

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SÁBADOS

**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. Aibllana.

PRIMERA DENTICIÓN

JARABE DELABARRE

Facilita la Salida de los Dientes

*En suaves fricciones
en las Encías*

Calma los Gritos del Niño

Evita los Accidentes de Dentición

Establecimientos FUMOUGE

78, Faubourg Saint-Denis, Paris



Reconstituyente muy Enérgico

CARNINE LEFRANCO

Jugo de Carne de Buey Cruda

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

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

1 á 2 cucharadas de las de sopa por día

ESTABLECIMIENTOS FUMOUGE, 78, Fg Saint-Denis, PARIS



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

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

PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANÉMIA

hepal

REALIZACIÓN CLÍNICA
PERFECTA
DEL
METODO DE MINOT-MURPHY

principio
aislado
con hierro

antianémico
del hígado
y cobre

LA EFICACIA DE
300 gr DE HIGADO
EN UNA AMPOLLA DE 2cc

FRASCO DE 100cc
EQUIVALENTE A
1kg DE HIGADO
FRESCO.
ELIMINA EL SA-
BOR Y LA INTO-
LERANCIA DEL
HIGADO.
TRES A CINCO
CUCHARADITAS
DIARIAS

PRODUCTO NACIONAL

EN AMPOLLAS DE 2cc
CONTENIENDO EL PRIN-
CIPIO ANTIANÉMICO DE
20gr DE HIGADO Y
CORRESPONDIENDO
EN EFICACIA A 300gr
DE HIGADO FRESCO
UNA A TRES AMPO-
LLAS POR VIA SUB-
CUTÁNEA, INTRAMUS-
CULAR O INTRAVE-
NOSA BIARIAMEN-
TE

hepal
INYECTABLE



hepal JARABE

INYECCIÓN INDOLORA



Laboratorio Juste
APARTADO DE CORREOS 9030



MADRID

hepal PROPORCIONA LAS SUSTANCIAS ORGANICAS QUE SON...



SANATORIO NEUROPÁTICO

CARABANCHEL BAJO (Madrid). — Teléfono 116 G.

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

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

Vídanse reglamentos á la Administración.

INSTITUTO MEDICO-PEDAGOGICO

CARABANCHEL BAJO, Calle de Manuel Cano, núm. 12. — Teléfono 71. C.

Edificio escuela y granja modelo independiente para niños retrasados de inteligencia y con enfermedades nerviosas. Profesorado especializado.

Tratamiento médico dirigido por el Dr. Gonzalo R. Lafora.

Vías respiratorias

JARABE FAMEL
à base de Lactocresosol soluble

ACCIÓN RÁPIDA Y SEGURA

calma la tos
facilita la expectoración
reanima el estado general

Depósito general para España
Catal y Marañ-Aragón 228 - Barcelona



ESPECIALIDADES ACREDITADAS DEL

Laboratorio **COLL OLIVÉ**
París, III - BARCELONA

SOLUCION "GIOL"
iodofosfato cal iodurada

RECONSTITUYENTE PARA NIÑOS

DOSIS: ADULTOS, 3 cucharadas grandes
NIÑOS, 3 cucharadas pequeñas

ELIXIR INGLUVINA "GIOL"

ENFERMEDADES DEL ESTÓMAGO

DOSIS: 2 cucharadas grandes

JARABE POLIBALSAMICO "GIOL"

AFECCIONES BRONCOPULMONARES

DOSIS: ADULTOS, 6 cucharadas de café
NIÑOS, 2 cucharadas de café

PERLAS COLL OLIVÉ
ioduro potásico (0.20)

ARTERIOESCLEROSIS

DOSIS: De 1 a 6 perlas

PERLAS COLL OLIVÉ
pancrebiliares

PUTREFACCIONES INTESTINALES

DOSIS: De 4 a 6 perlas

GOTAS EMENAGOGAS COLL OLIVÉ

DISMENORREAS. MENOPAUSIAS

DOSIS: De 20 a 60 gotas

"STROARSIL"
gran. eferv.

ALBUMINURIA

DOSIS: De 2 a 4 cucharadas de café

CESTONA

AGUAS Y BALNEARIO DE GESTONA

(S. A.)

(GUIPÚZCOA) cerca de San Sebastián.

EL CARLSBAD DE ESPAÑA

Médico-director: Excmo. Sr. D. Amalio Gimeno.

Únicas indicadas con éxito maravilloso para las enfermedades del HIGADO, INTESTINOS, ESTREÑIMIENTO, ARTRITISMOS, NEURASTENIA, etc., etc.

Se exportan en botellas de 1 litro. — De venta en todas las farmacias y droguerías.

Temporada oficial de 15 de Junio á 30 de Septiembre.

ITINERARIOS: Para viajeros procedentes de la línea del Norte, estación Zumárraga. — Para la línea de los Vascongados de Bilbao á San Sebastián, estación Zumaya. — El ferrocarril eléctrico del «UROLA», de Zumárraga á Zumaya, se une con el Norte en Zumárraga y en Zumaya con el de los Vascongados, pasando por Cestona, con estación en el mismo Balneario, llamada CESTONA - BALNEARIO

Pídanse noticias directamente á Cestona (Guipúzcoa).

ZARAGOZA



Clasificación definitiva de las plazas de médicos titulares e inspectores municipales de Sanidad, correspondiente a la provincia de Zaragoza.

MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO PARTIDO JUDICIAL	Número de plazas.	Categoría que se le asigna.	MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO PARTIDO JUDICIAL	Número de plazas.	Categoría que se le asigna
PARTIDO JUDICIAL DE ATECA			PARTIDO JUDICIAL DE CARIÑENA		
Ateca.....	2	2. ^a	Brea.....	1	4. ^a
Alconchel y Torrehermosa.....	1	4. ^a	Frasno (El).....	1	4. ^a
Alhama de Aragón y Contamina.....	1	3. ^a	Illueca y Gótor.....	1	3. ^a
Aniñón.....	1	4. ^a	Jarque y Oreja.....	1	3. ^a
Aranda de Moncayo.....	1	4. ^a	Maluenda y Velilla de Jiloca.....	1	3. ^a
Ariza.....	2	4. ^a	Mara, Ruesca y Orera.....	1	3. ^a
Bijuesca, Berdejo y Torrelapaja.....	1	3. ^a	Mesonos de Isuela y Nigüela.....	1	4. ^a
Bordalba.....	1	5. ^a	Morata de Jiloca.....	1	4. ^a
Bubierca.....	1	5. ^a	Morés y Purroy.....	1	3. ^a
Campillo.....	1	5. ^a	Munébraga, La Viñuela y Valtorres.....	1	3. ^a
Carenas.....	1	4. ^a	Oivés.....	1	5. ^a
Castejón de las Armas.....	1	5. ^a	Paracuellos de Jiloca.....	1	4. ^a
Cervera de la Cañada.....	1	5. ^a	Paracuellos de la Ribera y Embid de la Ribera.....	1	4. ^a
Cetina.....	1	3. ^a	Santa Cruz de Grío e Inogés.....	1	3. ^a
Embid de Ariza.....	1	5. ^a	Sabifán.....	1	4. ^a
Ibdes.....	1	4. ^a	Sestrica y Viver de la Sierra.....	1	3. ^a
Godojos.....	1	5. ^a	Terrer.....	1	4. ^a
Jaraba.....	1	5. ^a	Tierga.....	1	5. ^a
Malanquilla y Clarés.....	1	3. ^a	Tobed.....	1	4. ^a
Monreal de Ariza.....	1	5. ^a	Torralba de Ribota.....	1	5. ^a
Monterde y Cimballa.....	1	3. ^a	Trasobares.....	1	5. ^a
Moros.....	1	4. ^a	PARTIDO JUDICIAL DE CASPE		
Nuévalos.....	1	4. ^a	Caspe.....	4	2. ^a
Sisamón y Cabola fuente.....	1	3. ^a	Cinco Olivas, Alborge y Alforque.....	1	3. ^a
Torrijo de la Cañada.....	1	4. ^a	Chiprana.....	1	4. ^a
Villalengua.....	1	4. ^a	Escatrón.....	1	3. ^a
Villarroya de la Sierra.....	1	3. ^a	Fabara.....	1	3. ^a
PARTIDO JUDICIAL DE BELCHITE			PARTIDO JUDICIAL DE DAROCA		
Belchite.....	2	2. ^a	Daroca, Nombrevilla, Retascón, Valconchán, Val de San Martín y Valdehorna.....	2	2. ^a
Almonacid de la Cuba.....	1	5. ^a	Abanto, Pardos (Barrio de los) y Aldehuela de Liestos.....	1	4. ^a
Azuara.....	2	3. ^a	Acered.....	1	5. ^a
Codo.....	1	4. ^a	Badules, Fombuena, Romanos y Villahermosa (Teruel).....	1	3. ^a
Lécera.....	1	3. ^a	Atea.....	1	4. ^a
Letax, Lagata y Samper del Salz.....	1	3. ^a	Cubel y Torralba de Frailes.....	1	4. ^a
Moyuela, Plenas y Moneva.....	1	2. ^a	Fcentes de Jiloca.....	1	4. ^a
Puebla de Albortón, Valmadrid y Torrecilla de Valmadrid.....	1	3. ^a	Langa de Castillo y Torralbilla.....	1	3. ^a
Villar de los Navarros, Noguerras y Santa Cruz de Noguerras (Teruel).....	1	3. ^a	Mainar y Villadoz.....	1	4. ^a
PARTIDO JUDICIAL DE BORJA			PARTIDO JUDICIAL DE CALATAYUD		
Borja, El Buste, Albeta y Maleján.....	3	2. ^a	Calatayud.....	4	1. ^a
Ainzón.....	1	4. ^a	Alarba y Castejón de Alarba.....	1	4. ^a
Boquiñeni.....	1	4. ^a	Arándiga.....	1	4. ^a
Bulbuentes.....	1	4. ^a	Belmonte de Calatayud, Sediles Torres y Villalba.....	1	3. ^a
Ambel y Talamantes.....	1	3. ^a			
Calcena y Parujosa.....	1	3. ^a			
Agón, Bisimbre y Fréscano.....	1	3. ^a			
Fuendejalón.....	1	4. ^a			
Gallur.....	2	3. ^a			
Luceni.....	1	4. ^a			
Magallón y Alberite de San Juan.....	2	3. ^a			
Malién.....	2	3. ^a			
Novillas.....	1	5. ^a			
Pozuelo (El).....	1	5. ^a			
Tabuena.....	1	4. ^a			
Bureta.....	1	5. ^a			

MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO PARTIDO JUDICIAL	Número de plazas.	Categoría que se le asigna.	MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO PARTIDO JUDICIAL	Número de plazas.	Categoría que se le asigna
Gallocanta, Santed y Berrueco.....	1	4. ^a	Mediana.....	1	4. ^a
Used.....	1	4. ^a	Monegrillo y Farlete.....	1	3. ^a
Anento y Lechón.....	1	4. ^a	Nuez de Ebro.....	1	5. ^a
Villanueva de Jiloca y San Martín del Río (Teruel).....	1	4. ^a	Ozera.....	1	5. ^a
Villafeliche y Montón.....	1	4. ^a	Quinto.....	2	3. ^a
Villarreal y Cerveruela.....	1	4. ^a	Velilla de Ebro.....	1	4. ^a
			Villafranca de Ebro.....	1	4. ^a
			Zaida (La).....	1	5. ^a
PARTIDO JUDICIAL DE EGEEA DE LOS CABALLEROS			PARTIDO JUDICIAL DE SOS DEL REY CATÓLICO		
Egea de los Caballeros.....	3	2. ^a	Sos del Rey Católico.....	2	2. ^a
Rivas (Barrio de Egea).....	1	4. ^a	Biel y Fuencalderas.....	1	3. ^a
Biota y Malpica de Arba.....	1	3. ^a	Castiliscar.....	1	5. ^a
Castejón de Valdejaera.....	1	4. ^a	Lobera de Onsella, Longas e Isuerre...	1	3. ^a
Er a.....	1	4. ^a	Luesia.....	1	4. ^a
Farasdués y Asín.....	1	3. ^a	Ruesta, Artieda, Pintano Undués y Mianos.....	1	3. ^a
Frago (El).....	1	5. ^a	Salvatierra de Escá, Lorbes y Castillo Nuevo (Navarra).....	1	3. ^a
Luna, y barrios.....	1	3. ^a	Tiermas, Sigues y Escó.....	1	3. ^a
Murillo de Gállego, Salinas de Jaca y Triste (Huesca).....	1	2. ^a	Uncastillo.....	2	3. ^a
Orés.....	1	5. ^a	Urriés, Undués de Lerda, Navardun y Petilla (Navarra).....	1	2. ^a
Pedrosas (Las).....	1	5. ^a			
Piedratjada y Fuendeluna.....	1	4. ^a	PARTIDO JUDICIAL DE TARAZONA		
Pradilla de Ebro.....	1	5. ^a	Tarazona, Cunchillos, Grisel y Santa Cruz de Moncayo.....	3	2. ^a
Remolinos.....	1	4. ^a	Añón y Alcalá de Moncayo.....	1	4. ^a
Sádaba y Layana.....	1	3. ^a	Litago, Lituénigo y San Martín de Moncayo.....	1	3. ^a
Santa Eulalia de Gállego.....	1	5. ^a	Malón y Vierlos.....	1	4. ^a
Sierra de Luna.....	1	5. ^a	Novallas.....	1	4. ^a
Tauste.....	2	3. ^a	Torrellas y Los Fayos.....	1	4. ^a
Valpalmas.....	1	5. ^a	Vera y Trasmoz.....	1	4. ^a
PARTIDO JUDICIAL DE LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA			PARTIDO JUDICIAL DE ZARAGOZA		
Almunia (La).....	2	2. ^a	Alfajarín.....	1	4. ^a
Alagón.....	3	3. ^a	Burgo de Ebro (El).....	1	4. ^a
Alfamen.....	1	4. ^a	Cadrete y Cuarte de Huerva.....	1	4. ^a
Almonacid de la Sierra.....	1	3. ^a	María de Huerva y Botorrita.....	1	3. ^a
Alpartir.....	1	4. ^a	Perdiguera.....	1	4. ^a
Bárboles y Pleitas.....	1	4. ^a	Puebla de Alfindén y Pastriz.....	1	3. ^a
Bardallur.....	1	5. ^a	San Mateo de Gállego.....	1	4. ^a
Cabañas de Ebro.....	1	5. ^a	Sobradiel.....	1	5. ^a
Calatorao.....	2	3. ^a	Torres de Berellén.....	1	4. ^a
Epila.....	3	3. ^a	Utebo.....	1	3. ^a
Grisén y Figueruela.....	1	4. ^a	Villanueva de Gállego.....	1	4. ^a
Lumpiaque.....	1	4. ^a	Zuera.....	2	3. ^a
Morata de Jalón y Chodes.....	2	3. ^a	Casetas (Las).....	1	2. ^a
Muela (La).....	1	4. ^a	Castillo y Casa Blanca.....	2	2. ^a
Pédrola y Alcalá de Ebro.....	2	3. ^a	Garrapinillos.....	1	2. ^a
Pinseque y la Joyosa.....	1	3. ^a	Juslibol.....	1	2. ^a
Plasencia de Jalón.....	1	5. ^a	Montañana.....	1	2. ^a
Ricla.....	2	3. ^a	Montemolín y Cartuja.....	2	2. ^a
Rueda de Jalón.....	1	4. ^a	Mozalbarba y Alfocea.....	1	2. ^a
Salillas de Jalón y Lucena de Jalón.....	1	4.	Peñaflor de Gállego.....	1	2. ^a
Urrea de Jalón.....	1	5. ^a	San Juan de Mozarifar.....	1	2. ^a
			Santa Isabel y Movera.....	1	2. ^a
PARTIDO JUDICIAL DE PINA DE EBRO			Villamayor.....	1	2. ^a
Pina de Ebro.....	1	3. ^a	Lecifiena.....	1	3. ^a
Almolda (La) y Valfarta (Huesca).....	1	3. ^a			
Bujaraloz.....	1	4. ^a			
Fuentes de Ebro y Rodén.....	1	3. ^a			
Gelsa.....	1	3. ^a			

Habiendo sido desestimadas las reclamaciones formuladas por los Ayuntamientos de Borja, Calatayud, Jaulín, Caspe, Maella, Mequinenza, Daroca, Cubel, Mainar Vidadoz, Villarreal, Cerveruela, Egea de los Caballeros, Morata de Jalón, Monegrillo, Sigüés y Uncastillo, y las de los médicos titulares inspectores municipales de Sanidad de Belmonte de Calatayud y Maella.

Madrid, 12 de Febrero de 1932.—El jefe del Negociado, *Ubaldo Irujillano*.—V.º B.º: El director general, P. D., *S. Ruesta*. (*Gaceta* del 18 de Febrero de 1932.)

En cumplimiento de lo dispuesto en la Orden de este Ministerio de fecha 29 de Octubre último, los Ayuntamientos de la provincia de Zaragoza a los cuales se refiere la clasificación definitiva de las plazas de médicos titulares inspectores

CEREMONIAS NUPCIALES

por ENRIQUE CASAS



Esta obra recopila y ordena infinidad de monografías sobre los ritos del matrimonio dispersas en los libros y revistas españoles y extranjeros.

Agotada rápidamente la primera edición, la que ahora anunciamos puede decirse que se ha escrito de nuevo, pues el capítulo de *Ritos de agregación*, que ocupaba 15 páginas en la primera edición, tiene cerca de cien en esta, y en él se trata por primera vez de los *ritos orales y escritos*, *los ritos económicos*, *la prestación del trabajo durante el noviazgo*, *el nacimiento del primogénito*, etcétera, etc. Los ritos mágicos son tratados con extensión en los siguientes capítulos inéditos: *Ritos de lanzamiento mágico*, *ritos de circunvalación*, *ritos mágicos de desfloración* (aparte van los profilácticos); *Poder mágico de los esposos*; *Ritos de fecundidad y de fortuna*. También se presta gran atención al aspecto religioso de la ceremonia nupcial en los capítulos nuevos *Ritos propiciatorios*, *Ritos expiatorios* y *Ritos purificadores*.

«... Tales capítulos constituyen un arsenal de curiosos datos espigados en la historia de los pueblos antiguos, en los relatos de viajeros por países salvajes y en el acervo folklórico de distintas razas, y nos brindan una explicación ingeniosa, cuando no convincente, de multitud de costumbres extrañas. Cualquiera que fuese la opinión que se tenga del criterio fundamental sustentado por el autor, no se puede menos de admirar la labor paciente y esforzada que ha reunido en este libro suma tan ingente de observaciones relacionadas con el tema erótico y hecho danzar en docta zarabanda tan considerable número de autores antiguos y modernos.»

(Del Sr. Cansinos Asséns; en *La Libertad*.)

— Un volumen, con 40 grabados, 12 pesetas. —

EL ORIGEN DEL PUDOR

del mismo autor

Obra recomendada por la Asociación El mejor libro del mes.

INDICE DE CAPÍTULOS. —Crítica de las hipótesis emitidas sobre el origen del pudor. —El empalme de las épocas de celo. —Reacción fisiológica en la mujer. —Idem en el hombre. —El conservatorio de los miedos sexuales. —Cómo ha intentado la mujer combatir su trastornos periódicos. —La huelga del hambre sexual y sus consecuencias. —Origen del pudor del tacto. —Idem de la vista. —Idem del olfato. —Idem del oído. —Idem de los pies —Idem de la mano. —Idem del seno. —Origen y fin del matriarcado. —Las primeras candidaturas amorosas.

Un juicio crítico:

«El libro es, como los anteriores de Casas, vivo y extraordinariamente sugerente. Casas sigue siendo el autor español que con mayor competencia y profunda originalidad de sagaz agudeza se ha ocupado de estas cuestiones, entre nosotros, de otra parte, apenas cultivadas.»

(Sr. Dantín Cereceda, en *Revista de Occidente*.)

— Un volumen de 200 páginas, con 32 grabados, 8 pesetas. —

LA VOZ MÉDICA. — Lope de Vega, 35. — MADRID

ARTEROL



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

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

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

PLASMASERUM

INYECTABLES INDOLOROS

Remineralizante rápido e ideal del organismo y en todos los casos de depresión nerviosa. Indicaciones en todas las convalecencias, anemias, NEURASTENIA, astenia (sumernaje), etc.

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

:: :: DOSIS: :: ::

Una inyección diaria salvo prescripción facultativa.

NOTA. — Nuestros Laboratorios hacen propaganda científica destinada a los señores FACULTATIVOS
LABORATORIOS R. T. B. — Roger de Flor, 204, BARCELONA

Uromil

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



REUMA

LABORATORIOS VIÑAS - CLARIS, 71 - BARCELONA

T

La e
p

Amor

Los
(llama

“M
Extrac
tasa y
M. F. I.

Marian
para s
conoci
que est
mente
que pu
pasase
isleños
gres. N
conoci
eran to
y robu
era reg
años.

Es p
tumbre
ro dulce
no estu

Art.
sentenc
de los c
de sus

Art.
libre di
de los c
adjudic

Art.
en que
mente c
cuanto
cientes

Tam
cia, en
corresp

Art.
nuevo
por las
juicio c
mente.

Ant

TERTULIA MÉDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

— AMENIDADES —

2-IV 1932



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

Amor de la patria y pasión nacional.

II

(Continuación)

Los habitantes de las Islas Marianas (llamadas así porque la señora Doña

“MALTOPOL”

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

Mariana de Austria envió misioneros para su conversión) no tenían uso ni conocimiento del fuego. ¿Quién dijera que este elemento no era indispensablemente necesario a la vida humana, o que pudiese haber nación alguna que pasase sin él? Sin embargo, aquellos isleños, sin fuego vivían gustosos y alegres. No sentían su falta, porque no lo conocían. Raíces, frutas y peces crudos eran todo su alimento, y eran más sanos y robustos que nosotros; de modo que era regular entre ellos vivir hasta cien años.

Es poderosísima la fuerza de la costumbre para hacer, no sólo tratables, pero dulces, las mayores asperezas. Quien no estuviere bien enterado de esta ver-

dad tendrá por increíble lo que pasó a Esteban Beteri, Rey de Polonia, con los paisanos de Livonia. Noticioso este glorioso príncipe de que aquellos pobres eran cruelmente maltratados por los nobles de la provincia, juntándolos, les propuso: que condolido de su miseria, quería hacer más tolerable su sujeción, conteniendo a más benigno tratamiento la nobleza. ¡Cosa admirable! Bien lejos de estimar el beneficio, echándose a los pies del Rey le suplicaron no alterase sus costumbres, con las cuales estaban bien hallados. ¿Quién no vencerá la fuerza del hábito, cuando llega a hacer agradable la tiranía? Júntese esto con lo de las mujeres moscovitas, que no viven contentas si sus maridos no las están apaleando cada día, aun sin darles motivo alguno para ello, teniendo por

del idioma, religión y costumbres, que hace grato el comercio con los compatriotas, como la diversidad le hace desapacible con los extraños. En fin, concurren a lo mismo las adherencias particulares a otras personas. Generalmente el amor de la conveniencia y bien privado que cada uno logra en su patria

Antiséptico GLOORÓGENO LUMEN

Muestras gratis.

