojo; otros, por mejorar de

Almorranas internas, externas

y afecciones del recto. Medicación hemorroidal completa Dr. Ribalta. Prospectos gratis. Rambla Cataluña, 44, Barcelona

fortuna, ganando algún honor nuevo en la milicia, y los más por obediencia y temor al príncipe o al caudillo. Al que manda las armas le insta su interés y su gloria. El príncipe o magistrado, sobre estar distante del riesgo, obra, no por mantener la república, si por conservar

la dominación. Ponme que todos esos sean más interesados en retirarse a sus casas que en defender los muros, verás como no quedan diez hombres en las almenas.

Aun aquellas proezas que inmortalizó la fama como últimos esfuerzos del celo por el público, acaso fueron más hijas de la ambición de gloria que del amor de la patria. Pienso que si no hubiese testigos que pasasen la noticia a la posteridad, ni Curcio se hubiera precipitado en la sima, ni Marco Attilio Régulo se hubiera metido a morir en jaula de hierro, ni los dos hermanos Filenos, sepultándose vivos, hubieran extendido los términos de Cartago. Fué muy poderoso en el gentilismo el hechizo de la fama póstuma. También puede ser que algunos se arrojasen a la muerte, no tanto

Contra las neuralgias aconsejamos ad CEREBRINO MANDRI

por el logro de la fama, cuanto por la loca vanidad de verse admirados y aplaudidos unos pocos instantes de vida, de que nos da Luciano un ilustre ejemplo en la voluntaria muerte del filósofo Peregrino.

En Roma se preconizó tanto el amor de la patria, que parecía ser esta noble inclinación la alma de toda aquella república. Mas lo que yo veo es que los mismos romanos miraban a Catón como un hombre rarísimo y casi bajado del cielo, porque le hallaron siempre constante a favor del público. De todos los demás, casi sin excepción, se puede decir que el mejor era el que, sirviendo a la patria, buscaba su propia exaltación más que la utilidad común. A Cicerón le dieron el glorioso nombre de *Padre de la patria* por la feliz resistencia que hizo a la conjuración de Catilina. Este, al parecer, era un mérito grande, pero en realidad equívoco; porque le iba a Cicerón, no sólo el consulado, mas también la vida, en que no lograrse sus intentos aquella furia. Es verdad que después, cuando César tiranizó la república se acomodó muy bien con él. Los sobornos de Jugurta, rey de Numidia, descubrieron sobradamente qué espíritu era el que movía el senado romano. Toleróle éste muchas y graves maldades contra los intereses del Estado a aquel príncipe sagaz y violento; porque a cada nueva insolencia que hacía enviaba nuevo presente a los senadores. Fué, en fin, traído a Roma para ser residenciado; y aunque, bien lejos de purgar los delitos antiguos, dentro de la misma ciudad cometió otro

R. Chena y C.º, Atocha, 145, Madrid.
Plea todos los libros de Medicina que desee.

nuevo y gravísimo, a favor del oro le dejaron ir libre; lo que en el mismo interesado produjo tal desprecio de aquel Gobierno, que a pocos pasos después que había salido de Roma, volviendo a ella con desdén la cara, la llamó *Ciudad Venal*; añadiendo que presto perecería como hubiese quien la comprase: *Urbem venalem et mature perituram, si emptorem invenerit.* (Salust, in Jugurtha.) Lo

mismo, y aun con más particularidad, dijo Petronio: *Venalis populus, venalis curia patrum.*

Este era el amor de la patria que tanto celebraba Roma, y a quien hoy juzgan muchos se debió la portentosa amplificación de aquel imperio.

(Continuará)

SARNA

Cápsulas con SULFURETO CABALLERO

LA MENTE tranquila; los pies calientes; el intestino limpio.

BOERHAAVE.

UN GUARDAAGUJAS, al cruzar línea, tropieza y se cae. Un compañero que le ve empieza a cantar el tango tan popular que dice: «Un trepeón cualquiera da en la vida...»

Se levanta el caído, y dirigiéndose con rapidez al cantante, le pega un puñetazo en un ojo, cantando el siguiente tango: «Y todo a media luz...»

¿QUÉ DESCUBRIMIENTO o verdad no ha sido novel al principio?

HAHNEMANN.



FORMULA

POR 20 GRAMOS

Tihocol . . 23 centigr.

Codeína . . 1 centigr.

Arrhenal . . 2 centigr.

Reclo al público:

4,40 ptas.

JOTAS DE RONDA

Ayer tarde fuí a cazar con el morral del alcalde, el burro del boticario y la perra de tu madre.

Lo mismo que los candiles debería estar tu madre: colgadita de una escarpia y en cuando en cuando atizale.

Academia de Ciencias de París.

LA INMUNIZACIÓN POR INHALACIÓN

El Dr. Roux, director del Instituto Pasteur, entregó una Memoria de M. Trillart sobre la inmunización de los animales contra la infección microbiana por simple inhalación de vacuna o de gérmenes atenuados en suspensión de un aire, reemplazando ciertas sustancias. M. Trillart pone como ejemplo la perfecta inmunización de dos gallinas y de dos ratones contra el cólera por la

inhalación, durante algunos minutos, de una atmósfera con una pequeña dosis de vacuna núm. 2 (Staub) o gérmenes atenuados.

EL EXHORTO AL PROCESO DE LÜBECK

En el proceso Lübeck el Ministerio público pidió contra el profesor Deycke y el Dr. Alstaedt una pena de tres años de prisión por homicidio imprudente y una pena de un año de prisión contra el profesor Klotz.

Determina la absolución del enfermero Schutze, asistente del profesor Deycke.

El mismo Ministerio admite que una confusión ha provocado la catástrofe de Lübeck y que esta confusión se produjo en el mes de Diciembre del año 1929.

JARABE ALMERA

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

Un truco de Balzac.

Madame de Giralán refiere cómo se las gobernaba el gran novelista durante su viaje por Austria para pagar, sin ser robado, a los postillones que le prestaban sus servicios, según el propio Balzac se lo contó:

«Yo sentía cierto embarazo a cada relevo. ¿Cómo hacer para pagar lo justo y nada más que lo justo? Yo no sabía una palabra de alemán, ni conocía la moneda del país: Y he aquí lo que ideé.

Tenía un saquito, lleno de pequeñas monedas de plata, de «kreutzers».

Al llegar al relevo sacaba mi bolso; el postillón se acercaba a la portezuela del coche, yo le miraba atentamente y le ponía en la mano un «kreutzer»... dos «kreutzer»... tres..., cuatro, etc., hasta que le veía sonreír.

En cuanto sonreía comprendía yo que le daba un «kreutzer» de más... Inmediatamente retiraba mi moneda; mi hombre estaba bien pagado.»

«Esta historia — añade madame de Giralán — retrata a Balzac de cuerpo entero.

Yo no comprendo el alemán — se había dicho —, no conozco la moneda del país, pero conozco el corazón humano y comprendo el lenguaje de la fisonomía, que es el mismo en todos los países.»

Y había sabido hacerse un «diccionario» que le traducía fielmente el significado de las candorosas imprudentes sonrisas de los postillones alemanes.

Jarabe Bebé. - Tetradinamo. - Septicomol. - Purgantil (Jarabe de Frutas)
Véase anuncio, página IV.

EL GENIO no requiere seguir métodos; los crea.

JOSÉ LOBEL.

LA CIENCIA acrecienta nuestra potencia y disminuye nuestro orgullo.

CLAUDIO BERNARD.

SIGUE A LA PÁGINA XVI



—Por renuncia, la de médico titular de Catllar (Tarragona), partido judicial de Tarragona, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 1.066; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 10; instancias hasta el 15 de Marzo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa a 12 kilómetros de la capital. Ferrocarril.

—Por renuncia, la de médico titular de Alforja (Tarragona), partido judicial de Reus, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 1.781, categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 40; instancias hasta el 18 de Marzo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa a 12 kilómetros de Reus y 18 de la capital. La estación más próxima, Borjas del Campo, a 6 kilómetros.

—Por defunción, la de médico titular de Cantimpalos (Segovia), partido judicial de Segovia, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 776; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 22; instancias hasta el 18 de Marzo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa a 18 kilómetros de la capital y a 8 de Yanguas, cuya estación es la más próxima.

—Por renuncia, la de médico titular de Santo Tomé del Puerto (Segovia), partido judicial de Sepúlveda, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 642; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 10; instancias hasta el 18 de Marzo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Lugar a 18 kilómetros de la cabeza de partido y a 57 de la capital, cuya estación es la más próxima; a 2 kilómetros el puerto de Somosierra. Punto inmejorable para el veraneo por estar junto a Picocebollera.

—Por defunción, la de médico titular de Santorcaz y su anejo Anchuelo (Madrid), partido judicial de Alcalá de Henares, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 958; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 22; instancias hasta el 15 de Marzo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad. Iguala, 4.000 pesetas.

Datos.—Villa a 15 kilómetros de la cabeza de partido, cuya estación y la de Meco son las más próximas, y a 45 de la capital.

—De nueva creación, la de médico titular de Leganés (Madrid) partido judicial de Getafe, con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 4.672; categoría 2.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 125; instancias hasta el 15 de Marzo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad. Hay otra titular.

Datos.—Villa a 12 kilómetros de la capital y a 12 de la cabeza de partido. Ferrocarril.

—Por renuncia, la de médico titular de Lucainena de las Torres y su anejo Turillas (Almería), partido judicial de Sorbas, con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 4.098; categoría 2.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 66; instancias hasta el 18 de Marzo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa a 11 kilómetros de la cabeza de partido y a 50 de la capital. La estación más próxima, Benahadux, a 39 kilómetros. Ferrocarril minero.

—Por renuncia, la de médico titular de Montalbanejo (Cuenca), partido judicial de Belmonte, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 989; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 12; instancias hasta el 18 de Marzo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa a 30 kilómetros de la cabeza de partido y

a 60 de la capital. La estación más próxima, Tarancón, a 60 kilómetros. Río.

—Por renuncia, la de médico titular de Albuñol (Granada), con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 7.685; categoría 2.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 200; instancias hasta el 18 de Marzo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad. Barriada de La Rábida. Hay otra titular.

Datos.—Ciudad cabeza de partido, a 103 kilómetros de la capital. La estación más próxima, Almería, a 37 kilómetros. Puerto de mar.

—Por renuncia, la de médico titular de Fuentenovilla (Guadalajara), partido judicial de Pastrana, con el haber anual de 1.375 pesetas. Población, 641; categoría, 5.ª, familias incluidas en la Beneficencia, 10; instancias hasta el 18 de Marzo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa a 16 kilómetros de la cabeza de partido y a 30 de la capital. La estación más próxima, Mondejara, a 5 kilómetros. Río Tajuna.

—Por renuncia, la de médico titular de Anguciana (Logroño), partido judicial de Haro, con el haber anual de 1.375 pesetas. Población, 916; categoría 5.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 40; instancias hasta el 18 de Marzo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa a 4 kilómetros de Haro. La estación más próxima, Casalcarcha, a 3 kilómetros. Río Tisón.

—De nueva creación, la de médico titular de Candín (León), partido judicial de Villafranca del Bierzo, con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 2.050; categoría 2.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 50; instancias hasta el 18 de Marzo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Lugar a 30 kilómetros de la cabeza de partido y a 90 de la capital. Carretera en construcción. Estación más próxima, Toral de los Vados, a 30 kilómetros.

—Por renuncia, la de médico titular de Paradela (Lugo), partido judicial de Sarriá, con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 5.931; categoría 2.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 85; instancias hasta el 18 de Marzo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Ayuntamiento a 15 kilómetros de la cabeza de partido, cuya estación es la más próxima, y a 30 de la capital.

—Por renuncia, la de médico titular de Perales (Palencia), partido judicial de Palencia, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 473; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 10; instancias hasta el 18 de Marzo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa a 22 kilómetros de la capital. La estación más próxima, Becerril, a 10 kilómetros. Río Carrión.

—Por defunción, la de médico titular de Cabezón de la Sal (Santander), partido judicial de Cabuérniga, con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 3.212; categoría 2.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 60; instancias hasta el 18 de Marzo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa a 45 kilómetros de la capital y a 20 de la cabeza de partido. Ferrocarril.

—Por excedencia, la de médico titular de Turégano (Segovia), partido judicial de Segovia, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 1.542; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 60; instancias hasta el 18 de Marzo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad. Hay otra titular.

Datos.—Villa a 34 kilómetros de la capital, que es la estación más próxima.

(Continúa en la pág. XVI).

LA MEDICACIÓN IODADA

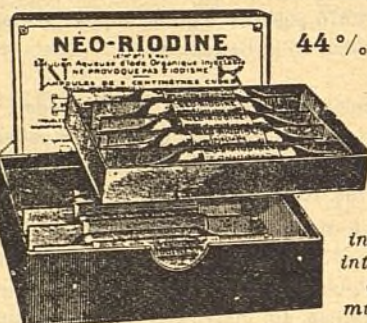
Inmediata e intensa
POR LA

Lenta y duradera
POR LA

NÉO-RIODINE RIODINE

TOLERANCIA PERFECTA — SIN IODISMO

Solución acuosa de yodo
Orgánico inyectable



44% de yodo

En
inyecciones
intravenosas
o intra-
musculares.

La caja de 50 ampollas se vende
a precio reducido para los Señores
Médicos, los Hospitales y las Clinicas.

Eter glicérico
yodado del ácido
ricinoleico.

Compuesto químicamente
definido y estable

$(C_{15}H_{33}O_3)_3 (1H)_2 C_3H_5$

DOSIS MEDIA :
2 a 6 perlas al día.



Cada perla representa la acción
terapéutica de 20 centigramos de
yoduro alcalino.

Laboratorios P. ASTIER, 45-47, Rue du Docteur-Blanch. — PARIS (16^e) (Francia).

Sucursal en España: 129, calle del Bruch. — BARCELONA

ZINOSAL

JUSTE

COLIRIO A BASE DE SULFATO DE ZINC QUÍMICAMENTE PURO

Instilación indolora. — Aplicación cómoda. — Conservación aséptica.

El **ZINOSAL**, en su nuevo envase,
aumenta la eficacia terapéutica del sul-
fato de zinc y facilita su instilación.

Indicado en la CONJUNTIVITIS SUBAGUDA DIPLOBACILAR o de
MORAX AXENFELD y en las CONJUNTIVITIS CATARRALES,
CRÓNICAS, PRIMAVERALES, etc.

Las indicaciones del Sulfato de Zinc, el **ZINOSAL** las mejora.



Muestras y literatura al DEPARTAMENTO MEDICO del
LABORATORIO JUSTE. - Apartado 9.030. - MADRID

Francisco Navacerrada, 3, hotel. — Teléfono 55.386.



EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

Director-Propietario: Excmo. Sr. D. CARLOS MARÍA 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: Aortitis abdominal simulando úlcera gástrica, por el Dr. W. Merino Hernández.—Servicios de Cirugía del Hospital Militar de Tetuán: Nota clínica sobre consolidación espontánea de fractura del cuello y tróclea del fémur en un adolescente por el Dr. M. Gómez Durán.—Al servicio de la verdad: Crítica de las teorías sexuales del Dr. Marañón, por el Dr. Oliver Brachfeld.—El combustible del cerebro. Adaptación castellana de P. M.—El ruido, por P. M.—Bibliografía.—Periódicos médicos.

Aortitis abdominal simulando úlcera gástrica

POR EL

DR. W. MERINO HERNÁNDEZ

Médico de la Armada y de la Beneficencia Municipal.

Siendo la aortitis abdominal una enfermedad de sintomatología unas veces tan confusa que hace muy difícil su diagnóstico, otras tan escasa que puede pasar inadvertida, y en ocasiones tan análoga a diversos padecimientos abdominales agudos o crónicos que puede ser confundida con ellos, nos ha parecido de interés el presente caso, que pone de manifiesto la necesidad de tener presente la posible existencia de la misma al establecer el diagnóstico de diversas afecciones de la cavidad abdominal si se quiere evitar el cometer groseros errores diagnósticos que llevan aparejados largos e inútiles tratamientos o innecesarias intervenciones quirúrgicas.

Enferma: Catalina Ruiz García, treinta y seis años, natural de Villarcayo, (Burgos), casada.

Antecedentes familiares.—Su padre murió de cáncer gástrico. La madre de apoplejía. Ocho hermanos, de los cuales mueren siete: uno de tuberculosis pulmonar, otro de neumonía, y los otros no recuerda. Dos hijos: una hija fallece de tuberculosis peritoneal. El otro hijo, según ella, padece una artritis de rodilla crónica (gimica?).

Antecedentes personales.—Sin importancia. Menarquia a los once años tipo 4 por 28.

Enfermedad actual.—Hace dieciséis años que sintió las primeras molestias, consistentes en ardor, eructos ácidos, sensación de peso en epigástrico después de las comidas. Al cabo de poco tiempo le apareció un dolor localizado en hipocondrio izquierdo que aparecía también después de haber comido, y se presentaron vómitos y una hematosi no muy abundante. Fue vista por un especialista de aparato digestivo que la sometió a un régimen dietético medicamentoso con alcalinos y mejoró de modo lento de sus molestias,

llegando a desaparecer las gástricas, quedando por temporadas su dolor en hipocondrio izquierdo.

Tuvo hace un mes aproximadamente de duración, en que padeció casi diariamente cólicos con vómitos, diarreas y sensación angustiosa en epigastrio. Esta sensación la ha experimentado bastantes veces y aun de modo espontáneo en la cama, siendo de intensidad tal que impedía a la enferma de modo absoluto toda actividad. No tuvo fiebre y en los intervalos de los cólicos se hallaba bien.

Hace un año que le aparecieron de nuevo sus anteriores síntomas: ardor, sensación de peso y tensión en epigastrio, etc., después de las comidas y algunos vómitos con nueva hematemesis ligera, siendo el síntoma más persistente y molesto para la enferma el dolor de la misma localización anterior, constante, con exacerbaciones, coincidiendo con las cuales ha sentido alguna vez extenderse éste a brazo izquierdo, siendo de corta duración y quedando después el brazo como ligeramente dormido.

Sometida de nuevo a régimen y alcalinos, no le aliviaron más que ligeramente sus molestias y en nada el dolor.

Exploración.—Se trata de una enferma de talla algo elevada, tipo asténico. Por inspección se aprecia palidez de mucosas, ligera desnutrición, tórax estrecho y en vientre nada anormal. Por palpación llama la atención la existencia en epigastrio de una masa alargada, pulsátil, dolorosa cuando se la comprime entre dos dedos, que se desplaza unos 4 centímetros y que se encuentra desviada hacia el lado izquierdo, formando una curva de concavidad dirigida hacia el lado derecho. Esta se puede seguir con los mismos caracteres hasta un punto correspondiente a la bifurcación en ilíacas, y no puede corresponder a otra cosa más que a la aorta ensanchada, incurvada y dolorosa. No se aprecian puntos císticos y apendiculares. El estómago a la izquierda no es sensible, el bazo no se palpa. A la derecha el hígado no rebasa reborde costal. El intestino parece normal. Los riñones no se aprecian a la palpación, a la auscultación, desdoblamiento del segundo tono; no se aprecia en hueco

epigástrico más que un ligero soplo después de comprimir fuertemente aorta con el estetoscopio. Tensión ha variado en los distintos días que se ha tomado.

Primera exploración, 19-11, índice 6. A los cinco días 17 9 $\frac{1}{2}$, 6. En la pierna era un centímetro más baja y el índice del 2. A los cuatro días de la última exploración daba 15-7 y 3 de índice. El examen de jugo gástrico con desayuno de prueba Ewal Beas daba:

Acido clorhídrico libre.....	0,87
Idem combinado.....	0,43
Total	1,51

El examen fraccionado practicado ocho días después con desayuno de Brendleda: Contenido en ayunas, 28 c. c. color amarillo limón, sin moco, bilis ni sangre macroscópicamente; sólo en la cuarta muestra se apreció reflujo biliar. El laboratorio indicó la presencia de sangre en las muestras 3.^a y 4.^a, por lo cual no hay que pensar que la aparición de la misma sea dependiente del reflujo de líquido duodenal. Químico normal. En sedimento se aprecian hematíes, algunos leucocitos, células epiteliales cilíndricas en escaso número. La radioscopia descubre: estómago ligeramente descendido hasta un través de dedo por encima de cresta iliaca, buen tono y peristaltismo, vaciamiento normal. No existe más punto doloroso en sus curvaturas que el que corresponde al punto en que éstas se proyectan sobre aorta. No se aprecia engrosamiento de pliegues de mucosa ni otra anomalía. El análisis hematológico arroja 3.700.000 hematíes; leucocitos, 9.100.

Hemoglobina, 80 por 100. Valor gobular, 0,92; tiempo de coagulación, diez minutos; orina normal.

FÓRMULA LEUCOCITARIA

Linfocitos...	{ Verdaderos.....	18
	{ Leucocitoides.....	2
Monocitos.....		4
Polinucleares neutrófilos.....		74
Idem eosinófilos.....		2
Idem basiófilos (Mastzellen).....		0

Velocidad de sedimentación, normal.

Es natural que ante el cuadro descrito por la enferma se dirija la atención hacia el estómago e incluso se establezca el diagnóstico de úlcera, como en ella se hizo, pues se encuentra el clínico en presencia de la tríada clásica: dolor, vómitos, hematemesis. Ahora bien, teniendo en cuenta que cada uno de estos tres síntomas puede ser generado por procesos abdominales diversos, se comprende que esta tríada haya perdido su valor, y que en su presencia deba el clínico no darse por satisfecho hasta excluir todo otro proceso abdominal. Pudiera ser sospechoso en este caso, primero, la localización del dolor; pero esto no es obstáculo si se piensa que en afecciones de abdomen superior se ha apreciado con frecuencia. Félix Ramond ha insistido recientemente en lo común que es encontrar esta localización dolorosa espontáneamente y provocada por presión vesicular

en las colecistitis, y explica su producción con arreglo al esquema de Head. Teodoresco y Daniel lo han descrito también en un caso de aortitis abdominal por ellos observado.

No es, pues, de extrañar que dependiendo la inervación vegetativa vesicular de los ramos del plexo solar que partiendo a nivel del tronco celiaco corren con la hepática primero y la cística después hasta vesícula y partiendo a este mismo nivel del tronco, los que con las coronarias y gastroepiploica irán al estómago, habrán de tener la misma altura de proyección e igual localización. También induciría a sospecha el gran intervalo que existe entre lo que pudiéramos llamar crisis, pero esto se puede explicar sin más que acordarse de que fenómenos análogos suceden en las genuinas úlceras gástricas dando lugar a las curaciones clínicas y a latencias tan prolongadas que a veces son de varios años y que pueden terminar de modo súbito por una perforación. Ahora bien; en nuestro caso ya indica la enferma la existencia del dolor a temporadas, que no corre parejas con la latencia de los otros síntomas y que se separa ya más de ellos en los últimos tiempos al hacerse constante y no influenciarse por la administración de alcalinos ni depender de la ingestión de alimentos. Pero fijándose detenidamente hay un episodio en esta enferma que no encaja bien en el cuadro de una úlcera. Me refiero a los cólicos, que relata haber padecido hace cuatro años con vómitos, diarreas sin relación de dependencia con las comidas, y acompañados de una angustia indefinible localizada en epigastrio y, como hemos visto, en algunos casos inmovilizaba a la enferma. No puede atribuirse a un proceso gastroenterítico porque no padeció fiebre, se presentaban los vómitos y diarrea en forma de verdaderas crisis y en los intervalos se hallaba bien. Si a esto se une la presencia de un dolor de localización no corriente para los procesos gástricos, que evoluciona con independencia de los restantes síntomas de este órgano con irradiaciones a territorios lejanos de inervación independiente, en presencia de un quimismo gástrico normal, y de ausencia de signos radioscópicos, y teniendo en cuenta los resultados de la palpación del vientre, hubimos de echar en cuenta el síndrome a un proceso vascular, tanto más si se tiene presente la hipertensión hallada en los primeros exámenes y el desdoblamiento del segundo tono, así como la mejoría sintomática apreciada por la enferma al descender su tensión. Este proceso vascular es la aortitis abdominal.

Esta enfermedad fué individualizada por Potain y Teissier, y se revela por dolores y trastornos digestivos bien puestos en evidencia por Loeper y Laubri, Mongeot, etc. Se distinguen en este síndrome dos clases de síntomas: 1.^o, funcionales, signos accesorios o indicadores de Teissier; 2.^o, signos físicos, signos cardinales o esenciales.

I. *Síntomas funcionales*.—Son dependientes de la inflamación de la aorta abdominal que origina: 1.^o, dolores; 2.^o, trastornos gastrointestinales fáciles

de explicar, pues que los vasos de este aparato nacen de la aorta; 3.º, fenómenos reflejos.

1.º *Dolores*.—Sordos, intermitentes, asientan en epigastrio por encima del ombligo, irradian a fosas ilíacas y siguen el trayecto de las arterias o remontan al tórax. Otras veces son paroxísticos por accesos espontáneos o provocados por el esfuerzo originado: en este caso la angina abdominal de Huchard con sensación de angustia, dolor en cinturón tan vivo que inmoviliza al enfermo y puede ir seguido de muerte. Pero en otros casos puede transcurrir silenciosa sin dolor alguno, como han hecho notar, sobre todo, los autores alemanes, demostrando la presencia de lesiones ateromatosas en cadáveres de sujetos muertos de diversas afecciones, en proporción a veces de un 50 por 100 en edades jóvenes (veinticinco años).

2.º *Trastornos gastrointestinales*.—Entre las alteraciones gástricas se encuentra hiperclorhidria, según Teissier. Hipoclorhidria, hipopepsia con motricidad gástrica exagerada, según Carrière. Se ha descrito una forma gastralgica con dolor epigástrico, sensación de peso después de las comidas y la forma dispeptica con náuseas, vómitos y hematemesis, aunque ésta de modo excepcional simulando la úlcera o a veces el cáncer. Las formas intestinales pueden manifestarse por pertinaz estreñimiento, que en caso de exageración del dolor puede simular un síndrome de obstrucción u oclusión intestinal, pero tiene de particular la no producción bajo la pared del vientre de ningún movimiento visible de las asas. Meteorismo que si se localiza alrededor del ombligo puede hacer aumentar los riesgos de la confusión con la oclusión. Diarrea es más rara. Teissier ha comparado las crisis diarreicas por edema intestinal a las crisis de edema pulmonar por aortitis superior.

3.º *Fenómenos reflejos*.—Que comprenden trastornos nerviosos, vértigos, tendencia a la lipotimia.

Trastornos respiratorios, disnea. Trastornos circulatorios, palpitaciones, intermitencias, latidos epigástricos y las llamadas por Teissier intermitencias ventrales, que consisten en una sensación de detención momentánea de los latidos cardíacos en epigastrio seguida de un golpe de ariete violento que sucede a la pausa, y después de lo cual la circulación toma su ritmo normal. Teissier lo cree debido al espasmo pasajero del diafragma que comprime la aorta, aumenta la presión y origina la detención cardíaca. Al reanudarse la circulación se produce un brusco aflujo de sangre en la aorta abdominal.

II. *Signos físicos*.—Signos locales. Signos a distancia.

1.º *Signos locales*.—Debido a la inflamación, la aorta es dolorosa, pero únicamente puede tener valor este signo si se extiende hasta la bifurcación de ilíacas, pues se puede presentar en las neuritis de plexo solar.

Como signos capitales están: 1.º, el ensanchamiento; 2.º, la incurvación; 3.º, la movilidad; 4.º, existe otro síntoma de no tanto valor, que es la contractura de los rectos anteriores del abdomen.

El ensanchamiento se aprecia tomando la aorta entre el pulgar y los primeros dedos. Es realizable sólo en sujetos delgados de paredes blandas. La incurvación es debida al alargamiento del vaso fijo por un lado al diafragma, y por otro, a su bifurcación en arterias ilíacas.

La movilidad es debida al alargamiento e incurvación que la liberan de sus medios de fijeza. La exploración radiológica, ni aun con el auxilio del neumoperitoneo ha dado resultados.

2.º Los signos a distancia son: 1.º, la hipertensión de la pedia, descrito por Teissier en 1902 y que consistía en una elevación de la tensión máxima en la pedia sobre la radical. Hoy que no se utiliza el aparato de Polain no tiene valor, pues para el oscilómetro de Pachón, por ejemplo, ya hace notar Gallavardin que normalmente estando echado el individuo la tensión en m. inferior sobrepasa de 2 a 6 centímetros la de los superiores; 2.º, el asincronismo radiofemoral por preceder el pulso femoral. Le precede en un 1/40 a 1/20 de segundo. La exploración de este signo es algo dificultosa, pues exige instrumental de laboratorio adecuado.

Diagnóstico diferencial.—Será menester hacerle con todas las crisis dolorosas abdominales: cólico hepático, nefrítico, intestinal (apendicitis, colitis mucromembranosa, oclusión intestinal). Cólico de plomo. Sobre todo es preciso distinguirla de las crisis solares ocasionadas por afecciones de órganos capaces de irritar este plexo. Las afecciones de estómago que se pueden confundir con este proceso son la gastritis alcohólica, la hiperclorhidriaca, úlcera de píloro y duodeno, cáncer de cara posterior. Son capaces de dar violentas crisis solares, la tabes; pero esta enfermedad se diferencia porque las crisis gástricas son de principio y terminación brusca, los vómitos son constantes y existen, como es natural, estigmas sifilíticos.

Complicaciones.—Aneurisma y trombosis de aorta y tronco ilíaco. Ruptura de aorta inflamada, embolias y extensión de las lesiones a las vísceras con modificación de su circulación.

Etiología.—Ramond divide a este respecto la enfermedad en forma aguda y crónica. Para la primera puede ser causa determinante una infección, intoxicación o autointoxicación. Entre las infecciones, el reumatismo articular agudo, escarlatina, erisipela, sepsis puerperal, alguna vez tuberculosis.

El saturnismo ha sido señalado entre las intoxicaciones y también la gota o la uremia han sido puestas en causa como agente etiológico. Para la forma crónica ha sido admitida la misma etiología que para el ateroma.