Centro Farmacéutico Jienense.
Apartado 22. — Jaén.

le atrae y le retiene en ella, no el amor de la patria misma. Cualquiera que en otra región completa mayor comodidad para su persona, hace lo que San Pedro, que luego que vió que le iba bien en el Tabor quiso fijar para siempre su habitación en aquella cumbre, abandonando el valle en que había nacido.

III

Es verdad que no sólo las conveniencias reales, más también las imaginadas, tienen su influjo en esta adherencia. El pensar ventajosamente de la región donde hemos nacido sobre todas las demás del mundo, es error, entre los comunes, comunísimo. Raro hombre hay, y entre los plebeyos ninguno, que



prueba de que las aman mucho aquel maltratamiento voluntario.

Añádase a lo dicho la uniformidad

SECCIÓN TERCERA

De los bienes del matrimonio.

Art. 23. La sociedad conyugal queda disuelta por la sentencia firme de divorcio, en virtud de la cual cada uno de los cónyuges puede exigir la liquidación y separación de sus bienes.

Art. 24. Tanto el marido como la mujer adquieren la libre disposición y administración de sus propios bienes y de los que por la liquidación de la sociedad conyugal se les adjudique.

Art. 25. La demanda de divorcio y la sentencia firme en que se decreta se deberán anotar e inscribir respectivamente en el Registro de la Propiedad que corresponda en cuanto a los bienes inmuebles y derechos reales pertenecientes a la sociedad conyugal.

También se anotará la demanda y se inscribirá la sentencia, en los casos en que proceda, en el Registro mercantil correspondiente.

Art. 26. Cuando los cónyuges divorciados contrajeran nuevo matrimonio entre sí, volverán a regirse los bienes por las mismas reglas que antes de la separación, sin perjuicio de lo que durante ella se hubiere ejecutado legalmente.

Antes de contraer el segundo matrimonio harán cons-

tar los contrayentes, por escritura pública, los bienes que nuevamente aporten y éstos serán los que constituyan, respectivamente, el capital propio de cada uno.

En el caso de este artículo se reputará siempre nueva aportación la de todos los bienes, aunque en parte o en todo sean los mismos existentes antes de la liquidación practicada por causa de divorcio.

Art. 27. El divorcio no autoriza a los cónyuges para ejercitar los derechos estipulados en el supuesto de la muerte de uno de ellos; pero tampoco les perjudicará para su ejercicio cuando llegue aquel caso, salvo lo dispuesto en el artículo siguiente.

Art. 28. El cónyuge culpable pierde todo lo que le hubiere sido dado o prometido por el inocente o por otra persona en consideración a éste, y el inocente conserva todo cuanto hubiese recibido del culpable, pudiendo, además, reclamar desde luego lo que éste le hubiese prometido, aunque tales beneficios se hubiesen estipulado con cláusula de reciprocidad.

Art. 29. El cónyuge divorciado no sucede abintestato a su ex consorte, ni tiene derecho a la cuota usufructuaria que establece la sección séptima del capítulo segundo del título III del libro 3.^o del Código civil, ni a las ventajas de los artículos 1.374 y 1.420 del mismo Código. Si al fallecer el causante estuvieren los cónyuges separados por demanda de divorcio, se esperará el resultado del pleito,

no juzgue que es su patria la mayoraza de la naturaleza, o mejorada en tercio y quinto en todos aquellos bienes que ésta distribuye; ya se contemple la indole y habilidad de los naturales, ya la fertilidad de la tierra, ya la benignidad del clima. En los entendimientos

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

de escalera abajo se representan las cosas cercanas como en los ojos corporales, porque aunque sean más pequeñas, les parecen mayores que las distantes. Sólo en su nación hay hombres sabios; los demás son punto menos que bestias; sólo sus costumbres son racionales, sólo su lenguaje es dulce y tratable; oír hablar a un extranjero les mueve tan eficazmente a risa como ver en el teatro a Juan Rana; sólo su región abunda en riquezas, sólo su príncipe es poderoso. A lo último del siglo pasado, cuando las armas de la Francia estaban tan pujantes, hablándose en Salamanca en un corrillo sobre esta materia, un portugués de baja esfera, que se hallaba presente, echó con aire de apotegma este fallo político: *Certu eu naon vejo príncipe en toda a Europa, que hoje possa resistir ao rcy de Francia, si naon o rey*

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

de Portugal. Aún es más extravagante lo que Miguel de Montañón en sus pensamientos morales refiere de un rústico saboyano, el cual decía: «yo no creo que el rey de Francia tenga tanta habilidad como dicen, porque si fuera así, ya hubiera negociado con nuestro duque que

le hiciese su mayordomo mayor». Casi de este modo discurre en las cosas de su patria todo el infimo vulgo.

Ni se eximen de tan grosero error, bien que disminuido de algunos grados, muchos de aquellos que, o por su nacimiento o por su profesión, están muy levantados sobre la humildad de la plebe, o que son infinitos los vulgares que habitan fuera del vulgo, y están metidos como de gorra entre la gente de razón. ¡Cuántas cabezas bien atestadas de textos he visto yo muy encaprichadas de que sólo en nuestra nación se sabe algo; que los extranjeros sólo imprimen puerilidades y bagatelas, especialmente si escriben en su idioma nativo! No les parece que en francés o italiano se puede estampar algo de provecho, como si las verdades más importantes no pudiesen proferirse en todos

JARABE ALMERA

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

los idiomas. Es cierto que en todo género de lenguas explicaron los apóstoles las más esenciales y más sublimes. Mas en esta parte bastantemente vengados quedan los extranjeros; pues si nosotros los tenemos a ellos de poca literatura, ellos nos tienen a nosotros de mucha barbarie. Así, que en todas las tierras hay este pedazo de mal camino de sentir altamente de la propia y bajamente de la extraña.

CIERTA noche que escuché cantar un aria a Sofía, le dije por cortesía:

—Buenos bajos tiene usted.

Mas su esposo hecho un patán me contestó echando truenos.

—Si no los tiene muy buenos, lo que es limpios sí lo están.

A la bella Fifi
el 9 de Marzo de 1932.

Hoy festejamos aquí
los catorce cumpleaños

Fábrica especializada en Productos Dietéticos
y de Régimen Vegetariano.

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

de una bellísima huri
que admiran con frenesí
tanto propios como extraños.

Tú eres, Fifi, el ideal
de un poeta; tu alegría,
la de olimpica vestal
que entona en ritmo oriental
el himno de la poesía.

Siendo tu incentivo busto
dechado de gentileza,
esbelto, airoso y robusto,
rendir homenaje es justo
a su angélica belleza.

En tus labios, como en broma,
voluptuoso y delirante
un ósculo ardiente asoma,
como aquel que la paloma
brinda en el pico a su amante.

De tu seductor modelo,
imaginar es preciso
lo que implica el hondo anhelo

IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico.
BALDACCI - PISA

de contemplar en el cielo
un ángel del Paraíso.

Extasis de mil antojos
es el purpúreo semblante
que aviva tus labios rojos,

SIGUE A LA PÁGINA XVI

si los herederos utilizan la facultad que les concede el artículo 6.º

SECCIÓN CUARTA

De los alimentos.

Art. 30. El cónyuge inocente, cuando carezca de bienes propios bastantes para atender a su subsistencia, podrá exigir del culpable una pensión alimenticia, independiente de la que corresponde a los hijos que tenga a su cuidado.

Si el divorcio se decretare por causa que no implique culpabilidad de ninguno de los cónyuges, ambos podrán exigirse recíprocamente alimentos en su caso.

Art. 31. El derecho a los alimentos cesará por la muerte del alimentista o por contraer éste nuevo matrimonio o vivir en concubinato.

La obligación del que haya de prestarlos se transmite a sus herederos, dejando a salvo las legítimas cuando sean herederos forzosos.

Art. 32. Los alimentos se reducirán o aumentarán proporcionalmente, según el aumento o disminución que sufran las necesidades del alimentista y la situación económica del cónyuge obligado a satisfacerlos.

Art. 33. El alimentista puede exigir la constitución de hipoteca especial sobre los bienes inmuebles del obligado a

dar alimentos, suficiente a garantizar el cumplimiento de la obligación. Si el obligado careciese de bienes propios en que constituir la hipoteca o fuesen insuficientes, el Juez determinará, según las circunstancias, las garantías que haya de prestar.

Art. 34. El cónyuge divorciado que viniendo obligado a prestar pensión alimenticia al otro cónyuge o a los descendientes, en virtud de convenio judicialmente aprobado o de resolución judicial, y que culpablemente dejara de pagarla durante tres meses consecutivos, incurrirá en la pena de prisión de tres meses a un año o multa de 500 a 10.000 pesetas. La reincidencia se castigará en todo caso con pena de prisión.

Art. 35. En lo que no esté previsto en la presente Ley, se aplicarán las disposiciones del título 6.º, libro 1.º, del Código civil.

CAPÍTULO IV

De la separación de bienes y personas.

Art. 36. Se puede pedir la separación de personas y bienes sin disolución del vínculo:

1.º Por consentimiento mutuo.

2.º Por las mismas causas que el divorcio.

3.º Cuando las relaciones matrimoniales hayan sufrido una perturbación profunda por efecto de la diferencia de

ORIGINALIDAD TERAPEUTICA

ACEITE HIGADO DE BACALAO EGABRO, FOSFORADO, AROMATIZADO Y DULCISIMO: Novísima y única especialidad española. Científica impregnación molecular, en frío, del aceite hígado de bacalao, sin el más leve cambio químico, de olor delicioso y gratísimo al paladar. Adultos y niños lo toman como una golosina. Verdadera revolución terapéutica. No es grosero producto sintético ni una desacreditada emulsión: es algo serio, original y único que ofrecemos al médico español.

FEBRIFUGOL: Elixir.— Único preparado de fórmula racional, moderna y radicalísima para combatir las fiebres tíficas, paratíficas y colibacilares y demás infecciones endodigestivas. Rápida antiseptia interna, sin sales de mercurio ni fermentos lácticos.

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

HALITOL: Antiséptico, desinfectante y profiláctico originalísimo. Purifica, perfuma e inmuniza. El bactericida más nuevo y eficaz. Higiene íntima, otitis, baños, heridas infectadas, etc., etc. Infalible siempre.

FIMONIOL: Elixir.— Preparación balsámica, desinfectante y sedante de vías respiratorias. Eficaz y agradable.

LABORATORIO EGABRO—CABRA (Córdoba), España.

TOXICOMANÍA

Tratamiento
racional
y
científico
de la
morfinomanía
con

ANTIMORPHICO

MINGO

Literatura e informes

LABORATORIO MINGO. - Infantas, 26. - Madrid.

TELEFONO 12.576

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

TUBERCULOSIS

AFECCIONES BRONCO-PULMONARES
Gripe, Escorófula, Raquitismo

SOLUCIÓN PAUTAUBERGE

al Clorhidro-Fosfato de Cal creosotado.

La mejor tolerada de todas las preparaciones creosotadas

ANTICATARRAL y ANTISÉPTICA

Seca las Secreciones y Cicatriza
las Lesiones tuberculosas.

EUPÉPTICA, RECONSTITUYENTE

Reanima las funciones de Nutrición
y el estado general.

L. PAUTAUBERGE

10, Rue de Constantinople, PARIS, y Farmacias.

Depositarios para España:

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

MORRHUËTINE

JUNGKEN

CARACTERES ESENCIALES

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

SE EMPLEA EN TODAS LAS ÉPOCAS DEL AÑO.
ES EL RECONSTITUYENTE PREDILECTO DE LOS
SRES. MÉDICOS PARA USO DE SUS HIJOS.

Eficaz en el
tratamiento de las **Adenopatías**
Linfatismo
Escrofulismo
Raquitismo
Diabetes
Hereditosis
Ameno y Dismenorrea
Convalecencias
Estados llamados **Pretuberculosos**



LABORATORIO MIRABENT BARCELONA

ESPECIALIDAD NACIONAL

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

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

Director honorario: Excmo. Sr. D. ANGEL PULIDO

REDACTORES:

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

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

Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES

Redactor Jefe: F. JAVIER CORTEZO COLLANTES

PROGRAMA CIENTÍFICO:

Lema: Progressi sumus, progredimus, 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: La ligadura deferencial en el tratamiento de epididimitis tuberculosa, por el Dr. Enrique A. Sáinz de Aja. Don José Celestino Mutis (II Centenario), por Francisco J. Blasco Juste.—Información científica del IX Congreso de la Sociedad Internacional de Cirujía: IV. Los progresos recientes en raquiánestesia, por el Prof. E. Meriel. Contribuciones a la 2.ª ponencia: Sauerbruch, H. Lillental, Martín Lagos. Baumgartner, O. Coquelet y M. Ascoli. I. Tratamiento quirúrgico de los procesos supurados no tuberculosos de pulmón, por F. Martín Lagos. —Periódicos médicos.

La ligadura deferencial en el tratamiento de epididimitis tuberculosa

POR EL

DR. ENRIQUE A. SÁINZ DE AJA

Presidente de Honor de la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía.

Médico de número del Hospital de San Juan de Dios de Madrid.

Con veintitrés años de intervalo me encuentro de nuevo frente al tratamiento, quirúrgico y conservador a la par, de la tuberculosis epididimaria.

De 1907 a 1908, discípulo y ayudante de don Alejandro San Martín, en pleno auge el método de Bier, tratando por éxtasis, por hiperhemia pasiva las tuberculosis quirúrgicas, pusimos en práctica esta técnica, provocando un éxtasis en teste y epidídimo mediante ligadura de la mayor parte de las venas del plexo pampiniforme.

Los resultados fueron satisfactorios, pero incompletos, y se requería que la tuberculosis fuese epididimaria sola o dominante, con ninguna o muy discretas lesiones por cima del cordón, en próstata, y desde luego sin tuberculización urinaria.

La muerte del maestro y mi desviación del cam-

po quirúrgico al dermatológico interrumpió mis actividades en este sentido.

Pasaron los años, muchos, toda una juventud, veintitrés. Y desde 1931 nuevamente abordé este terreno en contados casos. Así tiene que ser. No es frecuente encontrar tuberculosis que clínicamente sean epididimarias puras o dominantes. Pero las hay, y en ellas, antes que extirpar, antes que mutilar de nuevo, procuramos, con técnica quirúrgica, de pequeña cirugía, actuar ultraconservadoramente, con cirugía de derechas, sin radicalismos, si se nos permite hablar así; a los protagonistas, a los enfermos, nuestro interés supremo les parece muy bien.

* * *

Antecedentes y fundamentos de nuestro proceder:

La ligadura de deferentes representa la exclusión funcional del testículo en su secreción espermática.

Y todos hemos visto y palpado los efectos de exclusiones funcionales: cáncer o tuberculosis de ciego y recto que, al ser éstos excluidos del curso intestinal, mejoran y permiten extirpaciones antes problemáticas, curaciones o increíbles supervivencias.

Esófagos impermeables por cáncer que, al hacer una fistula gástrica y no dar paso sino a saliva, se permeabilizan, ganando los enfermos muchos kilos

y sobreviviendo meses cuando todo hacía suponer muerte inmediata.

Laringes con cáncer o tuberculosis que hicieron precisa traqueotomía de urgencia, que impedían hablar, respirar y hasta tragar, se mejoran incalculablemente, manteniendo la exclusión funcional de aquéllos por la traqueotomía.

Los beneficios de la gastroenterostomía en cánceres inextirpables de píloro. Y tantos otros casos.

Es el beneficio del reposo de la parte enferma. Y esto sólo puede tanto... Puede tanto, que permite curaciones insospechadas frente a tuberculosis avanzadas y supervivencias increídas frente a cáncer.

La exclusión funcional del testículo, que representa la ligadura del deferente, es la base de esta técnica.

* *

¿Tiene peligros? ¿Tiene inconvenientes? Ninguno. La potencia sexual no padece, no se suprime, ni siquiera disminuye, más bien aumenta, y por ello la operación de Steinach es método de tratar débiles e impotentes sexuales en casos determinados.

Todos conocemos multitud de hombres estériles por azoospermia, azoospermia debida a epididimitis doble que, obstruyendo vías epididimarias, produce la esterilidad por falta de espermatozoos en el líquido seminal y son potentes, francamente hipersexuales, muchos de ellos.

En necropsias se ha podido ver obstrucción total del deferente en distintos sectores del mismo, segura consecuencia o reliquia de pasadas deferentitis gonocócicas, sin que en el historial clínico hubieren declarado en vida impotencia ni astenia sexual.

Al tratar vesiculitis gonocócicas con inyecciones transdeferenciales de colargol hemos visto con el Dr. Pulido que alguna vez no era posible la inyección porque obstrucciones del deferente en su porción alta las impedían, y los enfermos no acusaban impotencia tampoco.

Vemos, pues, que la obstrucción, la ligadura, la impermeabilización deferencial no influyen en la potencia sexual.

¿Disminuirá el orgasmo? Tampoco, si atendemos a cuanto los enfermos nos dicen; y debe ser cierto, porque una vez en las situaciones antedichas continúan solicitando al sexo contrario con el mismo ardor que los evidentemente sanos anatómica y fisiológicamente.

Ya que no tiene inconvenientes, ¿tiene ventajas?

Socialmente, familiarmente desde luego, y esto basta: un tuberculoso de epidídimos puede albergar bacilos de Koch en su semen por el solo hecho de la tuberculosis epididimaria. Y en consecuencia puede contagiar, puede transmitir tuberculosis a su pareja, a sus hijos.

En este sentido la ligadura deferencial es una técnica de profilaxis de tuberculosis: no es grande, pero sí evidente.

Es además un medio de evitar autoinoculacio-

nes, de impedir tuberculización de vesículas seminales, próstata y uretra, sobre todo de aquéllas y ésta, ya que, desgraciadamente, en muchas ocasiones la próstata se tuberculiza antes que los epidídimos. No hace mucho hemos visto en un cliente una extensa uretritis peniana tuberculosa, probablemente secundaria a focos preexistentes en próstata y epidídimos.

Todo lo dicho, suponiendo la lesión epididimaria bilateral, puede aplicarse sin escrúpulo de la esterilización masculina cuando se trata de síndromes unilaterales.

* *

Técnica: es bien sencilla. Anestesia local de piel en unos seis centímetros de longitud sobre la parte libre del cordón, desde el anillo inguinal exterior hacia abajo. Incisión de la piel. Infiltración del cordón en unos dos centímetros. Con dos dedos se toca y diferencia bien el conducto deferente de los restantes elementos cordonales, gracias a su consistencia y sensación de cuerda de violón, como si fuera macizo. Tomando entre el pulgar e índice el deferente, se tira de él hacia la superficie. Por bajo del deferente así tomado y levantado se pasa una erina, una aguja de Deschamps o una seda doble. Sólo resta aislarle en unos dos centímetros. Se secciona. Se toman sus cabos epididimario y vesicular, o sea el periférico y central, con dos pinzas de hemostasia. Se colocan las ligaduras correspondientes. Se quita la erina, la aguja de Deschamps o la seda. Se ve cómo se separan y alejan los cabos deferenciales ligados. Se toca con yodo la herida en conjunto. Y se sutura la piel.

El curso postoperatorio nada ofrece de particular: ni dolor testicular, ni turgencia molesta, ni nada.

Resultados: Consideremos lo que se observa, tanto en los focos epididimarios como en los más altos, en los prostáticos, si los hay; y ya que de ello hablamos al principio, comparemos el efecto con los de la técnica a lo Bier y las intervenciones extirpadoras o mutilantes, sean totales (de teste y epidídimo) o parciales (de epidídimo solamente). Finalmente, cuatro palabras sobre la esterilización comparativa de hombre o mujer cuando surge la necesidad o indicación de esterilización en un matrimonio.

La acción sobre los focos epididimarios es resolutive, si se nos admite la expresión; poco a poco la tumefacción se reduce, las adherencias se aflojan o sueltan, se endurecen las umbilicaciones cicatriciales de las fistulas, y claramente se advierte una mejoría, una regresión del proceso, hasta quedar reducido a induración, enquistamiento, a modo de cicatrización de los focos tuberculosos.

Desde luego, la acción es más positiva y rápida que con las ligaduras venosas múltiples del cordón: en este punto como en todos la exclusión funcional es más útil que la congestión pasiva, que la hiperhemia a lo Bier, aunque ni uno ni otro método sean curativos en sentido directo.

No cabe comparación con la castración, que eliminando un órgano de suma importancia para la moral del enfermo, no suprime la tuberculosis, ya que la epididimaria es secundaria siempre: con razón está abandonada por todos los médicos conscientes (salvo particularísimos casos).

Y en cuanto a las extirpaciones de epidídimo, conservando el dídimo, con o sin anastomosis deferencial, no pasan de representar un pequeño alarde de pericia, y son perfectamente inútiles por no extirpar todo lo enfermo *in situ*, ni mantener el libre paso de espermatozoos a vesícula.

Lo que sí presenta cierto interés es la práctica de ligadura deferencial bilateral cuando surge indicación de esterilización, de impedir la concepción en un matrimonio. Hasta ahora, la mujer había sido la víctima; se la castraba o extirpaban trompas o se ligaban éstas, o se invaginaban ovarios en espesor de ligamento ancho, para evitar embarazos.

Unas u otras intervenciones y decisiones encierran cierta gravedad; algunas veces han sido causa de muerte. Por esto, por igualdad, y por la inocuidad y sencillez de la ligadura deferencial, creemos que cuando en un matrimonio surja la necesidad de impedir fecundación, habrá que pensar mucho si conviene esterilizar al hombre o a la mujer para la consecución del fin, para que no haya embarazo. Y en términos generales, votamos por la esterilización masculina mediante ligadura de ambos deferentes.

Nos parece más inocua, menos peligrosa y, por ende, más hacendera.

La estimamos preferible al uso de otros medios anticoncepcionales, y desde luego, a la provocación de abortos o partos, como viene haciéndose criminalmente en ocasiones.

Ante mujeres tuberculosas con cardiopatías graves, la operación esterilizadora es peligrosa y quizás mortal; cumple al marido evitarlo, prestándose a ser esterilizado. Y desde luego, cuando es en el marido en quien reside la indicación de no tener sucesión; en neuropatías graves, en epilépticos, en locos, etc.

**

En resumen: la ligadura deferencial doble o simple, como método de exclusión funcional de testículo y epidídimo, en casos de tuberculosis de este órgano nos parece preferible a cuantas medidas de orden quirúrgico se han preconizado contra esta dolencia.

Es sencilla, es inocua, es útil, es compatible con todos los métodos médicos de lucha antituberculosa (sales de oro, de calcio, tuberculina, helioterapia general, dieta de Gerson, etc.); es más, los exige por tratarse de medida quirúrgica, no curativa y tan sólo apartadora del tráfigo funcional de la parte enferma y que sólo puede procurar el alivio que el reposo es capaz de proporcionar en lucha antituberculosa.

**

Consignamos a renglón seguido dos observaciones recientes de enfermos de nuestra clínica del Hospital de San Juan de Dios en Madrid.

«A. R. R., veinticuatro años, soltero. Ponferrada (León); labrador.