Novoa, en una estadística de 47 casos, llama la atención sobre la frecuencia de la aortitis en los jóvenes entre veinte y cuarenta años, al contrario de la torácica, que se observa en la vejez o en adultos, y dice que si no se diagnostica más es porque se cree que la aortitis abdominal es una enfermedad exclusiva de la vejez. Hace ver cómo es frecuente observar lesiones aórticas torácicas en el sexo masculino en rela-

ción con la sífilis, en contraposición a la pequeña intervención de esta enfermedad en la aortitis abdominal, y supone la existencia de una electividad del veneno sífilítico sobre el meso de la aorta torácica. Teissier pensó que las lentas y duraderas infecciones intestinales pueden dañar a la aorta propagándose por los linfáticos. Hizo también notar que las enfermedades de los anejos por el mismo procedimiento podían generar la aortitis; de aquí quizá la mayor preponderancia de esta afección en el sexo femenino (Novoa). Se ve, por tanto, cómo en nuestra enferma, al lado de los datos negativos para excluir la úlcera gástrica, tenemos los positivos para afirmar una aortitis, puesto que presenta: 1.º, dolores constantes que alguna vez se han exacerbado después de las comidas, quizá debido a la tracción que el estómago pudiera ejercer sobre el plexo solar, en parte afectado por la periaortitis; dolores que iban acompañados de una sensación angustiosa "intensa" y que se presentaba asimismo en reposo; 2.º, trastornos gastrointestinales, vómitos, diarreas, sucediendo en forma de crisis, quizás debido a edema intestinal, como hemos visto que afirmaba Teissier para casos de este género, pudiendo explicarse del mismo modo la hematemesis por la localización de este trastorno vascular en la pared gástrica.

Respecto a los signos físicos, esta enferma presenta alargamiento e incurvación de su aorta, con marcado desplazamiento de la misma por presión manual, siendo dolorosa en todo su trayecto. Se puede, pues, incluir este caso entre las formas dispépticas de tipo ulceroso de la aortitis abdominal. Esta enferma, sin embargo, fué posteriormente intervenida por supuesta úlcera gástrica, habiéndose confirmado nuestro diagnóstico por no hallar lesión alguna. En estas condiciones fué vista por nosotros.

Tratamiento.—Como terapéutica en esta enfermedad, se ha recomendado en casos de crisis dolorosa la poción de Vaquez:

Solución alcohólica de trinitrina al centésimo...	LX gotas.
Clorhidrato de heroína...	5 centigramos.
Cafeína.....	1 gramo.
Benzoato sódico.....	2 —
Jarabe de éter.....	60 —
Agua destilada. C. s. p.	100 —

Una a tres cucharadas de las de café por día.

Se ha recomendado también la trinitrina cafeinada:

Grageas con trinitrina al centésimo.....	II gotas.
Cafeína.....	2 centigramos.
Clorhidrato de heroína.	$\frac{1}{2}$ miligramo.

Una a diez por día.

En los intervalos de las crisis, para evitar la reproducción se emplea el angioxyl (extracto pancreático hipotensor), serie de veinte inyecciones diariamente; si se encuentra la sífilis en causa se hará un tratamiento específico.

En nuestro caso, no existiendo crisis dolorosa, y hallándose la enferma desnutrida, instituímos una cura de engorde con insulina, con lo cual esperábamos actuar sobre la tensión a la vez de modo favorable. La enferma ha aumentado moderadamente de peso y mantiene su tensión normal. Ha mejorado de sus molestias hasta sentirse completamente bien.

En lo sucesivo, para evitar la repetición de las crisis, hará una cura con angioxyl, y después alternará los preparados a base de silicato sódico con la peptona iodada.

Con el presente caso se pone de relieve el interés de pensar en este síndrome en todos los procesos de cavidad abdominal.

Bibliografía.

Achard, C.: Anévrysme de l'aorte abdominale et aortite abdominale. *Rev. Gén. de Clin. et de Thérap.*, 44: 17 23, Jan. 11, 1930.

Betchov, P., Hill & Teissier's: Phenomena in aortic insufficiency an abdominal aortitis. *Arch. d. Mal. du coeur*, 18: 137 141, March, 1925 (Charts).

R. A. Gutman & D. Routier: Gastralgic form of abdominal aortitis. *Presse Méd.*, 33: 20-22, Jan. 7, 1925. *J. A. M. A.*, 84: 476, Feb. 7, 1925.

I. Hatzieganu & E. Anca: Si un cas d'aortite abdominale. *Bull. & Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 52: 1.155 1.157, July 5, 1928.

E. Musante: Aortite abdominale e suoi quadri clinici. *Gaz. d. osp.* 52: 201-206, Feb. 15, 1931.

Ramond: Aortite abdominale. *Presse Méd.*, 14 Dec. 1929, p. 1.631.

L. Ramond: Aortite abdominale. *Paris Méd.*, 1: 33 46, Jan. 10, 1931.

L. Ramond & O. Weil: Ce que pratiquement le médecin doit savoir... de l'aortite abdominale. *Le Concours Médical*, núm. 30, Dimanche, 26 Juillet 1931, p. 2.343.

N. Santos: Kasuistik über die Aortitis caudalis. *Zentralbl. f. inn. Med.*, 51: 594-596, Aug. 9, 1930.

B. Theodoresco & I. Daniel: Aortite abdominale avec douleur provoquée à distance. *Arch. d. Mal. du coeur*, 22: 172 175, March 1929.

Valat: Aortite abdominale compliquée d'embolie. *Soc. d. Médec. de Toulouse*, Février 1930.

Valatx: Aortite abdominale compliquée d'embolie. *Société de Médecine, Chirurgie et Pharmacie*, séance du 18 Février 1930.

Vaquez & Donzelot: L'aortite abdominale. *Paris Méd.* 2 Juillet 1927.

O. Weill: Aortite abdominale. *Bruux. Méd.*, 11: 380 389, Février 1, 1931.

O. Weill: Douleur épigastrique et aotite abdominale. *Arch. d. Mal. de l'appareil digestif*, 21: 261 264, Février 1931.

Gómez Durán: Aportación clínica al estudio de la aortitis abdominal desde el punto de vista quirúrgico. *EL SIGLO MÉDICO*, 28 Marzo 1931.

Para
TODOS

niños - adultos - ancianos

es indispensable en momentos de peligro

CORAMINA

„CIBA“

Tónico cardíaco y respiratorio

En gotas

En inyecciones

INOFENSIVO

EFICAZ

CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA
DE PRODUCTOS QUÍMICOS
Aragón, 285 - Barcelona - Apartado 744



*tratamiento integral
de todas las afecciones del sistema venoso*

PROVEINASE MIDY

Asociación de extractos de plantas
cuidada dosamente elegidas
Castano de India - Cupressus - Viburnum - Hamamelis
y de extractos de glandulares á secreción interna
Hipofisis - Suprarrenal - Tirolde
2 a 6 COMPRIMIDOS AL DÍA
(Tragar sin masticar)

Varices
Varicosidades
Varicoceles
Úlceras Varicosas
Edemas postflebiticos
Almorranas

Trastornos congestivos
de la menopausis
y de la pubertad
Hipofixia
Crieslesia
Astenia

**MEDICACION LOCAL
DE LAS ALMORRANAS**

POMADA MIDY

SUPOSITORIOS MIDY

LABORATORIOS MIDY
4, Rue du Colonel-Moll - PARIS

BISMUTHOÏDOL

(Bismuto coloidal)

Nuevo agente contra la **SÍFILIS**
EN AMPOLLAS: Solución acuosa
Sin dolor

LABORATORIOS M^{re} ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

Depositarios para España: GIMÉNEZ-SALINAS y C.^a, Sagüés, 2 y 4, Barcelona, (S. G.)

SERVICIOS DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL MILITAR
DE TETUÁN**Nota clínica sobre consolidación espontánea
de fractura del cuello y trocánter del fémur
en un adolescente**

POR EL

DR. M. GÓMEZ DURÁN

Cirujano-Jefe de los Servicios.

Las fracturas del cuello del fémur constituyen acaso una de las cuestiones que más se han debatido dentro de la traumatología. Y es que, indudablemente, plantean al práctico uno de los problemas más difíciles de la terapéutica quirúrgica. Claro es que, para el médico que no cuenta con la posibilidad de un examen radiográfico, su diagnóstico ofrece igualmente serias dificultades si se quiere precisar exactamente la situación y dirección de la línea de fractura. No obstante, es justamente, para el diagnóstico de dicha fractura, que existen una serie de datos y signos bien estudiados, y que, aplicados a la clínica con meticulosidad, se puede llegar, en la mayor parte de los casos, a un diagnóstico correcto. Esto no es difícil comprenderlo si pensamos en la disposición arquitectónica de la cadera y la serie de puntos de referencia que nos permiten determinar la posición relativa de cada uno de ellos.

Ahora bien, todo esto es aplicable solamente en los casos en que los fragmentos sufren concomitantemente un desplazamiento más o menos amplio, pero es obvio que no ocurrirá otro tanto si aquéllos se engranan, es decir, si se produce una fractura con enclavamiento. Hasta tal punto es cierto esto, que algunas de estas fracturas pasan totalmente inadvertidas, y el sujeto, visto tardíamente con su fractura consolidada viciosamente, llega al cirujano con el cuadro de una coxavara cuyo origen traumático sólo puede admitirse por los datos que proporciona la anamnesis.

Si se trata de un individuo de edad avanzada, el diagnóstico de fractura del cuello es casi de rigor cuando se trata de un trauma que recae sobre la cadera. Pero si es un joven, y los signos propios de fractura no aparecen o están dudosos, el primer diagnóstico que formula el clínico es de contusión o torcedura de cadera, y con este diagnóstico se suele contentar, instituyendo en consecuencia un tratamiento muy simple, y, sobre todo, autorizando el ejercicio activo en una época que, como la fractura no está aún consolidada, puede acarrear una alteración definitiva de la mecánica de la cadera. Particularmente, estas consideraciones tienen un supremo interés cuando se trata de individuos asegurados. Efectivamente, el caso es harto conocido: un obrero sufre un trauma de cadera; la exploración hecha inmediatamente después del accidente es ne-

gativa en lo que se refiere a luxación y fractura, y se admite como bueno el diagnóstico de contusión de cadera; la víctima guarda cama durante algunos días, o bien durante dos o tres semanas. Pocos meses más tarde, el accidentado acude de nuevo al médico aquejado dolores de cadera y un ligero grado de cojera. El examen nos demuestra un acortamiento de 1 o 2 centímetros, una correspondiente elevación del trocánter, una moderada limitación de la abducción y un ligero grado de rotación externa; con estos datos el diagnóstico de coxavara se impone y la anamnesis nos demuestra que es de origen traumático; posiblemente, ni el examen clínico ni el radiográfico nos permitirían dilucidar si se trata de una coxavara traumática o espontánea.

Un caso especialmente demostrativo de la manera



Prueba radiográfica.

como puede evolucionar una fractura ignorada del cuello del fémur y de sus consecuencias tardías, es el siguiente:

A. B., dieciocho años: Refiere que hace quince días, en riña, es derribado al suelo por su adversario, cayendo con los miembros fuertemente abiertos, en abducción forzada; siente un dolor violento en cadera izquierda; intenta levantarse y lo consigue después de algunos esfuerzos, y anda unos 100 metros hasta su casa, donde los dolores le obligan a guardar reposo. El médico, que le ve a las pocas horas, diagnostica contusión de cadera y prescribe reposo, calor y masaje. Los dolores se atenúan; pero a los quince días intenta levantarse y andar, notando una gran claudicación, por lo que el médico le envía a nuestro servicio, donde la exploración da a su ingreso lo siguiente:

Actitud del miembro enfermo en ligera flexión, abducción y rotación externa. Dolores espontáneos muy escasos; dolores provocados más intensos, pero perfectamente tolerables y localizados sobre la zona articular; movimientos pasivos libres, aunque un poco limitados en su extensión por el dolorimiento provocado. El trocánter acompaña a muslo en sus movimientos. La masa trocantérea no está modificada ni

hay punto doloroso localizado. La línea trocantéreo-maleolar no está alterada, pero sí la espinomaleolar, aunque en proporción insignificante y de interpretación dudosa. La línea de Nelaton-Rosser, triángulo de Bryant y línea espinoumbilical de Schomacker dan un acortamiento de un centímetro escaso. Se hace radiografía y nos encontramos con una doble fractura: una fractura intertrocanterea, otra de trocánter mayor, ambas sin desplazamiento.

He aquí, pues, un caso con dos fracturas, que cada una de ellas por sí podía dar lugar a síntomas propios bien ostensibles y que, no obstante, clínicamente no podían diagnosticarse. Las dificultades que ofrecen estos casos se aprecian fácilmente al tener en cuenta que clínico tan experto como Malgaigne confundió una fractura de trocánter con penetración de fragmentos con una luxación, y sólo al intentar reducirla y notar la crepitación hizo su verdadero diagnóstico. Asimismo, De Quervain y Sonntag han visto cada uno un caso que consideraron en un principio como luxación de cadera, siendo así que se trataba de una fractura de cuello del fémur con penetración mutua de fragmentos, en que la extremidad había experimentado una rotación hacia adentro. Se concibe que si no hubiera rotación de fragmentos, la fractura hubiera pasado totalmente inadvertida.

Ahora bien; ya hemos indicado la facilidad con que estas fracturas dan lugar a una coxavara tardía. El enfermo al ingresar en nuestro servicio se levantaba y andaba con muletas y nos costó gran trabajo con vencerle de la necesidad de estar en cama a pesar de que la fractura databa sólo de unos quince días.

¿Qué conducta debemos seguir en estos casos?

Evidentemente, se corre el riesgo en estas fracturas con penetración de que en las maniobras de exploración se produzca un desengranaje de los fragmentos, con el posible peligro de una pseudoartrosis; esto ha sido lo que ocurrió en el caso de Malgaigne ya citado. Por eso, a menos que el enclavamiento se haya producido a costa de una gran deformación, se debe, desde luego, respetar la penetración mutua: este es el primer postulado sobre el que insiste mucho el mismo Sonntag. Luego bastaría poner al enfermo en cama y mantener la extremidad en posición por medio de sacos de arena, del trineo de Wolkman, de una gotiera de alambre, etc. Pero nos parece que tratándose de enfermos hospitalarios, poco dóciles, será más seguro para obligar al enfermo a permanecer en cama establecer un drenaje de extensión con tiras de esparadrapo, vigilando que la extremidad quede en la mejor actitud, es decir, en extensión abducción moderada entre la rotación interna y externa. El peso que se adapta al vendaje de extensión debe ser suficiente para suprimir el acortamiento; pero tratándose de que hay compenetración mutua de fragmentos, no conviene más que un peso ligero. Esto debe sostenerse de dos a cuatro semanas. El tratamiento médico-mecánico debe iniciarse cuanto antes con masaje y movilización al cabo de las dos semanas seguido de tratamiento ambulatorio con ayuda de muletas

para sustraer la extremidad al peso del cuerpo, de modo que hasta transcurridos unos dos meses no puede el individuo andar sin ayuda de auxiliares.

Esta es la conducta que hemos observado en nuestro caso, obteniendo una consolidación y restablecimiento funcional irreprochables, lo que tiene una particular importancia sobre valoración del trauma en relación con los accidentes del trabajo.

AL SERVICIO DE LA VERDAD

En nuestro Boletín del número anterior anunciábamos la publicación de este trabajo, que ha aparecido en *Revista Médica de Barcelona* hace dos números, siendo manantial de comentarios apasionados.

El tema, las personas que le tratan y cuanto late en el espíritu de las notas que acompañan el texto, nos han parecido razones obligatorias de contribuir a la mayor divulgación de esta polémica, sólo al servicio de la verdad, que estamos convencidos de no precisar glosa alguna para imponerse en el criterio de nuestros cultos lectores.

El próximo número de EL SIGLO MÉDICO reproducirá la contestación del Dr. Marañón.

Crítica de las teorías sexuales del Dr. Marañón ⁽¹⁾

POR EL

DR. OLIVER BRACHFELD

I

El concepto fundamental de las teorías de Marañón es —el título de su libro lo indica ya— el reconocimiento de los *estados intersexuales*. Intentaremos dar un breve resumen histórico de este concepto. El mismo Marañón nos dice que «fue Goldschmidt quien primero reunió todas las formas de la sexualidad confusa bajo el nombre de *inter-*

(1) Fue concebido el presente trabajo, en sus líneas principales, durante mi corta estancia en Madrid, primera mitad de Noviembre de 1929. Salí, en su primera forma, en el fascículo 5 del volumen XVII de la *Zeitschrift für Sexualwissenschaft*, de Berlín, en alemán. Poco después salió la noticia en la *Gaceta Literaria*, de Madrid, de un «premio Marañón», ofrecido «al mejor ensayo crítico sobre un libro de Biología aparecido en los dos últimos años». Envié entonces bajo pseudónimo —en Marzo de 1930— el trabajo que se publica ahora en estas columnas a la *Gaceta Literaria*. Desde entonces me fué imposible saber algo sobre el resultado de aquel concurso. Cartas escritas a la *Gaceta Literaria* y al mismo Dr. Marañón quedaron sin contestar; por fin salió la contestación a las repetidas preguntas mías en la *Gaceta Literaria*, diciendo que no se sabe todavía nada del resultado «por tener todos los trabajos enviados el ilustre dador del premio». Decidí, pues, no esperar más y publicar mi crítica sobre «Los estados intersexuales en la especie humana», utilizando para ella la segunda edición de esta obra (Javier Morata, editor, Madrid). Publico aquí el texto del mes de Marzo de 1930. Me creo autorizado a ello, ya que durante veintidós meses no me ha sido posible saber nada sobre la decisión del ilustre dador del premio. Me parece que hoy daría otra forma a mi trabajo: la falta de tiempo me impidió en 1930 y me impide ahora hacerlo. Como reservo la satisfacción de mis ambiciones literarias para otras publicaciones, me importaba en ese trabajo sólo hacerme comprender en un idioma que no es el mío; así los textos de aquel brillante escritor médico se encuentran incrustados en mi texto como diamantes en un cuadro de hierro. Dedico ese modesto ensayo al que lo leyó primero, en una de nuestras conversaciones de París, para mí tan fructíferas: a mi admirado amigo Eduardo Barnechea Acevedo. Él asistió con toda su amabilidad al nacimiento del presente trabajo y sabe bien que no me inspira ningún deseo polémico, sino únicamente el amor a la verdad.

sexualidad»—en un sentido un poco diferente, por lo demás, del que Marañón le asigna (1)—. Pero Marañón omite, trazando la línea de evolución de esta idea desde Darwin hasta nuestros días, toda una serie de precursores y de opiniones en el mismo sentido, que es seguramente necesario pasar en revista, si tenemos la intención de situar históricamente las teorías del gran biólogo español.

Darwin es, en efecto, el primero que habla de la «intersexualidad». Pensando seguramente en algunas especies animales inferiores, nos dice en sus «Variaciones de los animales y de las plantas»:

«En cada hembra, todos los caracteres secundarios masculinos, y en cada macho los caracteres secundarios femeninos, existen en estado latente, prestos a manifestarse en ciertas ocasiones.» (Véase tomo II, pág. 53, de la traducción francesa.)

En 1836, además, un autor suizo, Heinrich Hörsli, en su obra titulada «Eros», intentando justificar el amor homosexual, proclamaba que los órganos genitales, sean ellos masculinos o femeninos, no pueden darnos ninguna indicación segura del verdadero sexo del hombre. Treinta años más tarde, el alemán Ulrichs ensayaba en una larga serie de obras—escritas en parte en latín—sostener la tesis de la existencia de «un alma de mujer encerrada en cuerpo de hombre», también con la manifiesta intención de justificar el amor entre personas del mismo sexo. Un poco más tarde, teniendo siempre su punto de partida en el examen de los fenómenos homosexuales, empieza la época científica de la cuestión. No conociendo aún la importancia capital de la función de las glándulas de secreción interna, Kraft Ebing intenta, con muchas reservas y dudas muy justificadas, una hipótesis de dos centros cerebrales distintos, masculino el uno, femenino el otro, que por lo demás no se desarrollan antes de la época de la pubertad. Aunque esta manera de ver no era más que problemática, basándose en ella, Flieess piensa poder localizar en el hemisferio izquierdo la parte correspondiente a la feminidad. Conducido siempre por el mismo deseo de aclarar la tan difícil cuestión de la homosexualidad, Magnus Hirschfeld llega, por fin, en los primeros años de nuestro siglo, a su famosa teoría de «los grados sexuales intermedios» (*Zwischenstufentheorie*); cree haber encontrado la solución definitiva del problema, y no tarda en empezar una campaña vehemente para hacer reconocer sus teorías. Se rodeó de numerosos colaboradores que constituyeron el «Comité científico-humanitario» para la abolición del párrafo 175 del Código penal alemán (contra delitos homosexuales), con cuya colaboración editaba una revista titulada *Jahrbücher für sexuelle Zwischenstufen* (Anuarios para el estudio de los grados sexuales intermedios). Extraña mucho no ver mencionada esta actividad de Hirschfeld y de su revista en la obra de Marañón; aunque hay citas de otras obras del mismo autor alemán, Marañón calla completamente esta teoría importantísima para el punto de vista «intersexualista», tanto más cuanto que la obra citada de Goldschmidt no parece ser otra cosa que una hija de la teoría de Hirschfeld, y que, sobre todo, la teoría de los estados intersexuales de Marañón puede considerarse como una edición un poco modificada de la teoría

hirschfeldiana, llamada de los «grados sexuales intermedios».

Para Hirschfeld—como para el mismo Marañón—no hay ningún hombre que manifieste una sexualidad viril pura y entera, así como no hay ninguna mujer que presente una sexualidad femenina completa. El masculino puro y el femenino puro son ideales antípodas; en la realidad no se encuentran nunca. Cada hombre, por consiguiente, representa un grado intermedio entre los dos polos ideales opuestos; cada individuo contiene elementos viriles y femeninos cuya proporción no podemos determinar por completo con nuestros medios científicos actuales; a pesar de los caracteres sexuales externos, podemos tener impulsiones sexuales del sexo opuesto. Cada hombre puede ser hermafrodita; los caracteres sexuales primordiales o secundarios no nos dan ninguna indicación, y así, lo que importa es única y exclusivamente el sentirse y actuar como hombre o mujer. Si un hombre se siente mujer, hay que resignarse a este error de la naturaleza, pero no debe perseguirse por ello; tiene derecho, por el contrario, a manifestar sus instintos innatos en plena libertad. «O, para decirlo con las palabras de Zola: «Pourquoi mépriser un homme d'agir en femme s'il es né femme à demi?»

No podemos insistir aquí en los otros aspectos de esta teoría, ni en su importancia científica. Tiene muchas ventajas y desventajas; hizo posible la explicación de fenómenos hasta entonces inexplicables, pero no logró demostrar la verdad de su hipótesis fundamental, aspecto que tiene en común con la teoría llamada de los *estados intersexuales*.

Sin embargo, no es posible ligar las teorías de Marañón a otra que a la doctrina de las «sexuelle Zwischenstufen», que fué rechazada por completo aun por las nuevas escuelas alemanas. A través de Lipschütz, la importancia de cuyo libro fué muy exagerada en España, la idea alcanza a Marañón, que emite una nueva variedad de la teoría de los grados o estados intermedios que pasamos a analizar.

II

Se ven ya las principales diferencias entre la *Zwischenstufen Theorie* y la de los estados intersexuales de Marañón, más moderna, que toma mucho más en cuenta, en razón de la fina sagacidad y de la enorme cultura de su autor, los progresos de las ciencias biológicas. Para él también, como para el citado Hirschfeld, los individuos de uno y de otro sexo se hallan integrados por los mismos elementos, cuya proporción varía. Para él no existe tampoco un tipo puro de sexualidad viril o femenina: se contenta con constatar clínicamente, y se torna mucho menos seguro cuando se trata de remediar. Pero su concepción presenta más dificultades que la de Hirschfeld, es menos lógica y clara; se hallan en ella también contradicciones e inconsecuencias. Toda su concepción padece de una *ambilogía* fundamental, como vamos a verlo más adelante.

La principal ventaja de la teoría de Hirschfeld era haber establecido una dualidad, dos polos opuestos a los cuales se aproximan los individuos, sin alcanzarlos. Bastaría hallar el criterio de la distinción neta de lo que es femenino y lo que es masculino, para establecer una relación en forma de fracción de los dos elementos; así se podría obtener una especie de ecuación personal, y determinar el lugar de cada individuo en la escala de los grados sexuales intermedios. Sería posible después asignarle otro individuo con cantidades femeninas y viriles complementarias a las suyas, para obtener parejas ideales, en las cuales los elementos viril y femenino formaran dos unidades completas. En efecto, las

(1) Debemos hacer constar que para el mismo Goldschmidt sus «Intersexe» no son sino un subgrupo de la clase más general de hermafroditas. La frase de Marañón, pues, falsifica el pensamiento de Goldschmidt. Según la crítica biológica, además, la teoría de Goldschmidt «de la serie gradual morfológica completa» de tipos hermafroditas, sólo tiene valor en la especie *lymatría dispar*, con la que este autor hizo sus experiencias.

famosas teorías de Otto Weininger con las fórmulas matemáticas para explicar la atracción sexual, no eran sino un desarrollo muy lógico de las teorías de los grados intersexuales.

Aquí tenemos la primera gran diferencia entre Hirschfeld y Marañón. Para el sabio biólogo español, «los caracteres anatómicos de lo femenino y de lo masculino, no son signos opuestos, sino meras fases de una misma evolución». Nos encontraríamos en presencia, según él, de una

«posición no antagónica, sino sucesiva, de los dos sexos. La femineidad es, como hemos dicho, una *etapa intermedia* entre la adolescencia y la virilidad. La virilidad es una *etapa terminal* en la evolución sexual. Todo varón para dejar de ser niño y hacerse hombre, ha de pasar, pues, por una fase de femineidad más o menos sofocada. Toda mujer, si en ella se cumple el ciclo vital completo, ve, al final de su evolución, debilitarse su femineidad y brotar, entre las ruinas de aquella, indicios de virilidad».

La tesis es hermosa en el sentido estético de la palabra; pensamiento digno de un poeta... ¡pero solo de un poeta! Seríamos, en efecto, seres bisexuales, que llegaremos a ser varones en algún período de nuestra vida, mujeres en otro período. Pero la realidad nos muestra con demasiada claridad que pasado el climaterio, la mujer sólo en apariencia se acerca a la virilidad, de la misma manera que el adolescente se asemeja a la mujer. Si fuera verdad lo que pretende Marañón, la castración debería conducir con estricta necesidad al desarrollo del sexo opuesto; sin embargo, creemos con Tandler que no es al tipo del sexo opuesto que el castrado se acerca, sino al tipo *asexuado*, al tipo del género humano mismo.

Hemos visto, pues, que a la bipolaridad de Hirschfeld, Marañón substituye una unipolaridad con variaciones temporales, siendo varón y mujer «fases de la misma evolución». Así, todos los aspavientos que se hacen en torno de la cuestión de la igualdad de la mujer con el hombre, resultan inútiles y fuera de lugar: hombre y mujer, *no son iguales ni diferentes*.

«Son, a la vez, diferentes e iguales; iguales, porque no son valores antagónicos, sino fases de la misma evolución; diferentes, por su inmodificable colocación en un orden sucesivo» (1).

(1) En otro libro suyo, Marañón ha expuesto su teoría—que aceptamos enteramente en sí—de la distribución del trabajo biológico de los sexos: «tú, hombre, trabajarás; tú, mujer, parirás», que se encuentra, no solamente en la Biblia, sino también en la «Economía» de Xenofonte. Tiene esta idea, además, un papel importantísimo en las teorías de Adler. Hablamos supuesto que Marañón sería partidario de la igualdad de los sexos, teoría expuesta por el mismo Xenofonte en su «Banquete de Calias», en que pretendió dar el verdadero pensamiento de Sócrates enfrente de las deformaciones de Platón. Pero no hay nada de eso: Marañón no cesa de considerar a la mujer—lo dice repetidas veces—como a «la hermana menor del hombre»; en efecto, ya es tiempo de que se alejara de sus teorías sociales de la vida biológica, que hacen honra a un psicólogo como Adler, a quien en otros puntos, como en el de la explicación social de la homosexualidad, según propia declaración, «no puede comprender». Marañón olvida que el mismo Nietzsche, que se cita muchas veces por los antifeministas, no negaba la posibilidad de un rápido desarrollo de la mujer hasta la entera igualdad con el hombre en el dominio mental e intelectual; presta homenaje él también a lo que Adler llama «el privilegio viril», al decir, *El progreso de la mujer no es ni será nunca otra cosa que una aspiración a la virilidad*. Olvida que esta aspiración de la mujer no puede ser nunca otra cosa que una aspiración vana e ilusoria, en el sentido de la «protesta viril» del mismo Adler. Si hubiera dicho Marañón que los valores del hombre y de la mujer son incommensurables, seríamos de su opinión; pero no es capaz de liberarse de la opinión *automorfofista* de nuestro tiempo; olvida el patriarcado, olvida las Amazonas—fenómenos históricos dignos de considerarse, aunque nosotros también los apreciásemos como patológicos, de la misma manera que el estado actual de la *androcracia*—. Y pensar que un Remy de Gourmont había dicho: «La hembra hubiera bastado; el hombre es superfluo».

Este es el punto inicial del libro, así como su punto terminal, y tenemos que reconocer que nuestro autor desarrolla su tema con mucha elegancia y cierra el ciclo de su examen volviendo al punto de que ha partido. Afirma que «hay ciertos momentos de su evolución ontogénica y filogénica (de la femineidad y de la masculinidad) en que esta oposición absoluta tiene una apariencia de realidad; pero fuera de esos momentos, la masculinidad y la femineidad se van acercando y acaban por fundirse en una fase de primitiva ambigüedad». Y si le preguntamos: ¿cómo explica ahora los estados intersexuales? Nos dirá: «Las formas intersexuales dependerán tanto, por consiguiente, de la excesiva intensidad de la sexualidad secundaria, como de su excesiva duración».

¿Que decir, ahora, de esta teoría? ¿Sería verdad que la mujer se encuentra en un estado de hipoevolución con relación al hombre, verdadera forma terminal de la sexualidad? Creemos que no; no es la mujer que se encuentra en una posición intermedia entre el varón y el adolescente, pues, en realidad, entre los dos no hay nada. Aunque—como lo dice Marañón y como lo decían ya antes que él muchos autores—el «varón-tipo» y la «hembra tipo» sean entes casi en absoluto fantásticos, no puede negarse la existencia de una diferencia fundamental entre los dos sexos: hay entre hombre y mujer un abismo profundo e infranqueable. Para que tuviera razón, sería necesario que algunos casos de verdadera transición se produjeran, de transición de adolescente a mujer y de mujer a hombre; pero ni la historia, ni—lo que es en este caso quizás más importante—los mitos y cuentos nos dan prueba de ningún hecho semejante (1).