Antecedentes familiares y personales sin interés.

Enfermedad actual: Desde el otoño de 1930 viene padeciendo proceso testicular bilateral, por lo que ingresa el 9 de Enero de 1932 en nuestro servicio. Estado actual: Doble epididimitis, habiéndose formado en el lado izquierdo adherencia a piel escrotal, absceso que se abrió y fistulizó. No hay gonococia. Intradermorreacción con Arthigon, negativa.

Serología: W. negativa.

M. T. R. id.

Kahn id.

M. Kl. R. id.

M. B. id.

M. B. Z. id.

Orinas claras: Hace un año tuvo pequeña hematuria.

Próstata pequeña, blanda, con algún nódulo chico, indudablemente también bacilar. Tuberculina intradérmica, reacciona débilmente.

La tumefacción epididimaria es considerable, sobre todo en lado derecho, el no fistulizado; grandes adherencias a piel.

Infiltración: vértices pulmonares.

Tratamiento: Dieta de Gerson. Sales de cal. Tuberculina intradérmica

Ligadura de conductos deferentes en 19 de Enero de 1932.

El 19 de Febrero de 1932 el alta en mejoría acentuadísima objetiva y subjetiva. Ha ganado en peso. Han descendido notablemente los infiltrados epididimarios y las adherencias entre testículo y piel escrotal; la infiltración es más consistente, más firme; parece alejado el riesgo de nuevas fistulizaciones y la que hubo presenta el aspecto de cicatriz umbilicada y firme.»

«J. G. F., treinta y un años, soltero, Badajoz.

Padre muerto cardiopatía.

Madre muerta bronconeumonía.

Siete hermanos; cuatro muertos primera infancia y uno de operación que no precisa.

Ha tenido las enfermedades propias de la infancia; frecuentes bronquitis. En 1928 osteomielitis tibia izquierda operada; curó.

En Enero de 1930, sin el menor antecedente venéreo, y coincidiendo con estado febril, tos y expectoración hemoptoica, comenzó con tumefacción del teste derecho; tratado con cal e inyecciones de sanocal.

Pasó la fase aguda; quedó algo hinchado el testículo derecho; y en Junio del mismo año 1930 le apareció el mismo proceso de tumefacción en el teste izquierdo, llegando en este lado a formarse un absceso que adhirió a piel, se abrió quedando una fístula; tratado con helioterapia curó la fístula a los seis meses.

En el verano de 1931, aunque de modo irregular, tomó baños de sol por persistir, ya cerrada la tumefacción escrotal en ambos lados, algo más marcada en el izquierdo.

Ingresa en la clínica el 12 de Enero de 1932.

Se observa típica epididimitis crónica, bilateral; deferentes sanos, próstata sin alteraciones clínicas. Orina normal.

Infiltración de vértices pulmonares, de tipo fibroso, sin muestras de actividad.

Serología: W. negativa.

M. T. id.

M. K. L. id.

Kahn id.

Müller B. id.

Müller Z. id.

Tratamiento: Dieta de Gerson.

Ligadura de deferentes el 22 de Enero (lado derecho) y el 28 de Enero de 1932 (lado izquierdo).

Cierran las incisiones operatorias. Alta el 10 de Febrero de 1932. Visto luego varias veces, la última el 9 de Marzo, se reducen poco a poco las tumefacciones epididimarias en ambos lados, se sueltan las adherencias a piel escrotal, mejora el estado general (¿por dieta?).

DON JOSÉ CELESTINO MUTIS

II CENTENARIO

POR

FRANCISCO J. BLANCO JUSTE

Académico de Ciencias de Cádiz y de la Española de Farmacia.

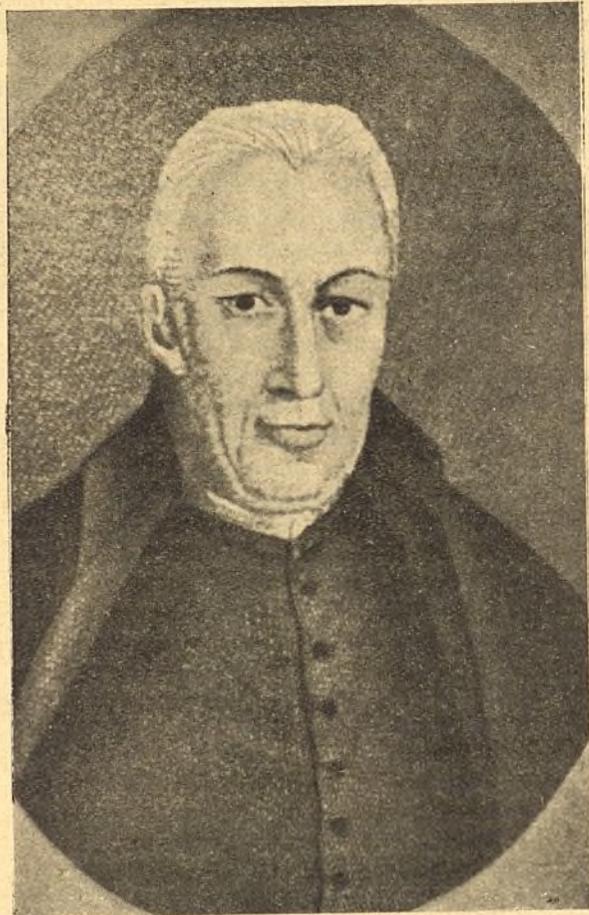
En Cádiz, a 6 de Abril de 1732, nace el sapientísimo médico, sacerdote, botánico insigne, ginecólogo, astrónomo, mineralogista y lingüista, D. José Celestino Mutis; rinde su óbito en Santa Fe de Bogotá el 11 de Septiembre de 1808. Setenta y seis años de vida tan laboriosa, dedicada al estudio, descubrimientos en terapéutica, estudios botánicos y mineralógicos, médico insigne, higienista y fundando el Observatorio Astronómico que aún subsiste; legando a España su famoso *tesoro* que custodia el Jardín Botánico de Madrid, no es fácil encontrar hombre que durante esos setenta y seis años de vida haya podido hacer más por la ciencia y legar bienes a la humanidad que sufre y legar tesoros a la ciencia. Bien merecido tiene las fiestas que se celebran en Colombia, donde residió cuarenta y ocho años, y los solemnes actos que a su memoria celebran la Academia Española de Farmacia, La Unión Ibero-Americana y la Facultad de Ciencias.

Mutis es una verdadera gloria hispana; su apellido parece un símbolo: Mutis... silencio... y así es en efecto. Sus colosales obras no fueron impresas, salvo su famoso «Arcano de la quina», impreso en 1828 por Hernández de Gregorio; todo lo demás, inédito, se conserva en el Jardín Botánico madrileño; su colosal «Flora de Bogotá», que proyectó en 13 volúmenes, en legajos manuscritos se conserva; su «Diario de observaciones» corrió igual suerte. Mutis escribió mucho, jamás por él trabajó un impresor; como después por él tampoco trabajaron escultores al aborar su estatua, ni su nombre se puso en un sobre...; no tiene una calle a su nombre; parece, en efecto, que su apellido influenció su proceder.

Verdadero sabio *enciclopédico* y *completo*, reseñaremos su vida en Madrid y en Santa Fé de Bogotá (Colombia), sus descubrimientos en la terapéutica, y no pudiendo

resistir el silencio a su ciencia, muy a la ligera enumeraremos lo que hizo en relación con la ciencia médica.

Bachiller en Sevilla en 17 de Marzo de 1753. En la Universidad sevillana cursa su carrera de Medicina; estudiante de aplicación extraordinaria. En Junio de 1757 viene a Madrid y oposita y gana el puesto de médico del Real Protomedicato; juez suyo fué el sabio Piquer. En San Carlos explica anatomía substituyendo al Dr. Araujo. Tres años permanece en Madrid; asiste al Jardín Bo á



nico de Migas Calientes y estudia botánica con Bernades y contribuye en España a la transacción del sistema Tournefort al sistema sexual de Linneo. Regresa a Cádiz, viaje muy lento: herboriza en Yébenes (Toledo), Ecija, Arhal y Utrera (Sevilla).

En 1760 es nombrado médico del virrey de Nueva Granada D. Pedro Messía de la Cerda, marqués de la Vega de Armijo. Viaje lentísimo; desembarca en Cartagena el 24 de Febrero de 1761.

La flora, gea y fauna del país nuevo le atraían. Ascendió a los Andes y estudia su flora. Desempeña la cátedra de Medicina del virreinato. La ipecacuana *Psychotrsa Ipecacuanha* la estudia botánicamente, farmacológicamente, y como médico estudia su dosis y sus efectos e indicaciones; la popular ipecacuana emética y antidisentérica a Mutis se debe. El bálsamo de Tolú, *Myrospermum Toluiferum*, como modificador de catarros, y en especial en los crónicos del aparato respiratorio; su estudio completo a nuestro sabio se debe. El bálsamo del Perú, *Myrcospermum, Peruiferum*, el conocido estimulante en los catarros crónicos del aparato respiratorio; al exterior en las dermatosis pruriginosas y tuberculosas, en las úlceras

IODAMÉLIS

el Especifico
**CARDIO-VASCULAR
TOTAL**

Yodoyoduro
de Potasio

Hamamelidina

en los

ARTERIOESCLEROSICOS

*Uricemicos
Hyperviscosos*

en los

HYPERTENSOS VENOSOS

*Cianosicos
Varicosos*



DOSIS :
20 a 40 gotas,
tomadas dos
veces al día,
en cada comida

DREVILLON

LABORATOIRES J. LOGEAIS . BOULOGNE-SUR-SEINE PRÈS PARIS

Muestras y literatura: D. Juan Martín.—MADRID-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 dinámofora y regeneradora de los estados consuntivos. A base de fósforo, arrhenal, nucleinato de sosa y estricnina.

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

Mutasán

(INYECTABLE)

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

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación de ferrocarril.

BAD NAUHEIM

ALEMANIA

EL MEJOR BALNEARIO DEL MUNDO PARA ENFERMEDADES DEL CORAZÓN

Consigue también éxitos insuperables en las enfermedades de las arterias, reumatismo, gota, bronquitis, procesos medulares y enfermedades nerviosas. En este Balneario encuentran el enfermo y el convaleciente una variedad maravillosa de manantiales cloruradosódicos termales y carbogaseosos, con todos los procedimientos modernos de tratamiento y a voluntad, múltiples ocasiones de distracción y actividad deportiva, o el beneficio del reposo absoluto en el parque, único en su especie, y los maravillosos alrededores. Las condiciones de alojamiento satisfacen tanto los deseos más refinados como los más modestos. Comunicación fácil a 40 minutos de Francfort s/Main.

Pidanse informes detallados al Verkehrsamt des Hess. Staatsbades y a todas las oficinas de viaje.

Terapeutica Cacodilica Intensiva é Indolora

CYTO-SERUM

A BASE DE CACODILATOS ALCALINOS

Una Inyección intra-muscular cada dos días

Poderoso Estimulante de la Hematopoyese y de la Fagocitosis

GRIPE TUBERCULOSIS PALUDISMO NEOPLASMA NEURASTENIA CONVALESCENCIAS

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

Solicítense Muestras Gratis

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

Ayuntamiento de Madrid

EN AMPOLLAS 5 CENTI-CUBOS

EN AMPOLLAS 5 CENTI-CUBOS

atón
Mico
mom
la s
Cusp
diar
dor
de C
Espa
bliot
E
rado
las e
com
más.
men
es im
nuev
llam
C
cons
virre
vene
Mut
sabic
sia, J
un g
Mut
«
D. J.
Car.
dada
toda
aves
nito.
rrare
todo
que
a la
exce
de si
pues
natu
u ot
cos,
man
E
desc
el sit
hom
equi
acon
na, i
M
rrim
es la
mia
D
cubr
co q
colu
D
cort
das
chon
fuga

atónicas. El té de Bogotá, *Symplocos Alstonia*; el guaco *Mikania Guaco*; Canelo de Santa Fe, *Nectandra Cinna momoides*. Nuez moscada, *Myristica Fragans*; yerba de la sangría, *Anagallis Centuculoides*. *Cusparia*, *Galipea Cusparia*, utilizada por Mutis como muy poderoso anti-diarreico, y cuyo secreto reveló a su discípulo D. Salvador Rizo, quien a su vez lo comunicó a D. Francisco José de Caldas, fusilado por los españoles de Bogotá, y a quien España puso un bronce de perpetuo desagravio en la Biblioteca Nacional.

Estas plantas fueron estudiadas completamente; explorador, sube a los Andes; botánico, las clasifica; farmacólogo, las estudia (caracteres, posología, forma fármacéutica), y como médico, las aplica y observa sus efectos. No cabe más. En la ciudad de Mompó se ocupa de la higiene del cementerio y dicta sabias reglas. La vacuna antivariólica es impuesta por Mutis. La malaria es combatida por aquel nuevo medicamento de *amargo austero*, por el estudiado, llamada *quina*.

Como médico en Colombia es admirado, respetado, consultado en todo tipo clásico del *médico de familia*; el virrey, colonia, españoles, criollos, mulatos, indios, todos veneran al sapientísimo médico español. En 1764 remite Mutis quinas a Linneo; éste se muestra agradecidísimo; el sabio sueco queda maravillado, le dedica el género *mutisia*, y llama en carta, *Nomen immortale quod nulla altis un quam delebit*. Copia de la carta de Carlos Linneo a Mutis, 20 de Mayo 1774:

«Al varón amicísimo, suavísimo y candidísimo doctor D. J. C. Mutis, botánico solidísimo y agudísimo, saluda *Car. Linné*. Recibi a su tiempo y en estos días tu carta dada el 6 de Junio de 1773, y nunca con mayor gusto en toda mi vida, siendo tanta la riqueza de plantas raras, aves y otros objetos, que me dejaron completamente atónito. Te felicito por tu nombre *inmortal*, que jamás borrará edad alguna. Día y noche, durante estos ocho días, todo lo he vuelto y revuelto; saltaba de alegría siempre que comparecían plantas nunca vistas. Llamaré *Mutisia* a la planta núm. 21. ¡En ninguna parte vi planta que exceda en lo singular; la yerba es de clemátide y su flor de singenesia! ¿Quién tuvo jamás noticia de una flor compuesta con tallo trepador zarcilloso pinado en este orden natural? No hagas nombres genéricos con los de amigos u otras personas desprovistas de merecimientos botánicos, pues llegará tiempo en que desaparezcan de igual manera, como fácilmente preveo.»

En Octubre de 1772, al regresar de la mina *Sapo*, descubre la *quina* en el monte Tena; un año después, en el sitio llamado «Pantaniño»; es, pues, Mutis el primer hombre que descubre la *quina* en región sobre la línea equinocial, donde se creía no se podría encontrar. Mutis aconseja al Gobierno el estanco y exportación de la *quina*, impidiendo el comercio libre a los particulares.

Mutis ya conocía las quinas *officinalis*, *Sericica glaberrima odorata*, *Glaudiflora*; se da cuenta de lo raro que es la especie en los bosques, y dice: «con singular economía la conserva la providencia en nuestros montes».

De lleno le corresponde la gloria y laurel de ser el descubridor de la *quina* en aquella región y el primer médico que usó y dosificó el medicamento irremplazable, *la columna más firme de la terapéutica*.

Descubre siete especies de quinas: *Cinchona lancifolia*, corteza anaranjada, febrífuga con 10 variedades señaladas con las diez primeras letras del alfabeto griego. *Cinchona cordifolia*, corteza amarilla, indirectamente febrífuga, con cuatro variedades: alfa, beta, gama, delta. *Cin-*

chona oblongifolia, corteza roja, indirectamente febrífuga; tres variedades: alfa, beta, gama. *Cinchona ovalifolia*, corteza blanca; tres variedades: alfa, beta, gama. *C. longiflora*, *C. dissimiliflora*, *C. parviflora*. Total, siete especies y 20 variedades. Esto le debe a Mutis la terapéutica; estudió 122 especies de quinas Mutis, fué, repito, completo; desde descubrir, estudiar farmacológicamente y la aplicación como médico, *no pudo hacer más* por la *quina*.

Al morir Mutis, su sobrino Sinforoso ordena el tesoro. Morillo cumple órdenes del Gobierno y con Enrile lo envía a España: 14 cajones con 5.190 láminas y 711 diseños, un cajón con manuscritos, 48 cajones con quinas y anatomía de plantas, 15 cajones de minerales, nueve cajones con semillas, seis con curiosidades varias, ocho con muestras de madera, uno con muestras de canela, dos con cuadros de animales, herbario de 20 000 plantas: 105 cajones; los que hoy conserva el Jardín Botánico y que al llegar a España fueron llevados a Palacio y examinados por Fernando VII y su real familia. El famoso Humbolt y Bompland hacen viaje exprofeso a Bogotá para conocer al sabio español; ponen el retrato de Mutis en su famosa obra «Plantas equinociales», y Bompland, en su «Geografía de las plantas», llama a Mutis *ilustre patriarca de los botánicos*.

Mutis tuvo correspondencia (que se conserva) con todos los sabios de la tierra.

En Bogotá fundó el actual Observatorio Astronómico, el más elevado del mundo.

Escribió (inédito) muchísimo; de carácter médico, el «Arcano de la Quina», único impreso por Hernández de Gregorio.

Tuvo 18 discípulos; famosos todos: Tea, Caldas, Riro, Diego García, etc., etc., y con 13 pintores ordenó la famosa expedición científica; explicó matemáticas; fué mineralogista, zoólogo, metalurgista, botánico, insigne lingüista. Catalina II de Rusia le llamó para recoger la gramática de las lenguas *sáliba*, *chibcha morca* y *achaqua*; le auxiliaron los Sres. Angulo y Alvarez, ambos sacerdotes.

Creyente fervoroso, se ordenó sacerdote en Bogotá en 19 de Diciembre de 1772, llegando a ser canónigo de la Santa Iglesia Metropolitana. ¿Fué enciclopédico? ¿Fué sabio completo!

Es preciso meditar la obra de D. José Celestino Mutis para admirarle; a partir de 1772 se le conoce oyendo confesiones en la Iglesia Metropolitana de Bogotá; asistiendo a sus enfermos y prescribiendo en el observatorio, manejando los ecuatoriales, con correspondencia con todos los sabios de la tierra, formando su colosal herbario, su tesoro, descubriendo quinas y plantas medicinales, explica a sus discípulos matemáticas y ciencias naturales, organiza excursiones a los Andes, desentraña la riqueza natural de aquel país nuevo, y desde el Ecuador y Nueva Granada se transforman intelectualmente y se desarrollan la literatura y las ciencias. Así lo afirma Menéndez y Pelayo en su Historia de la literatura hispanoamericana, y el mismo glorioso polígrafo dice de Mutis: «este preclaro varón es una de las páginas más brillantes de la ciencia española del siglo XVIII». Si seguimos la meditación vemos su actividad, virtud, ciencia y lo que es más raro en sabios, completo, enciclopédico.

En Colombia es venerada su memoria; aquí es poco conocido, preciso fuera una divulgación de esta gran figura española del siglo XVIII.

En 11 de Septiembre de 1808 y en la ciudad de Bogotá fallece el genio botánico, después de tantos afanes y sa-

críficos, sufrimientos y, lo que aún es peor y doloroso para el venerable anciano, no ver publicada su «Flora de Bogotá»; después de contemplar al autor de su existencia y quien durante el trascurso de su vida no cesó de admirar sus obras y de cumplir fidelísimamente sus mandamientos. Su discípulo Francisco José de Caldas publicó su artículo necrológico. Su muerte fué llorada en Colombia y no hay neogranadino que no pronuncie con emotividad el nombre de Mutis, sabio y santo. D. Manuel del Socorro Rodríguez, bogotano y mulato, director del *Papel Periódico de Santa Fe* y quien Menéndez y Pelayo dice remeda a nuestro Iriarte, publicó un *idilio* muy extenso titulado la «Flora de Bogotá» cuyos diez versos últimos dicen así:

«En Aries su carrera
trayéndonos la hermosa primavera,
y pues hoy de tu nombre es el gran día,
también deben las flores
de la amable y amena poesía
celebrar de su flora los primores.
Por eso buscan llenos de alegría,
sapientísimo Mutis, tus favores,
mientras que en Elicona
te forman otras, inmortal corona.»

Bogotá, 19 Marzo 1793.

Nunca se podrá decir con más propiedad «que los estrechos límites de un artículo» manida frase; es verdad, para biografiar a Mutis se precisaría cientos y cientos de páginas; hay mucho que decir y mucho bueno, excelso; yo, su modesto cronista, me he limitado a señalar *algo nada más* de lo que se podría citar de aquel varón preclaro a quien el *Monarca de la Botánica, Padre de la clasificación*, que se llamó Carlos Linneo, dijo o, mejor, por escrito consignó a Mutis: *Nomen inmortale quod nulla aetas unquam delebit.*

Marzo 1932.

INFORMACIÓN CIENTÍFICA DEL IX CONGRESO DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

IV

Los progresos recientes en raquianestesia

POR EL

PROF. E. MERIEL (de Toulouse)

Profesor de Clínica quirúrgica de la Facultad de Medicina. Cirujano honorario de los hospitales. Miembro correspondiente nacional de la Academia de Medicina.

Versión castellana exclusiva para EL SIGLO MEDICO por el Dr. Francisco de Jamatobo y Arranz.

El principio de la eficacia y ventajas de la raquianestesia es cada día admitido por un número mayor de cirujanos. Sin embargo, a pesar de esta boga creciente, aún existe un cierto número de adversarios a los cuales deben los experimentadores dirigirse en son de combate. Cada victoria obtenida en este sentido será un «progreso», en el perfecto sentido de la palabra, hacia aquella substancia de cualidad irreprochables y de fácil manejo que imponga en absoluto el método. Es indudable que en la raquianestesia, más aún que en la anestesia por inhalación, nos falta aún el

anestésico perfecto, ante el que no quepa discusión. Antes que nos sea dado conocer esta perfección, es legítimo el deseo de exponer aquellos progresos que colocan a la raqui, por lo menos, a la misma altura que la narcosis por inhalación, de tal modo, que dejan libre la elección entre ambos métodos de anestesia. Estas adquisiciones nuevas son las que nos proponemos revisar en esta ponencia.

Se ha reprochado a la raqui la producción de náuseas y de vómitos en el curso de la operación, si bien la experiencia demuestra que tanto las unas como los otros no son constantes, y que al propio tiempo los determinan igualmente otros anestésicos generales como el éter y el cloroformo.

Igualmente se han citado como peligros de la anestesia raquídea los trastornos de la presión arterial, de la respiración y del sistema nervioso. Los primeros, aunque efectivamente son constantes, no duran apenas y jamás producen accidentes serios, a no ser un limitadísimo porcentaje de casos. Los trastornos respiratorios caracterizados por respiración superficial y lenta, son raros e igualmente pasajeros.

Los trastornos motores, las convulsiones y las crisis epileptiformes, señalados respectivamente por Senni, Weibel y Brun y Chalochei, son rarísimos, y de 7.400 casos observados por nosotros no hemos podido observar uno solo de tal accidente.