Marañón supone una bisexualidad del organismo, como punto de partida normal en todos los seres humanos; «sólo posteriormente se decide el sexo definitivo a que pertenecemos durante toda nuestra existencia». Si procediera de una manera más científica, nos diría el momento preciso en que la decisión definitiva, según él, se produce. En lo que concierne a esta decisión, sabemos desde los estudios del gran maestro vienés Tandler, publicados en colaboración con su asistente Grosz, que hay para ella dos posibilidades: puede efectuarse o bien en el momento de la cópula o bien después de la cópula dentro de un cierto período. El tiempo entre la fecundación y el momento de la decisión se ha llamado etapa indiferente; Tandler insiste mucho en la falsedad y ambigüedad de llamarla etapa bisexual o hermafrodita. Volviendo, pues, Marañón a la falsa denominación, no toma en cuenta en este punto el progreso de la ciencia y desprecia mucho el valor de los resultados de Tandler, quien, en cambio, en su citado libro («Die biolog. Grundlagen der sekund. Geschlechtscharaktere», Berlín, 1913) nos da razones muy perspicaces para forzarnos a rechazar las teorías de Steinach y de otros, semejantes a la de Marañón, que no ha aportado en este punto ninguna tesis original.

Según Marañón «si la castración se hace después de la pubertad, los signos viriles ya establecidos regresan—o, por menos, inician un significativo regreso—hacia *esa misma femineidad*».

Tenemos que objetarle los resultados basados en datos

(1) En dos leyendas solamente (Zf. f. Sex. wiss., 1929) he hallado mención de cambio de sexo. Se trata de Tiresias, que fue transformado en mujer por haber separado con un palo dos serpientes en el momento de la cópula; y de la leyenda de un rey hindú, que el dios Indra transformó en mujer; tenía el rey 100 hijos en forma de hombre y otros 100 en forma de mujer; así, tampoco en estos casos legendarios se trata de transición o de evolución en el sentido de Marañón.

más precisos y científicos—experimentales en la mayoría de los casos—de Tandler y Grosz. Dicen estos autores (página 60) que la castración facilita la aparición de los caracteres de la especie humana—y no la de los caracteres del sexo opuesto, como lo cree Marañón—y que no podremos comprender los fenómenos postcastráticos nunca, si no nos colocamos en este punto de vista. Según ellos, el menoscabo y la desaparición de las glándulas genitales determinan, en primer lugar, cambios no precisamente en los caracteres sexuales mismos, sino en órganos sexualmente no diferenciados, como huesos, glándulas de secreción interna, etc. Además, 2.º, la castración prolonga la duración del estado de no maduración del individuo y permite así la reaparición de caracteres somáticos que, de otra manera, son solamente pasajeros; 3.º, la forma de los órganos y del cuerpo que resulta de la castración tiende hacia una forma *asexual*; 4.º, la formación de los caracteres llamados sexuales está en función en su desarrollo de la glándula germinal. Para Tandler, por fin, en el momento de la cópula la decisión fundamental ya está hecha; y después que «alea jacta est», no hay posibilidad de un cambio de un sexo al otro.

Pasamos a lo que nos dice Marañón:

«Este sexo definitivo no es casi nunca absoluto, como acabamos de decir: no es varonil sin mezcla de mujer ni femenino sin mezcla de varón. Es siempre una mixtura de los caracteres somáticos y funcionales de los dos sexos, si bien con enorme predominio de uno sobre el otro. El que prevalece se adueña de todo el organismo e imprime su sello sobre cada función y cada órgano, a más de moldear en forma radicalmente distinta los caracteres sexuales primarios y los órganos de la generación. El otro sexo, el vencido, se atrofia, se esconde, tal vez en algunos casos acaba por anularse. Pero, generalmente, está sólo dormido y acecha los momentos de debilidad de su rival para hacerse presente.» («Tres ensayos sobre la vida sexual», tercera edición)

No hay aquí ninguna palabra que no hubiera firmado Hirschfeld; en efecto, el lector que lee los «Jahrbücher» ya citados; creará que se trata de la misma concepción. Pero en los tiempos en que culminaba el éxito de Hirschfeld (1903-1908), no eran aún conocidos innumerables trabajos en otras direcciones y que han rechazado por completo, como ya lo hemos dicho, esas teorías, sin hablar de los trabajos muchas veces excelentes de los psicoanalistas y de los llamados «individual-psicólogos» adleristas. La única posibilidad de fundir las hipótesis de Hirschfeld y de Marañón en bases concretas y científicas, fué intentada por Steinach en sus experimentos de feminización y virilización; sentimos mucho no encontrar ningún dato sobre esta feminización y virilización experimental de Steinach, en el capítulo correspondiente de Marañón, titulado «Virilización y feminización». Ha conseguido Steinach, después de haber emasculado un conejillo de Indias macho y después de una trasplantación de un segmento de ovario femenino en el animal así castrado, transformar el animal macho originariamente en una hembra desde todos los puntos de vista. El animal ha perdido toda la agresividad que caracteriza a su sexo, y ha tomado una apariencia enteramente femenina. Por fin, no rehusaba amamentar, sin haber estado nunca embarazada, los pequeños puestos bajo él, como bajo una hembra. Sin duda, tenemos que decirlo, el experimento contrario de masculinización de una hembra intentado por el mismo Steinach, no dió casi resultado. Los experimentos repetidos de la feminización, en cambio, han dado resultados muy interesantes y confirman el experimento inicial.

En su libro ya citado, Marañón cita estas experiencias de injerto de testículos, en las cuales «se observa un cam-

bio absoluto, verdaderamente teatral, del sexo y de las aptitudes del animal injertado». Es muy natural que Marañón traiga estos experimentos para corroborar su tesis, diciendo:

«Algunos de estos investigadores suponen que el organismo castrado es diferente, y que la aparición experimental del sexo se debe a la influencia exclusiva de la glándula injertada. Pero son mucho mayores las probabilidades de que la acción de estos injertos se reduzca a avivar, a reactivar los gérmenes del sexo contrario que estaban en letargo, y que ahora florecen al cesar por la castración la influencia antagónica del sexo legítimo y al recibir el estímulo homólogo de la glándula injertada. Para mí no tiene duda esta hipótesis de la bixesualidad inicial de los organismos.» («Tres ensayos» pág. 177.)

Sin embargo, en este punto tenemos que referirnos a las palabras del mismo Marañón, en la página 130 del libro de que nos ocupamos; palabras dirigidas contra «algunos de estos investigadores».

«Creo preciso que los clínicos reaccionemos, a nuestra vez, contra este ejemplo típico del error de generalizar a la especie humana los datos recogidos en especies inferiores.»

Es exacto, no hay nada que añadir. Mas una cuestión se nos impone aquí: ¿merece nuestra entera estimación un biólogo que rehuse aceptar los resultados de las ciencias psíquicas, de un lado, de las ciencias biológicas de las especies inferiores, del otro, y que se limita únicamente al examen de los «estado intersexuales en la clínica humana»? — (éste era el primer título del libro) —. No debe olvidarse, además, que su libro no es ya simplemente un libro clínico de los estados intersexuales, como lo era en su primera edición, sino que pretende esbozar «La evolución de la sexualidad» sobre todo. Sin embargo, podemos imaginarnos dos maneras de estudio de la evolución de la sexualidad: la una filogenética, que vaya desde las especies inferiores hasta el hombre; la otra ontogénica, que describa la evolución de la sexualidad en el individuo humano, masculino y femenino, con sus diferencias, etc. En lugar de eso, el autor tan reputado nos da un estudio muy hipotético de la llamada intersexualidad, cuyos puntos principales nos son conocidos ya por obras de autores extranjeros, con las críticas respectivas; los otros puntos quedan sin pruebas verdaderamente científicas.

Si insistimos tanto en las experiencias de Steinach, es porque fué él quien volvió sobre la idea de la bisexualidad de Hirschfeld para basarla hormonalmente, una vez con vistas a la explicación de la homosexualidad.

«La homosexualidad constante, dice, o la que se manifiesta en la vida individual, puede explicarse con la existencia de una glándula puberal de naturaleza hermafrodita —si tomamos el caso de un individuo masculino con testículos de apariencia normal—. La actividad de las células puberoglandulares femeninas se halla impedida y contrapesada por células puberoglandulares masculinas, que están en mayoría, es el carácter viril el que se desarrolla primero enteramente, con todos sus indicios, más si tarde o temprano una razón cualquiera provoca la cesación de la función, las células femeninas vuelven a su vez a funcionar como consecuencia de la paralización de las otras. De la misma manera que es posible que uno u otro carácter sexual somático de la mujer aparezca como resultante de este fenómeno y que, por ejemplo, una mama llegue a formarse, la influencia puede ejercerse exclusivamente sobre el sistema nervioso central, y es entonces cuando se manifiesta una tendencia uranista.»

Ese es el desarrollo final muy lógico del pensamiento de Hirschfeld y debería ser también el de Marañón. Pero Steinach no ha logrado demostrar la existencia real de esta hipotética glándula hermafrodita. Sería muy lógico que Marañón esperara también la solución estando agotadas las

posibilidades de la histología de las futuras investigaciones de la bioquímica. Para él también, como para Steinach, «la bisexualidad hormonal es condición necesaria para el desarrollo de la homosexualidad». Pero no tardaremos en recordar que el procedimiento es muy sospechoso; antes del desarrollo de la histología, se ha esperado de ella el esclarecimiento de estos problemas; con la evolución de las ciencias, la posibilidad de la solución que podría justificar la teoría de los estados intersexuales, se halla relegada a terrenos inaccesibles. Conocemos este procedimiento desde hace tiempo, y sobre todo desde Hirschfeld, con quien tiene Marañón, aun en este punto, algo de común.

Ya es tiempo de recordar aquí otra famosa teoría de nuestros días que trabaja con la noción de la bisexualidad del hombre: el psicoanálisis. Hay un cierto paralelismo entre las dos concepciones, a pesar de los mundos que separan a los dos grandes exploradores de la vida sexual humana. Para Marañón—podemos resumir así sus afirmaciones—todos los seres humanos somos hermafroditas en potencia: el desarrollo de esta posibilidad depende enteramente—o en su mayor parte, al menos—de ocasiones accidentales exteriores. Para Freud, somos hermafroditas psíquicos en potencia: tiene nuestra alma la posibilidad de evolucionar según la formación del complejo de Edipo, en tendencias e impulsos, sea hetero, homo o bisexuales. Pueden considerarse, pues, las teorías, como los dos últimos retoños de la ideología bisexualista que era tan característica al fin del siglo XIX y al comienzo del siglo XX; creemos que una nueva orientación vendrá, que cambiará por completo hasta el planteamiento del problema. Hay que agregar también que el psicoanálisis fué establecido por Freud hace treinta años y ha pasado ya su punto de culminación en su país natal, lo mismo que, por lo demás, la teoría de los grados o estados intersexuales.

III

Analizaremos ahora algunos puntos especiales de las teorías y del razonamiento de nuestro autor para precisar ciertos aspectos que necesitan corrección. Lo que dice al principio de su estudio de las características sexuales (página 21 y sq) de la piel y del sistema piloso, nos parece, francamente, pueril. Hablar, como lo hace, de la cuestión tan compleja de la pilosidad humana, supone una gran cantidad de ingenuidad. No toma en cuenta Marañón los datos de la etnografía y de la historia de la civilización. Hirschfeld por su parte, muestra una mayor perspicacia cuando, en sus dos libros sobre el «Travestismo», insiste en la incomparable e increíble relatividad, no solamente del vestido, sino también de todas las cuestiones que se refieren al cabello. Este *automorfismo* es una falta constante de la obra de Marañón, que interpreta todo desde los puntos de vista del hombre del siglo XX, desde la pederastia de los griegos hasta el carácter viril de la calvicie. No tomar en cuenta las diferencias raciales en cuestiones semejantes es, según nuestra manera de ver, un sacrilegio científico. Se encuentran autores que pretenden la ausencia de los caracteres sexuales secundarios, por ejemplo, en los judíos (Schickelanz). Este error tiene su explicación en la incontestable *aplanación* mutua de los sexos opuestos en la «raza judía», fenómeno que se encuentra, por lo demás, en algunas otras razas también, y que es, según Max Marcuse, en los judíos, de origen psíquico. F. Lenz insiste en la semejanza a la mujer del hombre europeo actual; Eugen Fischer pone en relieve la influencia de la domesticación, que considera como la causa de la aplanación mutua de los sexos. Marcuse ha demostrado muy bien, en su obra fundamental, cuánta es la influencia de la

edad, de la raza, de las condiciones sociales y económicas sobre la transformación de los caracteres sexuales. Una aplanación más o menos grande puede demostrarse también en razas que viven muy lejos unas de otras, como los indios norteamericanos, los malayos, indonesios, negros, etc. Según J. W. Samson, son las razas coloradas las que acusan una menor distancia entre hombre y mujer; es él también quien establece correlaciones entre el aumento de las calidades femeninas en el hombre y el crecimiento de la virilidad de la mujer. El mismo Samson y otros, entre ellos Klimowsky, han realizado el examen de las condiciones que han determinado el cambio de cantidades viriles y femeninas en el curso de los siglos, para no hablar de Fehlinger y sobre todo de Marcuse, que insiste mucho en que la atención de los caracteres sexuales no es fenómeno único y aislado, sino que se ha producido repetidas veces en la historia humana. Se ve que la cuestión interesa intensamente a los sexólogos de hoy día, y que se ha trabajado ya mucho en estos problemas; es, pues, imperdonable hablar de la cuestión arbitrariamente, sin conocer o aparentar desconocer sus datos más elementales. Marañón traza un perfil de los caracteres sexuales de un hombre-tipo, que es, quizás, apropiado para nuestra época, pero que ha cambiado y va cambiando infinitamente en la realidad. (No se halla en la obra de Marañón ningún dato sobre la atenuación del gonocorismo, problema importante en algunas razas humanas, etc.). Puede decirse de él, en general, que *examina sólo y exclusivamente la naturaleza sexual del hombre blanco, civilizado y español* (1).

Entre las otras características físicas a las cuales Marañón atribuye igualmente un valor sexual, nos encontramos siempre en presencia de la misma relatividad. Los gestos y actividades varían también según las razas y los pueblos; su examen es casi nulo hasta ahora, pero tenemos ya algunos datos en este terreno también. L. F. Clauss tiene razón cuando dice en su reciente libro sobre el alma y el aspecto exterior de las razas y de los pueblos (Von Seele u. Antlitz von Rassen u. Voelker), que la antropología habitual sola no es suficiente para este estudio; pero el nuevo método que propone no es mejor. Tenemos que esperar que se haga un estudio fundamental con métodos empíricos-descriptivos; hasta entonces, no podremos decir nada con certeza sobre la cuestión.

En lo que concierne a la *marcha*, no basta decir que ella se debe a la diferente disposición de la pelvis, a saber, de la amplitud pelviana. Conocemos, en realidad, a hombres de marcha afeminada, pero con pelvis normal; por consiguiente, el carácter «femenino» de la marcha debe ser necesariamente «psicogénico», un efecto de la sugestión externa o de la autosugestión, del ejercicio más o menos consciente, etc. Los gestos y actitudes de las manos tienen igualmente la misma explicación no anatómica, sino psicológica. La mejor prueba de esta afirmación es el significado de los gestos, de la marcha, de todas las actitudes del cuerpo, que ha sido muy bien comprendido y que se utiliza con éxito para la investigación del carácter por Adler y sus discípulos.

No puede compartirse la opinión del autor sobre el problema de la *voz*. Si «las grandes voces de tenor y de contralto se reclutan, casi exclusivamente, en los pueblos menos civilizados, y en los civilizados, casi siempre también, entre las clases menos cultas»—afirmación muy discutible,

(1) Si Marañón tuviera razón, los hombres del Norte, cuya calvicie es muy frecuente, deberían ser mucho más viriles que los hombres del Sur, idea muchas veces puesta en duda. Reina en este terreno una relatividad completa.

por lo demás—esto no podría ser nunca «un nuevo argumento en favor de la hipótesis de que el progreso de la sexualidad se hace en el sentido de eliminar las formas intersexuales y de acentuar la diferenciación de cada sexo; hipótesis sobre la que constantemente insistimos»; no podría serlo, porque este fenómeno no testimonia otra cosa que una constante «disminución de función» de la voz humana, determinada por el progreso de la domesticación; ahora bien, nos parece absurdo argumentar con un síntoma de decadencia para una hipótesis de progreso y evolución. En este punto se demuestra claramente el método de Marañón al interpretar de manera arbitraria, según prejuicios y teorías preconcebidas, los fenómenos.

Pasamos ahora al esquema de los caracteres sexuales que nos da Marañón en varias de sus obras. Sigámoslo tan lejos como sea posible; concedámosle que, en general, «un solo rasgo, unos dientes, unos ojos, una barbilla, nos denuncian el sexo, porque cada detalle de la anatomía y de la fisiología del adulto está impregnado de su sexo» («Tres ensayos», pág. 172). Supongamos que la decisión del sexo definitivo o, según Marañón, «legítimo», se establece solamente en el embrión; durante el estado de indecisión, en el estado indiferente, una verdadera carrera tiene lugar entre los dos elementos, hasta el punto en que uno de ellos triunfa sobre el otro. Hay que suponer que los elementos desarrollados antes de la decisión son indiferentes, neutrales; es decir: no tiene características de ningún sexo. Después de la decisión, los órganos y parte del cuerpo tienen ya un carácter neto sexual del sexo «legítimo», o mejor, definitivo. Si la decisión ocurre bastante tarde en un feto, tendrá ya partes y órganos más desarrollados que conservarán más menos su carácter *neutral*; esa sería la explicación de los caracteres sexuales secundarios. Por ejemplo, si una mujer tiene, en razón de la evolución que acabamos de esbozar, algunos indicios de bigote sobre los labios, este bigote no es necesariamente un bigote *viril*, aunque no es tampoco un rasgo femenino. Considerando únicamente este bigote, aislado, no podríamos determinar con claridad si se trata de un hombre de bigote mal desarrollado o de una mujer con bigote muy fuerte; esa es la razón de por qué muchos fisiólogos y anatomistas están dispuestos a abandonar la vieja concepción de los caracteres sexuales primarios y secundarios netamente distintos. Es seguro que en este punto también el planteamiento mismo del problema cambiará profundamente, o está ya cambiando en muchos autores.

IV

Hay un fenómeno que puede servir de piedra de toque para todas las teorías sexuales; fenómeno que, en la gran mayoría de los casos, las ha hecho surgir esperando de ellas su explicación. Hablamos de la *homosexualidad*. En el libro de Marañón también, como es natural, la cuestión ocupa una parte considerable; la manera de ver del autor determina ya que esa sea la parte más ilógica, la más débil de toda la obra.

Para la explicación de la homosexualidad no tiene otra posibilidad Marañón que referirse a su teoría de los estados intersexuales. Nos habla de la tan discutida sexualidad infantil, descubierta por Freud. Interpreta el indiferenciado mecanismo atuerótico de la libido del niño como «indiferentemente hetero u homosexual»; Freud lo ha interpretado indiferentemente hetero y homosexual; para nosotros es verdaderamente indiferente, su carácter *en apariencia* hetero y homosexual es pura casualidad. En cuanto a este mecanismo infantil, para Marañón «es incuestionable su naturaleza sexual», y cree «que para todo naturalista no perturbado

por sus prejuicios» debe ser lo mismo. Podríamos citarle una larga serie de «naturalistas no perturbados por los prejuicios», como a Oswald Schwarz, por ejemplo, que invoca numerosos veces—(erróneamente, para corroborar sus teorías, completamente opuestas a las del profesor vienés) (Véanse: «Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome», 1925; «Medizinische Anthropologie», 1929)—. Para nosotros, es él quien se deja seducir por prejuicios, atribuyendo un carácter sexual a estos mecanismos del niño. Pero hoy en día sabemos ya que la mayoría de las actividades infantiles tienen únicamente un papel de entrenamiento. Si un niño continúa gritando, sin ninguna razón para hacerlo, no significa que le falta algo; se entrena solamente, y no se trata de otra cosa que de un funcionamiento «à vide» (Wallon), de un placer de la función (*Funktionslust*, de Bühler). El niño tiene, pues, su laringe para gritar, sus miembros para agitarlos, su pene para ereccionarlo. Como sus gritos no son palabras y no tienen sentido, de la misma manera su pretendida «sexualidad» no es sexualidad. Así, no puede hablarse de «sexualidad» sino en una etapa más lejana del desarrollo individual. Después de la fase del autoerotismo, en la cual el niño no tiene ninguna relación sino consigo mismo, sigue la fase de Edipo, según la terminología de Freud, es decir, las primeras relaciones del niño con los padres. Esta fase es para Freud meramente sexual; para Adler puramente social; para Schwarz, aunque no puede ser cuestión de sexualidad, nos encontramos en presencia de un fenómeno semejante a ella, de un preludio, de una introducción. Sigue después la fase de juego y del trabajo en comunidad con un más grande ciclo, con los compañeros, una fase «homosexual», y luego, con la pubertad, empieza la fase heterosexual. Los que perseveran más largo tiempo del que sería normal, en la fase de Edipo, son los regales de la madre, de los cuales un notable escritor francés, François Mauriac, nos ha dado un admirable retrato en su «Génitrix». Los que permanecen detenidos en la fase siguiente, corren riesgo de llegar a ser homosexuales si de alguna manera—estas posibilidades son muy bien descritas por Adler y sus discípulos—no logran entrar en contacto con el sexo opuesto, contacto que conduce normalmente al amor heterosexual.

No podemos desarrollar aquí este tema tan importante «in extenso». Nos limitaremos a descubrir las principales contradicciones de todas las teorías intersexuales, comprendida en ellas la de Marañón. Es una sola la conclusión que puede deducirse de su obra; a saber: que la conducta sexual del individuo es independiente de sus datos constitucionales y depende únicamente de la manera espontánea como se conduce en la vida sexual. Los casos y fenómenos recogidos por el mismo Marañón nos dan la mejor prueba de esta afirmación; le ocurre lo mismo que había ocurrido antes a Hirschfeld; sus datos contradicen sus teorías, demostrando su entera arbitrariedad. No pueden explicarse nunca los fenómenos de la vida sexual desde un punto de vista puramente clínico o biológico, como no hay posibilidad de establecer correlaciones en las cuales pudiéramos confiar. Basta referirnos a los datos del mismo Marañón para convencernos de la verdad de esta afirmación. Según su experiencia,

«la libido en las mujeres *intensamente* virilizadas no sufre una inversión paralela; es decir, una anulación de la apatencia por el hombre substituida por la apatencia hacia la mujer». «En cambio—nos dice Marañón—en las *formas leves* del virilismo, la tendencia inversiva de la libido es mucho más manifiesta. Estas mujeres son indicios atenuados y aislados de virilidad—tal como un discreto vello, una voz grave, caderas poco anchas, enérgico dinamismo social,

etcétera—suelen ser las que muestran preferentemente la inclinación homosexual.»

Así, los caracteres sexuales secundarios *no nos prestan ningún punto de apoyo para la conducta sexual de un individuo*; posee ella una especial aptitud para evolucionar con una independencia bastante grande de los datos orgánicos y constitucionales; así, el «estado intersexual» de cada uno, aun si su determinación fuera posible, no nos podría decir nada de la verdadera naturaleza sexual del individuo, ya que ésta no es función del estado intersexual. Los datos morfológicos y biológicos *hacen posible una «desviación» en la conducta psicosexual, sin explicarla; danle ocasión para producirse sin provocarla. Es vicioso, pues, decir: que*

«el hombre que busca a otro, o la mujer a otra mujer, son seres tan fieles a su *instinto* como aquellos que buscan a los del sexo contrario. La diferencia estriba en que en el primer caso el instinto está torcido. El invertido es, pues, tan responsable de su anormalidad como pudiera serlo el diabético de su glicosuria» (1).

De todos los abusos que suelen hacerse con la noción del instinto, éste es el mayor; sería mejor decir que el hombre normal que busca al sexo contrario es tan fiel a las «líneas directivas», a los «dominantes» de su conducta establecida desde su niñez, como el hombre que busca a otro hombre. Es la única razón de que haya, «en efecto, que informarse de lo que ocurrió en la época puberal», porque una pubertad de desarrollo perezoso es «un dato de inapreciable valor para juzgar la génesis» de la perversión, dando ocasión para desarrollarse a una neurosis sexual (2).

Puede compartirse, en parte, otra opinión del autor. Dice Marañón, en efecto: «Nosotros no admitimos la clásica división de los homosexuales en congénitos y adquiridos. Para nosotros todos «*son congénitos*». Nosotros tampoco no podemos admitir la clásica división, pero para nosotros todos son adquiridos (3). Y aquí llegamos a la contradicción fundamental de todas las teorías de Marañón. Hirschfeld, más consecuente y más libre de prejuicios que su continuador español, ha obtenido la conclusión de su teoría congénita de toda homosexualidad, de reclamar verdadera libertad a los homosexuales y a todo hombre de sexualidad con-

fusa, cambio del nombre de bautismo viril en femenino, matrimonio entre personas del mismo sexo, etc. Es esta la única posición lógicamente justa de un «intersexualista». Es muy natural, pues, oír a Marañón reclamar el «derecho de amar y libertad de morir, a su vez»; a cada hombre se le debe conceder el derecho de vivir como la Naturaleza lo había formado:

«parece que lo justo debe ser lo contrario: *no poner frenos al instinto, sino exaltar su desarrollo, dejándole que corra libremente por los cauces paralelos de la feminidad y la virilidad, sin constreñirle ni represarle con ninguna clase de prejuicios y, a la vez, reaccionar con severidad ante las canalladas que secularmente se toleran porque llevan la etiqueta, casi siempre falsificada, del amor*».

Y ¿no teme él, que considera el hermafroditismo como normal, el instinto homosexual como si no normal, al menos justificado por el estado intersexual, hablar de la responsabilidad de la educación? Un hombre iato con el pretendido estado intersexual, ¿podría ser influido por una acción pedagógica? ¿Y qué es esta acción sino un freno, según la concepción de Marañón? Puede recomendarnos la cirugía, la opoterapia y los injertos sin estar en contradicción con sus teorías: «Como estos impulsos sexuales no emanan, como el pensamiento, de lugares ignorados de nuestra anatomía, sino de tejidos concretos y bien conocidos—el tejido glandular de los órganos reproductores—se concibe, en teoría, que nos habría de ser fácil modificar los instintos modificando estos tejidos.» Pero, «canosa es, amigo, cada teoría», dice Goethe en su «Fausto», y eso es verdad para la teoría tan brillante en apariencia de Marañón también. En efecto, Marañón no esconde su pesimismo terapéutico (página 254). «Más tarde, cuando el joven, con su perversión establecida, caiga en manos del médico—quién sabe si en las del juez—las cosas tienen ya poco remedio.» Claro es, Marañón, el biólogo, sabe muy bien cuánto las operaciones—que, por lo demás, pueden muy bien concebirse «en teoría»—han dado resultados ambiguos y dudosos; ahora es comprensible porque insiste tanto, médico que no tiene remedio, en la importancia de la pedagogía, de las prevenciones pedagógicas que, sin embargo, deshonran a un clínico. Es esto lo que hemos llamado su ambigüedad—reproche que Monakow ha hecho a Freud—constatando que Marañón introduce, por la pequeña puerta del fondo en sus teorías, después de haber condenado la puerta principal, puntos de vista desprovistos de todo carácter biológico y que tienen un carácter netamente pedagógico, es decir, psicológico y humano. Su posición no es, en suma, dualística; no hace tampoco valer el punto de vista de la ciencia médica más moderna de la «unidad cuerpo-alma» (Schwarz, op. cit., Prinzhorn y otros); no es ella, tampoco, una posición materialista grosera. Mezcla, en último análisis, conocimientos de naturalista con ingenuidades que son todo menos científicas y que sirven solamente para justificar sus teorías preconcebidas (1).

(1) En cuanto a la cuestión de la responsabilidad, ¿cómo puede pretender Marañón que «la madre—suprema escultura del alma de sus hijos»—sea «casi siempre la responsable—nos atrevemos a afirmarlo así—de la homosexualidad y en general de los demás trastornos del instinto del varón? ¿Cómo? ¿Empieza por convencernos que son los estados intersexuales los que determinan nuestra conducta sexual, y termina en la última página de la obra por afirmar la responsabilidad pedagógica, y especialmente la de la madre? Podemos oponer a esta pirueta extraña lo que dice un gran especialista de estas cuestiones, Adler: que es imposible cargar a los padres con una responsabilidad por nuestras catástrofes en la vida. En efecto, dice, la vida nos presenta tantas ocasiones para corregirnos, que no podemos acusar a otro que a nosotros mismos.

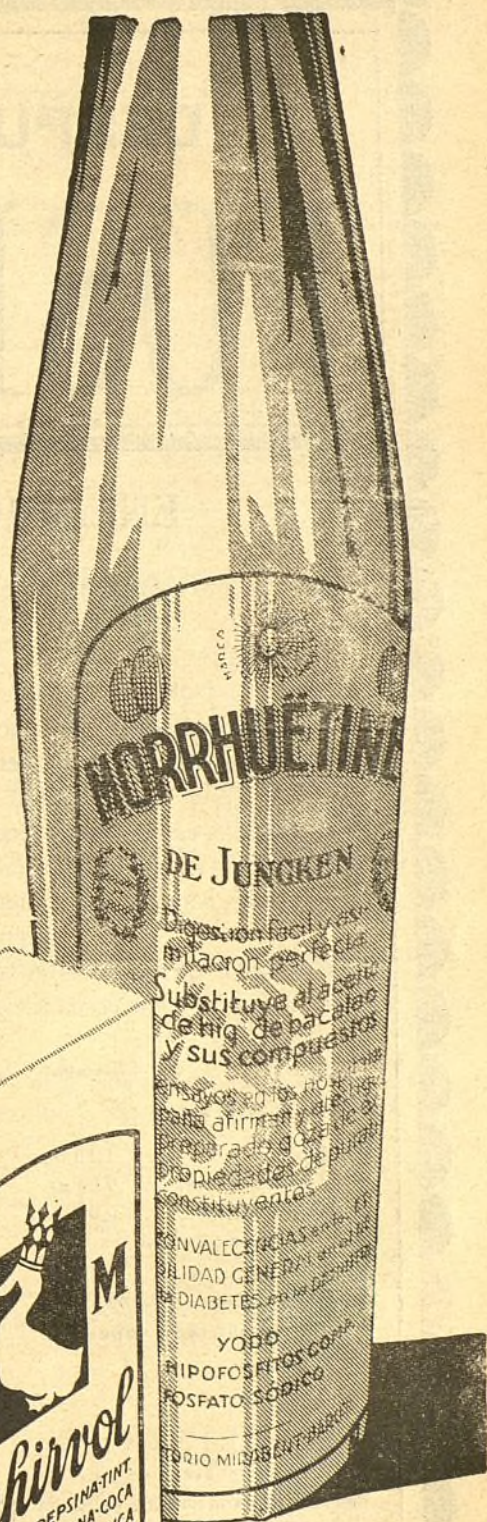
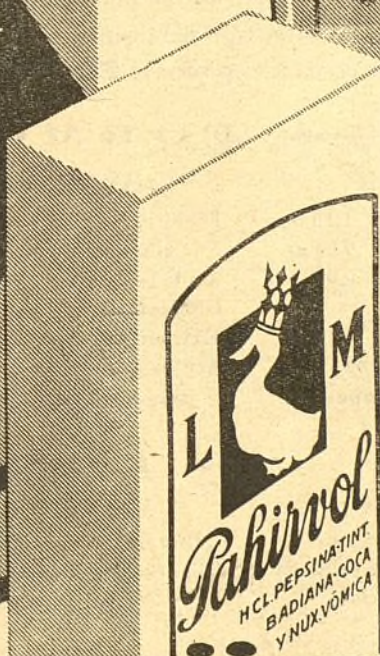
(2) Una pubertad de desarrollo perezoso es la fuente de sentimientos de inferioridad, de incertidumbres sobre su sexo, etc. Es, por lo demás, curioso ver que Marañón rehúsa trabajar con una noción enteramente establecida en biología: la *inferioridad orgánica*. Es el gran mérito de Adler haber descubierto la importancia capital del problema para la biología (*Studie über Minderwertigkeit von Organen*, 1907) y para la psicología también (véanse sus obras posteriores). No hay inferioridad específica de un solo órgano sin inferioridad general; esta inferioridad es el campo de juego de las neurosis o, para decirlo mejor, las bases sobre las cuales se eleva el «superedificio psíquico» que conduce a las perversiones sexuales. Las variaciones y modalidades de las perversiones sexuales no podrían ser explicadas en sus complejidades polimórficas con una teoría de estados intersexuales.

(3) Extraña mucho ver la solución o, mejor, la no solución de esta cuestión en la «Psychologie homosexuelle» del psicoanalista francés Hesnard, libro de valor dudoso.

(1) Es curioso ver a Marañón esforzándose en explicar todo con datos biológicos; pero hacen irrupción, de cuando en cuando, en sus teorías, puntos de vista netamente sociológicos. Así, por ejemplo, habla de la «facilidad con que estos factores pueden arraigar, no sólo en los individuos aislados, sino en grandes grupos de varones, ya que la predisposición intersexual está tan extendida en el género humano».

Hay, en efecto, otra explicación basada en las condiciones sociales no solamente para la homosexualidad aislada, sino para la homosexualidad de los grandes grupos; en tanto que reacción, la homosexualidad se presenta todas veces que la mujer hace un paso adelante en la emancipación, hacia la igualdad definitiva. Así en los tiempos griegos, en Sparta—en función de las leyes «feministas» de Licurgo—en el renacimiento italiano, en los tiempos elizabetanos en Inglaterra u hoy mis-

**LABORATORIO
MIRABENT
BARCELONA**



MORRHUÉTINE

EL TÓNICO DE LA INFANCIA
Y DE LA PUBERTAD.

JUNGKEN

MEDICACIÓN YODADA
POR EXCELENCIA

SE USA TODO EL AÑO = SABOR GRATÍSIMO = TOLERANCIA PERFECTA

NURRISOL

RECONSTITUYENTE GENERAL PARA LAS MUJERES QUE CRIAN
FACILITA LA LACTANCIA MATERNA

PAHIRVOL

TÓNICO ESTOMACAL
INSUFICIENCIAS Y ATONÍAS GÁSTRICAS

Ayuntamiento de Madrid

DESPUES DE LA GRIPE

FOSFOARSIL

ENERGICO RECONSTITUYENTE

Sobrealimento completo, compuesto y dosificado escrupulosamente para complacer a los más exigentes fisiólogos; de sabor agradabilísimo, de una digestibilidad perfecta, **Fosfoarsil**, Elixir o Granulado, resuelve la cuestión de la sobrealimentación racional de los enfermos, de los convalecientes, de los niños y ancianos. Es un acumulador de fuerzas aconsejado hace más de veinte años por los médicos más eminentes a los anémicos, a las mujeres encinta, a las madres en el período de la lactancia, a los agotados, a los que digieren con dificultad o sufren alguna afección del estómago, etc.

Sus fórmulas estudiadas y experimentadas por expertos clínicos, son elaboradas con todo el esmero que una medicación moderna requiere, y si se digna usted ensayarlo en alguna de sus tres formas, será su más ardiente y formal defensor, convencido de sus positivas propiedades terapéuticas, por los resultados obtenidos.

Por su sabor exquisito es un agradabilísimo licor de postre el **Elixir FOSFOARSIL** y un verdadero postre el **FOSFOARSIL Granulado**.

FORMULAS

ELIXIR

Fósforo..... 1,10 mgs.
Nucleinato de sosa... 0,05 gr.
Acido cacodílico.... 0,02 »
Ex. fluido de nuez de kola..... 0,10 »
Elixir de pepsina.... 20 »

Por cucharada sopera.

GRANULADO

Fósforo..... 1,10 mgs.
Nucleinato sódico.... 0,05 gr.
Acido cacodílico.... 0,02 »
Glicerofosfato de cal. 0,50 »
Ext. nuez de kola... 0,10 »
Azúcar c. s.

Por cucharada pequeña.

INYECTABLE

por c. c. contiene

Fósforo..... 1,10 mgs.
Nucleinato sódico.... 0,01 gr.
Acido cacodílico.... 0,02 »
Suero Hayem..... 1 c. c.

En ampollas de 2 c. c.

DOSIS

ELIXIR

Una cucharada sopera
después de cada comida principal.
Precio: 7,50 pesetas.

GRANULADO

Una cucharada de las de café
después de cada comida principal.
Precio: 6 pesetas.

INYECTABLE de 2 c. c.

Una inyección diaria.
Completamente indolora.
Precio: 15 pesetas.
Caja de 12 ampollas.

(NIÑOS LA MITAD DE LAS DOSIS)

PREPARADO EN EL

LABORATORIO CASTELLS

Encarnación, 70. — BARCELONA

Muchas veces, estas ideas preconcebidas le impiden reconocer la verdad. Porque algunas veces ya tiene la llave de todos los problemas sexuales en la mano, sin reconocerla, cegado por su teoría de los estados intersexuales. Dice en la página 48 que ciertas experiencias de Steinach hacen «pensar que la libido suscitada en bloque por la excitación química, con una especificidad obtusa, se diferenciaría posteriormente, al menos en la especie humana, a consecuencia de un mecanismo psicológico». Aquí está toda la solución, aquí está la dirección que hubiera debido seguir. Hace recordar más abajo (pág. 142) las mismas experiencias y usa de una comparación muy verdadera y muy espiritual para demostrar de qué manera la increción gonadal deja indeterminada la dirección de la conducta sexual.

«La excitación hormonal es como el pie del chófer, que pone en marcha el motor, pero sin imprimirle ninguna dirección; ésta la da la mano sobre el volante; en el caso del sexo la diferenciación psicológica.»

El clínico, el biólogo, tiene que detenerse aquí; constatar el papel de los datos orgánicos y constitucionales que dan lugar y que determinan el campo de juego de las influencias psicógenas. Pero este papel no debe exagerarse, pues, como hemos visto, como lo ha demostrado y corroborado con sus hallazgos el mismo Marañón, no deja de establecerse una correlación estricta entre los datos orgánicos de un lado, y los datos psicológicos del otro. Como el psicólogo peca si deja de lado los factores endógenos y biológicos, el clínico peca aún más olvidando apoyarse en los descubrimientos de la psicología. El haber ensayado, contra sus hallazgos mismos, fundar una nueva teoría intersexual, nos inclinamos a llamarlo una «trahison des clercs», la traición de Marañón.

Hemos de recordar, en efecto, todo el mal que puede producir una teoría semejante; las teorías de Hirschfeld nos han dado el ejemplo. Si un joven, cuya «línea femenina» más o menos consciente (Adler) va desarrollándose, lee la obra de Marañón, debe ganar la convicción que está determinado a la perversión, condenado a la homosexualidad por su «estado intersexual», sin saber que hoy día existen ya excelentes métodos psicológicos para curarlo. No tendrá, probablemente, otro recurso que el que ha elegido el protagonista de un libro dedicado—sin malicia, naturalmente—

mo. Es una reacción de la comunidad de los hombres, una «protesta viril» que se produce de una manera inconsciente.

Es curiosa la ingenuidad con la cual habla Marañón del sueño (156). La homosexualidad durante los sueños sería también un ejemplo de liberación de las inhibiciones externas, comparable a los expuestos. En consecuencia, el sueño puede tanto hacer aparecer una homosexualidad latente en un normal, como desaparecer la tendencia homosexual en el invertido y dejar libre la tendencia normal. A esta acción liberadora del sueño atribuye Stekel la aptitud para la erección al despertar, muy común en el hombre, y que generalmente se achaca—y yo creo que con razón—a causas puramente locales, como la repleción de la vejiga. Téngase en cuenta que, aunque los sueños se consideran como fenómenos fisiológicos, la mayoría de los seres humanos sólo sueñan en condiciones patológicas (?); por ejemplo, bajo la acción de grandes excitaciones nerviosas, malas digestiones, etc. Es conocida la acción no liberadora, sino con más grande probabilidad, preparadora de los sueños; no en el sentido fisiológico grosero, sino en un sentido psicológico. El sueño es un entrenamiento, un arreglo psicológico del soñador (Adler, Maeder y otros).

La hipótesis de Marañón para explicar la homosexualidad senil es muy torzada. Se trata de una envidia más o menos consciente, de un mecanismo de identificación (Freud, Schilder, y la admirable novela de Thomas Mann: La muerte en Venecia) por la vía del amor, de la unión con el joven—o la joven—envidiados por su juventud. Eso es el caso de Gide también («Si le grain ne meurt»). Recordamos aquí la palabra de Goethe: la mejor salvación de la envidia es el amor (citada en un trabajo mío en Selbstziehung des Charakters, por Leonhard Seif & L. Zilahi, 1930).

a Marañón, prologado por él, un libro que, a pesar de sus buenas intenciones, que nos guardaremos de discutir a Hernández Catá ni a Marañón, seguimos considerando, lo mismo que la obra de nuestro autor, como una acción perniciosa.

París, Marzo de 1930.

NOTA. — Se hallan elementos muy desiguales en el desarrollo del tema de esta obra (como en la estimación de los autores le ocurre también a Marañón no distinguir con la necesaria crítica entre opiniones de valor muy diferentes). Tal acontece, por ejemplo, al hablar de la «idea andrógina de la vida», tan cara ya a Hirschfeld (véase el estudio de von Foerster en los Jahrbücher). Nos dice Marañón: «Sin embargo, en la famosa y tantas veces recordada interpretación de los sexos del discurso de Aristófanes en «El banquete», de Platón, se da ya al hermafroditismo sagazmente una dignidad de sexualidad normal. En realidad, las Sagradas Escrituras dan acceso a la misma idea, toda vez que el hombre primitivo—Adán—fué un varón con potencialidad bisexual, puesto que de él fué separado un organismo de mujer.» (Esta es, en realidad, la interpretación de la Cabbalah de los judíos, del místico alemán Jacob Boehme, etc.) Tenemos que citar contra el Marañón de los «Estados intersexuales»: el Marañón de los «Tres ensayos»: «Para él (Aristófanes), como es sabido, los hombres eran primitivamente dobles y de tres categorías: unos, varones...; otros, hembras...; y otros, andróginos, esto es, por mitad hembra y varón». Se trata de hombres doblados y no de hermafroditas, que significa hombres con ovario testis y con verdadera bisexualidad de las gonadas. Se confunde muchas veces, por lo demás, la noción del andrógino con la del hermafrodita, como aquí en el caso de Marañón. El primero que insistió en esta diferencia fué el filósofo alemán de los tiempos románticos Franz von Baader. Para él, el hermafroditismo consiste en la unión de las sexualidades diferentes; el andrógino, en cambio, en su coexistencia.

EL COMBUSTIBLE DEL CEREBRO

Adaptación castellana de P. M.

La maquinaria de la vida obtiene su poder de la energía liberada por la oxidación de los alimentos. Durante largo tiempo se creyó que la grasa, la dextrosa y la proteína que entran en la corriente sanguínea eran quemadas en diversas combinaciones por cada órgano, según sus exigencias. Ahora casi todo el mundo está de acuerdo en que el músculo satisface sus necesidades de energía por la oxidación de grasa y de dextrosa. ¿Obtienen otros órganos su energía de las mismas sustancias? Para el cerebro la respuesta ya está hecha. La obra reciente inclina a admitir los hidratos de carbono como único manantial de energía para este tejido tan especializado.

En 1929, Himwich y Nahusu refirieron una serie de observaciones hechas en cerebros de perro que indicaban claramente que este órgano utiliza exclusivamente los hidratos de carbono como manantial de energía. El carácter de la sustancia alimenticia oxidada no era alterado por los anestésicos porque con animales no anestesiados se obtenían los mismos resultados. Otra observación más importante fué que, en animales privados de páncreas—que habían perdido su capacidad para oxidar el azúcar—, el cerebro continuaba utilizando los hidratos de carbono como origen de su energía a pesar de la desaparición de la insulina del cuerpo del animal de experimentación. Aquí nos encontramos, por lo tanto, con un caso en el cual la falta de la hormona pancreática no es causa de que el órgano queme grasa como productora de energía.

El estudio de la sangre venosa del cerebro en animales diabéticos y normales demostró la presencia en aquella de

menos dextrosa y ácido láctico que los existentes en la sangre arterial (la que va al cerebro). Estos hechos, considerados a la luz de las observaciones de Holmes y Ashford del no almacenamiento de glicógeno, de dextrosa y de ácido láctico, hacen doblemente claro que estas sustancias son utilizadas por el cerebro como origen de energía. Lennox, en enfermos no anestesiados, ha obtenido recientemente una corroboración sorprendente de estas conclusiones. Estudió al mismo tiempo el cerebro y los músculos de la perna. Mientras el tejido contráctil de sus individuos subsiste casi exclusivamente a expensas de la grasa, el cerebro para sus necesidades utiliza los hidratos de carbono. Aquí es evidente el fenómeno raro, de un órgano, el cerebro, que vive exclusivamente de azúcar, mientras otros órganos queman grasa. Además, aun en ausencia de la insulina, los hidratos de carbono continúan siendo la única sustancia utilizada por el cerebro para sus necesidades de energía, tema completamente asombroso para muchos fisiólogos.

Se admite generalmente que la oxidación de la dextrosa sólo puede ocurrir en presencia de la insulina; es evidente que la dextrosa, como tal, no es oxidada por el cerebro. ¿Como es, pues, utilizada? La respuesta la dan las investigaciones de Holmes sobre el cerebro extirpado demostrando que aun en ausencia de dextrosa sus oxidaciones continúan satisfactoriamente con tal de que haya ácido láctico presente (o que sea añadido a la preparación). Además se vió que cuando se añadía dextrosa, la oxidación por el tejido cerebral continuaba con tal de que la dextrosa pudiera ser convertida en ácido láctico y no de otro modo. La dextrosa es, por lo tanto, la precursora del ácido láctico, que es, acaso, el único combustible del cerebro vivo. Subsistiendo a costa del ácido láctico, el cerebro resulta independiente de la insulina, circunstancia de suma trascendencia para los enfermos diabéticos. Todavía no se sabe si hay otros órganos en el organismo que dependan de semejante mecanismo.

(T. J. A. M. A., 16 de Enero de 1932.)

EL RUIDO

Son de difícil evaluación los efectos del continuo ruido sobre el cuerpo humano y la fatiga nerviosa inducida por el ruido excesivo. Un ingeniero dice que «dentro de una generación el ruido rivalizará con la enfermedad, a menos que la misma ingenuidad mecánica que ha producido esta alteración mecánica de nuestra edad sea capaz de dotarnos con una envoltura de silencio». Los habitantes de la ciudad están saturados de ruidos que proceden del tráfico de las calles, de los tranvías, de las radios, de los gritos de los vendedores, de las fábricas y de otros muchos orígenes. Las consecuencias son: menos eficiencia en el trabajo, irritabilidad, y en algunos casos, neurosis. La creciente amenaza del ruido y de las vibraciones ha determinado ya violentas protestas en varios sitios del mundo. Se está investigando ampliamente el efecto del ruido sobre el organismo humano. Hasta hoy las investigaciones han demostrado que un ruido repentino precipita las contracciones cardíacas y la respiración y aumenta la presión sanguínea en el hombre y en los animales. Un hecho significativo demostrado por la experimentación, es que la actividad mental de los individuos de más elevado desarrollo es impedida por el ruido, mientras las personas menos desarrolladas mentalmente parecen, por el contrario, ayudadas por el ruido. Los ruidos bruscos provocan reacciones de temor que se hacen aparentes por la tensión muscular. La relajación muscular es difícil, si no imposible, en un medio ruidoso. La Comisión del ruido de

la ciudad de Nueva York ha hecho la primera medición del nivel medio del ruido de las calles, dando más de 7.000 audiencias en diversos sitios. El nivel relativo del ruido era determinado por la medida instrumental de la intensidad del sonido. El resultado de esta exploración ha sido que en muchos sitios de Nueva York un tigre de Bengala podía rugir, sin ser oído, a una distancia de 20 pies. De las quejas por ruidos en Nueva York, el 53 por 100 de un total de 11.068 se refieren al tráfico de los automóviles y trenes. Durante años, este problema ha sido minuciosamente estudiado en Inglaterra, donde uno de los grandes orígenes del ruido es la maquinaria empleada en la fabricación de tejidos. Hace tiempo, en 1917, se inició un Día nacional de la Eliminación de la fatiga para dirigir la atención sobre el ruido evitable. En los Estados Unidos se han tomado medidas en muchos sitios para evitar el ruido. En algunas ciudades se ha ensayado el automóvil silencioso. La Asociación Americana de Ingeniería de Trenes Eléctricos ha nombrado un Comité para el estudio activo del problema del ruido y la vibración. La prevención del ruido es, en gran parte, un problema de ingeniería. Como en la actualidad pueden imponerse algunas restricciones legales al ruido, es necesaria la investigación científica para medir, de una manera definida, la cantidad y calidad del ruido en relación a sus efectos sobre el individuo.—P. M.

BIBLIOGRAFIA (1)

TRATADO PRÁCTICO DE LAS ENFERMEDADES DE LAS VÍAS GENITOURINARIAS, por el Dr. Juan José Gazzolo, docente libre de la cátedra de Clínica genitourinaria.

De Buenos Aires nos llega un libro magníficamente editado, a todo gasto de papel, impresión, con 700 páginas, 415 figuras, muchas de ellas excelentes y seis planchas en color. Esto en cuanto a la parte material del libro, que honra a su distribuidor, Aniceto López; en cuanto al contenido doctrinal de este moderno tratado de Urología, uno de los pocos escritos en español en el presente siglo, nos merece el mayor respeto. El autor, preocupado por la finalidad pedagógica de su labor no escatima ningún medio para ilustrar los temas que expone con gran claridad; a ello contribuyen la exposición metódica clara, sin palabrería, y las aportaciones iconográficas de dibujos, de esquemas, muchos de ellos originales y de gran ingenio, y las reproducciones de piezas anatomopatológicas, procedentes del Museo de la Facultad de Medicina y del Hospital Alvear de Buenos Aires.

Este libro, aunque escrito en español, revela en su autor un discípulo de la escuela francesa, de gran cultura e instrucción en la especialidad, pero con un desconocimiento completo de la labor hecha por los españoles, que quedan todos eliminados de su obra.

Es evidente que cada uno puede buscar las fuentes de sus conocimientos donde le agrada, y si estas fuentes son tan abundantes y cristalinas como las de la ciencia francesa, el libro tiene el encanto de un tratado de autor francés, más la facilidad que se deduce para los lectores españoles de su fácil acceso. Tal vez para hacer todavía más ameno su trabajo, el Dr. Gazzolo esmalta su obra de palabras que a los castellanos nos distraen de la monotonía de los clásicos, por ejemplo, cuando dice (página 335): «Se trataba de un enfermo que presentaba una loge dividida en dos cavidades.» Página 467: «Una sonda, va unida de un pequeño balón.»

Si cito al azar algunas expresiones, es sólo para poner de manifiesto cuál es la modalidad de expresión del autor, sin intención de crítica molesta, pues no son muchos los que del lado acá del mar escriben mejor. Recuerdo un tratado

de la especialidad, aparecido hace algunos años en un volumen de 250 páginas, al que de ponerle los artículos y poseivos que le faltaban hubiera habido necesidad de añadirle otro pliego.

La claridad de la exposición, aunque no siempre sea la exposición correcta, literariamente; la profusión de los esquemas originales, que revelan de qué modo el Dr. Gazzolo se ha preocupado para hacer penetrar con facilidad en la mente del discípulo los varios casos que pueden darse en un proceso, y la magnífica colección de piezas anatómicas, algunas maravillosas y acaso únicas, dan al libro del doctor Gazzolo un gran valor, y debemos recomendar a nuestros lectores su adquisición.

DR. A. PULIDO MARTÍN

LE SOUFRE EN BIOLOGIE ET EN THERAPEUTIQUE, por los Dres. M. Loeper y L. Bory. Un volumen en 8.º de 342 páginas, con 41 figuras en el texto, 65 francos. Gaston Doin et Cie., editor. París, 1932.

Trátase en realidad de una trascendental obra desde el punto de vista doctrinal y científico. Loeper y Bory son dos personalidades francesas que han destacado lo suficiente para que no sea necesario descubrirlas a los cultos lectores de habla española. Sus trabajos de investigación han dado la vuelta al mundo en pleno triunfo de adaptación internacional.

La colaboración de estas dos personalidades en una obra del alcance y empuje de la que nos toca enjuiciar en estos momentos, acrece aún más el interés que le presta su asunto. El azufre es un metaloide que, como nadie ignora, tiene una importancia fundamental tanto en la biología como en la terapéutica. Es un elemento imprescindible para la vida, tan importante que los autores mismos le saludan con la expresión definidora de *l'âme de la micelle*.

* Tratar de analizar detalladamente el contenido de esta obra requeriría una extensión y una preparación doctrinal por nuestra parte con la que no contamos. Por este motivo hemos de conformarnos con dar únicamente una referencia sucinta del contenido que encierra.

La importancia biológica del azufre aparece detallada en el curso de varios capítulos, en los que sucesivamente se estudia el metabolismo, la arquitectura molecular, las pérdidas de azufre por la bilis, la orina y la piel, la reintegración intraorgánica de este elemento, su penetración en los tejidos, etc., etc.

Las investigaciones modernas sobre la cistina, el glutación, la taurina, el azufre suprarrenal, la acción comparada del azufre y de la insulina sobre la glucemia, el papel del azufre en la elaboración de los pigmentos cutáneos, etc., aumentan el interés doctrinal y práctico de esta primera parte.

La segunda está dedicada al estudio del azufre en terapéutica, pasándose en ella detenida revista a las diversas formas y acciones del azufre, los sulfuros y los sulfitos, los productos orgánicos azufrados, las aguas minerales, etc.

Termina esta importantísima monografía con un formulario y un índice sobre los más recientes procedimientos de dosificación del azufre y sus derivados, en la sangre, la orina y los restantes productos orgánicos.

No nos resta como final de esta nota más que insistir una vez más en la importancia que esta obra tiene desde el punto de vista científico y práctico.

DR. T. B.

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

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

A. Pienari. PERITONITIS DE NEUMOCOCO: CRITERIO TERAPÉUTICO.—Afección rara en el adulto; más frecuente en la infancia, de los dos a los doce años; excepcional en los lactantes.

Es generalmente una niña de cuatro a cinco años la que aparentemente en buena salud, es atacada bruscamente de dolor vivo abdominal y vomita; este dolor, verdadera punta de costado comparable a la de la neumonía, se localiza en la fosa ilíaca derecha, ya en zona periumbilical, pero inmediatamente se generaliza a todo el vientre. La brutalidad de su comienzo es un hecho característico en que insisten la mayor parte de los autores. Los vómitos repetidos, alimenticios, biliosos o francamente porráceos, no faltan jamás, por decirlo así. El hipo se observa rara vez.

Desde las primeras horas aparece un gran síntoma de valor diagnóstico: la diarrea, que sobre 12 casos, en 10 se presenta antes del segundo día. Esta diarrea tiene caracteres especiales: deposiciones abundantes, de 10 a 20 en veinticuatro horas, a veces acompañadas de cólicos y tenesmo, fétidas, verdosas (más raramente amarillentas); duran largo tiempo—de diez a veinte días—, persistiendo a veces aun que el enfermo haya sido operado. La diarrea de una apendicitis grave jamás tendrá este aspecto de enterocolitis aguda que poseen las peritonitis neumocócicas.

En el comienzo del proceso la temperatura asciende rápidamente a 39º y 39º,5, lo que constituye otro síntoma característico.

La facies es vultuosa, como sin herpes; en otros casos se nota facies peritoneal. El pulso es pequeño, latiendo a 130 o 140 por minuto.

El examen del vientre no ofrece cuadro característico; respiración abdominal suspendida; vientre duro, sin la contractura de las apendicitis; la palpación es dolorosa en casi todo el vientre, sin encontrar punto de máximo dolor.

El examen pulmonar permite encontrar muchas veces un foco neumónico discreto. Otras veces existe una angina previa.

La mayor parte de los enfermitos que así inician su proceso tienen marcha clínica especial; el enquistamiento de la lesión por formación fibrinosa; otras veces el proceso neumocócico adquiere evolución grave, sobreaguda. No son raras las formas sépticas difusas.

Al lado de las peritonitis francas por neumococos existe otro proceso con ciertos puntos de contacto. Se trata de la llamada gripe abdominal, con intervención de bacilos de Pfeiffer, neumbacilos de Friedlander, neumococos de Talamon-Franckel; clínicamente se presentan con un cuadro abdominal doloroso, más franco en epigastrio y con ligera tensión dolorosa de los hipocondrios; a veces con punto de Mac Burney, náuseas y vómitos. Desde el sentido puro de la clínica y la anatomía patológica es posible la diferenciación.

Evolutivamente, el riesgo de abandonar una apendicitis aguda nos lleva a intervenir en bastantes casos de este proceso en su comienzo, de donde el enquistamiento lesional, por evolución natural, se observa raramente.

Durante los primeros días el cuadro clínico es el descrito; el enfermito llega al cuarto, quinto o sexto día de enfermedad con fiebre, diarrea, dolores abdominales, abombamiento de vientre, todo lo cual hace pensar en una tifoidea o paratifoidea. Hacia el octavo día los síntomas generales disminuyen, la fiebre casi desaparece, pero persiste la dia-

rea. A medida que pasan días, la percusión denota una matidez más o menos acentuada en los flancos e hipogastrio. La palpación da la sensación de renitencia y empastamiento. De abandonar la colección líquida a su evolución espontánea, hacia la tercera semana o cuarta semana de su iniciación el ombligo tiende a desplegarse: se hace rojo, luciente, fluctuante; de no intervenir espontáneamente, la colección líquida se abre paso por cicatriz umbilical, en forma de verdadera vómica peritoneal. No es rara la abertura espontánea por vagina.

Ante el problema diagnóstico de este proceso, más de un médico piensa: apendicitis aguda, peritonitis por neumococo. Es, por exclusión, la mejor manera de llegar al diagnóstico cierto.

Al tratar un proceso peritonítico hay que conocer la causa y no perturbar el trabajo natural de defensa de la serosa. Operados estos enfermos en momento precoz, la mortalidad aumenta. Ahora bien, es el cuadro de septicemia inicial lo que obliga muchas veces a la intervención, no para tratar la peritonitis, sí para suprimir en lo posible la septicemia. No olvidemos que el proceso peritoneal neumocócico escapa a la terapéutica quirúrgica. Hay algo más: en muchos casos se aviva la infección, se agravan las manifestaciones de la septicemia y se favorece la aparición de procesos pulmonares agudos.

De esto se desprende que la intervención precoz, ante la duda de posible apendicitis aguda, da resultados desfavorables; mientras que una intervención tardía, después del período de septicemia inicial, es la conducta preferible.—(*La Semana Médica de Buenos Aires*, 1.º de Octubre de 1931. Año XXXVIII, núm. 1.968, núm. 40, pág. 1.051) —M. A. C.

G. Izard. SULFOPIRETOTERAPIA DE LA LEUCEMIA.—En el tratamiento de la leucemia hay que aprovechar la mayor sensibilidad de la célula inmadura frente a algunos agentes para disminuir su número; utilizar el criterio empírico de la acción de las enfermedades intercurrentes febriles sobre la evolución de la forma morbosa.

El primer principio lo cumplen el radio, los rayos X, las substancias radioactivas, benzol y arsénico; el segundo, la paludoterapia y la recurrentoterapia e igualmente las inyecciones de preparados sulfopiretógenos, llegados a la terapéutica por los estudios de Schroeder.

Por sulfopiretotterapia hemos tratado varios casos de leucemia, en dosis de 5 c. c. cada tres días, después en días alternos, consiguiendo una fiebre de tipo tercianario.