Sin embargo, no es sobre estos accidentes inmediatos, pasajeros, inconstantes y nunca graves, sobre los que se han fundado los adversarios de la raqui, para eternizar su discusión con los partidarios. Referente a las secuelas más o menos tardías de la raquianestesia es donde aún continúa abierta la discusión.

De estos accidentes tardíos, como son la cefalea, raquialgia, accidentes meníngeos, trastornos motores y esfinterianos, etc., se han ocupado razonada y ampliamente Forge y Basset en un reciente y magnífico trabajo, rebatiendo justificadamente la importancia de estos pretendidos peligros. Si los citamos en este lugar es para dar una idea de los argumentos opuestos por los adversarios y poder al propio tiempo referir los caminos que se han seguido para evitar tales accidentes y poder llegar a la substancia anestésica y a la técnica que pongan al abrigo de la crítica.

Antes de penetrar en el estudio de las técnicas nuevas de la raquianestesia nos ha parecido útil hacer una exposición de los progresos efectuados en el sentido de precisar perfectamente las indicaciones de ésta.

INDICACIONES

La anestesia raquídea plantea ante todo dos interrogaciones, referente la primera a los enfermos que podemos anestesiar por este medio y la segunda a las regiones del cuerpo que son más favorables para su empleo. El estado actual de la cuestión ha respondido perfectamente a estas dos cuestiones: La raqui no es aplicable a todos los enfermos ni a todas las regiones del cuerpo. Si en una operación de vientre le damos preferencia sobre la etérea, es por su mayor seguridad y sobre todo por la mayor facilidad para las maniobras operatorias, amén de la disminución post operatoria, de las complicaciones pulmonares, shock, por bloqueo del influjo nervioso, etc.

¿Quiere esto decir que debemos limitar la raqui únicamente a aquellos casos en que está contraindicada la anestesia general? Este proceder, en opinión de Forge y Passet, sería condenar a la raqui a los mayores fracasos. En los profundamente intoxicados, estercorémicos, hipotensos, viejos, oligúricos, cavernosos, caquéticos, etc., es donde pre-

cisamente también está contraindicada la raquí por su marcada acción hipotensora.

Poincloux añade a estas contraindicaciones el alcoholismo crónico; Moned, la sífilis por los accidentes meníngeos a que predispone, pudiendo en resumen decirse que las fundamentales contraindicaciones de la raquí se encuentran en las intoxicaciones agudas o crónicas y en todos los estados de hipotensión y debilidad cardíaca.

Tal era el estado de esta cuestión hasta hace relativamente pocos meses, cuando la introducción de un nuevo anestésico, la percaína, y las técnicas recientes de Quarella y Jones han podido ampliar las indicaciones a los hipotensos.

Referente a la edad de los individuos que pueden ser sometidos a la raquí, igualmente las tendencias modernas se muestran menos intransigentes. En tanto que Forge y Basset no aconsejaban practicar este método en los niños menores de quince años. Feurbanck y Vickers, en Inglaterra, la han practicado impunemente en los lactantes, y Stample no ha rehusado emplearla en un recién nacido. Rocher, en Francia, ha practicado 175 raquis en niños de cuatro a quince años, siempre con buenos resultados. La práctica de este autor es mucho menos temeraria que la de los ingleses, y nosotros nos mostramos inclinados a imitarle en este sentido. Los viejos, según la gran mayoría de los autores, soportan perfectamente la anestesia raquídea hasta en la práctica de las cistotomías y las prostatectomías.

Otra de las ventajas recientemente señaladas para la raquí es su acción estimuladora sobre la contractilidad intestinal, hasta el punto que por Oelsner, Gages y Cutting ha sido propuesta como tratamiento del íleo paralítico. Esta propiedad puede, sin embargo, ser un peligro en la estrangulación herniaria por la reducción espontánea, precoz y en masa de las asas estranguladas, antes que se haya podido hacer el examen directo del contenido herniario.

Contrariamente a los progresos señalados, la raquí no ha avanzado en estos últimos tiempos hacia las regiones supradiafragmáticas y cervicales.

Resumiendo todo lo dicho anteriormente, podemos decir que desde el trabajo de Forge y Basset se ha marcado un notable progreso de la raquianestesia, en el sentido del mejoramiento de sus indicaciones y de su verdadero dominio topográfico, quedando, sin embargo, ampliamente abierto todavía el campo para nuevas conquistas, principalmente en el planteamiento de nuevas técnicas y en el descubrimiento, por síntesis química, de nuevos y más perfectos anestésicos.

LAS NUEVAS SUBSTANCIAS ANESTÉSICAS

La cocaína y la estovaína no cuentan actualmente apenas con partidarios por haber sido substituídas con ventaja por la novocaína, syncaína, escurocaína y tutocaína. La toxicidad de la novocaína es ocho veces menor que la de la estovaína, produciendo igualmente una menor azotemia postoperatoria que ésta. Los restantes productos citados son recomendados por razones análogas. En nuestra práctica de la raquí desde 1900, hemos sucesivamente pasado desde la cocaína a la estovaína, novocaína, syncaína hasta la escurocaína, que hasta hace poco empleábamos y de la que estamos perfectamente satisfechos; 3.000 anestésias satisfactorias por este último producto nos hubieran hecho continuar indefinidamente empleándole si la aparición de la percaína no nos hubiera ganado a su causa. Este medicamento marca un progreso en el sentido de prolongar ampliamente la duración de la anestesia en comparación con los restantes medicamentos.

Casi al mismo tiempo que la percaína, ha nacido también por síntesis química un nuevo compuesto que parece abrir horizontes ilimitados a los nuevos descubrimientos; trátase de la «spinocaína», introducida en 1927 por Pitkin, de New Jersey.

Anestesia por la «spinocaína».—El descubrimiento de Pitkin ha sido tan favorablemente acogido en América, que en dos años se han podido presentar los resultados de la práctica de este método en más de doscientos mil enfermos. Igualmente su éxito ha sido tan resonante, que la «British Medical Association» ha invitado a Pitkin a ir a Londres para hacer demostraciones ante los cirujanos ingleses.

Lo que ante todo recomienda este método es que tiene una profunda base fisiológica, nacida del estudio de los fracasos generales de la raquí y con un remedio para cada uno de ellos.

Estudiando los defectos de la raquí por la novocaína, refiere Pitkin, principalmente, la tendencia que en ella existe a la difusión por todo el líquido cefalorraquídeo de la substancia anestésica, produciendo por ello hipotensión, disnea y lentitud del pulso, según en su difusión actúe la substancia anestésica sobre los nervios vasoconstrictores, respiratorios o cardíacos.

Como consecuencia práctica se deduce de esto, que la anestesia perfecta sería la que no se difundiera mezclándose con el líquido cefalorraquídeo. Para conseguir esto, la substancia inyectada debería permanecer «en bloque», hasta el fin de la anestesia, pasando entonces a la circulación sanguínea, de donde sería eliminada. Otra cualidad de este anestésico perfecto sería la de tener una densidad diferente a la del líquido cefalorraquídeo. Si ésta es inferior, flotará en la superficie y bañará las raíces raquídeas cuando el operado se encuentre en Trendelenburg. Si es superior, anestesiara los nervios espinales cuando el enfermo esté sentado. De este modo conoceremos perfectamente el nivel superior de la solución anestésica por el volumen de solución inyectada y por la posición del enfermo.

Para procurar alcanzar todas estas óptimas cualidades, Pitkin se ha dirigido a un compuesto sintético de la novocaína y la glandina, que ha designado con el nombre de «spinocaína». Las investigaciones farmacodinámicas de Stender y Amsler han puesto también de manifiesto la acción reforzadora de esta substancia sobre el poder analgésico de los anestésicos locales.

Por medio de detenidas investigaciones experimentales *in vitro* e *in vivo*, Pitkin ha podido demostrar la indifusibilidad de la «spinocaína». Los defectos de la hipotensión los ha logrado vencer tras algunos tanteos con la adición de la efedrina, alcaloide muy próximo a la adrenalina.

Tales son, resumidos, los principios fundamentales de este método, del cual vamos a exponer a continuación los detalles de la técnica.

TÉCNICA DE PITKIN

La solución que se emplea en la casi totalidad de los casos es la llamada «ligera», que corresponde a la fórmula siguiente:

Novocaína...	200 miligramos.
Sulfato de estriquina	2 —
Amilopropilamina.	130 —
Alcohol etílico.	300 —
Suero fisiológico. C. s. para	200 c. c.

En los cardíacos, pulmonares y viejos en los cuales es difícil la respiración en el Trendelenburg, aconseja Pitkin

la solución «pesada», que permite operar en la posición de Fowler y cuya fórmula es la siguiente:

Novocaína.....	200	miligramos.
Sulfato de estriquina.....	2	—
Amilopropilamina.....	130	—
Propanotriol.....	100	—
Suero fisiológico. C. s. para	5	c. c.

Esta solución, cuatro veces más rica en novocaína, permite una anestesia en la posición sentada o semisentada, muy a propósito para las investigaciones obstétricas.

La hipotensión que esta anestesia produce es evitada con la previa inyección de efedrina; la diabetes no es contraindicación porque la spinocaína no provoca acidosis; así como tampoco la edad, a condición de emplear en los niños dosis menos fuertes.

De material operatorio no requiere nada especial. Una aguja de punción lumbar, una jeringa de 3 c. c., una aguja de inyección hipodérmica con una jeringa Pravaz de 2 c. c., una ampolla de «spinocaína» pesada o ligera, según los casos, y una ampolla de la solución de efedrina, 5 centigramos; novocaína, un centigramo. Por último, Pitkin ha imaginado adaptar a la mesa de operaciones un dispositivo llamado «tiltómetro», que permite apreciar el grado de inclinación de ésta sobre la horizontal. Este aparato, aunque muy ingenioso, no nos parece indispensable.

Técnica de la inyección. — Antes de la anestesia será siempre útil practicar una inyección de escopolamina morfina para disminuir la agitación y angustia del enfermo. Cinco minutos antes de la operación se efectuará una inyección de efedrina asociada a la novocaína en las proporciones más atrás citadas, y precisamente en la interlínea vertebral en que un instante después se ha de efectuar la punción. La novocaína insensibilizará la región donde ha de efectuarse la inyección intrarraquídea, y la efedrina prevendrá la hipotensión. La punción deberá efectuarse en decúbito lateral, plegando las rodillas y flexionando fuertemente la cabeza para separar los espacios interapofisarios.

Según Pitkin, debe hacerse adoptar al enfermo el decúbito lateral precisamente opuesto al del lado que queremos anestesiar. La spinocaína, flotando en la superficie del líquido cefalorraquídeo, baña primeramente los nervios espinales del lado opuesto al del plano de la mesa. De este modo, cuando se quiera obtener una anestesia bilateral, será necesario colocar al enfermo sobre el plano dorsal inmediatamente después de concluída la introducción del anestésico.

Referente a la dosis a inyectar, afirma Pitkin, en primer lugar, que esquemáticamente la dosis de spinocaína debe ser mezclada con una cantidad de líquido cefalorraquídeo suficiente para llenar la parte necesaria de canal raquídeo en el grado de Trendelenburg necesario para impedir la ascensión del medicamento.

Para una anestesia perineal es preciso inyectar 1 c. c. de spinocaína, sin mezclarle con cantidad alguna de líquido, y adoptar un Trendelenburg de 15° a 18°. Para una anestesia de miembros inferiores son necesarios 2 c. c. del anestésico, mezclados con igual cantidad de líquido cefalorraquídeo, con un Trendelenburg de 10° a 15°.

Para una anestesia que alcance hasta el ombligo se inyectarán, según la duración de la anestesia, de 2 a 2 ½ c. c. mezclados con 3 de líquido cefalorraquídeo y adoptando un Trendelenburg de 7° a 10°. En las anestесias hasta el diafragma se inyectan 3 c. c. mezclados con líquido cefalorraquídeo, con una inclinación de 5°.

Para adaptar el Trendelenburg se esperan algunos minutos después de la punción. Todas esas indicaciones se refie-

ren a las soluciones ligeras. Con las pesadas las prescripciones son contrarias a las precedentes. Debe efectuarse la punción sentado el enfermo y no colocarle en el Trendelenburg hasta pasado bastante tiempo. La dosis de anestésico y de mezcla con el líquido son en idénticos casos citados anteriormente: 0,5-0, posición Fowler 12 a 15°; 0,5-2,5, Fowler 12 a 15°; 0,75-3, Fowler 8 a 10°.

Al cabo de cinco a diez minutos se completa una anestesia que dura de una a dos horas. En los casos de anestesia lenta, rectificar en 5° el Trendelenburg, para volver después a la posición correcta.

Las consecuencias de la anestesia son benignas, existiendo menos vómitos que con los antiguos procedimientos, manteniéndose fuerte la tensión y siendo muy pasajera la disnea. La hipotensión, aun en los casos en que se presenta, jamás adquiere caracteres de gravedad.

Tampoco se produce cefalalgia, bronconeumonía, atonía intestinal, acidosis, etc.

Tal es la técnica de Pitkin, que cuenta como antecedente histórico con las anestесias de Ravaut, con las soluciones pesadas de cocaína, practicadas en 1907.

Como ya decíamos más atrás, con ella se ha realizado un verdadero estudio fisiológico, tratándose de evitar los accidentes y molestias que por los anteriores procedimientos se producían. Multitud de autores han estudiado este método, precisando cada uno de ellos las indicaciones y experiencias muy numerosas que han podido deducir de su práctica. A pesar de las reservas de algunos de ellos, es un hecho indudable que la raquianestesia por la spinocaína constituye un progreso del que se beneficiarán los métodos del porvenir, entre ellos, y en primer término, la anestesia por la percaína, de la que hablaremos a continuación.

ANESTESIA RAQUÍDEA CON LA PERCAÍNA

La percaína es un producto perteneciente a la serie de la quinina: el clorhidrato de dietilamino-etilamina de butoxicinconírico. Es una sal soluble en el agua y precipitable por las trazas de álcali, por lo que debe conservarse siempre en vidrios neutros. Introducida por vía subcutánea es cinco veces más anestésica que la cocaína, así como también su toxicidad.

Para Lake y Marshall se muestra ventajosa en la raquí por la intensidad y larga duración de sus efectos, lo cual la hace particularmente útil para soportar los penosos sufrimientos después de la operación.

La anestesia completa del abdomen y los espléncicos se obtiene introduciendo en el segundo o tercer espacio interlumbar 12 a 16 c. c. de una solución al 1 por 1.000. Jones y Quarella han sistematizado cada uno de ellos una técnica diferente de anestesia de la percaína, que resumiremos a continuación:

TÉCNICA DE H. JONES

Los términos hiperbaro, isobaro e hipobaro sirven para designar soluciones que tienen un peso específico superior, igual o inferior al del líquido cefalorraquídeo. Estas concentraciones son de 1 por 2.000, por 1.500 y por 1.000 preparados en ampollas de 10 a 20 c. c. Por lo general la solución con que se cuenta es al 1 por 1.000, de la cual por adición de solución acuosa de ClNa al 0,5 por 100 se obtienen las más diluídas.

Según la duración de la intervención se emplearán soluciones más o menos concentradas, aumentando ésta, como es natural, en razón directa, con la mayor duración a partir de tres cuartos de hora. La dosis variará igualmente según el punto donde vaya a efectuarse la punción.



La dosis máxima es de 20 c. c. y la inyección no deberá jamás alcanzar las raíces cervicales.

El cuadro de las dosis es el siguiente: 15 a 18 c. c. entre la D 2 y D 3 y por debajo; en las proximidades de la D 7 y D 8, y por debajo, 12 c. c.; 10 c. c. en las proximidades y debajo de la D 10. Para anestesiar las raíces dorsales, se inyectará entre la L 1 y la L 2, y para el simple bloqueo caudal se inyectará entre la 3 y 5.

La inyección se efectuará en posición lateral derecha, no dejando escapar más que muy pocas gotas de líquido; una vez concluida ésta, se colocará durante algunos minutos al enfermo sobre el plano central para que se impregnen las raíces posteriores, después se le colocará en posición dorsal para que lo sean las raíces posteriores, ayudándose con un ligero Trendelenburg. El test de la anestesia del plexo lumbar será la incapacidad para levantar las piernas.

Después de la inyección, se observa un descenso de la presión por parálisis vasomotora, siempre menos importante que la que se produce por la inyección de otros anestésicos. Mayor importancia tiene el desfallecimiento respiratorio, sobre todo en las raquis dorsales altas o cuando ha sido preciso añadir algún narcótico en el curso de la operación.

La anestesia por la percaína, según Jones no fracasa nunca a no ser por deficiencias técnicas, como lo son la mala dirección de la inyección, la dosificación defectuosa, los decúbitos incorrectamente mantenidos, etc.

Las soluciones hipóbaras son las más prácticas, siendo necesario con ellas mantener durante cinco minutos el decúbito ventral antes de pasar al dorsal. Los trastornos postoperatorios serán útilmente combatidos con las inyecciones de efedrina. De todos modos, Jones afirma que con la anestesia por la percaína según su método, no se producen nunca secuelas graves, según ha podido deducir de la práctica de más de 200 operaciones efectuadas con este método.

TÉCNICA DE QUARELLA

La técnica de este autor, al contrario que la de Jones, está fundada en el empleo de las soluciones fuertes (al 5 por 1.000) y en pequeña cantidad. Antes de la anestesia, aconseja la práctica de una inyección de morfina-escopolamina y la técnica resumida de esta anestesia es la siguiente:

1.º Efectuar la punción sentado el enfermo entre la 1 y la 2 o a nivel del espacio dorsolumbar.

2.º Dejar salir de 5 a 10 c. c. de líquido cefalorraquídeo según sea su tensión.

3.º Aspirar en la jeringa que contiene la solución anestésica, 6 a 8 c. c. de líquido cefalorraquídeo.

4.º Inyectar lentamente la mezcla en el raquis.

Con este procedimiento se obtiene anestesia de larga duración, hasta de dos horas, sin shock, de cualidades perfectas y con completo silencio abdominal y relajación muscular.

Preséntase un descenso no grave de la tensión arterial con lentitud del pulso, que se combate perfectamente, mejor que con las inyecciones hipertensivas, con la posición de Trendelenburg.

Los fracasos de esta anestesia se deben, en opinión de Quarella, a defectos de técnica, consistentes en inyección fuera de los espacios aracnoideos, de la totalidad o parte de la solución, porque se haya salido en mayor o menor cantidad por el orificio de punción, porque no se haya efectuado correctamente la mezcla con el líquido cefalorraquídeo, o porque no se hayan esperado quince minutos antes de iniciar la operación. Jones señala también como causa posible de fracasos la hiperacididad del líquido cefalorraquídeo.

Las reacciones que en nuestra experiencia se han producido con este género de anestesia han sido mínimas. Rara

vez se han presentado náuseas y vómitos. La inyección previa de efedrina evita los trastornos de hipotensión y el colapso cardíaco. Las cefaleas, no frecuentes con este procedimiento, pueden evitarse la mayoría de las veces con la simple estancia en la cama sin almohadas y con los pies ligeramente elevados. Las reacciones meníngeas han sido investigadas cuidadosamente por nosotros en colaboración con Sendrail en el líquido cefalorraquídeo, sin que, salvo en un caso, hayamos podido comprobar modificaciones patológicas postoperatorias.

Después de la anestesia no se presentan en la inmensa mayoría de los casos trastornos notables.

Como conclusión de este trabajo, en el que hemos tratado de poner al día las últimas investigaciones sobre la raqui, podemos decir que nos parece que nos vamos acercando a la perfección, es decir, a un método de anestesia cierta y bien localizada al campo operatorio, sin afectación, o inmediata o tardía, del estado general, y desde luego, menos peligrosa que las anestésias generales.

Todas estas adquisiciones pueden resumirse del modo siguiente:

1.ª Contra la crisis de hipotensión, gran inconveniente de la raqui, que puede ser más o menos precoz y grave, se ha encontrado un preventivo con la efedrina sola o asociada a la cafeína, con la que se han obtenido buenos resultados.

2.ª La localización precisa de la anestesia sobre un territorio radicular se ha conseguido con la spinoína según la técnica de Pitkin.

3.ª La percaína, si tiene el inconveniente de necesitar quince minutos de espera para la manifestación de sus efectos, tiene, por el contrario, la ventaja de conseguir una anestesia de buena calidad durante la operación y de prolongar sus efectos durante algunas horas después del acto operatorio.

23-25 de Marzo de 1932.

Contribuciones a la 2.ª ponencia:

Sauerbruch, H. Lillental, Martín Lagos, Baumgartner, O. Coquelet y M. Ascoli.

I

Tratamiento quirúrgico de los procesos supurados no tuberculosos de pulmón

POR

F. MARTÍN LAGOS

Los abscesos, gangrenas y bronquiectasias, cavidades más o menos limitadas llenas de productos patológicos, piógenos o pútridos, que actúan sobre el estado general del individuo, aun cuando son factibles de los mismos procedimientos terapéuticos (evacuación del contenido por vía natural o neumotomía, aplastamiento de la cavidad por compresión, o extirpación del foco enfermo), si bien unos y otros tienen íntimas relaciones y a menudo hay que actuar sobre abscesos debidos a bronquiectasias, y al contrario, sobre dilataciones bronquiales consecutivas a lesiones inflamatorias pulmonares, es indiscutible que no podemos ni aun desde el punto de vista quirúrgico estudiarlos en conjunto, ya que la anatomía patológica, la clínica, las indicaciones terapéuticas y hasta el resultado son distintos, y obligan a dividirlos en dos grandes grupos: de un lado, abscesos y gangrenas; de otro, bronquiectasias.

Abscesos y gangrenas del pulmón tienen de común, a pesar de su distinto aspecto anatomopatológico y de su diversa sintomatología, el originarse siempre sobre una infiltración neumónica. Ambas afecciones son diversas modalidades de

un mismo proceso cuya evolución depende de la clase de bacterias que produce la infección, del estado local del punto donde asienta y de las defensas naturales del sujeto; y aunque en la clínica vemos formas supuradas y formas gangrenosas típicas, también observamos a menudo la transformación de una forma supurada en una gangrenosa, y al contrario, vemos una gangrena pulmonar limitarse y transformarse en un absceso. Y si desde el punto de vista pronóstico el absceso es más benigno que la gangrena, ya que indica una limitación del proceso, una mayor defensa del organismo y una menor virulencia de los gérmenes infectivos, desde el punto de vista de la terapéutica quirúrgica hemos de agruparlos en un solo capítulo considerándolos como distintas modalidades de idéntico proceso, que comenzando por la infiltración difusa puede dar lugar, o a la fusión del infarto (absceso pulmonar), que quizá más tarde por infecciones secundarias anaerobias y por necrosis locales producirá un absceso pútrido, o bien puede originar la necrosis con putrefacción (gangrena difusa) que al limitarse se transformará también en un absceso pútrido.