A igual que en todos los procesos tratados por sulfopiretotterapia, se iniciará el tratamiento para conocer la respuesta del enfermo a la medicación por la inyección de 5 c. c. del preparado, y según la intensidad de la reacción aumentar o disminuir tal dosis para conseguir una reacción térmica nunca inferior a 2 grados y no superior a 3 grados. Fijada la dosis óptima, se prosigue el tratamiento con inyecciones en días alternos y a la misma hora, prefiriendo la tarde.

La inyección del preparado sulfopiretógeno será en región glútea, en plena masa muscular. Los fenómenos locales son mínimos y las inyecciones serán alternadas en las masas glúteas.

Los casos de leucemia tratados por inyecciones azufradas mejoran el estado general, en especial los síntomas subjetivos; la esplenomegalia cede rápidamente a las primeras inyecciones e igual les sucede a las adenopatías. En cuanto al comportamiento de los elementos blancos sanguíneos, disminuyen rápidamente en número, y si bien no alcanzan el valor fisiológico, las formas inmaduras desaparecen de la circulación periférica, aunque ello siempre len-

tamente. Conviene tener en cuenta que la cesación in'empéstitiva del tratamiento lleva consigo un aumento de los elementos blancos normales de la sangre.

Problemas muy importantes son si el beneficio es constante y persistente, lo que es pronto afirmar en un sentido o en otro dada la escasez de observaciones y la limitación de casos tratados, si bien se marca la influencia de la sulfopiretotterapia, en especial sobre la mielosis leucémica como sobre la linfosis leucémica, sea en su forma aguda o en la crónica. (*Minerva Médica*, Torino, 22 de Diciembre de 1931. Año XXII, vol. 2.º, núm. 51, pág. 856).—M. A. C.

G. Domenici y F. Penati. EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA PERNICIOSA CON TRIPTÓFANO E HISTIDINA.—La acción beneficiosa que algunos tejidos y especialmente el hígado crudo de bóvidos, en los casos de anemia perniciosa, ha llevado a la investigación y aislamiento del principio o principios capaces de modificar el estado patológico. El problema ha llevado a la investigación de la primera causa de la enfermedad y al mecanismo de acción de esta nueva terapéutica.

Son múltiples las teorías emitidas para explicar la acción de la influencia curativa de los nuevos tratamientos en la anemia perniciosa. Fontés y Thivolle consideran el déficit de triptófano y de histidina la causa prima de las alteraciones de la anemia perniciosa en función del metabolismo hemoglobínico. En la anemia perniciosa, por la anaclohidria y los trastornos coetáneos de la digestión pancreática e intestinal, se alteraría la escisión normal de la proteína con la consiguiente detención de los fenómenos digestivos ante los complicados polipépticos, de donde el aminoácido no sería puesto en libertad ni llegaría como tal a los órganos que lo precisan. Esta opinión parece comprobada por el hecho de que, en el intestino normal con flora bacteriana normal, el triptófano es transformado en parte en indoxilo, y la indoxiluria es más intensa y llega a alcanzar proporciones elevadas en la anemia perniciosa por el enorme desarrollo de las putrefacciones intestinales.

En cuanto a la histidina, aportaría el núcleo del imidazol, ante el que los organismos superiores serían incapaces de hacer la síntesis.

La experimentación animal ha demostrado a estos autores que precisa la utilización del complejo triptófano-histidina y en la clínica han empleado la proporción de uno es a dos, consiguiendo éxitos terapéuticos en todos los casos tratados. Este complejo triptófano histidina representaría el substrato químico esencial de la hemopoyesis no sintetizable por el organismo y, por consiguiente, necesario de proporcionárselo.

Estos datos encaminan a precisar el mecanismo de acción de las medicaciones antianémicas e igualmente la patogenia de la enfermedad.

En dos enfermos con anemia perniciosa de Biermer hemos empleado el sistema de Fontés y Thivolle inyectando dos ampollas diarias, una a las diez y otras a las diecisiete horas de un preparado conteniendo triptófano-histidina durante veinticinco días; los resultados obtenidos han sido ligeros, tanto clínicos como hematológicos. En cambio, el tratamiento con hígado fresco produjo una mejoría rápida objetiva y subjetiva.

Si en verdad los estudios de Fontés y Thivolle son sugestivos y ayudan al estudio, no es posible negar la necesidad de continuarlos para llegar a aunar los resultados terapéuticos de la organoterapia y de la química. (*Minerva Médica*, Torino, 29 de Septiembre de 1931, año XXII, vol. II, núm. 39, pág. 412).—M. A. C.

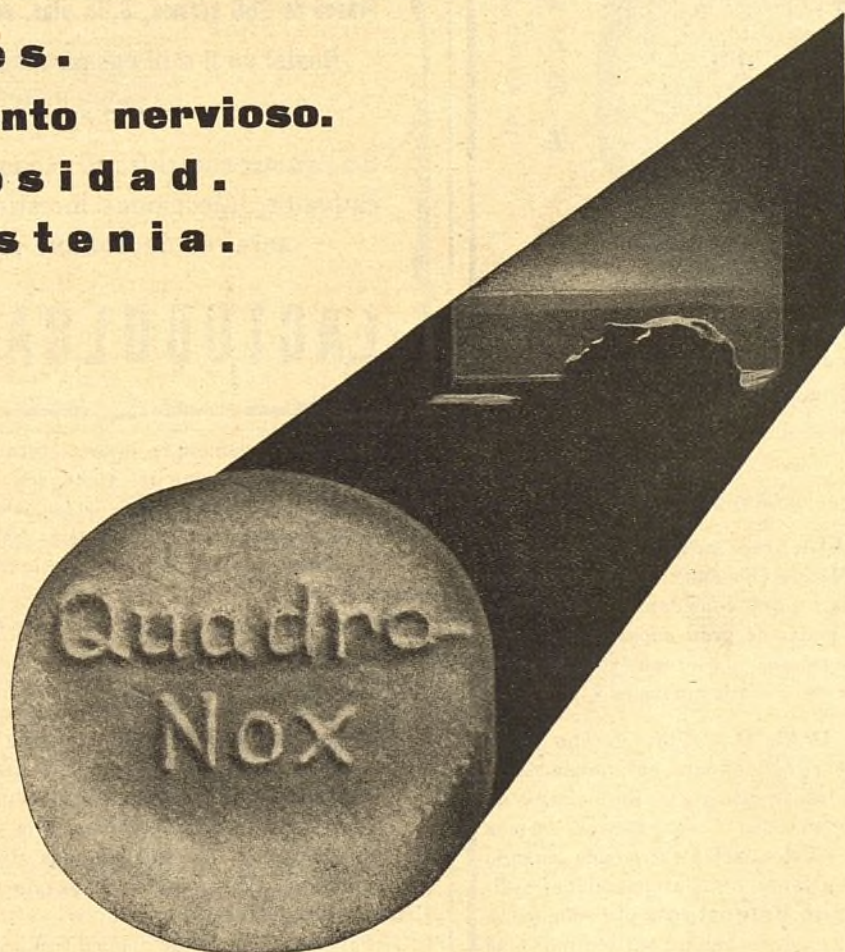
QUADRO-NOX

**SUEÑO
REPARADOR
NORMAL** después de
Dolores.

Agotamiento nervioso.

Nerviosidad.

Neurastenia.



Steinmetzer, Arch. f. exp. Path. & Pharmak 1928, 135, H. 3/4, & Creuzberg, Med. Klinik, Berlín, 26/1931.

Sustituye con ventaja a la morfina.

Tabletas de 20 × 0,6 y 10 × 0,6.

A S T A Aktiengesellschaft
Chemische Fabrick-Brackwede-Alemania, 128.

Farmacéutico garantizante: **DIEGO BREÑOSA**, Santander.

Depósito: «**FARMACIA JIMENEZ**», Santander.

Delegado de la Fábrica: **HERMANN ROECKER**, Santander.

Jugo de carne Valentine's.

El mejor alimento para convalecientes el
JUGO VALENTINE'S



El mejor jugo de carne el
VALENTINE'S

Los médicos lo emplean en los Hospitales, en sus clínicas particulares y aun en sí mismos cuando ven que el organismo necesita reponerse. Esto demuestra la fe que tienen en el poder vital de dicho preparado, pues aumentan las fuerzas decaídas cuando los órganos digestivos se han debilitado. Es el mejor alimento.

DR. JULIAN CALLEJA, presidente de la Real Academia de Medicina de Madrid (España): «Tengo una gran satisfacción en informarles que considero el **Jugo Valentine's** como un poder de gran superioridad para vigorizar el sistema nervioso, por lo cual yo mismo lo empleo en mí y lo prescribo á mis enfermos.»

JOHN TANNER M. D. LL. D., médico decano en el dispensario general Farringdon, para enfermedades de mujeres y niños, Londres (Inglaterra): «En los casos de flujos y hemorragias de todas clases, fiebres, formas graves de neumonía y extenuación extremada, cuando el estómago se niega á retener otras preparaciones ordinarias, es cuando el **Jugo Valentine's** obra como una verdadera maravilla. No puedo hablar en términos más altos de este preparado, puesto que he podido apreciar sus inmensas ventajas en el tratamiento de los más serios y delicados casos que están bajo mi cuidado.»

Los señores médicos pueden pedir folletos conteniendo testimonios clínicos.

De venta en farmacias y droguerías en Europa y América.

VALENTINE'S MEAT - JUICE Co.

Richmond, Virginia, U. S. A.

Agentes generales para España y sus colonias.

E. DURAN, S. en C.

Calle de Tetuán, 9 y 11. — MADRID

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

—De nueva creación; la de médico titular de Ariza (Zaragoza), partido judicial de Ateca, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 2.448; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 70; instancias hasta el 15 de Marzo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad. Hay otra titular.

Datos.—Villa a 137 kilómetros de la capital y a 28 de Ateca. Ferrocarril.

—Por renuncia, la de médico titular de Wamba (Valladolid), partido judicial de Tordesillas, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 880; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 24; instancias hasta el 15 de Marzo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa a 28 kilómetros de la cabeza de partido y a 18 de la capital. La estación más próxima, Villanueva, a 9 kilómetros. Conserva las ruinas de la capilla de Doña Urraca, iglesia del siglo VI.

—Por renuncia, la de médico titular de Puebla de Farnals (Valencia), partido judicial de Sagunto, con el haber anual de 1.375 pesetas. Población, 1.326; categoría 5.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 10; instancias hasta el 18 de Marzo.

Observaciones.—Méritos.

Datos.—Lugar a 7 kilómetros de la cabeza de partido y a 12 de la capital. La estación más próxima, Masamagrell, a un kilómetro.

—Por defunción, la de médico titular de Carcagente (Valencia), partido judicial de Alcira, con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 14.441; categoría 2.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 190; instancias hasta el 18 de Marzo.

Observaciones.—Méritos. Hay otra titular.

Datos.—Ciudad a 3 kilómetros de Alcira y a 40 de la capital. Río Júcar. Ferrocarril.

(Continúa en la página siguiente.)

La Ciudad de la Radio.

Según parece, el proyecto de Rockefeller (hijo) de construir, en el centro de Nueva York, la Ciudad de la Radio, no tardará en ser una realidad.

Se sabe que el famoso multimillonario tropieza con algunas dificultades motivadas por la resistencia que oponen muchos propietarios de bares a ceder sus establecimientos, necesarios para el emplazamiento del futuro gran edificio.

Rockefeller se propone destinar a su proyecto la suma de cien millones de dólares y construir tres manzanas de casas entre la quinta y la sexta avenidas. En el centro de este sector se edificará un inmenso inmueble de setenta pisos, donde se instalará la Radio Corporation de Norteamérica, así como un importante teatro.

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

NUESTROS PARASITOS

LA TIÑA

La mayor parte de nuestros parásitos pertenecen al reino animal. Sin embargo, existe una numerosa familia de parásitos, difundida en el mundo entero, agente de numerosísimos males e incomodidades, que pertenece al reino vegetal. Una de las enfermedades causadas por los parásitos criptógamos es la tiña.

Débele a un francés, el Dr. Sabouraud, la mayor parte de nuestros conocimientos sobre los agentes que causan esta dolencia; son unas setas de las que se han identificado ya cuarenta especies, quedando algunas otras por descubrir. Ciertas variedades de tiña se transmiten de un individuo a otro por contagio directo. Tal ocurre en las ciudades, escuelas e instituciones donde los niños viven juntos.

Pero en el campo el origen de la infección se debe, a menudo, a cualquier animal doméstico: gato, perro, caballo vaca. También puede ser transmitida por el erizo, el conejo o el canario. A pesar de cuidar convenientemente al enfermo, pueden producirse nuevas infecciones mientras no se conoce el origen de contagio; por eso es necesario descubrir desde el comienzo el individuo o el animal que lo ha causado.

Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.
Alcalá, 88. — Madrid.

La seta parasitaria se transmite de un huésped a otro, ya sea por contacto directo, ya sea por medio de objetos de tocador, de vestidos y sombreros. Las peluquerías, las planchadoras, los institutos de belleza suelen ser focos de infección.

El peligro de contagio en las escuelas es tan grande que los niños atacados por la tiña deben ser cuidadosamente

aislados y a veces enviados a clases especiales con sus camaradas víctimas del mismo mal.

La enfermedad tarda algún tiempo en desarrollarse y cada niño que ha estado en contacto con un tiñoso deberá

YODALGON
ARRHENALADO
COMBINACIÓN ORGÁNICA DE YODO Y ARSÉNICO

ser considerado como sospechoso durante seis semanas a partir del momento en que abandonó el lugar contaminado.

La tiña del cuero cabelludo es esencialmente una enfermedad de niños, mientras que las otras variedades de tiña se localizan en diversas partes del cuerpo: ingles, sobacos. Si estas variedades de tiña atacan a los adultos, son raras por el contrario entre las personas de más de cincuenta años.

La tiña del cuero cabelludo ataca a niños y niñas, pero es raro que se desarrolle después de los catorce o quince años. La enfermedad empieza por una mancha escamosa. Los pelos se caen o se rompen en su nivel. Se forma una placa redonda, denuda, grisácea, ligeramente abultada; los raros pelos que quedan pierden su color y su fuerza.

Si no se cura esta enfermedad, desaparece lentamente por sí sola a la edad en que se desarrolla la inmunidad natural, pero hasta entonces el niño habrá sufrido durante años de este mal visible y habrá contaminado a sus camaradas. Mientras que si se descubre el mal en sus comienzos y se le somete a un tratamiento apropiado, puede curarse radicalmente en un lapso de tiempo bastante corto.

Es necesario cortar el pelo al nivel

EL CHOCOLATE ZORRAQUINO

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

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

de las placas tiñosas para ejercer continua vigilancia y poder descubrir nuevas placas. Casi siempre es mejor cortar el pelo al rape. El médico prescribe uno de los numerosos tópicos que prefiera, pero los padres harán bien en acordarse de que el éxito depende menos de la elección del remedio que de la perseverancia con la que se le aplica; el mencionado tratamiento dura a veces varios meses.

No existe ninguna medicina especial que produzca una cura rápida: las setas parasitarias llegan hasta la raíz del pelo, al espesor mismo de la piel, donde la sustancia más volátil penetra difícilmente.

Pero existe otra cura más rápida que consiste en el tratamiento por medio de los rayos X, que no pueden ser aplicados sino por especialistas que sepan graduar la intensidad de tal modo que la seta quede destruida sin lastimar la raíz del pelo. Una sola irradiación de-

masiado fuerte puede causar una calvicie permanente.

Es más fácil curar la tiña del cuerpo que la del cuero cabelludo. La seta no penetra tan profundamente como en los folículos capilares. Empléanse una gran variedad de pomadas y lociones que el médico elegirá según la extensión, duración y tenacidad de la enfermedad, teniendo también en cuenta la sensibilidad de la piel de las diversas personas tratadas.

Los niños tienen, en general, la piel más sensible que los adultos, pero tal o cual loción tolerada por un adulto puede causar a otro graves inflamaciones.

Aunque el empleo de la tintura de yodo, con la que se untan todos los días o cada dos días las placas tiñosas, produzca efecto en muchos casos, es preferible que el médico vigile por sí mismo este tratamiento o cualquiera otro que él haya prescrito.

(Comunicado por el Secretariado de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, 2, Avenue Velázquez, París.)

LIBROS DE MEDICINA
R. Chena y C.º, Atocha, 145, Madrid.

¡UN VERSO!...

¡Un verso!... ¿Sabes lo que es?... Es destello de una fibra de aquel corazón que vibra, y al vibrar llora. Eso es.

Lágrima que se desprende hasta besar el papel, y otra lágrima que pende hasta caer del plantel.

Una lágrima es alegre, otra es triste, otra es dolor; rosas, espinas y fiebre, de muy diverso color.

Es el agua de una fuente que susurra con dulzura, agua cristalina y pura que se ofrece sonriente.

Es... cuando tú no me quieres y sonríes cariñosa, que se marchita en la rosa... y en sus pétalos me hieres.

Pero otras veces no es eso; es la corriente impetuosa que arrojase quejumbrosa, y su cauce deja impreso.

Ahora ¿sabes ya lo que es? Es... una rosa, una espina, es una aura matutina, o una noche, eso es.

FRANCISCO JAVIER MARTÍN ABRIL.

"MALTOPOL"

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

LOS HOMBRES temen la muerte como los niños la obscuridad.

FRANCISCO BACON.

LAS PERSONAS tienen sobre las bestias la ventaja de la palabra, pero las bestias son preferibles a las personas cuando las palabras carecen de buen sentido.



—¿DÓNDE ESTA el Mar Muerto?
—Yo no sé.
—¿Cómo? ¿No sabe dónde está el Mar Muerto?
—No. Le aseguro a usted que yo no tenía noticias ni siquiera de que estuviese enfermo.

**

EN ALGUNOS, la erudición es un cetro; en otros, un juguete.

MICHAEL DE MONTAIGNE.

Intestinol
"Henning"
Dispepsia, Meteorismo etc.

Las muecas y la belleza del rostro.

Son curiosas las recomendaciones que el Dr. J. K. Wedssen, de Londres, dirige a las mujeres para conservar la armonía de las líneas del rostro. Sencillas, además de ventajosas por lo económicas, pueden resumirse en esta forma:

1.^a Haced que trabajen todos los días los músculos del rostro por medio de muecas y visaje, y no vaciléis en entregaros a este ejercicio, aun en el tranvía o el ferrocarril.

2.^a Sonreíd con frecuencia.

3.^a La belleza de los ojos no puede adquirirse mas que por medio de un ejercicio adecuado. Practicad el guiño y otros movimientos análogos.

4.^a Mascar a menudo «chewingum» para afirmar las líneas del perfil.

Por su parte, el doctor Theoris, de la Academia de Medicina de París, añade lo siguiente:

«Nunca se recomendará bastante a las mujeres que practiquen la gimnasia facial, la cual no sólo les conservará la tonicidad de los rasgos, sino que además les ayudará a combatir la pesadez de la piel, que es lo que forma las arrugas. Cada mujer, lo mismo que cada hombre, posee un automatismo facial peculiar que conviene desarrollar mediante el ejercicio.»
¡Anda, pues, a hacer muecas!

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

NADA HAY que valga tanto como el ejemplo.

MANZONI.

**

LOS HUEVOS de los pájaros del paraíso son muy apetecidos por los ornitólogos a causa de su jaspeado, que parece mármol, y se buscan ansiosamente para los museos. Los indígenas aseguran que las aves del paraíso anidan sobre los hormigueros y que no incuban nunca más de un huevo.

Academia de Medicina de París.

UN SUERO NEUTRALIZANTE DEL VIRUS DE LA LINFOGRANULOMATOSIS. — LA LISIS BILIAR DEL PNEUMOCOCCO.

Teniendo estudiadas las propiedades del suero de sujetos afectos de la enfermedad de Nicolás Fabre, MM. Levaditi, Ravaut, Lépine y Cachera, hacen constar que este suero contiene los principios virulicidas específicos, capaces de neutralizar «in vitro» al virus linfogranulomatoso.

Estos principios aparecen en la sangre al comienzo de la enfermedad o infección del hombre.

MM. Delamare Gatti y Bruyn envían una Memoria relativa a la úlcera pseudomembranosa del Paraguay.

Notas de M. Hervieux exponiendo sus resultados sobre los cromógenos indoxílicos en la transpiración humana; MM. A. y R. Sartory Sternon y Meyen, sobre una dermatomycosis, dos a una levadura nueva, que por sus caracteres microscópicos, culturales, biológicos y bioquímicos, según la clasificación de Guiliemod, se clasifica en el grupo de las *Thallosporées* de la familia de los *saccharomicetos*.

Comunicación de MM. Wollmann y Alberbuch sobre la lisis biliar del pneumococo; transmisión a los órganos normales no solubles; su aplicación al diagnóstico de dicho germen.

En comité secreto, M. Duval da lectura de los candidatos para proveer las dos plazas de socios extranjeros.

ADQUIERA las OBRAS DE MEDICINA en R. Chena y C^o, Atocha, 145, Madrid.

LA SEÑORA. — Usted me dijo que sacara la lengua, doctor, pero no la ha mirado ni una sola vez.

Doctor. — No, señora. Quería tan solo tener tiempo para escribir la receta sin ser interrumpido.

**

LA HABILIDAD y la necesidad hacen pareja.

PITÁGORAS.

**

¡HUBO UN TIEMPO en que el uso de la careta y del disfraz carnavalescos se hallaba exclusivamente reservado a la nobleza.

El año 1626, el Parlamento de Toulouse (Francia) condenó a muerte a dos humildes campesinos por el enorme delito de haberse disfrazado de ermitaños.

**

LA CHARLATANERÍA no da vida a nada; da la muerte a todo.

CARLYLE.

CATARROS. TOS JARABE MADARIAGA.
benzocinámico.

LA CIENCIA avanza paso a paso, no a grandes saltos.

MACAULAY.

Zapatos impermeables.

Entre los medios que existen para convertir en impermeables unos zapatos de cuero cualesquiera, ninguno es tan eficaz como el que consignamos seguidamente:

Se hacen fundir, mezcladas, cincuenta partes de sebo, cuarenta y nueve partes de aceite, diez o doce de vinagre y una de trementina. Dicha mezcla es excelente y preserva en absoluto al cuero de la acción del agua y de la nieve. Hay que advertir que la pasta que dicha mezcla produce se ha de aplicar al cuero hallándose éste completamente seco y calentado.

STROPHANTUM

— PALLARÉS —

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

Los gestos reveladores.

Los gestos, las actitudes y el sonido de la voz revelan mejor y más completamente lo íntimo de la personalidad humana, que la palabra, la mirada y la sonrisa. Es más fácil retener las palabras y arreglar la expresión del pensamiento, que el acento mismo que las acompaña. Vigilar todos los movimientos es tarea ardua. En todo acto, aunque sea maquinal, se manifiesta la personalidad. La inteligencia puede equivocarse respecto al sentido de las palabras, pero el oído percibe perfectamente la entonación.

El gesto revelador por excelencia, es la manera de andar. Puede emitirse, sin temor de equivocaciones, un juicio sobre el estado momentáneo del espíritu de una persona, fijándose en su manera de andar. Sin ver a quien anda, su manera de ser nos es revelada por la sonoridad de su paso; es torpe o vulgar, titubeante o rítmico, espiritual, gracioso, siempre en armonía con el ser moral. Se le reconoce con sus defectos, sus cualidades, sus costumbres: se adivina, en fin, la preocupación del espíritu en el ritmo del movimiento.

ANTIPHLOGISTINE

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

LA CHARLATANERÍA no tiene mejor amigo que la credulidad.

C. SIMMONS.

**

EL QUE GASTA todas sus rentas, es medio loco; quien gasta más de ellas, es loco completo.

**

LOS QUE BUSCAN la felicidad en la disipación o en el fausto y no en la gloria, preferirían la luz de una bujía a la gran claridad del sol.

NAPOLEÓN I.

NUEVOS PROGRESOS EN ELECTROLOGIA

Entre los grandes inventos se nos presenta uno en **ELECTROMEDICINA** de trascendental importancia. Uno de los más poderosos auxiliares por su eficacia en terapéutica y productor positivo.

15 DISTINTAS MODALIDADES ELECTROMEDICAS

ENTRE LOS MAS NOTABLES ofrece este nuevo invento el

ELEKTRA U. V. UNIVERSAL MODELO NUM. 2 A, del DR. STEIN

Tamaño pequeño. **Peso** reducido. **EFICACIA** LA MAS PODEROSA.
SUPERA A TODOS LOS EQUIPOS CONOCIDOS. **COSTO** INSIGNIFICANTE
LA EXCELENCIA DE UN PRODUCTO se prueba CON SU USO

Por detallada y perfecta que sea la descripción de un artículo en folletos, no se podrá comprobar prácticamente su valor real, el alcance de sus características, su eficacia en terapéutica, su solidez de construcción o indestructibilidad, si no se somete al uso profesional.

OFRECEMOS LA MAS SOLIDA GARANTIA CON EL ENVIO A PRUEBA

Enviamos el referido ELEKTRA U. V. UNIVERSAL MODELO NUM. 2 A, que produce 15 MODALIDADES ELECTROMEDICAS DISTINTAS, SIN NINGUN COMPROMISO DE COMPRA, al señor médico que desee probarlo en su clínica para comprobar prácticamente las excelencias de su construcción y efectos clínicos.

Precio: El precio de este aparato ELEKTRA UNIVERSAL es de 800 pesetas, puesto aquí fletes y derechos pagados. A los señores COLABORADORES CIENTIFICOS, que nombramos, tenemos autorización especial de la CENTRAL LABORATORIOS ELECTRICOS del DR. STEIN para otorgarles el derecho de adquisición por la mitad del precio oficial.

GRANDES FACILIDADES DE PAGO concedemos a los señores médicos que las soliciten, permitiendo el pago en pequeñas cuotas mensuales al alcance de todos.

MILES DE REFERENCIAS MEDICAS

Dirigir cartas, pedidos y remesas a la **Central ELECTROMEDICA**

LABORATORIOS. — Apartado de Correos 331, Sevilla.

— Por defunción, la de médico titular de Chelva (Valencia), con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 4 644; categoría 2.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 180; instancias hasta el 18 de Marzo.

Observaciones.— Méritos. Hay otra titular.

Datos.— Villa cabeza de partido, a 60 kilómetros de la capital. La estación más próxima, Liria, a 45 kilómetros.

— Por renuncia, la de médico titular de La Mata (Tolledo), partido judicial de Torrijos, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 2.159; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 85; instancias hasta el 18 de Marzo.

Observaciones.— Concurso de antigüedad.

Datos.— Villa a 30 kilómetros de la capital y a 12 de Torrijos. La estación más próxima, Santa Olalla, a 3 kilómetros.

Continúa en la página siguiente.

OBESIDAD

Se combate y sin peligro para el organismo con la

DELGADOSE PESQUI

Composición nueva, sin yodo ni derivados del yodo, ni tiroidina
Muestras y folletos a los Sres. Médicos.

LABORATORIO PESQUI
Alameda, 17. — SAN SEBASTIAN (Guipúzcoa.)



SANATORIO NEUROPÁTICO

CARABANCHEL BAJO (Madrid). — Teléfono 116 C.

Director: DR. GONZALO R. LAFORA

Calle de Lope de Vega, 55. — MADRID.

Unico Sanatorio **misto**, 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 a 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.

FOSFOTIOLCOL

TOSES Y CATARROS



— Por renuncia, la de médico titular de La Nou de Gayá y su anejo Vespella (Tarragona), partido judicial de Vendrell, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 586; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 5; instancias hasta el 15 de Marzo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Lugar a 16 kilómetros de Vendrell y a 12 de la capital. La estación más próxima, Rieza, a 12 kilómetros.

— Por renuncia, la de médico titular Godall (Tarragona), partido judicial de Tortosa, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 1.800; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 42; instancias hasta el 15 de Marzo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Lugar a 20 kilómetros de

Tortosa y a 52 de la capital. La estación más próxima, Santa Bárbara, a 8 kilómetros.

— Por renuncia, la de médico titular de Aliaga y sus anejos Cirujeda, Campos y Cobatillas (Teruel), con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 1.745; categoría 2.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 15; instancias hasta el 18 de Marzo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa cabeza de partido, a 74 kilómetros de la capital. Estación más próxima, Utrillas, a 24 kilómetros.

— Por defunción, la de médico titular de Castel de Cabra (Teruel), partido judicial de Aliaga, con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 2.166; categoría 2.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 30; instancias hasta el 18 de Marzo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa a 11 kilómetros de la cabeza de partido y a 72 de la capital. La estación más próxima, Utrillas, a 15 kilómetros.

— Por renuncia, la de médico titular de Ojos Negros (Teruel), partido judicial de Albarracín, con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 2.998; categoría 2.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 4; instancias hasta el 18 de Marzo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Lugar a 40 kilómetros de la cabeza de partido y a 73 de la capital. La estación más próxima, Monreal del Campo, a 13 kilómetros. Ferrocarril minero.

— Por renuncia, la de médico titular de Orihuela del Tremedal (Teruel), partido judicial de Albarracín, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 1.118; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 00; instancias hasta el 18 de Marzo.

(Continúa en la página siguiente.)

AGUA DE BETELU

Dama Iturri (Provincia Navarra).

Prototipo de aguas oligometálicas.

MUY APRECIADA POR SUS EXCELENTES PROPIEDADES DIURETICAS

INDICACIONES: Trastorno de la nutrición.—Gota. Arteritis.—Reuma crónico.—Arterioesclerosis.—Litiasis renal.—Obesidad.

Muestras y folletos a disposición de los señores médicos que los solicitan

DEPOSITO: HIJOS DE H. RIESGO — Flor Alta, 10. — MADRID

Jarabe

“DEYEN”

de Manzana Laxante

Utilísimo en los adultos e insustituible en los niños.