La clínica nos ha demostrado, no sólo la posibilidad, sino ya gran frecuencia con que los abscesos pulmonares curan espontáneamente, y por esto al iniciar la terapéutica tenemos que hacer una distinción entre la fase aguda y crónica de la infección. ¿Cuándo podemos considerar como agudo el proceso? O dicho de otro modo: ¿Hasta cuándo estamos autorizados a esperar la curación espontánea de un absceso pulmonar? Con Sauerbruch, Sergent y la mayor parte de los cirujanos estamos de acuerdo en que es prudente esperar siete u ocho semanas, pero esta espera será prudente tan sólo, en tanto que desde la aparición de la vómica los síntomas generales vayan mejorando. Si por el contrario el proceso inflamatorio se extiende, el desagüe se hace muy incompletamente y el estado general se agrava, el solo recurso que nos queda es la intervención rápida.

Ahora bien; la fase aguda del absceso, la que podemos llamar de expectación armada, aquella en la que hasta ahora nuestra acción se reducía a la terapéutica medicamentosa, merced a los americanos y sobre todo a Chevalier Jackson, ha entrado en una fase más activa mediante la broncoscopia, aspiración de los exudados e inyección directa de sustancias antisépticas. No tenemos experiencia de este medio terapéutico, pero los resultados de los autores americanos son alentadores y los cuatro casos de León Kindberg y Soulas (*Presse Médicale*, núm. 49, 1930) hacen pensar que ejecutada con mucha prudencia, evitando todo traumatismo, es un medio que debe intentarse, ya que la absorción de los exudados y la inyección de aceite de eucalipto descongela la mucosa y facilita el desagüe.

La broncoscopia tiene el inconveniente de tener que ser ejecutada por especialistas muy habituados (no siempre a mano del médico general en poblaciones pequeñas), lo que dificulta extraordinariamente su generalización. Por esto pensamos que sería muy conveniente aspirar los exudados e inyectar las sustancias medicamentosas utilizando el proceder del Dr. García Vicente, pero introduciendo la sonda en el bronquio principal correspondiente al pulmón afecto con objeto de poder aspirar las secreciones e inyectar el aceite de eucalipto.

Naturalmente que broncoscopia y aspiración con sonda, en términos generales, sólo deben intentarse en los abscesos parabiliares, pues los superficiales son difícilmente asequibles con estos medios.

Si el proceso infiltrativo persiste y se extiende, si los síntomas generales se agravan o en caso de gangrena progresiva, podemos intentar la detención del proceso poniendo en

reposo la parte enferma. De los medios con que contamos, neumotórax, plombaje extrapleurales y frenicectomía, sólo a estos dos últimos debemos recurrir.

El neumotórax está contraindicado siempre en los procesos agudos, incluso en aquellos casos de cavidad central parabiliar y de hemoptisis intensas.

En efecto, la gangrena difusa tiene la tendencia a invadir la pleura, dando lugar unas veces a pleuritis adhesivas (quizá salvadoras) que le permite incluso invadir la musculatura de la pared torácica; en otras, la rapidez de la invasión no da tiempo a la producción de adherencias y se origina una pleuresía difusa pútrida mortal. El neumotórax, al despegar las hojas pleurales, facilita la producción de estas pleuritis con sus fatales consecuencias.

En los abscesos agudos, el neumotórax tiene dos peligros: de una parte, la facilidad con que estos abscesos invaden la pleura, y en este caso, no pudiendo producirse adherencias ocasionará una pleuritis séptica gravísima; de otra, el exudado que suele producir el neumotórax puede infectarse por vía linfática y sin necesidad de comunicar con el absceso ocasionar la temida complicación.

El plombaje extrapleurales es una operación relativamente sencilla, aunque exige ejecutarla con delicadeza; casi inocua practicada con anestesia local, tiene la misma acción, si bien localizada, que el neumotórax, y la inmensa ventaja de facilitar la producción de adherencias pleurales disminuyendo extraordinariamente el peligro de la infección pleurítica.

La técnica que utilizamos varía de la empleada en la tuberculosis pulmonar, en que reseca, por lo menos, dos costillas, y los dos casos de procesos difusos (un absceso en período agudo y una gangrena) en que lo hemos empleado, utilizamos en vez de la pasta de Baer simplemente una pelota de gasa iodofórmica que quitamos a los dieciocho y a los veintidós días. Con la compresión se detiene en muchos casos el proceso (los dos citados) y aun se curan (nosotros no hemos observado este último) permitiendo la localización de la infección, la producción de adherencias pleurales y haciendo menos grave la neumotomía.

En dos casos, sin embargo, no creemos permitido hacer el plombaje en estos procesos agudos: cuando el estado general es muy grave o cuando existen adherencias pleurales. En el primer caso no se está autorizado para esperar pacientemente el efecto del plombaje, sino que debemos desde el primer momento cumplir el precepto quirúrgico de evacuar ampliamente la cavidad. Verdad es que en estos casos si la cavidad pleural persiste nos encontramos con el problema terapéutico más peligroso y grave.

En nuestro caso hemos seguido el procedimiento recomendado por Jhen y utilizado en la clínica de Sauerbruch, que evita con más seguridad que el de Roux la infección pleural. Resecadas con anestesia local un par de costillas a la altura necesaria, se somete al enfermo a una ligera anestesia general con hiperpresión para abrir ampliamente la pleura y taponar con compresas alrededor del foco a modo de como hacemos en cirugía abdominal, fijando el pulmón con cuatro puntos a la pared torácica. Inmediatamente abrimos el pulmón y taponamos la cavidad del absceso con un Mikulicz. A pesar de la amplia apertura del foco, el enfermo murió a los cuatro días con síntomas generales de infección.

Si existen adherencias pleurales previas, no pensamos en colapsar el pulmón con objeto de limitar las lesiones; la mejor limitación la hace el amplio desagüe al exterior. Por esto creemos que lo mejor es intervenir practicando con anestesia local la neumotomía. La incisión del pulmón la hacemos con bisturí eléctrico, que tiene la ventaja de la hemostasia.

Cuando el pus fluye alrededor del bisturí, incidimos en una extensión suficiente para drenar ampliamente el absceso e introducimos un tapón a lo Mikulicz, cuyas mechas internas de gasa yodofórmica cambiamos con cuidado a los siete u ocho días dejando la compresa envolvente hasta la segunda cura, hacia el final de la segunda semana. Con este método no hemos tenido ninguna hemorragia grave inmediata ni tardía y en los tres casos de absceso agudo operados (uno del lóbulo medio derecho y dos del lóbulo inferior) hemos conseguido dos curaciones completas y una con fistula.

En la fase intermedia del absceso, a partir del tercer mes, el proceso ha entrado en el período eminentemente quirúrgico, según el criterio aceptado por casi todos. Empero después de los resultados publicados por los especialistas, no se está autorizado aún en esta fase a ser intervencionista a ultranza. En esta fase intermedia, si bien el absceso está limitado y constituido, su curabilidad está impedida, bien por una dificultad en el desagüe, bien por adherencias pleurales, y por tanto, a la pared torácica, que impiden el aplastamiento de las paredes cavitarias; pero en este período las paredes del absceso son aún flexibles, depresibles y, por tanto, capaces de obturarse, mejorando las condiciones de desagüe o de retracción. Por ello puede aceptarse en líneas generales que en este período intermedio las cavidades parahiliares, centrales, deben de someterse con cuidado y paciencia a la terapéutica broncoscópica hasta tanto que veamos que fracasa o que la gran cantidad de exudados haga que la reabsorción y la tos persistente y continuada debiliten al enfermo. En estos casos es quizá donde está permitido intentar la compresión por neumotórax corriendo el peligro de la infección pleural.

Cuando el absceso es muy superficial y existen adherencias, lo único a realizar es la neumotomía, bastante simple y poco grave.

Si a pesar del tratamiento por vías naturales la cavidad persiste, las indicaciones terapéuticas son las mismas que en la fase crónica.

La cronicidad del absceso, debida en la mayor parte de los casos a insuficiencia de desagüe, tiene como consecuencia la esclerosis y rigidez de sus paredes que, de una parte, dificulta su curación espontánea aun cuando se mejoren las condiciones de desagüe, y de otra, impiden o dificultan su aplastamiento con medios suaves.

Estos hechos nos explican que con la broncoscopia y aspiración se obtengan tan sólo resultados incompletos, a lo más, mejorías de estado general, por disminuir la absorción de productos sépticos, seguidas de recaídas en cuanto cesa el tratamiento.

Por ello sólo conseguimos resultados satisfactorios abriendo la cavidad al exterior o por medio de la compresión o extirpación del lóbulo afecto.

La neumotomía, la amplia abertura del absceso, operación a la que casi siempre tenemos que llegar, está indicada como tratamiento único e indiscutible en los abscesos superficiales con adherencias pleurales. El peligro indudable de la misma es la hemorragia inmediata o tardía. No hay que olvidar que en las paredes del absceso se produce una neoformación vascular que forma a veces verdaderas varicosidades, cuya apertura dará lugar a graves hemorragias. Con la técnica por nosotros empleada no hemos tenido ninguna, pero hay que tener en cuenta el pequeño número de casos y que en el momento de la intervención eran superficiales.

En cambio, uno de ellos del lóbulo superior derecho cuya lesión local estaba al parecer bien limitada, empeoró mar-

cadamente al octavo día de la intervención con elevación de temperatura, disnea, cianosis, etc., produciéndose un nuevo foco en el lóbulo inferior que terminó con el enfermo en una semana. La producción de este nuevo foco se debe probablemente a que como la abertura del pulmón no impide la comunicación con el bronquio, por éste se elimina una parte de la secreción, y la dificultad de expectorar dió lugar a la aspiración del pus y a la infección neumónica correspondiente.

Cuando el absceso es parahiliar o cercano a la corteza pulmonar, pero sin adherencias pleurales, la neumonía en un tiempo está absolutamente contraindicada y hay que conseguir la adherencia pleural o colapsar la cavidad.

El método más simple y más inocuo, al parecer, es el neumotórax, probado con tan excelente éxito en el tratamiento de las cavernas tuberculosas, pero nosotros no lo creemos ni tan inocuo ni de tan felices resultados en los abscesos pulmonares crónicos.

Hay que tener en cuenta las diferencias entre ambos procesos. En la tuberculosis, lo que buscamos con el neumotórax no es tanto un aplastamiento por presión de las paredes de la caverna cuanto, de una parte, el reposo funcional del pulmón, y de otra, favorecer el proceso de retracción del mismo. La caverna tuberculosa no cicatriza merced a su naturaleza tuberculosa, pero sus paredes no son rígidas y cuando llegan a serlo no se aplastan con el neumotórax. En el absceso piógeno o pútrido limitado, la pared del mismo está esclerosada; el tejido pulmonar de las proximidades indurado y poco aplastable, y el neumotórax sin hiperpresión no es suficiente para borrar la cavidad del absceso; lo único que conseguirá es colapsar el tejido pulmonar sano.

Si aumentamos la presión del gas para vencer la resistencia, sólo en los casos muy raros de un amplio desagüe por vía natural conseguiremos disminuir en parte la cavidad. Mas frecuentemente sucederá, o que el mediastino conserve aún su flexibilidad y el pulmón en total se desvíe hacia el lado opuesto, o bien que el mediastino haya sufrido un proceso de esclerosis y endurecimiento (no raro en estos casos) como consecuencia de la infección pulmonar, y no siendo desplazable el pus al comprimir la caverna, se infiltra hacia la periferia, dando lugar al temido pionesumotórax con sus graves consecuencias. Hemos tenido ocasión de operar dos enfermos de pionesumotórax debidos a esta causa con resultados deplorables.

Es verdad que en la literatura se publican de vez en cuando abscesos curados por neumotórax, pero en unos casos posiblemente lo han sido en ese período intermedio en que la pared es comprensible y otros quizá sean cavernas tuberculosas con infecciones secundarias de tan fácil confusión.

Parecidas razones podemos aducir en lo que respecta a la toracoplastia paravertebral de Sauerbruch. La resección de ocho o diez centímetros de costilla no tiene de por sí una acción compresiva directa, sino que actúa mucho más en cuanto que hecha móvil la pared torácica permite o coadyuva a la retracción pulmonar. Por esto, en los abscesos pulmonares centrales con poca tendencia retráctil la compresión de la cavidad sólo se hace incompletamente.

En este caso la cavidad, con un desagüe insuficiente por la situación del orificio de comunicación, sostenido por su lado mediastínico, merced al proceso inflamatorio consecutivo al pionesumotórax que hizo inmóvil el mismo, sujeto por su otra pared, merced a las adherencias pleurales laterales, persistió con la fistula pleural y la toracoplastia ha conseguido borrar el espacio pleural, pero no ha sido suficiente para vencer la rigidez de las paredes del absceso.

Para que la compresión pudiese efectuarse más intensa-

mente se necesitaría hacer una muy amplia resección costal en el territorio correspondiente a la lesión, pero estas amplias resecciones las creemos más ineficaces y más peligrosas que el plombaje como veremos al hablar de las bronquiectasias.

La frenicorexis, operación fácil e inocua, tiene tan sólo una indicación: los abscesos de la base. No siempre consigue sus resultados; necesita, como todos los métodos compresivos, que las paredes del absceso sean depresibles y una fácil comunicación con los bronquios, si bien a veces, aun no siendo ésta muy amplia, se ve como a medida que pasan los días la expectoración va disminuyendo y llega incluso a desaparecer. Verdad es que precisamente en estos procesos de base las adherencias con mucha frecuencia inmovilizan el diafragma y no lo dejan ascender. Empero a pesar de que los movimientos del diafragma aparecen disminuídos y éste ascendido, no debe prescindirse de una operación tan sencilla y leve, pues en ocasiones vemos cómo a pesar de todo, el diafragma se ha elevado más y la cavidad ha por lo menos disminuído.

Naturalmente que en abscesos de paredes muy rígidas la frenicectomía es insuficiente. El plombaje tiene una doble finalidad: la de comprimir la cavidad y la de provocar adherencias pleurales que nos sirven como primer tiempo de la neumotomía. Limitada a comprimir la parte afecta permitiendo hacer una presión a voluntad, es indiscutible que puede efectuar mejor la compresión que ningún otro procedimiento. Es posible que, como dice Sauerbruch, ella baste para curar en algunos casos los abscesos, en aquellos de cavidades pequeñas con amplia comunicación bronquial; nosotros en nuestra corta experiencia no lo hemos observado. En cambio, a consecuencia de la compresión hemos tenido un caso en que a la segunda semana, la fiebre, el dolor en la herida y el estado inflamatorio de sus bordes nos obligó a abrir y a extraer la masa del tapón, encontrado en el fondo un pequeño orificio por el que salían unas gotitas de pus fétido, orificio por el que introdujimos el bisturí eléctrico conduciéndonos a la abertura del absceso. En otros dos casos (lóbulo medio derecho y lóbulo inferior izquierdo «en este último se había practicado una frenicectomía sin éxito») no se consiguió aplastar completamente la cavidad, la expectoración disminuyó bastante y en vista de la persistencia de la fiebre y de la cavidad a las cuatro semanas abrimos de nuevo la herida, quitamos el plombaje e hicimos la neumotomía.

Lo que hemos podido comprobar es la afirmación de Sauerbruch de que con el plombaje se hace mucho más superficial la cavidad: el absceso del lóbulo medio parahilial apenas distaba su pared media $2\frac{1}{2}$ centímetros de la superficie cuando hicimos su apertura.

Desde el punto de vista técnico, el plombaje del lóbulo inferior con las pastas de Baer tiene el inconveniente (comprobado por nosotros en algún caso de tuberculosis pulmonar) de la constitución anatómica de la porción lateroinferior del tórax, cubierta sólo por el músculo latísimo poco fijo a la pared. A consecuencia de los repetidos golpes de tos, la masa, merced a las presiones que sufre con estos esfuerzos se insinúa a través del músculo y aun de la piel, obligando a extraerla y, por tanto, a suprimir la compresión deseada.

Para evitar este inconveniente, Krampha ha propuesto la resección temporal de la costilla, suturando el trozo reseñado a su sitio primitivo una vez realizado el despegamiento extrapleural y el plombaje, tratando con ello de reforzar la pared.

Este inconveniente puede también salvarse utilizando

para el plombaje, en vez de la masa de Baer, un trozo de esponja, como ha propuesto Saltmann de Barchau.

Tal tejido permite una fácil esterilización por la cocción, produce una compresión más elástica, y, según el autor, es perfectamente tolerado y da lugar también a la formación de adherencias pleurales. (*Zentralblatt für Chirurgie*, número 28, 1928.)

En resumen: en el tratamiento de los abscesos crónicos el proceder a seguir depende de la situación del absceso y del estado de la cavidad pleural. Si hay adherencias, la neumotomía será el procedimiento de elección, y si el absceso es central o la cavidad pleural es libre, la operación a elegir será una frenicorexis cuando esté situado en el lóbulo inferior. Si esta intervención no ha dado los resultados apetecidos o la cavidad es del lóbulo medio o superior, practicaremos el plombaje con el deseo de intentar la curación, pero casi siempre con el resultado de superficializar el absceso y producir adherencias pleurales que nos permitan y simplifiquen la neumotomía posterior.

Más difícil es el caso de múltiples abscesos, desarrollados las más de las veces en el lóbulo inferior. La incisión de una cavidad rara vez da la curación, y es necesario casi siempre a través de la primitiva herida incidir en varias direcciones por si se tiene la suerte de poder abrir las restantes o aquellas por lo menos a cuyo través desagüe mejor. El plombaje extrapleural a veces puede dar lugar a la fusión de los tabiques intermedios. Si esto no se consigue y una vez abierto uno o varios de los abscesos persisten los fenómenos de retención de pus, se podrá conseguir, según Nissen, un buen resultado (*Der Chirurg*, 15 Noviembre 1929) siguiendo el método por él denominado liberación del lóbulo pulmonar, «Auslösung des Lungenlappens», según el cual, aislado el lóbulo y exteriorizado y comprimido con la mano, permite darse cuenta de los abscesos más pequeños y abrirlos fácilmente.

El resultado terapéutico de los abscesos y gangrenas pulmonares depende, aparte naturalmente de la afección en sí, de la precisión diagnóstica, no tan sólo de la afección, sino de la topografía de la cavidad y del estado del espacio pleural. Con la radiografía es evidente que hemos conseguido un gran adelanto en el diagnóstico topográfico de las lesiones en cuanto a altura, pero no tanto en cuanto a proximidad de las paredes, es decir, a la accesibilidad de la cavidad. Sólo con radioscopia y radiografía en diversas posiciones o con radiografías estereoscópicas nos podemos orientar aproximadamente sobre cuál es la pared más cercana al foco.

Empero la radiografía simple, si bien da la imagen de la lesión, en la mayoría de los casos, sobre todo después de la vómica, no suele señalar sombras correctas que permitan con cierta seguridad precisar la extensión de la cavidad y la proximidad del absceso a la pared costal. El examen con lipiodol rinde los mayores beneficios. El procedimiento por nosotros utilizado es el de la inyección traqueal por punción de la membrana cricotiroidea, fácil, seguro y sin inconvenientes en manos un poco ejercitadas. Sobre la introducción por vías naturales tiene la ventaja de poderse ejecutar estando el enfermo en la posición adecuada para rellenar el lóbulo pulmonar deseado. Algunos enfermos a quienes hemos hecho practicar por un especialista la inyección por vía natural y más tarde se les ha practicado una nueva inyección por vía cricotiroidea, nos han manifestado que es menos molesto este último procedimiento. La anestesia traqueobronquial la ejecutamos con solución de percaína al $\frac{1}{2}$ por 100, inyectando 5 c. c. por la cánula inmediatamente después de la punción. Hasta ahora no hemos



Opoterapia Hemática

Total



JARABE y VINO de
DESCHIENS

à base de Hemoglobina

contienen intactas las Substancias
Minimales de la Sangre total

MEDICACIONES RACIONALES DE LOS

Síndromes Anémicos
y de las
Decadencias Orgánicas

DESCHIENS, Doctor en Farmacia, 9, Rue Paul-Baujry, Paris (8^e) — Agente para España: J. G. SALINAS, 2, Calle Sagúés, Barcelona

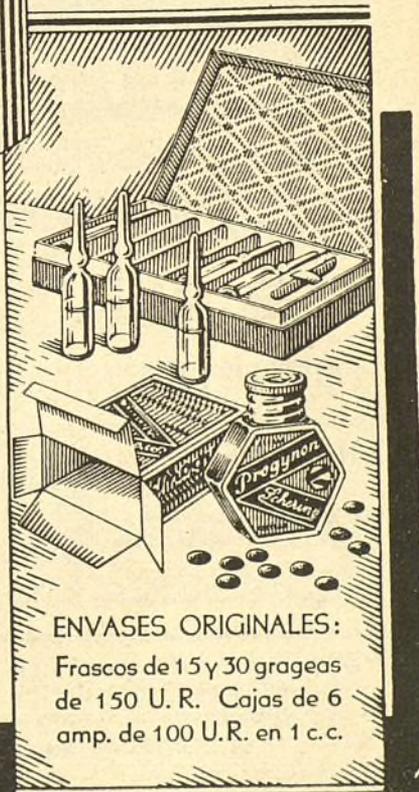
PROGYNON

Hormona sexual femenina (Hormona folicular)
para el tratamiento de los trastornos hipoováricos.

- *Concentración elevada
estandarización exacta*
- *Ampliamente experimentada
en animales (incluso monas)*
- *Eficaz por vía oral gracias a la
adición de lipoides especiales*

La experiencia clínico comprueba su eficacia en los
trastornos climatéricos y la amenorrea secundaria.

PRODUCTOS QUÍMICOS SCHERING, S.A.
Apartado 479, Madrid - Apartado 1030, Barcelona.



LACTOLAXINE

FYDAU

COMPRESIDOS de FERMENTOS LACTICOS LAXANTES
son base de Fermentos Lácticos seleccionados,
Sales biliares, Agar-Agar, Maltel Malina.

**Tratamiento Biológico
del ESTREÑIMIENTO
del ENTERITIS
PADECIMIENTOS del HIGADO
ANTISEPSIA GASTRO-INTESTINAL**

DOSIS: 1 a 3 Comprimidos por la noche al acostarse.
Se vende en estuches de 6 Tubos de 6 comprimidos.

LABORATORIOS BIOLÓGICOS de ANDRÉ PARIS

Farmacéutico de 1ª Clase,
Ex-interno y Jefe de Laboratorios de los Hospitales de París,
4, Rue de La Motte-Picquet, PARIS (Francia).
SE ENCUENTRA EN TODAS LAS DROGUERIAS Y FARMACIAS
DEPOSITARIOS en ESPAÑA
E. y J. A. RIERA, Nápoles, 166, BARCELONA.

Lipiodol

Radiológico

Aceite Vegetal y Yodo puro

del Doctor **LAFAY**

"ASCENDIENTE" Y "DESCENDIENTE"

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

Concesionarios Generales para la Exportación:
LECZINSKI & C^o,
67, Rue de la Victoire
París.

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.

ESTAFILASA del D^r DOYEN

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

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

Solución coloidal
fagógena
polivalente.

MICOLISINA del D^r DOYEN

2 FORMAS:
MICOLISINA BEBIBLE
MICOLISINA INYECTABLE

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

**NEURASTENIA
ANEMIA
CONVALENCIAS**

Vino de Bugeaud

Tónico-Nutritivo,
con Quina
y Cacao.

Actúa por la Teobromina y por los Alcaloides de la Quina

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

Venosina

Tratamiento específico completo de las **AFECCIONES VENOSAS**

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

tenido m
perfecta

Al c
mann, to
inneces
que, a
fusas, n
pulmon
ciado el
posición
y de un
topogra
y nos pe
más ase
situació
bronqui
dosis po
con las
la cavid

Pue
por vía
pero el
través d
por la a
inheren
los resu
un vaso
peligros
por el
pus a t
adherid
es lo m

Pre
costal e
la pleur
baje la
incisión

Est
punción
El c
rencias
clase d

Ni a
de prob
región
ción de
pliegue
quizá
dad de
tribuye

Nos
históri
mos la
costilla
les, a t
el esta
los mo

Seg
una u

En
lesión
quima
nes br
las qu

tenido ningún incidente y se ha conseguido una tolerancia perfecta al lipiodol.

Al contrario de Jehn (*Die Chirurgie Kirschner y Nordmann*, tomo IV, pág. 557), que cree el uso de este medio innecesario en el diagnóstico de los abscesos, opinamos que, a excepción de los casos graves con hemoptisis profusas, no debe intentarse una intervención por supuración pulmonar sin haber realizado la inyección del lipiodol. Vaciado el absceso, colocando previamente al enfermo en la posición de más fácil desagüe, el lipiodol rellena la cavidad, y de una manera clara se puede precisar la extensión y topografía de la misma; la hace más visible a la pantalla y nos permite orientarnos por radioscopia sobre el punto más asequible. Aun en caso de difícil relleno debido a la situación del absceso, a la escasa comunicación con el bronquio o a no haberse vaciado bien, el lipiodol, insinuándose por las paredes de la cavidad, aumenta el contraste con las partes próximas y nos indica no sólo el tamaño de la cavidad, sino su mala comunicación bronquial.

Puede, sin embargo, suceder que ni aun con el lipiodol por vía bronquial consigamos obtener los datos necesarios; pero ello no autoriza a intentar la punción del absceso a través de la pared torácica, ni mucho menos a la inyección por la aguja de punción de la substancia opaca. El peligro inherente a introducir una aguja a ciegas no compensa de los resultados que podemos obtener. La aguja puede herir un vaso, originando una hemorragia grave; pero lo más peligroso es que si tenemos la suerte de caer en la cavidad, por el conducto producido por la aguja puede infiltrarse pus a través de una pleura que no sabemos si está o no adherida, y en este último caso la infección pleural difusa es lo más fácil.

Preferible a la punción es hacer una simple resección costal en el punto elegido y efectuar la punción si vemos la pleura adherida, y si no lo está, conseguir con un plomaje la adherencia para después efectuar la punción y la incisión, si es necesario.

Esta toracotomía exploradora es menos peligrosa que la punción a ciegas.

El conocimiento preoperatorio de la existencia de adherencias pleurales, que tanto nos interesa para planear la clase de intervención a practicar, es de lo más difícil.

Ni aun la radiografía nos da datos seguros. Como signo de probabilidad tenemos la matidez absoluta a nivel de la región en donde radica el absceso y, sobre todo, la retracción de la pared torácica, así como la insuficiencia de despliegue del seno costodiafrágico. El único signo cierto quizá se pueda obtener introduciendo una pequeña cantidad de gas en el espacio pleural y viendo cómo se distribuye.

Nosotros acostumbramos siempre a tener preparado el bisturí eléctrico y la pasta de Baer, aun cuando sospechemos la existencia de adherencias; una vez reseca las costillas y seccionados entre ligaduras los vasos intercostales, a través de la pleura parietal se reconoce bastante bien el estado de la cavidad pleural por el color del pulmón y los movimientos del mismo cuando la cavidad es libre.

Según que existan o no adherencias, así efectuaremos una u otra intervención.

* *

En tanto que en los abscesos y gangrenas pulmonares la lesión y nuestra terapéutica radica y actúa sobre el parénquima pulmonar, las bronquiectasias representan dilataciones bronquiales anormales congénitas o adquiridas, contra las que dirigimos nuestros medios y procedimientos curativos.

Pero no hay que olvidar con Brauer (*Verh. Ges. Innere. Medzin Congreso, 37-1925 95*) que las dilataciones bronquiales no son siempre la causa indefectible de los síntomas clínicos, que en las bronquiectasias adquiridas son generalmente las lesiones indurativas primitivas del parénquima pulmonar las que producen secundariamente las dilataciones bronquiales, y por otra parte, que la enfermedad misma es producida por causas complejas, en las cuales infección e inflamación, paredes bronquiales y parénquima pulmonar juegan un papel más o menos importante, según los casos.

No debe extrañarnos, pues, su variada patología, la diversa reacción que ofrece ante las mismas intervenciones y el que haya sido hasta ahora la afección menos agradecida a la terapéutica médica y quirúrgica. Únase a ello que su evolución eminentemente crónica, alternando largas fases de mejoría con otras de agravación, invita a los enfermos y aun a sus médicos a no intentar el tratamiento cruento más que en último extremo: cuando la supuración abundante y prolongada coloca al enfermo en una situación muy grave, cuando los fenómenos de intoxicación y degeneración amiloidea e insuficiencia de corazón derecho obligan al cirujano a rechazar la intervención o a limitarse a intervenciones pequeñas que aun no siendo más que paliativas resultan siempre graves por el estado del enfermo.

Antes de intentar un tratamiento quirúrgico en las bronquiectasias, conocido el estado general del paciente, que en muchas ocasiones limitará nuestra acción, hay que tener resueltos una serie de problemas que han de orientarnos con certeza hacia el proceder terapéutico a seguir.

¿Cuál es la extensión de las lesiones, son uni o bilaterales? ¿La lesión es congénita o adquirida? ¿El espacio pleural es libre o existen adherencias de las hojas pleurales? ¿Cuál es el estado del tejido pulmonar que rodea los bronquios dilatados?

La extensión de las lesiones nos las da a conocer la broncografía con lipiodol. Si como medio diagnóstico se discute su utilidad en los abscesos y gangrenas, no hay nadie que ponga en duda la necesidad de su empleo en las bronquiectasias aun cuando no nos ponga completamente a cubierto de errores.

La frecuente limitación de las lesiones a un lóbulo pulmonar y su forma hacen posible su tratamiento quirúrgico; pero en los casos de lesiones dobles creemos con Kranpf (*Mun. Medic. Woch.*, 1929, núm. 21) que el cirujano no debe de astenerse sistemáticamente. Con gran frecuencia ambos lados no ofrecen las lesiones en el mismo periodo de desarrollo, sino que uno de ellos está bastante más afecto que otro, y dada la gravedad y el serio pronóstico de la lesión, será preferible, sobre todo en los individuos jóvenes, practicar la intervención conveniente en el lado más gravemente afecto, librando al enfermo de uno de sus focos tóxicos e infectivos.

El conocimiento del origen de la lesión es en muchos casos fácilmente reconocible por la distinta historia y evolución clínica que tienen las bronquiectasias congénitas y adquiridas. Pero este conocimiento interesa al cirujano, no tan sólo en el aspecto clínico, sino por las diferencias genéticas y anatomopatológicas de unas y otras que le llevan a una terapéutica y a un pronóstico diferente.

Las bronquiectasias primitivas o congénitas, cuya frecuencia nos ha demostrado Sauerbruch, se presentan como dilataciones seculares o quísticas separadas por delgados tabiques en los que el tejido pulmonar intersticial, intacto, enfisematoso o atelectásico es aún, como los bronquios, flexible y compresible. La pleura suele estar libre, existiendo

tan sólo ligeras adherencias en la base pulmonar, y el mediastino conserva su flexibilidad. En esta primera fase existen bronquiectasias como lesión anatómica, pero no enfermedad bronquiectásica y las lesiones suelen pasar inadvertidas. Es la infección, tan fácil en la estancación bronquial, la que da comienzo a los síntomas y a las alteraciones patológicas. La infección ataca a la pared bronquial; la mucosa muestra neoformaciones papilares. El epitelio desaparece en varios puntos y la pared bronquial está engrosada; la infiltración invade el tejido próximo, originando primero peribronquitis y perilinfangitis y se extiende más tarde al tejido pulmonar, produciendo focos bronconeumónicos que bien pronto ceden para reverdecer de nuevo marcando la larga historia clínica de estos enfermos. Las lesiones inflamatorias repetidas llegan a ocasionar linfangitis obliterantes que disminuyen la reabsorción de los exudados y dan lugar a la organización del foco, a la invasión por tejido conjuntivo y a la induración del parénquima pulmonar. La inflamación crónica de las paredes bronquiales que al principio dió lugar a una hipertrofia de las mismas, conduce a la atrofia de la mucosa con pérdida de glándulas y de fibras musculares y elásticas; el cartílago degenera y sus restos se infiltran de sales de cal y hasta se osifican. Al mismo tiempo el parénquima pulmonar es invadido por etapas sucesivas y cada vez se obstruyen territorios más extensos que sufren la transformación fibrosa hasta llegar a la pleura, en donde originan adherencias más o menos extensas de sus hojas. A esta última etapa se llega muy lentamente al cabo de muchos años, tantos que hay enfermos que no la padecen.

En las bronquiectasias adquiridas las lesiones pulmonares suelen ser las primitivas y casi siempre las adherencias pleurales existen desde el comienzo. A consecuencia de procesos inflamatorios pulmonares (neumonías, abscesos y gangrenas, tuberculosis, sífilis, neumoconiosis, etc.) en los que la reabsorción de exudado está disminuída, se produce en el parénquima pulmonar trastornos de induración por organización conjuntiva y retracciones cicatriciales en territorios pulmonares más o menos extensos. Cuando el pulmón está adherido a la pleura parietal y el mediastino merced a procesos de vecindad se ha vuelto rígido, la retracción pulmonar sólo desviará la pared torácica y el mediastino en poca extensión, y estando fijo por ambos lados producirá una atracción excéntrica que ocasionará dilataciones bronquiales, las más de las veces cilíndricas. La estancación del exudado producida en las dilataciones facilita la infección con las consiguientes alteraciones en la pared y la infiltración del tejido interbronquial. En estos casos el parénquima pulmonar está indurado desde el comienzo, y éste y, por consiguiente, los bronquios dilatados son poco comprensibles.

En las bronquiectasias por estenosis debidas a compresión u obstrucción de un grueso bronquio, el mecanismo es mixto. La infección de la secreción retenida por debajo del obstáculo conduce a la inflamación y reblandecimiento de la pared bronquial, que es dilatada por la presión del líquido detenido. Al mismo tiempo el parénquima pulmonar atelectásico a consecuencia de la reabsorción gaseosa producida por la obstrucción bronquial, se infecta por infiltración y da lugar a la neoformación conjuntiva retráctil, a la esclerosis del tejido pulmonar y a la retracción del mismo con el consiguiente aumento de la dilatación.

El conocimiento de estas formas clínicas y anatomopatológicas nos lleva a orientarnos sobre el estado del tejido pulmonar y con grandes probabilidades del mediastino y de la cavidad pleural, pero la seguridad absoluta de esto último como en los casos de abscesos sólo la obtendremos me-

dianste la producción de un neumotórax o por una toracotomía exploradora.

Teniendo en cuenta las condiciones anatomopatológicas y la evolución en líneas generales de las diversas formas de bronquiectasias podemos establecer las indicaciones de cada uno de los tres grupos de procedimientos terapéuticos (compresión, desagüe por vía natural u operatoria y extirpación del trozo enfermo) con que contamos en Cirugía para el tratamiento de las más diversas afecciones pulmonares.

Los métodos compresivos, al aplastar las dilataciones suprimen la estancación purulenta en las cavidades y con ello evitan su fermentación, su acción destructiva sobre las paredes bronquiales, disminuyen la superficie de absorción y mejoran el estado general del sujeto.

El neumotórax, aquí como en los abscesos pulmonares, no rinde los resultados apetecidos.

Si tenemos en cuenta las lesiones en bronquios y parénquima pulmonar, no ha de extrañarnos que los conductos bronquiales recubiertos de mucosa y rodeados del tejido indurado no puedan ser comprimidos por un simple neumotórax. La mayor parte de los que lo han practicado han obtenido sólo fracasos e incluso en los casos avanzados aumento considerable de la secreción bronquial y hasta reacciones febriles.

Sólo podemos esperar un resultado satisfactorio en las bronquiectasias congénitas con pleura libre y lesiones infiltrativas no muy acentuadas en enfermos jóvenes, sobre todo niños, en los que el parénquima y los bronquios aún son comprensibles.

Pero aun en estos casos hemos de tener en cuenta, en primer término, que el neumotórax ha de prolongarse mucho tiempo para obtener efectos laudables, ya que si no, las vesículas pulmonares se despliegan y los bronquios se dilatan; y en segundo término, que no se ha de forzar la compresión, puesto que siendo el mediastino flexible, lo que conseguiremos, más que colapsar las cavidades, es desviar pulmón y mediastino hacia el lado opuesto.

La simple frenicorexis, si bien sobre el neumotórax tiene la ventaja de la presión continua, como aquél, sólo actúa en los casos poco avanzados aún fácilmente aplastables cuando radican en la base pulmonar. Empero la mayoría de las veces los enfermos vienen en un período más avanzado con adherencias e infiltraciones que disminuyen la movilidad diafragmática y con el parénquima poco comprensible. En ellos obtiene si acaso mejorías consistentes en disminución de la expectoración bronquial quedando reducido tan sólo a un primer tiempo operatorio que ha de completarse con otra intervención más eficaz.

El método más utilizado hasta estos últimos tiempos y con el que se han obtenido éxitos más lisonjeros en la toracoplastia limitada a la extensión de un lóbulo pulmonar o totalizada a todo un hemitórax. Lo que se le pide en estos casos a la toracoplastia no es tan sólo como en la tuberculosis pulmonar la movilización de la pared, sino que ejerza una verdadera compresión. Por eso no nos podemos contentar con una resección paravertebral a lo Sauerbruch fracamente insuficiente, sino que es necesario una extensa resección costal a ser posible como recomienda Jehn desde el ángulo hasta su extremidad cartilaginosa. A pesar de ello, en éste como en los demás métodos de compresión, no siempre se obtiene el resultado apetecido. Para conseguirlo es necesario la existencia de un mediastino rígido y unas cavidades comprensibles.

En las bronquiectasias primitivas, cuando el mediastino no está rígido, si el tejido indurado no permite el colapso de las cavidades, la toracoplastia extensa, como el neumotórax

tórax con mediastinectomías

Aderencias resecadas ofrecen expectativa de curación y blandura de la pared del tórax

Por plastia, lóbulo) neumol... lo dicho insistir ducente las par corre el tanto que mos la hacer la compre cavidad aplastar girar la turrón según l

Com aparición sión rep lo men sus con los may individ den sop no exist cilindri

Mej presión tiempo tomo I las adh lo pulm masa d guiend totalme es neces

La cir una pusiero se espe lla cual no está enferm pulmonar particip ciones total de P a sionan les rep tar en (Jhen)

tórax con hiperpresión, lo que consigne es tan sólo desviar mediastino y pulmón hacia el lado opuesto dejando las cavidades sin aplastar.

Además del peligro inmediato inherente a las amplias resecciones costales, esta toracoplastia tiene también sus inconvenientes. La pared torácica falta de su rigidez costal ofrece muy poco apoyo a los esfuerzos de la tos, dificulta la expectoración y facilita la aspiración de las secreciones purulentas hacia el pulmón sano, y si el mediastino es flexible y blando expone a los movimientos alternativos de desviación del mismo (mediastinal flatter) con sus desastrosas consecuencias.

Por esto va perdiendo cada día más terreno la toracoplastia, siendo substituída (cuando la lesión se limita a un lóbulo) por la menos peligrosa, más fácil y más segura de la neumolisis extrapleural con plombaje. No hemos de repetir lo dicho de ella al hablar de los abscesos, pero sí hemos de insistir en que para que los resultados no sean contraproducentes, el plomaje ha de colocarse comprimiendo desde las partes periféricas; si se dejan éstas de comprimir se corre el peligro de aplastar los bronquios principales en tanto que permanecen dilatadas las cavidades y favorecemos la absorción e infiltración del exudado purulento. Al hacer la neumolisis nos damos cuenta de la mayor o menor compresibilidad de la masa del pulmón, del estado de la cavidad pleural, y si ésta es libre, aun cuando no podamos aplastar completamente las dilataciones, el plombaje conseguirá la adherencia de las hojas pleurales y nos prepara el terreno para poder realizar una neumotomía o una resección según los casos.

Como hemos indicado, no siempre se consigue la desaparición completa de las cavidades, pero siendo la compresión regulable y mayor que con los restantes métodos, por lo menos, reducimos la cantidad de exudados estancados y sus consecuencias y por su sencillez y poco peligro rinde los mayores servicios en las bronquiectasias secundarias en individuos que por su edad o por su estado general no pueden soportar intervenciones más graves y en aquellos que no existen grandes cavidades como son las bronquiectasias cilíndricas.

Mejores resultados aún parecen obtenerse con la compresión o plombaje intrapleural realizada en estos últimos tiempos por Zaaijer y Sauerbruch (Nissen. *Die Chirurg.*, tomo II, 1930, fascículo 8.º). Abierta la pleura y despegadas las adherencias de sus hojas, si existen, han aislado el lóbulo pulmonar y mediante compresas y grandes cantidades de masa de plombaje lo han comprimido hacia el hilio consiguiendo reducir el lóbulo a un muñón retraído y escleroso totalmente aislado del resto de la cavidad pleural y que si es necesario puede extirparse fácilmente.

La ligadura de la arteria pulmonar, con objeto de producir una esclerosis del parénquima en que tantas esperanzas pusieron Bruns y Sauerbruch, no ha dado los resultados que se esperaban. La operación, de técnica relativamente sencilla cuando el espacio pleural es libre y el pedículo pulmonar no está muy esclerosado, es bien tolerada en general por los enfermos y da lugar a la retracción y esclerosis del lóbulo pulmonar correspondiente; pero el sistema bronquial no participa en estas modificaciones y aun cuando las dilataciones bronquiales se achican no se consigue la curación total del enfermo.

A pesar de ello, la ligadura de la arteria pulmonar ocasionando amplias y fuertes adherencias de las hojas pleurales representa una buena operación preliminar para ejecutar en un segundo tiempo la resección del lóbulo afecto (Jhen).

Cuando existen grandes cavidades, verdaderas cavernas separadas por tabiques en que el tejido pulmonar casi ha desaparecido y en las que la estancación de la secreción purulenta produce una grave alteración del estado general del sujeto, la neumotomía es la sola terapéutica a seguir tratando estas cavidades como si fuesen abscesos. Naturalmente que esta intervención no representa otra cosa que un tratamiento paliativo, pues si bien las cavidades disminuyen y el tejido de la proximidad se esclerosa, el enfermo suele quedar con una o varias fístulas bronquiales cuyas molestias habrá que suprimir cerrándolas más tarde con una nueva intervención. La eliminación franca de la secreción purulenta por la amplia abertura, mejora tanto el estado general de estos enfermos que más tarde nos será permitido con grandes probabilidades y poco riesgo hacerles una intervención radical.

Todas estas intervenciones, como afirma Jhen (*Die Chirurg.*, tomo 4.º II-687) sólo consiguen mejoras, pocas veces curan definitivamente las bronquiectasias. El único tratamiento radical en la extirpación del lóbulo afecto.

Esta extirpación, aun simplificada y mejorada en técnica y resultados en estos últimos tiempos, supone siempre un grave traumatismo y sólo debe ser ejecutada cuando los otros procedimientos no han dado resultado y en tanto que la edad, el estado general del enfermo y la limitación de las lesiones lo permitan.

Abandonada en absoluto la extirpación del lóbulo en pleura libre, merced a su enorme mortalidad, debida a que hasta hoy no conocemos ningún procedimiento de cierre del bronquio, es condición indispensable el aislamiento por adherencias del lóbulo enfermo del resto de la cavidad pleural. Como estas adherencias en el 50 por 100 de los casos no existen, es necesario previamente producir las ejecutando algunas de las intervenciones antes mencionadas.

Conseguido esto, la operación hay que practicarla con anestesia general e hiperpresión, colocando al enfermo en posición de Trendelenburg para evitar fenómenos reflejos peligrosos al hacer la ligadura del pedículo. Resecadas extensamente dos costillas y abierto el campo con un fuerte separador, costal, se incide la pleura parietal y se intenta con cuidado introducirse entre las dos hojas pleurales adheridas despegando delicadamente con disección roma el lóbulo pulmonar e introduciéndose por la cisura hasta aislar el pedículo correspondiente que se liga y secciona.

La operación, aparentemente sencilla, tiene sus accidentes, peligros y dificultades que la hacen a veces extraordinariamente laboriosa y grave.

Al despegar las adherencias, éstas pueden ser tan frágiles o limitadas que nos encontramos en un momento con cavidad pleural libre y o hay que interrumpir la intervención y esperar a la nueva producción de adherencias, o si las condiciones son adecuadas continuar la disección para aislar el lóbulo y terminar con un plombaje intrapleural. En otros casos (la mayor parte bronquiectasias secundarias) las adherencias son tan resistentes que no permiten ni aun el despegamiento parcial de las hojas pleurales, y si el tejido pulmonar y las cavidades no son compresibles, y, por tanto, no podemos esperar nada del plombaje extrapleural, no tendremos más recurso que el de ejecutar la cauterización recomendada por Graham, es decir, seccionar en varias direcciones con el termocauterío el tejido afecto, con objeto de abrir las cavidades y destruir la mucosa, repitiendo la operación tantas veces como sea necesario. Naturalmente que este procedimiento es sólo de recurso y sus resultados no pueden compararse con los de la extirpación ya que casi siempre deja numerosas fístulas bronquiales.

Pero el peligro mayor de esta intervención, consiste en no encontrar el único camino utilizable para aislar el lóbulo, el espacio interpleural. Si se confunde la fascia endotorácica con la pleura parietal y disecamos entre ambas hojas, no encontraremos la cisura interlobar y mal podremos, por tanto, aislar el lóbulo. Y si comenzamos a despegar demasiado profundamente, nos exponemos a destrozar el pulmón con la consiguiente hemorragia, la apertura de cavidades supuradas e incluso la rotura del pericardio o diafragma. Para evitar este inconveniente, posible siempre aun en manos ejercitadas, conviene no dejar demasiado tiempo (más de cuatro semanas) el plombaje extrapleural con objeto de que no se produzcan adherencias demasiado resistentes, o mejor, si desde un comienzo está indicada la lobectomía, comenzaremos, si la pleura es libre, con un plombaje intrapleural que nos aisla mejor la totalidad del lóbulo.

La disección del hilic correspondiente al lóbulo pulmonar afecto se consigue a veces tan fácilmente que incluso se pueden aislar los vasos y el bronquio para ligarlos separadamente. Esto ocurre en raras ocasiones, con gran frecuencia hemos de contentarnos y darnos por satisfechos con colocar una fuerte pinza y hacer un par de ligaduras en bloque, ya que a veces las adherencias y esclerosis hiliares son tan fuertes y resistentes que ni aun esto nos está permitido. En estos casos el pedículo no es posible aislarlo y es necesario resolver el caso, bien seccionando poco a poco entre ligaduras escalonadas, o como aconseja Nissen, colocando un tubo de goma fuerte en la parte aislada más cerca al pedículo, dejando sin extirpar el trozo pulmonar que más tarde se necrosará por trombosis de los vasos, eliminándose a los ocho o diez días.