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

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

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

¡Cuidado! Pedid el DEYEN pues hay imitaciones.

tencia de los trastornos funcionales propios de la pericarditis, tales como los dolores anginosos agudos, las neuritis frénicas, la disfgagia, la disnea, que puede llegar a obligar al enfermo a adoptar las posiciones anómalas que hemos dicho más arriba, pero que rara vez llega a este extremo; los síntomas radioscópicos que son muy importantes, pero que pocas veces se está en condiciones de poder obtener. A veces, un derrame pleural abundante en el lado izquierdo impide la exploración. Para saber si, además del derrame pleural, existe el pericardíaco, no se puede confiar en los resultados de la percusión, puesto que las macedeces de ambos se confunden a la izquierda, y si se presenta macidez a la derecha no se sabe si se trata de derrame o del corazón mismo que se encuentra desplazado. Lo mismo se puede decir de la exploración radioscópica, si hay lugar de hacerla. Por eso es muy difícil o imposible hacer el diagnóstico diferencial de la pericarditis. En estos casos el vaciamiento de la pleura, sea por pleurotomía, sea por punción con inyección de aire, permite una exploración más fácil del corazón, y si se dispone de instalación portátil de rayos Roentgen, con mayor motivo; pero no siempre se puede o se debe hacer esta evacuación agotadora de la pleura ni se dispone de la instalación aludida. En numerosos casos de enfermedades infecciosas se pueden producir infecciones del pericardio, que pasan inadvertidas porque el enfermo no está en condiciones de apreciar, ni mucho menos de acusar, los trastornos procedentes de su pericardio, y los trastornos circulatorios que se encuentren se atribuirán probablemente a la deficiencia del miocardio a consecuencia del estado infeccioso. Ciertamente que el pericardio que pase inadvertido un derrame pericardíaco en estas condiciones es poco probable si se tiene la precaución de examinar todos los días al enfermo, pero el estado de muchos de ellos hace difícilísimo este diagnóstico, por lo que no hay que asombrarse de que pase inadvertida la existencia de un derrame.

Cuando la inflamación del pericardio está limitada a algunas zonas de éste, el diagnóstico es muy difícil. No hará

que esencialmente de las formas que llevamos descritas por cuanto no suele producir dolores. Además es muy difícil que pase inadvertida porque nunca se omite la exploración del corazón en los enfermos renales, y cuando el proceso renal se encuentra en una fase aguda dicho examen se hace a diario. Cuando adopta la forma seca suele ir acompañada de roces muy fuertes. En cambio, cuando va acompañada de un derrame pequeño suele pasar inadvertida, porque la hipertrofia del ventrículo izquierdo y la dilatación de las cavidades derechas que se presentan muchas veces en este proceso dan ya un aumento de la macidez cardíaca que puede enmascarar el aumento debido al derrame. Además hay que tener en cuenta la posición en que se coloca el líquido cuando se encuentra en el pericardio en cantidad pequeña, que no es a los lados ni por delante del corazón, sino debajo y detrás.

Por el mismo aumento de volumen del corazón se explica la aparición de un roce pericardíaco que se localiza en la espalda, hacia el décimo espacio intercostal, entre la línea de las apófisis espinosas y el borde espinal del omoplato. Aunque generalmente se conserva seca, puede ir acompañada de un pequeño derrame seroso o hemorrágico y rara vez purulento, o mejor dicho, que solamente es purulento cuando al mismo tiempo que la lesión renal contribuye a producir dicha pericarditis una infección secundaria y sobreañadida, o porque de lo contrario ni es purulento ni el enfermo padece fiebre.

Generalmente aparece en el período tardío de las nefritis crónicas y subcrónicas y su presencia es de mal pronóstico, no por la dificultad que por sí misma pueda crear para la circulación, sino porque anuncia la existencia de la fase terminal. Cuando existe el derrame hay que hacer el diagnóstico diferencial entre él y el hidropericardias, que se encuentra muchas veces en estos mismos enfermos como consecuencia de las deficiencias circulatorias; pero este último proceso, el hidropericardias, consiste en un trasudado en la serosa del pericardio y no en un exudado, y aunque esto no se llegará generalmente a manifestar porque no habrá

lugar de hacer la punción en muchos casos, se distinguirá fácilmente porque nunca es un fenómeno aislado, sino que existen al mismo tiempo derrames en las demás serosas, sobre todo en el peritoneo, donde la ascitis se habrá manifestado ya bastante tiempo antes.

El diagnóstico de las pericarditis suele ser fácil, pero señalaremos algunos escollos. En primer lugar, en la pericarditis seca se pueden encontrar dificultades para interpretar los ruidos, que algunas veces tienen un parecido con los soplos. Un roce único que se presente durante el sistole, si es muy suave, puede prestarse a confusión con un soplo cardiopulmonar. Estos soplos, que llama Lian soplos de engaño, son mesosistólicos, se presentan hacia el centro de la región precordial y pueden variar de un examen al otro. Todo esto ocurre también en los ruidos pericardíacos. Los soplos aludidos se producen en la lengüeta del pulmón que cubre al corazón a consecuencia de las variaciones de volumen que le imprimen los latidos, y, por consiguiente, guardan relación en su producción con estos últimos. Es cierto que el roce se suele oír como más superficial y que aumenta si el enfermo pasa de la posición echada a la sentada, en tanto que el soplo se oye más profundo y se reduce de intensidad con el mismo cambio de posición; pero a pesar de esto no se debe hacer el diagnóstico de la pericarditis sino en el caso en que se tenga la certeza de que lo que se oye es un roce pericardíaco.

Si se trata de un roce doble y muy suave puede hacer creer en un soplo doble de insuficiencia aórtica con estreches, pero se suelen diferenciar los dos procesos, o mejor dicho, sus síntomas correspondientes con más facilidad que en el caso anterior, porque los ruidos no guardan nunca una relación tan estrecha con la revolución cardíaca como los soplos. El de la insuficiencia aórtica comienza precisamente al iniciarse el diástole y cuando no existe no se suele oír el segundo tono aórtico, en tanto que a pesar de la existencia del roce dicho segundo tono se oye perfectamente. Además, en el caso de la peritonitis no se encuentra ni la hipertrofia del ventrículo izquierdo que existe en el caso de la insufi-

ciencia aórtica, ni los síntomas arteriales de esta última. En ocasiones solamente se podrá decidir el diagnóstico por una o por otra de estas afecciones después de repetidos exámenes.

En el caso de la pericarditis con derrame, el diagnóstico es muy delicado y hay que indagar varios síntomas que, juntos, permiten hacer o desechar definitivamente el diagnóstico de la pericarditis con derrame. En el caso de que el enfermo padezca, desde luego, una lesión cardíaca evidente, hay que plantearse el problema siguiente: Si la matidez cardíaca aumentada que se encuentra se debe exclusivamente a una hipertrofia cardíaca o si es parcialmente responsable de ella la existencia de un derrame pericardíaco.

Son datos en favor de la existencia del derrame los siguientes: la gran matidez cardíaca que se puede extender a la derecha hasta la línea mamilar y a la izquierda hasta más allá de la línea mamilar, sobresaliendo en este lado del punto del choque de la punta. La forma de esta matidez es globulosa y como de cúpula, aplastada de arriba abajo, siendo en conjunto casi simétrica con relación al borde izquierdo del esternón. Ahora bien, estos síntomas, que son decisivos, no se presentan con claridad sino en los grandes derrames.

En muchas ocasiones la determinación del choque de la punta es imposible de hacer; dicho choque no se percibe, y, por tanto, se carece para el diagnóstico de la noción de la situación que guardan entre sí dicho choque de la punta y el límite de la matidez cardíaca. La falta de movimientos respiratorios del abdomen no es un síntoma de valor, puesto que se presenta también en las pericarditis secas, en las pleuritis diafragmáticas y en los procesos dolorosos del abdomen. La existencia de ruidos pericardíacos en la base del corazón, en tanto que hacia el vértice no se pueden percibir por la existencia del propio derrame, y que demuestran, desde luego, que hay una lesión del pericardio. El pulso paradójico, la distensión de las yugulares sin que presenten latidos, la existencia de síntomas de líquido en la base pulmonar izquierda, en tanto que la punción de la pleura no revela la existencia de líquido alguno. La exis-

EL
Contie
ANT
REMED
Jan
de
Méd
profesi
vista d
dico, E
dico E
Barcel
gón, re
el Jan
último
batir e
ciendo
teració
PRI
drid, y
Españ

Produce
ppocast; r
ternas, ex
con cánul
Observa
dad. Igual
Datos.-
capital y
La estació
a 30 kilóm
raniega.
- Por
de Villosol
partido ju
va, con e
Población
incluidas
cias hasta
Observa
dad.
Datos.-
cabeza d
La estació
12 kilóm
- Por
de Pinari
cial de O
1.975 per



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.

ANTIASMÁTICO PODEROSO

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES

Jarabe-Medina de Quebracho.

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

PRECIO: 6,50 pesetas frasco.

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

ALMORRANAS



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

Observaciones.—Concurso de antigüedad. Igualas, 3.675 pesetas.

Datos.—Lugar a 80 kilómetros de la capital y a 30 de la cabeza de partido. La estación más próxima, Santa Enlalia, a 30 kilómetros. Río Gallo. Estación veraniega.

—Por renuncia, la de médico titular de Villoslada y su anejo Balisa (Segovia), partido judicial de Santa María de Nieva, con el haber anual de 1.375 pesetas. Población, 572; categoría 5.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 10; instancias hasta el 18 de Marzo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Lugar a 10 kilómetros de la cabeza de partido y a 30 de la capital. La estación más próxima, Ortigosa, a 12 kilómetros.

—Por renuncia, la de médico titular de Pinarnegrillo (Segovia), partido judicial de Cuéllar, con el haber anual de 1.375 pesetas. Población, 520; cate-

PREPARADOS DE SOLVENCIA CIENTIFICA

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

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

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

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

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

Laboratorio LUNA PEREZ
LUCENA (CÓRDOBA)

ría 5.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 10; instancias hasta el 18 de Marzo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Lugar a 37 kilómetros de la cabeza de partido y a 36 de la capital. La estación más próxima, Yanguas, a 16 kilómetros.

—Por renuncia, la de médico titular de Gerindote (Tolosa), partido judicial de Torrijos, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 2.129; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 60; instancias hasta el 18 de Marzo.

Observaciones.—Méritos.

Datos.—Villa a 2 kilómetros de la cabeza de partido, cuya estación es la más próxima, y a 30 de la capital.

Las enfermedades del Estómago e Intestinos

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

ELIXIR ESTOMACAL
SAIZ DE CARLOS
(STOMALIX)

Poderoso tónico digestivo que triunfa siempre.

Venta: Principales farmacias del mundo.



Médico con práctica ofrécese substituto compañero o ayudante clínica, consultorio o sociedad. Manuel Martínez, médico. Santo Domingo de la Calzada (Logroño).

En la Correspondencia del número anterior aparece una lista de pagos en la cual, por un error de imprenta, se han invertido los números, haciendo figurar como pagados hasta 1923 varios suscriptores. Aun cuando el error habrá sido inmediatamente salvado por todos, queremos hacer contar que el pago corresponde al año 1932.

ANALISIS

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

Laboratorio del Dr. E. Ortega, sucesor del Dr. Calderón. Carretas, 14, Madrid. FUNDADO EN 1866.

LABORATORIO BENET

Enrique Granados, 114
BARCELONA



PAIDOTROFO

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

•••••

FIMONAL

MEDICAMENTO
especial para el tratamiento de las
enfermedades del aparato
respiratorio.

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

DULCIMIDA

Tabletas de 0,03 gramos del derivado sódico del sulfimido benzoico de la F. E.
En las prescripciones, cuando deba prescindir de hidratos de carbono, formule **DUL-
CIMIDA**.

Cinco centigramos equivalen a la dulzor de 30 gramos de jarabe.

Dos tabletas de 0,03 gramos equivalen a la dulzor de 40 gramos de jarabe.

Sabor agradable, tolerada perfectamente, inocua por completo.

Prescribese en: **Diabetes, Obesidad, Diarreas infantiles;** para todos los coluto-
rios, gargarismos y dentífricos, **Artritisismo**, etc.

Frascos de 100 y 250 tabletas. **Dosis: una o dos tabletas** para sabor agradable.

Laboratorio Farmacéutico J. B. MORATO FONT.—Paseo San Juan, 87.—Tel. 70261.—BARCELONA

Recuerde siempre

DULCIMIDA

Es 450 veces más dulce que
el azúcar :: No es hidrato de
:: carbono :: Es inocua ::

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: Revisión, por *R. Lobo Regidor*.—Cronicon bibliográfico: El derecho a ser madre, por el *Dottore Balardo*.—Sobre la disolución del Cuerpo Médico del Registro Civil, por *L. R.*—Academias, Sociedades y Conferencias.—La revisión de nombramientos en Sanidad—Curso sobre tuberculosis.—Sección oficial.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Por las Clínicas de Europa.—Tertulia médica.—Anuncios.

Boletín de la semana.

Cosas claras, menos claras y nada claras.

La Facultad de Medicina de Madrid ha padecido otra huelga más de estudiantes. El asunto causal ha sido la incorporación de la Casa de Maternidad de Santa Cristina al servicio de Clínicas de Obstetricia de San Carlos.

Está claro el deseo de mejorar las condiciones de la enseñanza práctica, mejoramiento siempre conveniente, y en este caso preciso. Está menos claro el que quienes manifiestan deseo de aprender, muy loable, se amparen de la holganza para conseguir su propósito, y nos resistimos a creer que el ánimo de los estudiantes se conduzca así sin que algo nada claro lo motive.

Señalemos estas obscuridades en las noticias tomadas de los diarios al reseñar la huelga:

Al acudir los catedráticos se limitaron a hacer acto de presencia en las aulas, y en vista de la actitud de los estudiantes abandonaron la Facultad de Medicina, sin que se produjera el menor incidente.

A primera hora de la mañana, unos revoltosos, ajenos a la clase escolar, intentaron franquear la puerta, llevando una bandera roja; pero los propios alumnos les obligaron a alejarse de aquel lugar, sin que se alterase el orden, pues la resuelta actitud de los estudiantes aconsejó cierta prudencia en los elementos perturbadores, que decidieron abandonar las puertas de San Carlos.

Los estudiantes que cursan Obstetricia están ya más cerca de ser médicos que de ser simplemente estudiantes, y una vez más hemos de requerir a su buen juicio natural para que huyan de sugerencias que les dañan en su interés favoreciendo los bastardos de elementos sin conciencia y sin responsabilidad.

Por hombres, por estudiantes y por españoles deben cesar en táctica tan nociva para el régimen universitario y su porvenir profesional.

Lean todos despacio la nota remitida por el personal médico de la Maternidad de Santa Cristina.

Dice así:

EL PERSONAL MÉDICO DE LA MATERNIDAD DE SANTA CRISTINA.

«Hace unas semanas, los estudiantes de Medicina se de-

clararon en huelga para conseguir que la Maternidad de Santa Cristina pasase a la Facultad de Medicina y sirvieran las clínicas de dicha Institución para la enseñanza de los alumnos de Medicina. El ministro de Instrucción Pública, en un reciente decreto, satisfizo los deseos de los estudiantes y se está actualmente en el período de acoplamiento del decreto, que tiene la dificultad de no saber qué va a hacerse con el personal médico que desde su fundación, hace ya diez años, trabaja en la casa y con su esfuerzo y sacrificio ha conseguido elevar la Institución de Santa Cristina al nivel de espléndido prestigio que hoy por todos se reconoce.

El Patronato de la Casa de Salud de Santa Cristina, plenamente satisfecho de la labor realizada por su personal médico, no propone la destitución de los mismos en los cargos que ocupan. Los catedráticos, que al fin y al cabo son médicos, no pueden por sí tener la iniciativa de destituir a unos compañeros de profesión sin motivo alguno para ello. El ministro de Instrucción Pública, reconocido como fiel guardador de toda justicia y legalidad, se encuentra con que los nombramientos del personal médico de la mencionada Institución tienen toda la fuerza legal de haber sido otorgados ateniéndose a las cláusulas de la escritura fundacional y en época en que las Cortes constitucionales estaban abiertas y pudieron dichos nombramientos ser impugnados.

¿Qué móviles son los que se ponen en juego con la actual huelga estudiantil?

La coacción al ministro parece evidente para que él ejecute el atropello de destituir al personal facultativo y cargue con la responsabilidad de un acto falto de la más elemental justicia.—*Doctor D. del Olmo.*

¿Qué móviles son esos?

El ilustre académico Dr. Decref ha sido nombrado delegado de la Conferencia Internacional del Vino por la Comisión Internacional Permanente de Viticultura de Francia, y ha hecho pública su renuncia de esta distinción «en vista de la indiferencia que tanto los Gobiernos como los viticultores de España dan a estos asuntos y lo inútiles que hasta hoy fueron sus sacrificios».

¿Está claro?

Un diario de la noche publicó estos días un artículo en que se pregunta qué plaza es esa de jefe de la Sección de Estadística Sanitaria dependiente de la Dirección General de Sanidad, para cuya provisión se autoriza al Sr. Pascua.

El sabroso artículo señala que, existiendo este servicio de antiguo, el general Martínez Anido durante los ominosos años de su dictadura y en presupuestos ilegales modificó y situó *confortablemente* ese puesto para dársele al Sr. Pascua *per amore*. ¿Está claro?

Lo que ya no está tan claro es lo que sirve de final al artículo referido. Dice así:

¿Qué plaza se piensa proveer ahora? ¿La legal o la creada para D. Marcelino Pascua por el general Martínez Anido en los llamados ominosos años?

Porque por muy socialista que sea D. Marcelino Pascua, no creemos que se atreva a confirmarse, a paso de banderillas y a espaldas del Parlamento y la Constitución, en el «momio» creado para él por el dictador sanitario, D. Severiano Martínez Anido, y que está sujeto a responsabilidades de colaboración «retribuida», «buscada» y «aceptada», en los ominosos años que se están analizando en las Cortes.

El Sr. Pascua podía dar un *agüita* a este asunto para tranquilizar al diario de referencia.

Los buenos mozos de Puebla de Don Fadrique se han negado a dejarse vacunar si la sencilla operación j Jenneriana no la realizaba un médico comunista de la localidad. ¿Está claro?

Ya es más obscuro el que, siendo mandato legal, desde los tiempos de Maura (hablamos de MAURA) y de Cortezo, la obligatoriedad de la vacunación, sea hoy un problema público el vacunar mozos que son reclutas. ¡Porque esos mozos tan políticos se han quedado sin vacunar!

Una joven asociación que se titula *Asociación de Escritores Médicos* nos requiere amablemente para que invitemos a sumarse a una muestra de adhesión, cariño, admiración, homenaje, en suma, que piensa dedicarse a los Sres. Taboada, Fernán Pérez, Fernández Cuesta y Noguera con motivo de los galardones que han alcanzado en el concurso de la Academia Nacional de Medicina.

Con mucho gusto invitamos desde aquí a tales adhesiones y ponemos desde ya la nuestra, pero nos va a permitir la *Asociación de Escritores Médicos* que rechazemos una afirmación de su circular. Afirmase en ella que tal asociación *es donde se sintetiza y quien representa al periodismo médico español*.

Francamente, nos parece demasiado. Es más justo afirmar que esa asociación representa a sus asociados. ¡No nos metan a los demás! Preferimos seguir sin patente de escritores médicos.

DECIO CARLAN

IMPRESIONES

REVISIÓN

Sería verdaderamente sensible que la completa emancipación social y política de la mujer se retrasara o desvirtuase por no acertar con la ocasión oportuna para plantearla o equivocar el camino adecuado para conseguirla.

En toda acción violenta, revolucionaria, ya sea en la forma, ya radique en el fondo, es de temer la reacción como respuesta proporcionada, y, desgraciadamente, en muchas ocasiones excesiva. Es preciso, mirando al porvenir, que el avance sea más bien seguro que rápido; si lo segundo es de más efecto, el primero es más efectivo; la llama de virtus presto acaba; el rescoldo de encina persiste y caldea.

La situación de la mujer hasta la edad presente ha sido de esclavitud, aunque la esclava haya terminado casi siempre por hacer su santísima voluntad, y comprendiendo el hombre por ese sentimiento innato de justicia inmanente, la injusticia antisocial de la que debió ser siempre su compañera, procediendo un poco en farmacéutico le doraba la píldora de servidumbre representada por el gineceo, el harén, las rejas, el cinturón de castidad, etc., etc., con los torneos galantes para glorificarla con la espada, y las Cortes de Amor para divinizarla con la lira, y en justas, bohordos, sortijas y cañas, hasta sacaban divisas aquellos esforzados campeones.

Y que sinnúmero de dueñas, escuderos, y amén de las rejas, llaves, cerrojos y candados, consejos orales y escritos, religiosos y profanos, que eran tiempo perdido e ilusorias seguridades, pues como dice nuestro A. HURTADO DE MENDOZA (1590 1644) en su comedia *El marido hace mujer y el trato muda costumbre* (acto primero, escena V):

DON JUAN. Vos no queréis entenderlo;
Que es decir a una mujer
Todo lo que no ha de hacer,
Decirla que puede hacerlo.

Además de que para lograr su gusto nunca les faltan latines, como a Isabel de Inglaterra cuando contestó a un mandato imperativo de Felipe II, redactado en el mal latín residuo de la Edad Media:

Ad graecas, bone rex, fiat mandata calendas.

Que es una manera sabia de responder: No lo verán tus ojos; con cuya réplica el terrible *Demonio del Mediodía*, como le llamaba la inglesa, quedó hecho un pobre diablo.

R. LOBO REGIDOR

CRONICÓN BIBLIOGRÁFICO

El derecho a ser madre.

Lo primero que cautiva en esta última producción del Dr. Vital Aza es la justeza del análisis de su personalidad, la sana dignidad con que se sitúa entre los clínicos, fingiendo ampararse en conceptos emitidos por D. José Ortega y Gasset, que nada tienen de originales en la forma y fondo de sus expresiones y que son viejos de buena madre en los espíritus claros como el de Vital Aza.

Admirables párrafos los del introito de su pieza discursiva, en los que corre parejo con el descubrimiento del solar de su ánimo, un vientecillo de sarcasmo delicioso por cuanto y cuantos conocemos atacados del cientismo de pacotilla.

Bienaventurados los limpios de corazón, porque ellos

Las dietas modernas amenudo carecen de minerales

Las autoridades médicas hacen incapie sobre la importancia de aquellas sales minerales que son indispensables para el cuerpo humano. Además de endurecer los huesos, y enriquecer la sangre en hemoglobina, estos elementos minerales ayudan el metabolismo y contribuyen a normalizar los nervios.

Sin embargo, no se puede depender de muchas de las dietas modernas para suministrar al organismo la proporción de minerales que necesita, y por lo tanto hay muchos que sufren las consecuencias de una desmineralización. Todo alimento guisado pierde un tanto por ciento de su valor mineral—en algunos casos esta pérdida asciende hasta un 76 por ciento.

Desfallecimientos nerviosos, Neurastenia, falta de vitalidad, y un agotamiento general, son los síntomas de este estado caquético. Un tónico rico en esas sales minerales que son indispensables al cuerpo humano, contrarrestan la pérdida y remedian la desmineralización.

El Jarabe de Fellows contiene las sales minerales de: Sodio, Potasio, Manganese, Hierro y Fósforo en uniforme mezcla con los estimulantes metabólicos Estricnina y Quinina. Durante sesenta años ha sido aceptado clínicamente en el mundo entero, y esta es la prueba más fidedigna de su valor tonificante.

Dosis: Una cucharadita en medio vaso de agua tres veces al día.

JARABE *de* FELLOWS DE HIPOFOSFITOS

CONTIENE LOS MINERALES INDISPENSABLES.

MUESTRAS A PETICION

Fellows Medical Manufacturing Co., Inc., 26 Christopher St., Nueva York, N. Y.

ANTALGOL DALLOZ

Granulado

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

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

VITASTERINE BYLA

Titulada fisiológicamente.

ERGOSTERINA PURA IRRADIADA POR LOS
RAYOS ULTRAVIOLETA

GRAGEAS

(1 gragea = 1.200 unidades)

ACEITE

(1 gota = 150 unidades)

Vitamina D Antirraquítica Catalizador del calcio y del fósforo

Reemplaza el aceite de hígado de bacalao en todas sus indicaciones.

TRATAMIENTO DEL RAQUITISMO
TRASTORNOS DE LA OSIFICACION

ESTADOS PRETUBERCULOSOS
CONVALECENCIAS

LOS ESTABLECIMIENTOS BYLA, 26, avenue de l'Observatoire, PARIS

Muestras y literaturas: GIMENEZ-SALINAS Y C.^a — Sagúés, 2 y 4. — BARCELONA

MEDICACIÓN ANTIANAFILACTICA POLIVALENTE

GRAGEAS
Inalterables sin olor

PEPTONAS
de
CARNE y de PESCADO

GRAGEAS

y

GRANULADOS



GRANULADOS

EXTRACTOS
de
HUEVO y de LECHE



GRAGEAS

y

GRANULADOS

COLAGOGO

Laboratoire des Produits Scientia D'E Perraudin. Ph.^o del^o Cl^o 21, rue Chaptal, Paris (9^a)

ven a Dios. El fariseísmo cientista bien se merece estos parrufitos sabrosos del ilustre ginecólogo.

El planteamiento del derecho a ser madre, para toda mujer, es un pleno logro de concisión y atalaya científica, médica y sociológica. La puntualización de las responsabilidades de la esterilidad es un acertado boceto de estudio psicológico masculino, hecho por un hombre que ha tomado en el dolor espiritual y físico de la hembra, los sillares bási-



Dr. Vital Aza.

cos de su argumentación justa, rotunda, flagelante, apostólica...

Si la mujer, dice Vital Aza, perdona siempre para gloria suya... Y nosotros añadimos: El médico no debe perdonar, y Vital Aza no perdona y hace bien.

Señala implacable las culpas de la ignorancia, del vicio y de la ciencia mal conducida. Se establece en terrible acusador privado en una causa por atropello del derecho santo de ser madre, en la que delinquen las acciones y las omisiones y en la que el fiscal de la ciencia resulta señaladamente blando al fijar las penas.

Después se torna hacia la mujer desconocedora o desamparadora de su derecho. Ilumina sapiente y cordial los problemas patológicos, terapéuticos y éticos, que determinan la entrega de ese derecho en manos de la incapacidad más triste para la vida femenina.

Esta parte del discurso está fundida en el calor amoroso de los estudios de toda su vida, de esos estudios alejados de los bizantinismos científicos, de las sutilezas de investigación, de los balbuceos experimentales y tan cercanos a la cama pálida de la clínica, tan húmedos del llanto, de la desesperación y del secreto lacerante de la consulta.

¡Médico admirable este Vital del discurso de la Sociedad

Ginecológica; médico de cuerpo entero y de ánimo entero, florecido por la cordialidad y la ternura que sólo sedimentan en los espíritus agrios de aquellos que estiman el dolor humano venturoso accidente de sus logrerías!

Vital Aza alcanza su finalidad de establecer netamente esta figura de derecho natural, ¡ser madre!, y cuantas figuras de delito se producen al obrar en su contra.

La mujer, termina diciendo:

«La mujer, cuando ya adulta se dispone a caminar por la ruta sexual, abiertos sus brazos en un paréntesis de amor, tiene derecho a disponer de la llave que ha de abrir el augusto templo de la maternidad... Que alguna vez haya quien salte de él por la ventana, pierda la llave... o violento la cerradura, son casos de dolorosa excepción, que no autorizan a dejar desamparadas a aquellas otras mujeres, la inmensa mayoría, que siéndolo plenamente quieren ser gloriosamente maternales; y aunque bien sabemos que no es preciso que una mujer sienta desgarradas sus entrañas para saberse madre; que lo es plenamente ¡tantas veces! aun sin perder la doncellez, y que hay muchas madres sin hijos que duermen amorosas en sus regazos a los que otras engendraron sin amor; aunque la potencia maternal es tan fuerte que, como el agua bravía rompe la peña si no halla un cauce por el que correr serenamente, ella también salta entre espumas, estallando contra la roca de la esterilidad, con sonos de canción de cuna y burbujas como chasquidos de besos; aunque toda mujer buena—toda aquella que no encontró un malvado en su camino... y muchas a pesar de hallarlo—es siempre una madre, como lo es de niña de sus muñecas y de todo el que sufre después, pues por algo siempre que padecemos, siempre que nos atormenta un dolor del cuerpo o nos atenaza una pena del alma, hallaremos en la mujer que tengamos al lado, la madre que perdimos, y serán maternales sus caricias y habrá calor de madre en sus manos puras...»

¡Cierto esto y bellamente dicho! Cerramos el notable discurso de Vital Aza y nuestro recuerdo le añade en colofón el consejo de Lucio Floro:

Filias nuptui locare oportet aetate virgines, prudencia mulieres.

Casemos nuestras hijas vírgenes en edad y mujeres en prudencia.

DOTTOR BALOARDO

Sobre la disolución del Cuerpo Médico del Registro Civil

Anunciamos en nuestro número pasado que daríamos hoy la traducción íntegra de la ponencia de Balthazar a la Academia de Medicina de París acerca del servicio de comprobación de defunciones.

Cumplimos nuestro propósito y dejamos los comentarios para el sábado próximo por motivos de espacio en el ajuste del periódico. Nuestro deseo es ir francamente al corazón de un asunto que ha venido a quedar por obra de los señores Azaña y Ríos Urruti en la situación incalificable de protestar un servicio y sostener a quienes le han ocasionado su descrédito principalmente.

No nos mueve el deseo de perjudicar a nadie, pero sí nos sentimos obligados a decir públicamente la verdad para no compartir responsabilidades que repugnan a nuestra conciencia.

Esta es nuestra actitud.

Leamos ahora lo que aprobó la ciencia francesa en su organismo más significado:

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

SESIÓN DEL 2 DE FEBRERO DE 1932.

Presidencia de M. Meillère.

Comunicación sobre las comprobaciones de defunción por una experiencia médico-científica; presentada en nombre de una Comisión compuesta por los Sres. Dopter, Camus, Brouardel, Desgrez, Balthazard (ponente) y Roux (presidente).

La Cámara de los Diputados votó el 4 de Febrero de 1931 una proposición y resolución concebida en los siguientes términos: La Cámara invita al Gobierno a reglamentar, luego de oídas las Academias de Medicina y la de Ciencias, la comprobación de defunciones por una prueba médico-científica netamente afirmativa de la certeza de la muerte, con el fin de restringir lo más posible el número de inhumaciones en estado de muerte aparente.