Una vez extirpado el lóbulo o ligado el pedículo, según los casos, la cavidad torácica permanecerá ampliamente abierta y taponada para que cicatrice por segunda intención (lo que se consigue a los dos o tres meses), quedando casi siempre una fistula pleural que más tarde tendremos que ocluir.

La extirpación de un lóbulo pulmonar con estos procedimientos ha llegado a ser una operación reglada, y a pesar de sus peligros tan poco grave, que en manos de Sauerbruch ha dado hasta 1928, 15 curaciones definitivas y tres defunciones en 18 casos. Por esto no es de extrañar que este autor considere la lobectomía, cuando es posible ejecutarla, como el procedimiento de elección.

Por último, hay casos en que las dilataciones bronquiales a pesar de ser unilaterales, por afectar a los bronquios principales y extenderse a más de un lóbulo, no son justificables de una extirpación, ni pueden hacer pensar en un método compresivo que sería inútil. Debemos contentarnos con un tratamiento paliativo que disminuya la retención de exudados en las cavidades y creemos dará sus mejores resultados el lavado pulmonar propuesto por nuestro compatriota el Dr. García Vicente.

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

André Treves. TRATAMIENTO DE LAS DEFORMIDADES RAQUITICAS DEL MIEMBRO INFERIOR. — El autor se muestra fiel a su idea. Enderezamiento progresivo por moldes de escayola, cuando el hueso es maleable, y osteotomía cuando éste está endurecido.

La tibia, lo mismo que en la sífilis, suele ser el hueso que con mayor facilidad se afecta.

Froeling describe cinco tipos de deformidades en la pierna; el autor los resume en tres: 1.º Convexidad interna sola o asociada a la incurvadura femoral (pierna en aro). 2.º Convexidad externa, y 3.º Anteroexterna. Para Marfan estas deformidades suelen ser de origen hereditario.

En los niños, en el período prodrómico, el mejor tratamiento es el reposo en decúbito, unido a la fisio y actinoterapia, y como medicación el aceite de hígado de bacalao; pero cuando la lesión está constituida, el autor, en contra de la opinión clásica, cree necesaria la operación.

La deformidad en cayado, anteroexterna, de la extremidad inferior del fémur; 1.º, osteotomía cuneiforme; 2.º Genu valgum, en el niño, escayola en cámara libre; en el adulto, osteotomía lineal supracondilia externa; 3.º, en los casos de deformidades con concavidad interna de la tibia, el autor hace enderezamiento forzado u osteoclasia manual; 4.º, en las deformaciones con convexidad anteroexterna de la parte inferior de la tibia, osteotomía cuneiforme. Cuando las lesiones son múltiples, los mismos tratamientos, pudiéndose hacer en una sola sesión la operación en las dos piernas. (*Bull et Mém de la Soc. des Chirur de Paris*. Sesión del 6 de Noviembre de 1931). — J. ISASA.

J. Fabre. LAS INTRADERMORREACCIONES EN EL CHANCRE SIMPLE, LA BLENORRAGIA Y LA LINFOGRANULOMATOSIS INGUINAL. — Numerosas experiencias han demostrado que se puede poner en evidencia la alergia cutánea representada por la reacción de la piel, en un organismo sensibilizado a un antígeno.

La intradermorreacción de Ito, perfectamente estudiada actualmente, es específica del chancre simple y de los bubones durante mucho tiempo, lo que prueba que la alergia producida por el bacilo de Ducrey se prolonga después de la curación de la enfermedad. La técnica es muy sencilla, utilizándose como antígeno un extracto acuoso de bacilos desecados o un producto soluble obtenido por cultivo del bacilo en un medio líquido y una emulsión de bacilos muertos.

La interpretación de los resultados puede ser difícil en los casos positivos débiles y en los dudosos, debidos probablemente a una sensibilización del organismo ante una proteína extraña. Estos casos deben considerarse desde el punto de vista diagnóstico como negativos. Es preciso también, ante una reacción positiva, tener en cuenta la posibilidad de una lesión chancrosa antigua ya curada, de la cual sea testimonio la intradermorreacción, sin que tenga relación alguna con la lesión existente en el momento.

En el curso de la blenorragia, la intradermorreacción de Buck es específica, pero no puede servir para el diagnóstico porque es de una intensidad variable en igualdad de circunstancias, se interpreta con bastante dificultad y no se presenta en un gran número de casos.

La intradermorreacción de Frei facilita, por el contrario, considerablemente el diagnóstico de la paroadenitis inguinal. Tiene un valor absoluto cuando es intensa, y por el contrario, cuando es débilmente positiva o dudosa, puede observarse en individuos portadores de adenopatías sífilíticas o chancrosas, perdiendo, por lo tanto, su valor y exigiendo gran prudencia en su interpretación. (*Toulouse Médical*, núm. 13, 1931). — T. B.

SIL - AL

Metahidrosulfato de aluminio fisiológicamente puro

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

Muestras
y literatura:
A. GÁMIR
Valencia.

BARDANOL

— — Elixir de bardana y estaño eléctrico. — —

INDICACIONES:
Estafilococias en todas
sus manifestaciones.

Muestras
y literatura:
A. GÁMIR
Valencia.

Autorizado por la Inspección Ge-
neral de Sanidad, número 4.193.

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

ATROPAVER

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

SANATORIO PEÑA-CASTILLO

SANTANDER

Destinado a enfermos del aparato digestivo, nutrición y sistema nervioso.
Clima delicioso, once hectáreas de parque, completa instalación de mecanoterapia, electricidad,
calor y terapéutica física. Hotel de dietética. Dos hoteles para psiconeurosis. Pabellón
especial de radioterapia profunda. Sección de toxicómanos.

Director: EXCMO. SR. D. M. MORALES

HOZNAYO. — La mejor agua de mesa.

SARNA

♦♦ (ROÑA) ♦♦

cura rápida y
cómoda con el **SULFURETO CABALLERO**
Destructor tan seguro del Sarcptes Scabiei, que una
sola fricción, sin baño previo lo hace desaparecer por
completo, siendo aplicable en todas circunstancias y
edades por su perfecta inocuidad.

J. CABALLERO ROIG

Farmacia-Laboratorio: Calle Rocafort, 135, Barcelona.

FOSFOTIOLCOL

TOSSES Y CATARROS

AGUAS MINERALES NATURALES

DE

CARABAÑA

“LA FAVORITA”

PURGANTES - DEPURATIVAS - ANTIBILIOSAS - ANTIHERPETICAS

PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI

MADRID

AGUAS DE
MARMOLEJO

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

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

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

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

Gran Hotel del Balneario. Todo confort.

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

RECONSTITUYENTE RÁPIDO

ENOFOSFORINA
SERRA

Fortalece a los débiles. Acorta las
convalecencias. Aclara la mente.
Devuelve el buen humor.

SEÑORES MEDICOS:
INVENTO NUEVO TRASCENDENTAL
EN ELECTROLOGIA

Aparato Electro-Médico Universal
de insuperables adelantos.

15 MODALIDADES EN UN EQUIPO

Pida oferta, sin compromiso.

MIGUEL ANGEL TORRALVA.—Apartado de Correos núm. 331
SEVILLA

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.**

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

Frasco de muestra a los señores médicos, pidiéndolo al director del Laboratorio, Ponzano, 18, entresuelo lzda.
¡Cuidado! Pedid el DEYEN pues hay imitaciones.

Vacantes. (1)

El Ayuntamiento de Vega de Valcárcel (León), partido judicial de Villafranca del Bierzo, ha acordado proveer por oposición, que será juzgada por Tribunal ordinario, la plaza de médico titular inspector municipal de Sanidad de segunda categoría, vacante por interinidad, teniendo asignada la dotación de 2.750 pesetas anuales y 200 familias del padrón de Beneficencia municipal, contando con un censo de 3.852 habitantes.

Tribunal: Presidente, D. José Vega Villalonga, inspector provincial de Sanidad.

Vocales: D. Isaac Medardo Fernández, médico bacteriólogo del Instituto provincial de Higiene; D. Gonzalo Martínez Trincado, subdelegado de Medicina de Villafranca del Bierzo; D. Francisco Martínez Rodríguez y D. Fidel de Pablo Mateos, médicos titulares de Alija de los Melones y Riaño, respectivamente.

Secretario, el secretario del Ayuntamiento de Vega de Valcárcel.

Los aspirantes abonarán la cantidad de 30 pesetas, como derechos de oposición, y dirigirán sus instancias, en papel de octava clase, al señor alcalde-presidente del Ayuntamiento de Vega de Valcárcel. (*Gaceta* del 17 de Marzo.)

— Por separación, la de médico titular de Juncler (Tolledo), partido judicial de Illescas, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 1.875; categoría 4.^a; familias incluídas en la Beneficencia, 29; instancias hasta el 22 de Abril.

Observaciones.— Concurso de antigüedad. Residencia en el barrio «Guardiola».

Datos.— Villa a 10 kilómetros de la cabeza de partido y a 18 de la capital. La estación más próxima, Villaluenga, a un kilómetro.

— De nueva creación, la de médico titular de Azagua (Badajoz), partido judicial de Llerena, con el haber anual de 3.800 pesetas. Población, 17.110; categoría 1.^a; familias incluídas en la Beneficencia, 317; instancias hasta el 22 de Abril.

Observaciones.— Concurso de antigüedad. Hay cuatro titulares más.

Datos.— Villa a 28 kilómetros de la cabeza de partido. Ferrocarril.

— De nueva creación, la de médico titular de Alba de los Cardaños y sus anejos Triollo y Camporredondo (Palencia), partido judicial de Cervera de Pisuerga, con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 1.663; categoría 2.^a; familias incluídas en la Beneficencia, 30; instancias hasta el 22 de Abril.

Observaciones.— Concurso de antigüedad.

Datos.— Villa a 28 kilómetros de la cabeza de partido y

(Continúa en la página siguiente.)

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

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

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

Para expedir la ficha de méritos es necesario presentar, acompañando a la instancia (reintegrada con 1,20 pesetas), los méritos que posea el interesado, como son años de servicios, premios y concesiones, etc., así como naturaleza y fecha de nacimiento; por tanto, deben enviarse tales documentos, o bien pedir a la Comisión del Escalafón, por medio de instancia (reintegrada con 1,20 pesetas), una hoja de servicios, en la cual constan todos estos detalles. (Los derechos de este certificado son 5 pesetas).

Los derechos de expedición de la ficha solicitada son 5 pesetas la primera y una peseta cada copia.

cuando fulguran tus ojos
con mirar centelleante.

Sin ser de evitarlo dueño,
tu vista me hace soñar,
y extasiado con mi ensueño
nunca me acosa el empeño
de volver a despertar.

ION-CALCINA

— PALLARES —

A base de Cloruro de Calcio.

FRASCO E INYECTABLES

La diamantina faceta
del buril de la escultura
que cinceló algún poeta,
fulminó la silueta
de tu espléndida hermosura.

Y pues, libre de quebrantos,
raudá en hermosura creces,
cuando un buen bardo, entre tantos,
narra tus bellos encantos
como en justicia mereces,
creará nimbos fronterizos
que orlen tus pómulos rojos
entre serpentinos rizos,
describiendo los hechizos
del encanto de tus ojos.

Pero no por muy hermosa,
de censura se halla exenta
la inconstante veleidosa;
así, pues, oye una cosa
que has de tener muy en cuenta.

Cada casa es un abismo
atrayente y sin atranco,
donde impera el servilismo
de alto tradicionalismo
con razón de sotabanco.

Ante el mérito y la edad
debes mostrarte discreta,
sin aires de vanidad,
elogiando la verdad
cara a cara y sin careta.

Nunca causa buen efecto
quien capciosa y solapada
le da relieve a un defecto,
con proceder incorrecto
de persona ineducada.

Y tú eres, niña ideal,
la corrección, la dulzura,
la belleza escultura/
con el alma virginal
de la más santa criatura.

Con mi torpe describir,
perdona si estos renglones
propenden a deslucir
tu belleza y destruir
tus pujantes ilusiones.

Del tiempo está empobrecida
mi escasa imaginación,
pero aún alumbró mi vida
la luz que tu edad florida
le presta a mi corazón.

Yo con escaso talento,
desaprueba la *realeza*
del juvenil elemento,
que hace mofa del portento
de la ingénita belleza.

Goza, Fifi, la hermosura
de tu estado placentero,
según cumple a la ventura
que te desea y augura

WENCESLAO BORRACHERO.

TREPONEMOL SÍFILIS

UN PERIODISTA NUEVO

—¿Qué idea te ha dado de dedicarte
al periodismo médico, al concluir la car-
rera, si nunca has sido literato?

—Vaya; siempre he vivido de la plu-
ma durante mis estudios.

—¿Pues, cómo?

—Sí; ¿no te acuerdas que escribía to-
das las semanas a mis padres pidiendo-
les dinero?

DR. CONTI



Pensamientos inéditos de Delacroix.

El famoso periódico de Delacroix, que no llegó a editarse íntegramente cuando su primera publicación en 1893, dejó formulados algunos fragmentos que han sido recogidos por M. Andrés Joubin y publicados por la *Revista Universal* en su número correspondiente al 1.º de Febrero, algunos de los cuales son los que reproducimos a continuación:

«El público era evidentemente más ilustrado en las épocas en que los grandes talentos, porque así les gustaba, no apelaban a la hinchazón pomposa ni al mal gusto de sus producciones. Las obras que de ellos poseemos nos dan la mejor prueba de la medida de su gusto refinado.

El talento mismo se ve muchas veces obligado a manifestarse ruidoso por medios particulares. Lo que tenga de salvaje resucita siempre. La civilización más avanzada no puede borrar de sus ciudades los crímenes más atroces y en los que se manifiesta más claramente

costumbres, de mentalidad o de religión entre los cónyuges u otra causa de naturaleza análoga que no implique culpabilidad de uno de ellos.

En este caso podrá pedir la separación cualquiera de los cónyuges.

Art. 37. El ejercicio de la acción de separación está sujeto a las normas que para la de divorcio establece el capítulo II de esta Ley.

Corresponde al cónyuge inocente optar entre ambas acciones.

Art. 38. La separación sólo produce la suspensión de la vida común de los casados. En cuanto a los bienes del matrimonio, a la guarda de los hijos y a los alimentos, se estará a lo dispuesto en el capítulo III de esta Ley.

Art. 39. Se dictará sentencia de divorcio a petición de los dos cónyuges, transcurridos dos años, a contar desde la fecha de la sentencia de separación, y a petición de cualquiera de ellos cuando hubieren transcurrido tres años.

Art. 40. Por los incapacitados, a tenor del art. 213 del Código civil, podrá pedir la separación su tutor, con autorización del Consejo de familia. Esta separación no podrá motivar la sentencia de divorcio a que se refiere el artículo 39, sino transcurridos tres años y a petición del cónyuge capaz.

CAPÍTULO V

Del procedimiento de divorcio.

SECCIÓN PRIMERA

Disposiciones generales.

Art. 41. Será Juez competente para instruir los procedimientos de separación y de divorcio el de primera instancia del lugar del domicilio conyugal. En el caso de residir los cónyuges en distintos partidos judiciales, será Juez competente, a elección del demandante, el del último domicilio del matrimonio o de la residencia del demandado. Los que no tuvieren domicilio ni residencia fijá podrán ser demandados en el lugar en que se hallen o en el de su última residencia, a elección del demandante.

Art. 42. El Juez examinará de oficio su propia competencia. Son nulos los acuerdos de las partes que alteren lo establecido en el artículo anterior.

Art. 43. Interpuesta y admitida la demanda de separación o de divorcio, mientras se sustancie el juicio la mujer tendrá capacidad jurídica para regir su persona y bienes, con la limitación de no poder enajenarlos ni gravarlos, a no ser mediante autorización judicial y previa la justificación de necesidad y utilidad.

El marido conservará, si la tuviere, la administración

la herencia de pueblos cegados por la barbarie.

Por la misma razón, el espíritu humano, abandonado a sí mismo, recae siempre en un infantilismo estúpido, prefiriendo los juguetes a cualquier objeto digno de atención. La afición a la sencillez no puede durar en ellos mucho tiempo.

CARABANA: el mejor purgante.

El espíritu humano no sabe conservar nada. Para él todas las tradiciones son nulas y una vez que el individuo haya expirado, todo acaba con él.

Existen tantos grados entre lo que se ha convenido en llamar la civilización, como entre un patagón y un hombre como de los que hay muchos, que resumen todo lo que la cultura moral e intelectual pueden añadir a una feliz naturaleza. Puede asegurarse sin temor a errores que más de las tres cuartas partes de los habitantes del globo se encuentran en la barbarie; los restantes constituyen el más y el menos de la civilización. Los bárbaros no se encuentran solamente entre los salvajes, sino que existen también muchos salvajes en Francia, en Inglaterra y en la Euro

pa en general a pesar de su orgullosa cultura.

¡Qué bien expresó este pensamiento Tasara en sus famosos versos!

No es menester que el septentrión los [traiga

Los bárbaros están dentro de Roma.

Lo cierto es que después de siglo y medio de una educación tan exquisita que recuerda los más hermosos tiempos de la antigüedad—hablo del siglo de Luis XIV y un poco más allá—, el género humano (entendiendo por esto el corto número de naciones que actualmente llevan la batuta cultural) vuelve a caer en las tinieblas de una barbarie completamente nueva. En el presente estado de los espíritus el mercantilismo tiene también sus encantos, siendo para ellos el móvil más enérgico. Se obliga a los jóvenes al aprendizaje de todas las lenguas europeas aunque ni uno solo sepa la de su país natal, debido en gran parte al olvido sistemático en que se va dejando el estudio de las lenguas llamadas muertas, consideradas inúti-

Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.

Alcalá, 88. — Madrid.

les porque no aportan ganancias pecuniarias inmediatas. Se les enseña las ciencias no por ilustrarlos o hacerles rectificar su juicio, sino por iniciarles en unos cálculos que les conducirán a una rápida fortuna.

Lo que distingue más claramente la inferioridad en la literatura moderna es la pretensión de hacerla con suma rapidez; el conjunto desaparece diluido en los detalles y la consecuencia es el enojo del lector. En ciertas novelas como las de Cooper, por ejemplo, es preciso leer un volumen de diálogos y descripciones para encontrar un sencillo pasaje que despierte algún interés. Este defecto se encontró singularmente señalado en las obras de Walter Scott haciendo que su lectura fuese bastante difícil en ellas; el espíritu se pasea languideciendo en medio de la monotonía

y del vacío en que el autor parece complacerse hablando de sí mismo. Dicho es aquel cuadro que no necesite más que un golpe de vista para fijar la atención de los curiosos.» — M. P.

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

¡OH LA CORTESÍA!

El amo al criado:

— Andrés.

— Mande, señor.

— ¿A que no te has acordado de preguntar qué tal está la marquesa de Pingo Florido?

— Sí, señor, me he acordado.

— Bien, perfectamente. Puedes marcharte.

* *

BIEN te quiere Guardiola triscadorcilla Violante; pero quíerete el bergante bañada, desnuda y sola.

Quédame de esto una duda, porque, aunque así lo refiere, calla él para qué te quiere bañada, sola y desnuda.

BALTASAR DE ALCÁZAR

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

LE PREGUNTARON a cierto soltero por qué no se casaba, y contestó:

— Porque la mujer que haya de tomar, si es buena, téngala que perder; si mala, que aguantar; si pobre, que mantener; si rica, que sufrir; si fea, que aborrecer, y si hermosa, que guardar.

de los bienes de la sociedad conyugal; pero para enajenarlos y gravarlos será necesaria la conformidad de la esposa, y, en su defecto, la autorización judicial.

Art. 44. Una vez admitida la demanda de separación o de divorcio, el Juez adoptará las disposiciones siguientes, que durarán hasta que termine el juicio por sentencia firme:

- 1.ª Separar los cónyuges en todo caso.
- 2.ª Señalar el domicilio de la mujer.
- 3.ª Poner los hijos menores de cinco años al cuidado de la madre, y los mayores de esa edad, al cuidado del padre.

El Juez podrá, sin embargo, proceder de modo distinto, bien al constituirse el depósito, bien con posterioridad, en virtud de causa justa o por acuerdo de los cónyuges, ratificado a la presencia judicial.

El cónyuge que no tenga en su poder a los hijos tendrá derecho a visitarlos y comunicar con ellos en el tiempo, modo y forma que el Juez determine.

4.ª Señalar alimentos a la mujer, cuando proceda, y a los hijos que no queden en poder del padre, siendo aplicables, en su caso, las sanciones establecidas en el art. 34.

5.ª Dictar las medidas necesarias para evitar que el marido perjudique a la mujer en la administración de sus bienes, si le correspondiere, o en la de los bienes de la sociedad conyugal.

El marido, como administrador de la sociedad de gananciales, vendrá obligado a abonar «litis expensas» a la mu-

jer, salvo cuando ésta posea bienes propios suficientes y disponga de sus productos.

Para la ejecución de las disposiciones a que este artículo se refiere y para sustanciar las cuestiones e incidencias que puedan promoverse como consecuencia de las mismas, se formarán las correspondientes piezas separadas, a fin de no entorpecer en ningún caso la prosecución del asunto principal.

Art. 45. Cuando se solicite la defensa por pobre, tanto por el actor como por el demandado, se sustanciará este incidente en pieza separada, sin detener ni suspender el curso del pleito principal, cuyas actuaciones se practicarán provisionalmente sin exacción de derechos.

SECCIÓN SEGUNDA

Del procedimiento de separación y de divorcio por causa justa.

Art. 46. Las demandas de separación y de divorcio se sustanciarán por los trámites procesales que fija la ley de Enjuiciamiento civil en su libro II, título II, capítulo 3.º, salvo las modificaciones que establezca esta Ley. Para interponer la demanda no será necesario intentar previamente la conciliación. El plazo para comparecer y contestar a la demanda y proponer, en su caso, la reconvencción será de veinte días.

ANALISIS

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

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

FUNDADO EN 1866.

a 100 de la capital. Carretera. La estación más próxima, Cervera de Pisuegra y Guardo, esta última a 28 kilómetros. Río Carrión.

—Por renuncia, la de médico titular de Villarluego (Teruel), partido judicial de Aliaga, con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 2.366; categoría 2.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 20; instancias hasta el 22 de Abril.

Observaciones.—Méritos, Iguales, 6.000 pesetas.

Datos.—Villa a 25 kilómetros de la cabeza de partido y a 90 de la capital. Las estaciones más próximas, Alcañiz y Utrilla, a 10 kilómetros. Carretera. Río.

—De nueva creación, la de médico titular de El Viso de San Juan (Toledo), partido judicial de Illescas, con el haber anual de 1.375 pesetas. Población, 389; categoría 5.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 6; instancias hasta el 22 de Abril.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villar a 6 kilómetros de la cabeza de partido y a 30 de la capital. La estación más próxima, Illescas, a 5 kilómetros Camino vecina. Carretera. Río.