En la exposición de motivos, los autores de la proposición aluden a los numerosos casos de inhumaciones prematuras que han sido comprobados. Sin insistir sobre los hechos clásicos, de los que muchos han sido falseados (el general Ornano y el cardenal Donnat no fueron jamás puestos en la fosa ni amortajados), es seguro que existe exageración manifiesta en el número de individuos que han sido enterrados vivos. Se señala, por ejemplo, un caso de cada 500 defunciones en Alemania. ¿Cómo es posible que en los obituarios que existen en muchas villas alemanas, en los que permanecen durante cuarenta y ocho horas los cuerpos antes de la inhumación, los conserjes de los cementerios no hayan sido requeridos desde hace más de cien años por los aparatos de alarma colocados en la proximidad de las manos de los presuntos cadáveres?

Que en períodos anormales, guerra, epidemias, etc., se puedan citar algunos casos de muerte aparente confundidos con la muerte real, no es hecho dudoso. Aun cuando excepcional, es suficiente que tal cosa sea posible para que detengamos sobre ello toda nuestra atención. Justificado o no el temor de inhumaciones prematuras, se ha impuesto a la opinión pública y es una obsesión para gran número de individuos. Por esto es una obra útil tomar todas las medidas necesarias para que ningún sujeto pueda ser enterrado vivo.

La ley ha formulado las precauciones que permiten evitar las inhumaciones prematuras. La inhumación en Francia no se permite sino veinticuatro horas luego de la muerte y después de comprobada la defunción. La ley dice: «Comprobación por el oficial del Registro civil». Pero como éste es incompetente, el prefecto de Policía Frochot organizó el 21 vendimiario del año 9 el control de defunciones para París y el departamento del Sena por aquellos técnicos a quien impropriadamente se ha llamado los médicos de los muertos, y que son en realidad los médicos del Registro civil. El mismo control se prescribió para toda Francia por el ministro Valette en 1866. Desgraciadamente, el ejemplo parisiense no se ha seguido más que en Burdeos, Limoges, Tours, Lille, etc. Se ignora en grandes ciudades, como Lyon y Marsella, en las que se dispone de un testimonio del médico de cabecera, y en la mayor parte de las localidades las inhumaciones se practican sin ningún examen médico.

Puede ser conveniente recordar la ley aun cuando esto originase algunos gastos a los Ayuntamientos. Excepcionales son los casos de inhumaciones prematuras, pero rarísimos son a los que ha precedido un examen médico. El diagnóstico médico de la muerte es fácil en la mayor parte de los casos. Reposa en la comprobación de la cesación de las grandes funciones vitales: respiración, circulación, movi-

miento y sensibilidad. Estos son los signos de gran probabilidad. La aparición de livideces cadavéricas, y sobre todo de la rigidez muscular, aporta ya una casi certidumbre, si bien existen aun algunas causas de error. En fin, el signo de certidumbre absoluta reside en el desenvolvimiento de la putrefacción aun cuando se compruebe el signo más mínimo, como la aparición en la pared abdominal de una pequeña mancha verde.

Los médicos están bien documentados para hacer un diagnóstico preciso y en el caso en que subsista la menor duda para recurrir a uno de los procedimientos científicos que citaremos más adelante.

Los casos dudosos consisten en hechos de letargia histérica en que los sujetos privados de motilidad y anestesiados guardan, no obstante, las percepciones sensoriales. Pero en tales casos la respiración y la circulación no sufren modificación alguna; el médico no puede engañarse.

Otras veces se trata de un apagamiento de las funciones vitales bajo la influencia de una conmoción nerviosa, análoga a la que se produce en los animales invernantes; todas las funciones subsisten, pero tan tenues que resulta difícil evidenciarlas. Tal estado conduce a veces a la muerte si no se administran enérgicos cuidados. Como decía Dastre, en semejante caso se trata menos de hacer el diagnóstico de la muerte que de fijar el pronóstico de la posibilidad de una vuelta a la vida.

Este es un caso bien típico de recurrir a una de las pruebas medicocientíficas.

En fin, la confusión es fatal en caso de síncope, que se manifiesta por la *detención* completa del curso circulatorio y de otras funciones vitales. La sola diferencia reside en la duración del fenómeno: síncope si el corazón torna a latir, muerte si definitivamente se para. En semejante caso basta con esperar si se pretende evitar una inhumación prematura, pero es necesario actuar para impedir que el síncope conduzca a la muerte. Tal es así en los casos de ahorcados, ahogados, intoxicados por óxido de carbono, casos de síncope clorofórmicos y, sobre todo, de electrocución. Los cuidados, respiración artificial, inhalaciones de oxígeno, calor, deben ser prolongados mientras subsista una esperanza de retorno a la vida. En los electrocutados, particularmente, se ha visto prolongarse el síncope más de dos horas.

Los medios científicos propuestos para el diagnóstico de la muerte real son muy numerosos, y su número basta para demostrar que ninguno de ellos se ha impuesto, ya sea por absoluta certidumbre, ya por facilidad de su aplicación.

Los signos más seguros, como el examen oftalmoscópico de Bouchut, no están al alcance de la práctica de todos los médicos. Otros signos requieren procedimientos que repugnan a las familias: tal el signo de Josat, pellizcamiento violento del pezón con una pinza de garfios especiales; el signo de Middeldorff: fijación sobre el corazón de una aguja larga que acusa amplificados los latidos más tenues del órgano, etc.

Es preferible recurrir a los signos indicados por Ambard y Brisemoret, por Rabouillat e Icard.

El signo de Ambard y Brisemoret se funda en las modificaciones de la alcalinidad de los humores que se verifica inmediatamente después de la muerte: un fragmento de hígado o de bazo se toma con un trocar especial. Alcalino durante la vida, se le encuentra ácido después de la muerte. Puede procederse más científicamente que con el papel de tornasol midiendo el pH. ¿Cuánto tiempo después de la muerte se produce una modificación evidenciable? Lo ignoramos de modo preciso, pero no debe tardar más de una o dos horas.

El signo de Rebouillat se funda en la elasticidad del tejido subcutáneo. Una inyección de éter practicada bajo la piel de un ser vivo se difunde en los tejidos. En el cadáver subsiste el canal de inyección y el éter es bruscamente devuelto al exterior.

En fin, uno de los signos indicados por Icar parece en la actualidad gozar del favor del público médico: consiste en inyectar una solución de fluoresceína que colorea de amarillo las conjuntivas cuando subsiste una circulación sanguínea por débil que sea. Este signo es excelente cuando la inyección se practica en la vena, pues la inyección subcutánea es menos demostrativa. No obstante, el signo de Icar sería probablemente defectuoso en los casos de síncope prolongado, y resultará interesante saber cómo se comporta en los electrocutados. En todo caso, la ausencia de coloración de las conjuntivas, al cabo de una media hora en los casos habituales, y al cabo de dos o tres horas en los casos de excepción, parece dar plena seguridad. A pesar de todo, el mejor signo de la muerte, el que da los resultados más seguros y más rápidos, consiste en la abertura de la arteria radial. Bastará estar prevenido de pinzas para detener la hemorragia en el caso en que se trate de un individuo en muerte aparente.

Este signo no puede investigarse más que por un médico, y lo mismo ocurre en todos los que hemos señalado anteriormente.

En 1866, la Academia de Medicina fué consultada sobre el mismo asunto por el Gobierno. Luego de la comunicación de Devergie, la Academia estimó que la legislación era suficiente en estas dos condiciones: 1.ª, observar rigurosamente el plazo de veinticuatro horas antes de la inhumación, salvo los casos de putrefacción precoz; 2.ª, asegurar la comprobación médica de la defunción.

Como consecuencia de este dictamen el ministro del Interior Valette publicó con fecha 24 de Diciembre de 1866 la circular a que hemos aludido al principio.

En 1932 la Academia de Medicina no puede sino hacer votos por que esta circular cese de ser letra muerta en la mayoría de las localidades, haciendo notar que hoy los médicos están capacitados por procedimientos medicocientíficos que en caso de duda les permitan hacer un diagnóstico de la muerte más preciso y sobre todo más rápido.

Pero para que la comprobación médica de las defunciones se haga seriamente para que suponga un obstáculo absoluto a la posibilidad de inhumaciones prematuras, importa que el médico del Registro civil no se contente con acudir al domicilio del difunto para firmar la autorización de que se proceda al enterramiento. Es necesario que se moleste en descubrir el cuerpo, y luego de haberse procurado todos los datos útiles que le faciliten los familiares, investigue atentamente todos los signos clínicos de la muerte; que estudie la respiración, la circulación, el enfriamiento, las livideces, la rigidez; que compruebe las primeras manifestaciones de la putrefacción. En fin, en caso de duda, el médico debe suspender su decisión hasta nueva visita hecha bastantes horas después. En fin, si la duda subsiste, el médico debe estar dispuesto a investigar los signos medicocientíficos de la muerte. No es bastante para comprobar una defunción contar con médicos del Registro civil; es necesario que el nombramiento de estos médicos se rodee de las garantías necesarias.

Conclusiones:

Primera. Se observará un plazo de veinticuatro horas, como mínimo, «entre el momento de la muerte y la situación del cadáver en el féretro» (mise en bière).

Segunda. No se procederá a «colocar el cadáver en el

féretro» antes de la «verificación» médica de la muerte.

Tercera. «Este control técnico se efectuará por los médicos del Registro civil», al menos en las grandes poblaciones, quienes «serán nombrados en condiciones que aseguren su competencia, no sólo en el sentido diagnóstico médico, sino también su especialización en aplicar los procedimientos científicos modernos de diagnóstico de la muerte».

L. R.

Academias, Sociedades y Conferencias

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Sesión del 20 de Febrero de 1932.

ASIMETRÍA DE LOS CARACTERES SEXUALES

Dr. Gregorio Marañón Posadillo: En el curso pasado hablamos en esta Academia de la unilateralidad de las manifestaciones intersexuales. Desde tal comunicación, nuestra casuística se ha aumentado y ha confirmado que en ciertos individuos de la especie humana presentan los caracteres sexuales distribuidos en una mitad del cuerpo en cuanto a un sexo y en la otra mitad del cuerpo en cuanto a los del otro sexo.

Nuestra estadística de casos de ginecomastia unilateral se eleva a 26. Al estudio de este síntoma hemos unido el de la distribución del vello sexual, tanto en hombres como en mujeres.

En la mujer hemos observado que la distribución asimétrica del vello sexual lo ha sido con predominio en el lado izquierdo, e igualmente sucede en cuanto a la localización de un mayor desarrollo de la mama. En el hombre sucede lo contrario.

Esta asimetría en la distribución unilateral de los caracteres sexuales se realiza en el sentido de un predominio izquierdo de los caracteres viriloides y un predominio derecho de los caracteres feminoides.

El estudio bibliográfico de la cuestión confirma nuestra aportación; hasta la fecha los autores no habían reparado en la distribución unilateral de los caracteres sexuales.

Al considerar los casos de hermafroditismo, es decir, con gonadas formadas por ovariotele, en especial los casos de hermafroditismo alternante de aquellos con existencia de ovario en un lado y de testículo en otro, se ha llegado a conocimiento que con la mayor frecuencia el ovario está situado a la izquierda y el testículo a la derecha.

No cabe duda en la existencia de la distribución asimétrica de los caracteres sexuales con predominio masculino a la derecha y con predominio femenino a la izquierda.

LA EXPECTACIÓN Y EL INTERVENCIONISMO EN OBSTETRICIA

Dr. Vital Aza Díaz: En los últimos años la actuación expectante del tocólogo en la asistencia al parto ha sufrido rudo golpe con la aparición de la técnica del Delmás y de Porter; éste, con la evacuación del útero previa versión sistemática; aquél, con la raquianestesia y dilatación de cuello uterino terminando el parto por fórceps o por versión.

En la actualidad, es tendencia de la generalidad de los tocólogos la asistencia al parto mediante tacto rectal y exploraciones por maniobras externas; no llegan a la abstención sistemática; no será siempre buena conducta, pues la actuación del tocólogo durante el parto estará condicionada por la evitación de los peligros para la madre y para el feto.

En el período expulsivo, si bien hay verdaderos defensores de la protección del periné, y esto en muchos casos se consigue, no es raro encontrar casos en los que, protegido

el periné, no se termina con la sutura; en la práctica se dan casos que sin lesión visible de periné sus formaciones musculares han sufrido tal traumatismo que es lógico afirmar las modificaciones de su estática. Es por lo que no consideramos exagerada en primípara la episiotomía, previa anestesia local con un chorro de cloruro de etilo.

En el alumbramiento la abstención llegará al máximo.

En cuanto a casos de partos distócicos, por ejemplo, en estrecheces acentuadas de pelvis y supuesta la necesidad de una cesárea, en muchos casos está dispuesta para hora determinada y el informe médico queda en entredicho por que horas antes de la intervención se realiza el parto de manera espontánea.

Así el problema, conviene, como aconsejan diversos autores, diferenciar entre parto normal y parto espontáneo; todo parto espontáneo no es normal; como tampoco es normal aquel que se ha realizado espontáneamente después de varias horas de trabajo. A este respecto Treisch, de Estrasburgo, fundado en que el papel de la placenta es nulo para el trabajo del parto y máximo el del feto, aconseja la técnica siguiente: En cuanto la mujer inicia el trabajo de parto, rompe la bolsa amniótica; inyecta cada veinte minutos una ampolla de espasmalgina; después de la tercera inyección deja un descanso de hora; pasada esta hora vuelve a inyectar una ampolla de espasmalgina cada veinte minutos hasta tres. Esta manera de proceder, que ya se remonta a 1928, la ha comparado estadísticamente con los resultados obtenidos en años anteriores y en partos asistidos por método clásico. De este estudio, Treisch saca la conclusión que en las primíparas la dilatación se reduce a seis horas de duración; en las múltiparas a cuatro horas; el período expulsivo se reduce en las primíparas a cuarenta minutos y en las múltiparas a diez minutos. En los casos que se precisa la «llamada prueba del trabajo», siguiendo la técnica de Treisch, dice este autor, se reduce a dos horas. Cuando este tiempo pasa y no se realiza el parto, procede a hacer la cesárea. Aconseja la misma intervención ante parto que no se ha realizado en diez horas; considera ser la manera de conseguir que descanse la madre, el feto y también el médico.

Ante la técnica de Treisch nada diremos si es mejor o peor que la seguida actualmente, pero sí que no será sistemática. En cambio, habrá que pensar en ella ante las llamadas distocias mecánicas, en las que es contraproducente el empleo de los ocitócicos, y, en cambio, es de grandísima utilidad el aconsejar los antiespasmódicos o analgésicos.

RELACIONES ENTRE LAS ENFERMEDADES DE LA VESÍCULA BILIAR Y LA DIABETES

Dr. Teófilo Hernando Ortega: Es de observación la coexistencia de litiasis biliar o colecistitis con diabetes; ha sido señalado por diversos autores. Al fijar interpretaciones, incluyen tales procesos en el grupo de las diátesis.

Los estudios modernos sobre patogenia de diabetes y sobre funciones de páncreas e hígado, relacionados con lo que se sabe sobre procesos vesiculares, han incitado a nuevas investigaciones. A este respecto existen muchas estadísticas y capaces de apoyar muy diferentes opiniones.

Nuestra estadística de 172 diabéticos da 39 con procesos de vesícula biliar, o sea 22,67 por 100. En cambio, en 1328 procesos de vesícula biliar sólo encontramos 39 diabéticos, o sea 2,92 por 100. Si estas cifras las comparamos con otros procesos de aparato digestivo como la úlcera de estómago, hallamos 3 diabéticos en 1328 ulcerosos de estómago.

Estas cifras parecen demostrar que en los diabéticos son más frecuentes los procesos vesiculares, al paso que en los enfermos vesiculares es mucho más escaso el número de

diabéticos. Datos que han tratado de explicarse por varias teorías. Todas se pueden reducir a dos grupos: la teoría nutritiva o de predisposición a la enfermedad; y la teoría de la pancreatitis consecutiva al proceso vesicular. Tanto para una como para otra se han presentado argumentos que no han llevado a conclusiones definitivas, pero que en buena clínica se puede admitir una relación entre colecistitis y diabetes; que la frecuencia de ambas enfermedades no es extraordinaria; que la alteración vesicular puede transmitirse al páncreas, el cual se altera primero en su secreción externa y posteriormente en su secreción interna, y, finalmente, que para aportar datos a la cuestión venimos realizando la investigación de los fermentos pancreáticos en la bilis de este grupo de enfermos, así como la valoración de la curva de glucemia.—*M. Aceña.*

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del 22 de Febrero de 1922.

MIOMECTOMÍA DEL ÚTERO GRÁVIDO

(Presentación de la pieza patológica.)

Dr. Vital Aza Díaz: Por haber operado esta mañana a la enferma, presentamos la pieza patológica extirpada, del tamaño de un melón pequeño. Reconocida la enferma, intervenimos con el diagnóstico de quiste dermoideo coincidente con embarazo; se trataba de un fibroma del segmento inferior de útero y embarazo de cuatro meses: fibroma encajado dando la sensación de cabeza fetal.

Hemos realizado la miomectomía dejando el útero grávido.

Lo interesante de este caso clínico es cómo responderá el útero grávido al traumatismo quirúrgico; para facilitar lo hemos aconsejado reposo y administración de analgésicos y antiespasmódicos.

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA DIABETES INFANTIL Y JUVENIL

Dres. Manuel Izquierdo y Antonio Palacios: La diabetes infantil, e incluso la juvenil, era una enfermedad poco conocida hace unos años, porque todos los enfermos que la padecían sucumbían en un brevísimo plazo. En la actualidad, gracias a los progresos de la dietética y del descubrimiento de la insulina, la diabetes de los niños y de los jóvenes es una enfermedad que tiene sus características especiales y su tratamiento adecuado.

Es relativamente poco frecuente, hasta el punto de que en una estadística de Larguía —citada por Escudero— entre 63.000 niños sólo se encontraron nueve diabéticos, lo que da una morbilidad general de 0,14 por 1.000. Umber tiene un 1 por 100 de niños diabéticos entre todos sus pacientes diabéticos. Joslin, un 7 por 100, y Escudero entre 500 diabéticos ha visto cuatro casos menores de nueve años y seis de nueve a diez. Nosotros hemos visto, entre 500 enfermos de diabetes, 4 de 0 a 5 años; 2, de 6 a 10; 11, de 11 a 15; 12, de 16 a 20, y 7, de 21 a 25. De ellos, 27 varones y 9 hembras, lo que da un porcentaje de 75 y 25 por 100, respectivamente.

Y aquí encontramos una primera diferencia entre la diabetes infantil y juvenil y la del adulto; en nuestra estadística general de diabéticos adultos, las mujeres están en mayoría y la mortalidad por diabetes es también más frecuente entre las hembras, como lo demuestra la estadística de mortalidad en España por esta enfermedad durante el año 1924, en la que vemos que sobre 430.560 muertes hubo 2,28 por 1.000 de diabéticas y 1,85 por 1.000 de diabéticos.

Etiología.—Las principales causas de la diabetes juvenil son: la infecciosa, sarampión y tifoidea, principalmente. La sífilis la hemos encontrado tres veces entre nuestros enfermos, sin que podamos atribuirle una verdadera intervención en la etiología de la diabetes.

La herencia endocrina juega un papel importantísimo en la etiología de esta enfermedad, bien por producir un estado de infantilismo que predispone a la diabetes, o bien por una herencia patológica exclusiva de los islotes de Langerhans. Y ambos factores, el infeccioso y el hereditario, pueden coincidir en el mismo enfermo, desarrollándose la diabetes ante una infección banal por un estado de menor resistencia del páncreas y de todo el sistema endocrino. La pubertad es un estado particular de predisposición diabética, ya que en esta fase de la vida existe un complejo diabético, denominado por Marañón «fórmula endocrina u hormonal del crecimiento». El hipogenitalismo, hipertiroidismo y, sobre todo, el hiperpituitarismo, que son los factores que caracterizan la pubertad, son también, repetimos, factores diabéticos que pueden desencadenar en un organismo predispuesto la enfermedad diabética.

Respecto a la patogenia, nosotros aceptamos una correlación endocrina y nerviosa del metabolismo de los hidratos de carbono, pero presidida por la secreción interna del páncreas. Si ésta no se altera, jamás llega a producirse una verdadera diabetes.

Tipos clínicos.—Aceptamos en un todo la clasificación de nuestro maestro el Dr. Marañón de diabetes infantil y diabetes juvenil, dando a cada uno de estos grupos los caracteres siguientes, además de los de la intensidad de la glucosuria y la tendencia fácil a la acidosis, caracteres comunes a ambos.

Diabetes infantil.—Comienzo antes de los diez años; crecimiento inhibido (infantilismo); curso progresivo y muy grave; lesión pancreática, destructiva.

Diabetes juvenil.—Comienzo después de los diez años; crecimiento excesivo (displasia del crecimiento); curso por brotes y con tendencia a la curación; lesión pluriglandular y en gran parte funcional.

Nosotros, en nuestra estadística de 36 enfermos, hemos encontrado un 39 por 100 de infantiles (menores y mayores de diez años), un 47 por 100 de normales y un 14 por 100 de hiperplásicos (todos mayores de diez años).

CARACTERÍSTICAS DE LA DIABETES INFANTIL Y JUVENIL

- 1.^a Gran glucosuria e hiperglucemia.
- 2.^a Labilidad de glucemia y por consecuencia.
- 3.^a Tendencia hipoglucémica ante la insulina.
- 4.^a Gran tendencia a la acidosis.
- 5.^a Intensas variaciones de la tolerancia hidrocarbonada.
- 6.^a Sensibilidad de la tolerancia y acidosis ante las más pequeñas infecciones y transgresiones de régimen.
- 7.^a Después del comienzo de la enfermedad, si ésta se ataca enérgica y rápidamente, sobreviene una época de aparente curación con gran aumento de la tolerancia hidrocarbonada, para perderla de nuevo ante cualquier pequeña infección o transgresión de régimen. En esta segunda fase la gravedad y resistencia del tratamiento son mayores.
- 8.^a En los niños, si no se impone rápidamente el tratamiento, sobreviene en seguida el infantilismo, caso que éste no existiese.
- 9.^a En los puberales las fases de crecimiento influyen grandemente sobre la tolerancia.
10. La edad mental es muchas veces superior a la real y aun a la morfológica en los infantiles.

11. La altura influye favorablemente sobre la tolerancia hidrocarbonada; lo contrario ocurre con el frío.

Características de la glucemia.—Gran hiperglucemia en ayunas; fina sensibilidad de la glucemia ante la insulina, principalmente de los niños infantiles y jóvenes asténicos.

Características de la acidosis.—Tendencia a la misma. Acidosis ante las infecciones, incluso en el período de incubación. Acidosis hipoglucémicas (Marañón) con gran frecuencia.

Glucosuria.—Escaso poder de concentración de la orina



Dres. González Suárez, Vital Aza e Izquierdo.

para la glucosa al principio de la enfermedad; aumento progresivo de ésta en el transcurso del tratamiento.

Por consecuencia de los rápidos cambios de glucemia, la glucosuria no corresponde nunca, en el momento de emisión de la orina, a la glucemia de aquel instante. De esto se desprende la dificultad de mantener aglucosúricos a los niños.

Tratamiento.—En el siglo pasado, la mortalidad de la diabetes infantil y juvenil era, según Joslin, de un 98,4 por 100. Así estuvimos hasta 1914 en que los progresos de la dietética hicieron rebajar esta mortalidad a un 69 por 100. Desde el descubrimiento de la insulina la mortalidad ha descendido, según el mismo autor, a 10,90 por 100. Nosotros, entre 36 casos, hemos tenido cinco muertes, lo que da una proporción de 14 por 100. Aunque ninguna de estas muertes se pueden atribuir directamente a la diabetes, pues dos fueron por tuberculosis pulmonar, una por fiebre tifoidea, otra por accidente, y en un niño, presentado por nuestro maestro el Dr. Marañón en la Academia Nacional de Medicina, la muerte fué originada por un accidente hipoglucémico, demostrando la autopsia una carencia total de islotes de Langerhans con destrucción de la substancia

medular de las glándulas suprarrenales. La imposibilidad de producir adrenalina fué la causa indudable de la muerte por hipoglucemia; este accidente fué además tomado como crisis comicial por los enfermeros de la clínica. La semejanza fué perfecta.

La dietética en los niños y jóvenes es totalmente diferente de la de los adultos, ya que éstos no necesitan más que unas 40 calorías por kilogramo de peso y menos de un gramo de proteínas, y en los niños las necesidades energéticas son distintas, según la edad, así como las necesidades del nitrógeno. Entre uno y cinco años, de 100 a 80 calorías por kilogramo de peso. De seis a quince, unas 80 calorías aproximadamente. Y este número va descendiendo con la edad hasta llegar al del adulto. Las proteínas deben darse en cantidad de 4 gramos por kilogramo de peso y día en el primer año. De 3,5 en el segundo año y de unos 3 gramos en los sucesivos hasta quince. Para las grasas podemos utilizar las mismas fórmulas que en los adultos.

Respecto a los hidratos de carbono, la insulina nos tolera una dieta rica en los mismos, lo que consideramos de gran beneficio para los niños puesto que esto permite mantener la tara del glucógeno hepático y muscular en sus límites normales. No consideramos, por tanto oportuno, como hacen algunos autores, dar una dieta con menor cantidad de los hidratos de carbono tolerados para proporcionar un reposo funcional al páncreas. Creemos que este reposo, al par que una acción de excitación hormonal, se realiza de manera perfecta con la insulina.

La cantidad de hidratos de carbono no se puede juzgar sino después de haber estudiado la tolerancia de cada enfermo por medio de un régimen de prueba de valor conocido.

Régimenes alimenticios.—Dada la gran hiperglucemia de los niños en ayunas, la mayoría de los autores aconsejan un desayuno copioso con una dosis grande, la mayor del día de insulina. Nuestras costumbres españolas impiden, la mayoría de las veces, utilizar esta técnica en toda su pureza, además de que los regímenes, tanto alemanes como americanos (y los mismos franceses por influencia de los anteriores), son inadaptables en nuestro país. Damos un régimen para un niño de diez años copiado de la obra de Priessel y Wagner y la adaptación que con los valores del mismo hemos hecho nosotros para los enfermos de nuestro país.

Régimen alemán.—Niño de diez años: 1.850 calorías; H. C., 105 gramos; P., 82,5 gramos; G., 122 gramos.

I. 125 gramos de leche; 35 gramos pan blanco; 20 gramos jamón; un huevo.

II. 35 gramos pan blanco; 15 gramos mantequilla; 20 gramos de jamón; 20 gramos de queso; 100 gramos de manzanas.

III. Caldo; 100 gramos de pescado; 500 gramos de espinacas; 30 gramos de grasa.

IV. 125 gramos de leche.

V. 35 gramos de pan blanco; 10 gramos de mantequilla; 100 gramos de salchicha Frankfurt, 100 gramos de manzanas.

Régimen nuestro.—Niño de diez años: 1.890 calorías; H. C., 106; P., 82; G., 120.

Desayuno: 100 gramos de leche; 10 gramos pan de Viena; 20 gramos de mantequilla.

Comida: 100 gramos verdura del 10 por 100; 15 gramos de aceite de olivas; un huevo; 50 gramos de patatas; 100 gramos de carne (filete de vaca); 50 gramos de ensalada (10 por 100 cebolla, etc.); 100 gramos de fruta del 20 por 100; 10 gramos de pan de Viena; 30 gramos de queso de bola.

Merienda: 100 gramos de leche; 10 gramos de pan de Viena (o una galleta); 10 gramos de mantequilla.

Cena: Caldo; 50 gramos de patatas; 100 gramos de merluza (pudding con); 30 gramos de aceite (para mallonesa); 100 gramos de fruta del 20 por 100; 10 gramos de pan de Viena; 30 gramos de queso de nata de Los Pastores.

Insulina.—En principio todos los niños diabéticos, aun los más benignos, deben ser tratados con insulina. La dosis de ésta se calculará en cada caso particular con arreglo a la tolerancia del enfermo y a los hidrocarbonados del régimen. Como norma general repetimos que la dosis máxima de insulina debe darse por la mañana, y aun cuando el desayuno sea escaso en hidratos de carbono, como en el régimen nuestro, que sólo contiene 11 gramos de los mismos, la dosis de insulina será muy superior a la que correspondería para metabolizar esta cantidad de hidratos de carbono. Si con el régimen anterior un niño necesita 50 unidades de insulina, daremos 20 con el desayuno, 10 con la comida del mediodía y 20 con la de la noche.

En niños menores de diez años es preciso tener gran cautela en la administración de insulina por su facilidad para la hipoglucemia; pero en términos generales se debe seguir también el criterio antes expuesto.

IDENTIDAD DE LAS ENDOCARDITIS REUMÁTICAS SIMPLES Y MALIGNAS

Dr. Francisco González Suárez: Enjuiciar el problema de las endocarditis reumáticas simples y malignas, o lentas, desde el punto de vista de la no identidad, como lo hacen la mayoría de los autores, tanto antiguos como modernos, es inadmisibile.

En nuestro sentir, todas las endocarditis reumáticas son una sola y misma enfermedad, con patogenia única, lesión fundamental idéntica y etiología diversa, si bien el estreptococo es el responsable más frecuente.

Después de un reumatismo poliarticular agudo, a veces tan banal que pasa inadvertido, o consecutivo a una septicemia aguda, aparece una lesión valvular; manifestación clínica primordial que unifica todas las formas de endocarditis.

Iniciada la inflamación séptica del endocardio, puede tomar un giro maligno; la biología del germen llega a desbordar las defensas del organismo, produciendo en endocardio úlceras y vegetaciones que por su friabilidad son desprendidas y lanzadas al torrente circulatorio para fraguar metástasis viscerales y terminación por muerte.

Es la marcha evolutiva de la endocarditis lenta, cuyo desenlace fatal acaece después de corta evolución.

Es la misma evolución maligna de la endocarditis reumática simple hacia la forma lenta, con espacio más o menos largo del ataque único o repetidos de reumatismo poliarticular. Es la convicción de nuestra práctica clínica, y su confirmación la hacemos con la aportación de doce casos clínicos de la afección estudiada.

El estudio de estos casos demuestra que los enfermos que murieron por endocarditis lenta sufrieron, como los cardíacos que viven sometidos a la observación clínica, varios episodios agudos de endocarditis reumática simple, cada uno con idéntica fisonomía patogénica y clínica, separados por años de latencia clínica, que transcurrieron sin otra manifestación morbosa que el grado de invalidez física propia de toda lesión cardíaca. Sea cualquiera la evolución de cada caso, a despecho de la variedad clínica impuesta por factor enfermo y germen causal a la lesión primitiva, suceden síntomas y complicaciones y frecuentemente la forma maligna lenta. Esta es el último eslabón de una cadena que tuvo principio en el primer ataque de reumatismo, amigdalitis, corea, etc., que dejó como reliquia una indele-

ble lesión valvular. Se diferencia tan sólo en el pronóstico, que es gravísimo en la forma lenta.

Demostrada la identidad clínica, también se comprueba la identidad patogénica. La válvula interesada en el primer ataque es la afectada en los ataques sucesivos. Esto induce a pensar que la lesión cardíaca primitiva es el foco latente que recrudece periódicamente, creando cuadros clínicos semejantes a infección reumática; a la sucesión de episodios agudos se reservan complicaciones más graves.

Este criterio de unidad que propugnamos para las endocarditis simples o malignas lentas nos induce a pensar y a aconsejar una terapéutica por vacunas, durante los períodos de latencia clínica, con el intento de impedir la evolución de la endocarditis reumática simple hacia la forma lenta, que acaba casi siempre, hágase lo que se haga, de un modo fatal. Con ello no negamos la utilidad del salicilato sódico a grandes dosis (más de 8 gramos diarios); si bien tiene eficacia sobre dolores articulares, inflamación y fiebre, no evita la lesión valvular, ni los brotes de la enfermedad reumática ni su evolución maligna.

Dr. Eusebio Oliver Pascual: Aunque sólo tengo la experiencia personal de dos casos clínicos, me permito recordar la terapéutica de la endocarditis maligna lenta por la inmunotransfusión. Con ésta los autores americanos dicen obtener grandes resultados, y en nuestros dos casos, con aislamiento de estreptococo hemolítico y una situación que hacía temer inminentemente por la vida de la enferma, los resultados fueron excelentes.

Como se sabe, el método de la inmunotransfusión consiste en el aislamiento del germen causal en el propio enfermo que padece la endocarditis maligna lenta; preparación de autovacuna; con ésta, inmunizar a un sujeto sano; cuando éste ha alcanzado su acmé inmunitario, proceder a la transfusión de su sangre al enfermo, y así las veces necesarias.

Dr. Antonio Simonena Zabalegui: Vamos a exponer una idea que, sin ser antitética con la expuesta, sí es la clásica. La clínica demuestra que la endocarditis lenta prende con mayor facilidad en un endocardio previamente alterado. Este hecho indudable no significa que la endocarditis lenta sea una forma, un trastorno visceral consecutivo a la endocarditis reumática.

Los estudios bacteriológicos sobre endocarditis reumática, hasta ahora han sido completamente negativos; se han encontrado gérmenes muy variados, pero parece, hoy por hoy, que ninguno tenga la categoría de agente causal de la afección.

No es posible admitir la identidad de la endocarditis reumática simple con la endocarditis maligna lenta. Para negar esta identidad la clínica nos muestra desigual frecuencia de las dos; la reumática simple no es rara y la maligna lenta; por mí sé decir que en nuestra larga experiencia clínica sólo hemos visto ocho casos indudables y ciertos. Hecho que nos lleva a pensar que en la cuestión hay otro factor causal además del reumatismo. Este factor es la presencia del estreptococo viridans o acaso otro germen.

La curación de la endocarditis reumática es sabido que previene la presentación de la endocarditis lenta; no porque sea consecuencia, sino que la endocarditis lenta prende, como ya hemos dicho, en un endocardio alterado.

En cuanto al tratamiento hemos de afirmar que el salicilato sódico cura el reumatismo; tenemos casos que el reumatismo poliarticular agudo se ha sostenido tiempo y aun después de cuatro años de evolución no hemos visto manifestaciones endocárdicas. Esto es sólo una prueba clínica; sabemos que el reumatismo no sólo altera el endocardio

visceral, sino también el parietal sobre todo el miocardio, son los casos que hemos de estudiar electrocardiográficamente para llegar a una conclusión.

En el tratamiento del reumatismo poliarticular agudo empleamos como mínimo la dosis de 6 gramos diarios; a veces elevamos hasta 8 y 10 gramos. El fracaso de la medicación salicilada hay que considerarlo en cuanto a las dosis administradas y en cuanto a la clase de salicilato empleado. Precisa administrar el salicilato de dos en dos horas y en tomas de 50 centigramos. Además, sostener dos y aun tres meses la medicación hasta tener la seguridad de que no hay tendencia a recrudecimiento de la enfermedad.

Dr. Gregorio Marañón Posadillo: Nuestras palabras serán de aportación de algunos hechos y para corroborar las observaciones que tan atinadamente ha expuesto el profesor Simonena. Hemos tenido ocasión de observar bastantes casos de endocarditis lenta. Precisamente fué hace cuatro años que en tres cursos llegamos a reunir 15 casos. El aumento de la casuística en tal fecha también fué marcado por otros médicos, y durante ella el profesor Hernando publicó un trabajo con abundante casuística de endocarditis lenta. Desde aquella época los enfermos de esta naturaleza han disminuído.

Para nosotros es completamente claro que nada tiene que ver la endocarditis reumática con la endocarditis lenta; afirmo a este respecto todo lo expuesto por el Dr. Simonena. Son dos procesos, en nada comparables desde el punto de vista clínico, evolutivo ni terapéutico. Es posible que la endocarditis reumática se complique de endocarditis lenta, pero nuestra estadística muestra que la mayoría de los enfermos con endocarditis maligna lenta no presentaban antecedentes de endocarditis reumática. Un carácter de la endocarditis maligna lenta es la escasez y aun la ausencia de síntomas articulares; el presentarse de una manera solapada, pasando desconocida su iniciación y muchas veces por un estado de anemia.

Es indudable que la endocarditis reumática lenta sea debida al estreptococo hemolítico, pero muchos autores han encontrado otros diversos gérmenes; nosotros, en dos casos, hallamos el estafilococo.

En la endocarditis maligna lenta debe tener gran importancia la constitución individual y el modo de reaccionar los órganos hemotopoyéticos al germen causal; se ve en las alteraciones hemáticas, en la anemia que, precoz y frecuentemente, se observa en estos enfermos.

Desde el punto de vista del tratamiento diremos que todo lo realizado en los casos de endocarditis maligna lenta ha sido inútil; ni sueros, ni vacunas ni quimioterapia sirven para nada.

En cuanto al salicilato sódico en la endocarditis reumática, me bastaría corroborar lo dicho por el Dr. Simonena; es una medicación de eficacia absoluta en el reumatismo. Lo que sucede es no ser siempre bien empleada; frecuentemente se dan dosis pequeñas y no se emplea la vía intravenosa con la frecuencia e intensidad necesarias. Es verdad que hay casos de reumatismo poliarticular agudo que resisten al salicilato sódico. En ellos después de un estudio detenido, el empleo de dosis más elevadas de salicilato sódico, en la generalidad de los casos tiene efectos específicos. Además, son enfermos que exigen un tratamiento crónico, continuar el tratamiento salicilado en la fase afebril; unos cuantos días de cada mes. Es la manera de no fracasar en el tratamiento del reumatismo poliarticular agudo por el salicilato sódico. — *M. Aceña.*

La revisión de nombramientos en Sanidad.

Corresponde hoy honrar nuestras columnas al doctor D. Julio Blanco Sánchez, valor positivo de la Tisiología española, cuyo bien ganado prestigio es notoriamente



Dr. D. Julio Blanco Sánchez.
Director del Sanatorio «LAGO»

conocido por su completa y bien cimentada especialización.

He aquí su historial sanitario:

CARGOS DESEMPEÑADOS Y MÉRITOS ADQUIRIDOS

- 1.º Título de licenciado en Medicina y Cirugía (1912).
- 2.º Nombramiento en virtud de concurso-oposición de ayudante del Instituto Nacional de Higiene (Diciembre de 1917).
- 3.º Nombramiento en virtud de concurso oposición de médico-subjefe de la Brigada Sanitaria Central (Enero de 1921).
- 4.º Nombramiento de pensionado en Alemania por la Junta para Ampliación de Estudios (Julio de 1913 y Agosto de 1914).
- 5.º Certificado del Instituto Robert Koch de haber trabajado especialmente sobre tuberculosis (Diciembre de 1912).
- 6.º Nombramiento de becario de la Junta para Ampliación de Estudios para hacer estudios sobre tuberculosis (Noviembre de 1916).
- 7.º Nombramiento de jefe del laboratorio del Sanatorio Antituberculoso de Valdelatas Octubre de 1917).

8.º Nombramiento de vocal de la Comisión permanente contra la tuberculosis (Abril de 1921).

9.º Nombramiento de director del Sanatorio Lago (21 Abril de 1922).

10. Notificación de haber sido elegido por el Comité ejecutivo de la Unión Internacional contra la tuberculosis, previa propuesta de la Dirección general de Sanidad, co-rapporteur del tema «La asistencia postsanatorial» para el próximo Congreso de La Haya (9 Diciembre de 1931).

11. En 3 de Febrero último es confirmado, mediante concurso oposición, libre, en el cargo de director del Sanatorio Lago (Tablada).

LISTA DE LOS TRABAJOS PUBLICADOS SOBRE TUBERCULOSIS

- 1.º Tuberculosis y enfermedad de Addison. *Revista Clínica de Madrid* (1913).
 - 2.º Contribución al estudio de la estructura del bacilo de Koch por medio de un nuevo y sencillo método de doble coloración (1914).
 - 3.º Sobre crecimiento y división del bacilo de Koch (1916).
 - 4.º Diagnóstico precoz de la tuberculosis experimental del cobaya (1917).
 - 5.º Conocimientos pertinentes a la biología del bacilo de Koch (1922).
 - 6.º Valor de la reacción de fijación del complemento para el diagnóstico de la tuberculosis (1923).
 - 7.º Sobre aislamiento del bacilo de Koch. Un procedimiento para substituir al medio del cultivo de Patroff (1924).
 - 8.º Sobre homogeneización de esputos. (En colaboración con el Dr. Such. Agotado, no me queda original.)
 - 9.º El neumotórax artificial en las formas neumónicas de la tuberculosis pulmonar (1924).
 10. Profilaxis de la tuberculosis infantil (1929).
 11. La frenicectomía de la tuberculosis pulmonar (1931).
 12. La sedimentación globular en el pronóstico de la tuberculosis pulmonar. (En colaboración con el Dr. Alvarez, 1930.)
 13. La frenicectomía en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar (1929).
 14. Sobre clasificación de cavernas pulmonares (1931).
 15. Sobre cavernas colgantes. (Comunicación presentada en la Sociedad Española de Tisiología, en prensa.)
- Concursos-oposiciones ganados, 3.

CURSO SOBRE TUBERCULOSIS

En el curso sobre tuberculosis pulmonar que comenzará el día 29 de Febrero, se darán las siguientes conferencias en la Cátedra segunda de la Facultad de Medicina a las siete de la tarde, los días que se indican:

Febrero. Día 29.—Dr. Zarco: Bacteriología (estudio bacilos y puertas de entrada de la infección). Ultravirus.

Marzo. Día 1.º.—Dr. Díez: Epidemiología.

Día 2.—Dr. Verdes Montenegro: Patogenia de la infección tuberculosa. Inmunidad y alergia.

Día 3.—Dr. Tello: Anatomía patológica fundamental.

Día 4.—Dr. Arce: Diagnóstico radiológico fundamental.

Día 5.—Dr. M. Tapia: Formas clínicas del complejo primario y formas locales de alergia secundaria.

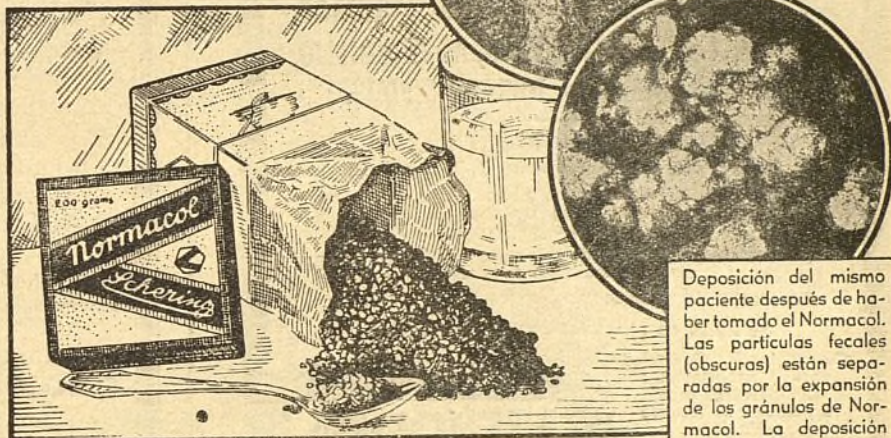
Día 7.—Dr. M. Tapia: Formas generalizadas de alergia secundaria.

Día 8.—Dr. Verdes Montenegro: Formas iniciales de la tuberculosis del adulto.

Aumentar el volumen del contenido intestinal **NORMACOL**

El Normacol consiste en un jugo de basorináceas desecado con una mínima cantidad de frángula. Ejerce su efecto principalmente por el enorme aumento de volumen que en virtud de su hidrofilia adquiere en el intestino, con lo que origina, por provocación del reflejo de expansión intestinal, la peristalsis normal, fisiológica. Forma en los intestinos una masa esponjosa, suave y emoliente, propiedades que hacen del Normacol el medicamento de elección durante el embarazo y muy especialmente en los casos de hemorroides

Envase original:
Caja de 150 grs.



Deposición de un caso
típico de constipación.
La masa fecal es dura,
seca y homogénea.

Deposición del mismo
paciente después de ha-
ber tomado el Normacol.
Las partículas fecales
(oscuras) están sepa-
radas por la expansión
de los gránulos de Nor-
macol. La deposición
es blanda y emoliente.

PRODUCTOS QUIMICOS SCHERING S.A. Apartado 479, MADRID
Apartado 1030, BARCELONA

82550518

TUBERCULOSIS · NEURASTENIA · ANEMIA

TRICALCINE

RECONSTITUYENTE

EL MÁS PODEROSO · EL MÁS CIENTIFICO · EL MÁS RACIONAL

MEDICACIÓN

LA MAS EFICAZ PARA EL TRATAMIENTO DE

BRONQUITIS BAJO VARIAS FORMAS ANEMIA

RAQUITISMO - ESCROFULA

LACTANCIA y CRECENCIA DE LOS NIÑOS

TUBERCULOSIS

TRICALCINE

A BASE DE SALES CALCICAS CONVERTIDAS EN ASIMILABLES

DU DOCTEUR E. PERRAUDIN

Ex-Chimiste Expert de la Ville de Paris

Ex-Elève de l'Institut Pasteur

DE VENTA EN TODAS LAS DROGUERIAS Y FARMACIAS DEL PAIS

Laboratoire des Produits Scientia · 21, rue Chaptal · PARIS

ESCROFULA · RAQUITISMO

CARIAS DENTARIAS · TOS · DEBILIDAD

LACTANCIA Y CRECENCIA DE LOS NIÑOS

PRIMER PREMIO · DIPLOMA DE MEDALLA DE ORO EN EL SEGUNDO CONGRESO ODONTOLÓGICO LATINO AMERICANO, EXPOSICIÓN UNIVERSAL DE ODONTOLÓGIA BUENOS AIRES 1925

Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

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

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

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

FORMAS FARMACÉUTICAS :

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

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

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

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

Concesionarios Generales para la Exportación :
LECZINSKI & Co
67, Rue de la Victoire
Paris

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

**LIPIODOL
LAFAY**

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

METODO CITOFILÁCTICO DEL PROFESOR P. DELBET

COMUNICACIONES EN LA ACADEMIA DE MEDICINA del 5 de Junio, 10 de Julio, 13 de Noviembre 1928, 18 de Marzo 1930

DELBIASE

Comprimidos de Sales halogenas de **MAGNESIO**

ESTIMULANTE BIOLÓGICO GENERAL POR HYPERMINERALIZACIÓN MAGNESIANA DEL ORGANISMO

ÚNICO PRODUCTO PREPARADO SEGUN LA FORMULA Y DATOS DEL PROFESOR P. DELBET

PRINCIPALES INDICACIONES :

TRASTORNOS DIGESTIVOS

INFECCIONES DE LAS VIAS BILIARIAS

PRURITOS Y DERMATOSIS

TRASTORNOS NEURO-MUSCULARES

ASTENIA NERVIOSA

TRASTORNOS CARDIACOS POR HYPERVAGOTONIA

DESORDENES URINARIOS DEBIDOS A LA HYPERTROFIA DE LA PROSTATA

**LESIONES DEL TIPO PRECANCEROSO
PROFILAXIA DEL CÁNCER**

DOSIS . 2 a 4 comprimidos cada mañana en un medio vaso de agua

Laboratoire de Pharmacologie Générale, Dr Ph. CHAPPELLE
8, rue Vivienne, PARIS

Muestra medical sobre pedido.

Muestra y Literatura : A. SERRA PAMIES S. A., Apartado 26, REUS (Tarragona).

Asociación
Digitalina-Uabaina



reemplaza con ventaja
a Digital y Digitalina.

Pequeñas dosis: 15 gotas diarias. — Dosis medianas: 30 gotas diarias.

LABORATOIRES DEGLAUDE 6, Rue d'Assas
PARIS VI.

Muestras y literatura: J. M. BALASCH Diagonal, 440.
Agente general para España. BARCELONA

Biblioteca de EL SIGLO MÉDICO :: MONOGRAFÍAS

Tomos de 128 páginas. Encuadernados. Precio: 1,50 ptas.

Pídanse detalles a la Administración de la Revista, Serrano, núm. 58, Madrid.

- Día 9.—Dr. Blanco: Evolución de la tuberculosis del adulto (1.º).
 Día 10.—Dr. Blanco: Idem, id. (2.º).
 Día 11.—Dr. Crespo: Manifestaciones circulatorias de la tuberculosis del adulto.
 Día 12.—Dr. Arrese: Síndromes digestivos.
 Día 14.—Dr. A. G. Tapia: Tuberculosis laríngea.
 Día 15.—Dr. Crespo: Sífilis y neoplasia pulmonares.
 Día 16.—Dr. Zarco: Bronquiectasias.
 Día 17.—Dr. Díez: Supuraciones pulmonares.
 Día 18.—Dr. M. Tapia: Quistes hidatídicos.
 Día 21.—Dr. Crespo: Neumoconiosis.
 Día 22.—Dr. Zarco: Diagnóstico biológico de la infección y de la actividad.
 Día 23.—Dr. Blanco: Cura higiénico-dietética. Tratamiento específico.
 Día 26.—Dr. Partearroyo: Quimioterapia.
 Día 28.—Dr. Partearroyo: Neumotórax (1.º).
 Día 29.—Dr. Partearroyo: Idem (2.º).
 Día 30.—Dr. Blanco: Frenicectomía y otras intervenciones quirúrgicas.
 Día 31.—Dr. Díez: Profilaxis individual.
 Abril. Día 1.º.—Dr. Verdes Montenegro: Evolución de las ideas en la lucha antituberculosa.

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS

Se pone en conocimiento de los señores colegiados la conveniencia de que presenten en la Secretaría del Colegio sus declaraciones de utilidades correspondientes al año 1931 antes del día 15 de Marzo próximo.

El próximo sábado, día 27 del corriente, a las siete de la tarde, dará en este Colegio de Médicos el Dr. Torrá Basols, de Barcelona, una conferencia acerca de «Concepto y fundamentos de la terapéutica yódica como antiblenorrágica. Casos tratados en Madrid».

Con el fin de que la lista de colegiados correspondiente al año 1932 pueda salir al público con el menor número posible de erratas, se ruega a todos los señores colegiados con ejercicio y sin él se pasen por las oficinas del Colegio, Esparteros, 9, de once a una y de cinco a nueve de la noche, hasta el día 29 del corriente, a examinar las listas expuestas en sus locales para que en caso preciso puedan hacer las rectificaciones pertinentes antes de su edición definitiva.

Se pone en conocimiento de los señores colegiados que tuvieran solicitada la placa distintivo para automóvil, que pueden retirarla de las oficinas del Colegio cualquier día laborable, de cinco de la tarde a nueve de la noche, en cuyas horas pueden también hacer sus inscripciones los que deseen obtenerla y no la tengan pedida.

SECCION OFICIAL

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Visita de inspección sanitaria a las viviendas y establecimientos públicos.

ORDEN

Excmo. Sr.: Los positivos beneficios que pueden derivarse para la salud nacional de la inspección sanitaria constante de viviendas y establecimientos públicos a los que

viene a sumarse actualmente la posibilidad de dar ocupación a numerosos obreros sin trabajo, recomiendan a este Ministerio disponer:

Que por las Inspecciones provinciales de Sanidad se ordene urgentemente a los señores inspectores municipales de Sanidad giren a las viviendas y establecimientos públicos de sus demarcaciones visitas de inspección sanitaria, denunciando por duplicado al señor alcalde y al inspector provincial de Sanidad las deficiencias higiénicas que noten y el modo de corregirlas, a fin de que por las referidas autoridades municipales se disponga la ejecución de las obras necesarias en el plazo más breve posible, habida cuenta de la importancia de las mismas y sancionando su incumplimiento conforme a las disposiciones vigentes.

Los inspectores provinciales de Sanidad remitirán a la Dirección general del Ramo, hasta nueva orden, informe mensual del cumplimiento y resultados de esta disposición.

De Orden ministerial lo digo a V. E. para su conocimiento, el del inspector provincial de Sanidad y alcaldes de esa provincia.

Madrid, 17 de Febrero de 1932.—Casares Quiroga.—Señores gobernadores de todas las provincias. (Gaceta del 18 de Febrero de 1932.)

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 710,6; idem mínima, 706,8; temperatura máxima, 8º; idem mínima, 0º,8; viento dominante, NE.

Han aumentado en la semana que acaba de terminar las inflamaciones agudas de los órganos respiratorios, principalmente en sus vías bronquiales y en su envoltura pleurítica. Los catarros de los conductos biliares también han sufrido empeoramiento con manifestaciones cólicas de origen litíático.

Los catarros vesicales y las congestiones renales han sufrido empeoramiento por los perseverantes cambios de temperatura.

CRONICAS

Resumen de los servicios prestados por la Institución Municipal de Puericultura y Maternología durante el año 1931.—Número de niños asistidos por primera vez en los seis Dispensarios: Menores de dos años, 11.179; de dos a quince años, 7.674; consultas verificadas, 130.015; vacunación antivariólica, 2.894; servicios (operaciones, curas e inyecciones), 35.907; aplicaciones de rayos ultravioleta, 7.687.

En la Sección de «Gota de Leche» se han proporcionado alimentos a 3.953 niños, habiéndose entregado a las madres durante el año 506.967 litros de leche, distribuidos en la forma siguiente:

Biberones de leche completa, 3.014.182; idem de idem albuminosa, 33.277; idem de idem maltosada, 587; idem de idem lactosada, 112; idem de idem maternizada, 70; idem de idem butirosa, 61; terrinas de Yoghourt, 33.584; idem de Babeurre, 11.031; paquetes de harinas, 142.681; biberones de horchata de almendras, 2.535.

Por el personal adscrito a la Dirección se han practicado durante el año 2.293 pruebas tuberculínicas en los niños ingresados en la Sección de «Gota de Leche», y realizado además 2.283 extracciones de sangre a las madres,

habiéndose practicado en el laboratorio de la Institución igual número de reacciones de Wassermann.

Madrid, 31 de Diciembre de 1931.—El director, *doctor Romeo Lozano*.

Forensías.—En los Juzgados de primera instancia e instrucción de Almodóvar del Campo (Ciudad Real) y Ocaña (Madrid) se hallan vacantes las plazas de médico forense y de la Prisión preventiva, de categoría de ascenso, que deben proveerse por traslación, conforme a lo prevenido en el art. 1.º del Real decreto de 29 de Julio de 1915.

Los solicitantes dirigirán sus instancias al presidente de la Audiencia territorial respectiva, por conducto del juez del partido en que presten sus servicios, hasta el 1.º de Marzo.

—En los Juzgados de primera instancia e instrucción de Denia (Valencia) y Belmonte (Cuenca) se hallan vacantes las plazas de médico forense y de la Prisión preventiva, de categoría de ascenso, que deben proveerse por turno de méritos, conforme a lo prevenido en el art. 3.º del Real decreto de 12 de Abril de 1915.

Los solicitantes dirigirán sus instancias al presidente de la Audiencia territorial respectiva, por conducto del juez del partido en que presten sus servicios, hasta el 1.º de Marzo.

—En el Juzgado de primera instancia e instrucción de Gerona se halla vacante la plaza de médico forense y de la Prisión preventiva, de categoría de término, que debe proveerse por el turno de antigüedad entre forenses de categoría de ascenso, conforme a lo prevenido en el artículo 8.º del Real decreto de 12 de Abril de 1915.

Los solicitantes dirigirán sus instancias al presidente de la Audiencia territorial de Barcelona, por conducto del juez del partido en que presten sus servicios, hasta el 2 de Marzo.

—En los Juzgados de primera instancia e instrucción del distrito de Triana, de Las Palmas, Lérida y Málaga (distrito de Santo Domingo) se hallan vacantes las plazas de médico forense y de la Prisión preventiva, de categoría de término, que deben proveerse por traslación entre forenses de igual categoría, conforme a lo prevenido en el art. 1.º del Real decreto de 29 de Julio de 1915.

Los solicitantes dirigirán sus instancias al presidente de la Audiencia territorial respectiva, por conducto del juez del partido en que presten sus servicios, hasta el 2 de Marzo.

—En el Juzgado de primera instancia e instrucción de Tarragona se halla vacante la plaza de médico forense y de la Prisión preventiva, de categoría de término, que debe proveerse por el turno de méritos entre forenses de categoría de ascenso, conforme a lo prevenido en el artículo 8.º del Real decreto de 12 de Abril de 1915.

Los solicitantes dirigirán sus instancias al presidente de la Audiencia territorial de Barcelona, por conducto del juez del partido en que presten sus servicios, hasta el 2 de Marzo.

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

Los solicitantes dirigirán sus instancias al presidente de la Audiencia territorial de Granada, por conducto del juez del partido en que presten sus servicios, hasta el 18 de Marzo.

Vacantes.—Hasta el 21 de Marzo pueden solicitarse las siguientes de médicos por concurso de antigüedad:

Lujua (Vizcaya). 2.200 pesetas.
San Vicente de Arévalo (Ávila). 1.650 pesetas.
Carcelén (Albacete). 2.200 pesetas.
Berezo (Logroño). 1.375 pesetas.
Alcoba (Ciudad Real). 1.650 pesetas.
Alcantud (Cuenca). 2.750 pesetas.
Polaciones (Santander). 2.200 pesetas.
Pozuelo (Albacete). 2.200 pesetas.
Zamarra (Salamanca). 1.650 pesetas.
San Felices de los Gállegos (Salamanca). 2.200 pesetas.
Peñarandilla (Salamanca). 2.200 pesetas.
Lanteira (Granada). 2.200 pesetas.
Pescueza (Cáceres). 1.650 pesetas.
Villasante (Burgos). 2.750 pesetas.
Arcicollar (Toledo). 2.455 pesetas.

Villanueva del Agua (Zamora). 1.650 pesetas.
Muñoveros (Segovia). 1.375 pesetas.
Burbáguena (Teruel). 1.650 pesetas.
Indárroa (Vizcaya). 2.750 pesetas.
Los Barrios de Luna (León). 1.375 pesetas

—Y por concurso de méritos:

Villatoya (Albacete). 1.375 pesetas.
Gallur (Zaragoza). 2.200 pesetas.
Chelva (Valencia). 2.750 pesetas.
Puebla de Farnals (Valencia). 1.375 pesetas.
Carcagente (Valencia). 2.750 pesetas.
Gerindote (Toledo). 2.200 pesetas.

De la «Gaceta».—30 de Enero: En cumplimiento del Decreto de 4 de Diciembre de 1931, se declaran vacantes las plazas de directores de las Estaciones sanitarias fronterizas de Badajoz, Valencia de Alcántara, Canfranc, La Fregeneda, Vera, Fuentes de Oñoro y Tuy, las interinas de Ayamonte y Sallent y profesor médico del Dispensario anti-uberculoso del distrito de la Universidad.

Las personas son separadas de sus cargos, sea cual fuere la situación en que queden, tendrán derecho a presentarse a las plazas en que han cesado, aun cuando no reunieran las condiciones que exigen las disposiciones vigentes y continuarán en el desempeño de sus cargos, disfrutando los emolumentos a ellos asignados, hasta tanto que las plazas sean cubiertas definitivamente.

—En la misma *Gaceta* se ordena convocar concurso, como resultado de la revisión a que alude el art. 1.º del Decreto de 4 de Diciembre último, para proveer las plazas siguientes:

Sanatorio de Malvarrosa: Médico encargado de los servicios de Cirugía y Gabinete de Rayos X, con 3.000 pesetas; médico encargado del servicio de Medicina, con 2.500 pesetas; médico residente, con 2.500 pesetas.

Sanatorio de Oza: Dos médicos jefes de los servicios de Cirugía infantil, con 3.000 pesetas cada uno; un médico jefe de los servicios de Medicina, con 3.000 pesetas; un médico de guardia, encargado del laboratorio, con 3.000 pesetas, y un médico oculista, con 3.000 pesetas.

Sanatorio de Pedrosa: Un médico de guardia residente en el Sanatorio, con 3.500 pesetas; un médico jefe de laboratorio, Radiología y Terapéutica física, con 3.000 pesetas; un médico profesor de enfermeras, con 3.000 pesetas.

Preventorio de Guadarrama: Un médico residente con 5.000 pesetas; una de médico residente del Sanatorio de Húmera, con 6.000 pesetas.

Chloro-Calcion.—Con el número presente acompañamos un interesante prospecto del producto indicado recomendando su lectura y pedido de muestras a D. M. Beneyto, Juan de Mena, número 19, Madrid.

Libros. Economía, rapidez. Pida todos a EL SIGLO MEDICO. Pago adelantado o reembolso.

Programa para el concurso de oposiciones a ingreso en la Academia de Sanidad Militar. 1,25 pesetas. EL SIGLO MEDICO.

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. 10.028.—Madrid.

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

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

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

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

IMPRESA DEL SUCESOR DE ENRIQUE TEODORO
Glorieta de Santa María de la Cabeza, 1.—Madrid Teléfono 70.488