—Por renuncia, la de médico titular de Fontrubí (Barcelona), partido judicial de Villafranca, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 1.259; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 40; instancias hasta el 22 de Abril.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Lugar a 9 kilómetros de la cabeza de partido, cuya estación es la más próxima, y a 42 de la capital. Carretera.

—La Junta Administrativa del Hospital municipal de Castro Urdiales (Santander) ha creado la plaza de médico interino de dicho Establecimiento. Se anuncia la provisión en propiedad del cargo repetido con el haber anual de 5.000 pesetas más un tanto por ciento, que se fijará en momento oportuno, de los ingresos que se perciban por enfermos de pago de Medicina y Cirugía a cargo del Dr. D. Vicente San Sebastián y con los derechos y obligaciones que en el respectivo Reglamento se señalen.

Los solicitantes dirigirán sus instancias al señor alcalde-presidente de este Ayuntamiento acompañando los documentos justificativos de sus condiciones de licenciados o doctores en Medicina y Cirugía, así como la correspondiente partida de nacimiento justificativa de que no han cumplido cuarenta años de edad, límite fijado para la designación, y cuanto tengan por conveniente relativo a méritos y servicios.

Castro Urdiales, 16 de Marzo de 1932.

(Continúa en la página siguiente.)

TINTURA COCHEUX cura la Gota, Reumatismo

— y el Mal de Piedra. —

Exito en los Hospitales desde 1848.

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



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.^a. *Æsculus hippocast*; novocaína, anestésina, etc. Cura Hemorroides internas, externas, sangrantes y padecimientos del recto. Tubo con cánula, 3,50 pesetas; correo, 4. De venta en farmacias.

AGUA DE BETELU

Dama Iturri (Provincia Navarra).

Prototipo de aguas oligometálicas.

MUY APRECIADA POR SUS EXCELENTES PROPIEDADES DIURETICAS

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

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

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



MONOGRAFÍAS

por **1,50** PTAS.

PEDIDOS A EL SIGLO MEDICO



—De nueva creación, la de médico titular de Mayorga y Castrobol (Valladolid), partido judicial de Villalón, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 2 779; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 100; instancias hasta el 22 de Abril.

Observaciones. —Concurso de antigüedad. Hay otra titular.

Datos de Mayorga: Villa a 20 kilómetros de Villalón y a 77 de la capital. La estación más próxima, Sahagún.

Practicantes.

Lana (Navarra), practicante-comadrón, 8 de Abril.

Campo de Yuso (Santander), practicante. 450 pesetas. 18 de Abril.

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

Correspondencia

administrativa . .

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

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

D. Teodoro Sastre. — Pagado fin Diciembre 1932.

D. Avelino García Ruiz.—Id.

Consejo general de Colegios Médicos.—Idem.

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 ESTOMAOAL
SAIZ DE CARLOS
(STOMALIX)

Poderoso tónico digestivo que triunfa siempre.

Venta: Principales farmacias del mundo.

D. Manuel Alvarez.—Id.

D. José Segarra y Segarra.—Id.

D. Manuel Ancielá.—Id.

D. Jesús Cuesta del Muro.—Id.

D. Alfonso González Calzada.—Id. fin Diciembre 1932.

D. Teodoro Galán.—Id.

D. Benito Farifias.—Id.

D. Luis Arce Pérez.—Id.

D. Enrique Falcó.—Id.

D. Emiliano Gahete.—Id.

D. Carlos Fernández Rodríguez.—Id.

D. José Antonio García Peñalvo.—Id.

D. Clemente Hernández Mateo.—Id.

D. Pablo Lacort.—Id.

D. Ventura de Anca y Santos.—Id.

D. Celestino Blasco Bermejo.—Id.

D. Balbino Egado.—Id.

D. Antonio Becerra Ruiz.—Id.

D. Emilio Bové y Pique.—Id.

D. Antonino Fernández Lozano.—Id.

D. Joaquín Berruete.—Id.

D. Emilio Zapatero.—Id.

D. Antonio Alonso Martínez.—Id.

D. Pedro Ambite.—Id.

D. Alberto Chornique.—Id.

D. Francisco Palmacho Cánovas.—Id.

D. Estanislao Bionte.—Id.

D. Julián Díez y Fernández.—Id.

D. Hilario Collantes Conejo.—Id.

D. Antonio Herráez García.—Id.

D. Francisco J. Carazony.—Id.

D. Antonio Billoch.—Id.

D. José Alavarez Novoa.—Id.

D. Victoriano Agut.—Id.

D. Ricardo Chaguaceda.—Id.

D. Claudio Carrasco Quicías.—Id.

D. Daniel Antofianzas.—Id.

D. José García Arista.—Id.

D. Luis Martín Tovar.—Id.

D. Miguel Calvo Casado.—Id.

D. Casto Martín González.—Id.

D. José María Martínez Arnau.—Id.

D. Celestino Cerrada.—Id.

D. Modesto Martín.—Id.

D. José Fernández Sanguino.—Id.

D. José Arijón Gende.—Id.

D. Gabino Alvarez Argüelles. Id.

D. Pedro Coco Rodríguez.—Id.

D. Máximo Manzano.—Id.

D. Fernando de la Puente.—Id.

D. R. Fuentes Pecellín.—Id.

D. Antolín de la Rosa.—Id.

D. Ramón Martín Molino.—Id fin Diciembre 1932.

D. Marcelo F. de Mendía.—Id.

D. Rafael Simón Ruesga.—Id.

D. Miguel Díaz Calderón.—Id.

D. Segundo Arranz.—Id.

D. Francisco Arroyo.—Id.

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

municipales de Sanidad, publicada en el presente número de la *Gaceta de Madrid*, consignarán en sus presupuestos respectivos, que habrán de regir durante el próximo ejercicio económico, las dotaciones correspondientes a las categorías asignadas en la citada clasificación, en armonía con lo dispuesto por Decreto del Ministerio de Hacienda de fecha 29 de Diciembre último.

Madrid, 12 de Febrero de 1932.—El director general, P. D., S. Ruesta. (*Gaceta* del 18 de Febrero de 1932.)

*
* * *

RECTIFICACIÓN

Habiendo aparecido un error de copia en la clasificación definitiva de las plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad de la provincia de Zaragoza, publicada en la *Gaceta de Madrid* del 18 del corriente, en la que figura el Ayuntamiento de Manchones y sus agregados Murero y Orcajo con una plaza de tercera categoría,

Esta Dirección general ha tenido a bien disponer se rectifique la citada clasificación en el sentido de que sea una plaza de cuarta categoría la asignada a la agrupación de referencia.

Madrid, 19 de Febrero de 1932.—El director general, P. D., S. Ruesta. (*Gaceta* del 21 de Febrero de 1932.)

BADAJOZ

Clasificación definitiva de las plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad, correspondiente a la provincia de Badajoz.

MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO PARTIDO JUDICIAL	Número de plazas.	Categoría que se le asigna.	MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO PARTIDO JUDICIAL	Número de plazas.	Categoría que se le asigna.
Acedera.....	1	5. ^a	Fuente del Arco.....	1	4. ^a
Acechal.....	2	2. ^a	Fuente del Maestre.....	3	2. ^a
Ahillones.....	1	3. ^a	Fuentes de León.....	2	2. ^a
Alange.....	1	3. ^a	Garbayuela.....	1	4. ^a
Albuera (La).....	1	4. ^a	Gariitos.....	1	4. ^a
Alburquerque.....	3	2. ^a	Garrovilla (La).....	1	4. ^a
Alconchel.....	2	3. ^a	Granja de Torrehermosa.....	3	2. ^a
Alconera.....	1	4. ^a	Guareña, Marchita y Cristina.....	2	2. ^a
Aljucén.....	1	4. ^a	Haba (La).....	1	3. ^a
Almendral.....	2	3. ^a	Helechosa de los Montes.....	1	4. ^a
Almendralejo.....	5	1. ^a	Herrera del Duque.....	2	3. ^a
Arroyo de San Serván.....	1	3. ^a	Higuera de la Serena.....	1	3. ^a
Atalaya.....	1	5. ^a	Higuera de Llerena.....	1	4. ^a
Azuaga.....	5	1. ^a	Higuera de Vargas.....	2	3. ^a
Badajoz.....	12	1. ^a	Higuera la Real.....	3	3. ^a
Barcarrota.....	3	2. ^a	Hinojosa del Valle.....	1	4. ^a
Baterno y Capilla.....	1	5. ^a	Hornachos.....	3	4. ^a
Benquerencia de la Serena.....	2	3. ^a	Jerez de los Caballeros.....	4	1. ^a
Berlanga.....	3	2. ^a	Lobón.....	1	4. ^a
Bienvenida.....	2	3. ^a	Llera.....	1	3. ^a
Bodonal de la Sierra.....	2	3. ^a	Llerena.....	3	1. ^a
Burguillos del Cerro.....	3	2. ^a	Magacela.....	1	3. ^a
Cabeza del Buey.....	5	2. ^a	Maguilla.....	1	3. ^a
Cabeza de Vaca.....	2	3. ^a	Malcocinado.....	1	4. ^a
Calamonte.....	1	3. ^a	Malpartida de la Serena.....	1	3. ^a
Calera de León.....	1	3. ^a	Medellín y Mengabril.....	1	3. ^a
Calzadilla de los Barros.....	1	3. ^a	Medina de las Torres.....	2	3. ^a
Campanario.....	3	2. ^a	Mérida.....	5	1. ^a
Campillo de Llerena.....	2	3. ^a	Mirandilla y El Carrascalejo.....	1	2. ^a
Carmonita.....	1	5. ^a	Monesterio.....	3	2. ^a
Casas de Don Pedro.....	1	3. ^a	Montemolín, Palarés y Santa María de la Nava.....	3	2. ^a
Casas de Reina.....	1	4. ^a	Monterrubio de la Serena.....	2	3. ^a
Castilblanco.....	1	3. ^a	Montijo.....	2	2. ^a
Castuera.....	2	2. ^a	La Morera.....	1	3. ^a
Codosera (La).....	1	3. ^a	La Morera.....	1	3. ^a
Cordobilla de Lácara.....	1	4. ^a	Nava de Santiago (La).....	1	4. ^a
Coronada de la Serena.....	1	3. ^a	Navalvillar de Pela.....	2	2. ^a
Corte de Peleas.....	1	3. ^a	Nogales.....	1	3. ^a
Cheles.....	1	4. ^a	Oliva de la Frontera.....	4	2. ^a
Don Alvaro.....	1	4. ^a	Oliva de Mérida.....	1	3. ^a
Don Benito.....	4	1. ^a	Olivenza.....	4	1. ^a
Entrín Bajo y Alto.....	1	4. ^a	Orellana de la Sierra.....	1	4. ^a
Esparragalejo.....	1	4. ^a	Orellana la Vieja.....	2	3. ^a
Esparragosa de Lares.....	1	4. ^a	Palomas.....	1	4. ^a
Esparragosa de la Serena.....	1	3. ^a	Parra (La).....	1	4. ^a
Feria.....	1	3. ^a	Peñalsordo.....	2	2. ^a
Fregenal de la Sierra.....	4	1. ^a	Peraleda del Zaucejo.....	1	3. ^a
Fuenlabrada de los Montes y Pelo cne.....	1	3. ^a	Puebla de Alcocer.....	2	3. ^a
Fuente de Cantos.....	3	1. ^a	Puebla de la Calzada.....	2	3. ^a
			Puebla de la Reina.....	1	4. ^a

MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO PARTIDO JUDICIAL	Número de plazas.	Categoría que se le asigna.	MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO PARTIDO JUDICIAL	Número de plazas.	Categoría que se le asigna.
Puebla del Maestre.....	2	3. ^a	Trujillanos.....	1	4. ^a
Puebla del Prior.....	1	5. ^a	Usagre.....	2	3. ^a
Puebla de Obando.....	1	4. ^a	Valdecaballeros.....	1	4. ^a
Puebla de Sancho Pérez.....	2	3. ^a	Valdetorres.....	1	4. ^a
Quintana de la Serena.....	2	2. ^a	Valencia de las Torres.....	1	3. ^a
Reina.....	1	4. ^a	Valencia de Mombuey.....	1	3. ^a
Retamal.....	1	4. ^a	Valencia del Ventoso.....	2	2. ^a
Ribera del Fresno.....	3	2. ^a	Valverde de Leganés.....	2	3. ^a
Roca de la Sierra (La).....	1	3. ^a	Valverde de Llerena.....	1	3. ^a
Savaleón.....	2	3. ^a	Valverde de Mérida.....	1	3. ^a
Salvatierra de los Barros.....	2	3. ^a	Valverde de Burguillos.....	1	4. ^a
San Pedro de Mérida.....	1	4. ^a	Valle de la Serena.....	2	3. ^a
Santa Amalia.....	1	3. ^a	Valle de Santa Ana y Valle de Matamoros.....	1	2. ^a
Santa Marta.....	2	2. ^a	Villafranca de los Barros.....	5	2. ^a
Sancti-Spiritus y Risco.....	1	4. ^a	Villagarcía de la Torre.....	2	2. ^a
Santos de Maimona (Los).....	4	2. ^a	Villagonzalo.....	1	2. ^a
San Vicente de Alcántara.....	3	2. ^a	Villalba de los Barros.....	2	3. ^a
Segura de León.....	2	2. ^a	Villanueva de la Serena.....	4	1. ^a
Sirueta.....	2	2. ^a	Villanueva del Fresno.....	2	2. ^a
Solana de los Barros.....	1	4. ^a	Villar del Rey.....	2	3. ^a
Talarrubias.....	2	3. ^a	Villar de Rena y Rena.....	1	4. ^a
Talavera la Real.....	2	3. ^a	Villarta de los Montes.....	1	3. ^a
Táliga.....	1	4. ^a	Zafra y La Lapa.....	3	2. ^a
Tamurejo.....	1	5. ^a	Zahinos.....	1	2. ^a
Torre de Miguel Sesmero.....	1	3. ^a	Zalamea de la Serena.....	2	2. ^a
Torremayor.....	1	4. ^a	Zarza Capilla.....	1	4. ^a
Torremejía.....	1	5. ^a	Zarza de Alange.....	1	3. ^a
Trasierra.....	1	4. ^a			

Habiendo sido desestimadas las reclamaciones formuladas por el Ayuntamiento de Fuentes de León.

Madrid, 25 de Febrero de 1932. — El jefe del Negociado, U. Trujillano. — El director general, P. D., S. Ruesta. (*Gaceta del 1 de Marzo de 1932.*)

* *

En cumplimiento de lo dispuesto en la Orden de este Ministerio de fecha 29 de Octubre último, los Ayuntamientos de la provincia de Badajoz a los cuales se refiere la clasificación definitiva de las plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad, publicada en el presente número de la *Gaceta de Madrid*, consignarán en sus presupuestos respectivos, que habrán de regir durante el próximo ejercicio económico, las dotaciones correspondientes a las categorías asignadas en la citada clasificación, en armonía con lo dispuesto por Decreto del Ministerio de Hacienda de fecha 29 de Diciembre último.

Madrid, 25 de Febrero de 1932. — El director general, P. D., S. Ruesta. (*Gaceta del 1 de Marzo de 1932.*)

LÉRIDA

Clasificación definitiva de las plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad, correspondiente a la provincia de Lérida.

MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO PARTIDO JUDICIAL	Número de plazas.	Categoría que se le asigna.	MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO PARTIDO JUDICIAL	Número de plazas.	Categoría que se le asigna.
PARTIDO JUDICIAL DE LÉRIDA					
Albatarrech.....	1	4. ^a	Llardecans.....	1	4. ^a
Alcarraz.....	1	3. ^a	Masalcoreig.....	1	4. ^a
Alcoletge.....	1	3. ^a	Mayals.....	1	3. ^a
Alfés y Suñé.....	1	4. ^a	Miralcamp y Puig Gros.....	1	2. ^a
Almacellas.....	1	3. ^a	Mollerusa y Fondarella.....	1	2. ^a
Almatre.....	1	4. ^a	Montoliu.....	1	5. ^a
Artesa de Lérida.....	1	4. ^a	Palau de Anglesola.....	1	4. ^a
Aytona.....	1	3. ^a	Puigvert y Aspa.....	1	4. ^a
Bell-Lloch, Sidamunt y Alamús.....	1	2. ^a	Roselló.....	1	4. ^a
Benavent y Vilanova de Segriá.....	1	4. ^a	Sarroca.....	1	4. ^a
Castellnou de Seana.....	1	4. ^a	Serós.....	1	3. ^a
Corbins.....	1	4. ^a	Soses.....	1	4. ^a
Golmés.....	1	4. ^a	Sudanell.....	1	4. ^a
Granja de Escarpe.....	1	4. ^a	Torrebeles.....	1	4. ^a
Grafieta de las Garrigas y Acano.....	1	4. ^a	Torrefarrera y Torres-rona.....	1	4. ^a
Lérida.....	5	1. ^a	Torres de Segre.....	1	3. ^a
			Vilanova de Alpicat.....	1	3. ^a
			Vilanova de la Barca.....	1	4. ^a

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD. — *Rectificación.*— Correspondiendo a las plazas de médicos titulares del Ayuntamiento de Santiago (Coruña), primera categoría, según la clasificación vigente, y habiéndose hecho constar en el anuncio de una plaza de médico titular-tocólogo del mismo publicada en la *Gaceta de Madrid* de fecha 1.º de Enero último, para su provisión en propiedad mediante oposición, ante Tribunal especial, que se hallaba clasificada en segunda categoría, con la dotación consiguiente,

Esta Dirección general ha tenido a bien disponer la rectificación en el anuncio citado, en el sentido de que la citada plaza es de primera categoría, teniendo asignada la dotación de 3.000 pesetas anuales, subsistiendo en cuanto a los demás extremos el anuncio de referencia.

Lo que se hace público para conocimiento del citado Ayuntamiento y médicos interesados, a fin de que se celebren las citadas oposiciones para provisión de la plaza a los efectos oportunos.

Madrid, 18 de Marzo de 1932. — El director general, P. D., P. Blanco.

—El Ayuntamiento de Jijona (Alicante), partido judicial de Jijona, ha acordado proveer por oposición, que será juzgada por tribunal ordinario, la plaza de médico titular-inspector municipal de Sanidad de segunda categoría, vacante por jubilación; dotación 2.750 pesetas anuales y 298 familias del padrón de Beneficencia municipal, contando con un censo de 6.584 habitantes.

Tribunal: Presidente, D. Emilio Ferragut Forques, inspector provincial de Sanidad.

Vocales: D. José Viñes Ibarrola, médico epidemiólogo del Instituto Provincial de Higiene; D. José Fernández Pérez, subdelegado de Medicina de Jijona; D. Luis Delgado de Molina Cerdá y D. Carlos Ferrándiz Boronat, médicos titulares de Villena y Alcoy, respectivamente; y

Secretario: D. Emilio Asensi Serra, secretario del Ayuntamiento de Jijona.

Los aspirantes deberán dirigir sus instancias, en papel de octava clase, al Sr. Alcalde presidente del Ayuntamiento de Jijona. (*Gaceta* del 28 de Marzo.)

—El Ayuntamiento de San Lorenzo de la Parrilla, Cuenca, partido judicial de Cuenca, ha acordado proveer por oposición, que será juzgada por Tribunal ordinario, la plaza de médico titular inspector municipal de Sanidad, de segunda categoría, vacante por renuncia, dotación 2.750 pesetas anuales y 96 familias del padrón de Beneficencia municipal, contando con un censo de 2.684 habitantes.

Tribunal: Presidente, D. Natalio Sánchez Plaza, inspector provincial de Sanidad.

Vocales: D. Rafael Molina Pina, médico bacteriólogo del Instituto Provincial de Higiene; D. Félix de la Muela Falcón, subdelegado de Medicina de Cuenca; D. Joaquín Fernández Pombo y D. Luis María Bris Sanz, médicos titulares inspectores municipales de Sanidad.

Secretario: D. Eladio Delicado Algarra, secretario del Ayuntamiento de San Lorenzo de la Parrilla.

Los aspirantes deberán dirigir sus instancias, en papel de 8.ª clase, al señor alcalde-presidente del Ayuntamiento de San Lorenzo de la Parrilla. (*Gaceta* del 28 de Marzo.)

—El Ayuntamiento de Chamartín de la Rosa, Madrid, partido judicial de Colmenar Viejo, ha acordado proveer por oposición, que será juzgada por Tribunal especial, la plaza de médico titular tocólogo, vacante en el mismo por nueva creación, teniendo asignada la dotación de 3.000 pesetas anuales y 500 familias del padrón de Beneficencia municipal, contando con un censo de 39.005 habitantes.

Tribunal: Presidente, D. Enrique Bardají López, inspector provincial de Sanidad, de Madrid.

Vocales: D. Guillermo de la Rosa King, médico del Instituto Provincial de Higiene; D. Nicasio Mariscal, subdelegado de Medicina, de Madrid; D. Nicolás Martín Ciraja y don Ricardo Cortés, médicos titulares inspectores municipales de Sanidad; y

Secretario, D. José F. Fernández Núñez, secretario del Ayuntamiento de Chamartín de la Rosa. (*Gaceta* del 28 de Marzo.)

—El Ayuntamiento de Calatorao, Zaragoza, partido judicial de La Almunia de Doña Godina, ha acordado proveer por oposición, que será juzgada por Tribunal especial, la plaza de médico titular inspector municipal de Sanidad de tercera categoría, vacante por nueva creación, dotación 2.200 pesetas anuales y 56 familias del padrón de Beneficencia municipal, contando con un censo de 3.500 habitantes. Hay otra titular.

Tribunal: Presidente, D. Aniceto Bercial González, inspector provincial de Sanidad.

Vocales: D. Gustavo Martínez Bazán y D. Antonio García Alvarez, médicos titulares inspectores municipales de Sanidad.

Secretario, D. Antonio García López, secretario del Ayuntamiento de Calatorao. (*Gaceta* del 28 de Marzo.)

—El Ayuntamiento de Calatorao, Zaragoza, partido judicial de La Almunia de Doña Godina, ha acordado proveer por oposición, que será juzgada por Tribunal especial, la plaza de médico titular inspector municipal de Sanidad, de tercera categoría, vacante por jubilación, dotación 2.200 pesetas anuales y 56 familias del padrón de Beneficencia municipal, contando con un censo de 3.500 habitantes. Hay otra titular.

Tribunal: Presidente, D. Aniceto Bercial González, inspector provincial de Sanidad.

Vocales: D. Gustavo Martínez Bazán y D. Antonio García Alvarez, médicos titulares inspectores municipales de Sanidad.

Secretario, D. Antonio García López, secretario del Ayuntamiento de Calatorao. (*Gaceta* del 28 de Marzo.)

Permuta.—Se permuta un partido en la provincia de Valladolid, a 18 kilómetros de la capital, luz, teléfono, ferrocarril, por otro de la misma provincia, Zamora o Palencia. Para informes, D. Jesús Sáez Escobar, Avenida de la República, núm. 16, segundo, Valladolid. (890)

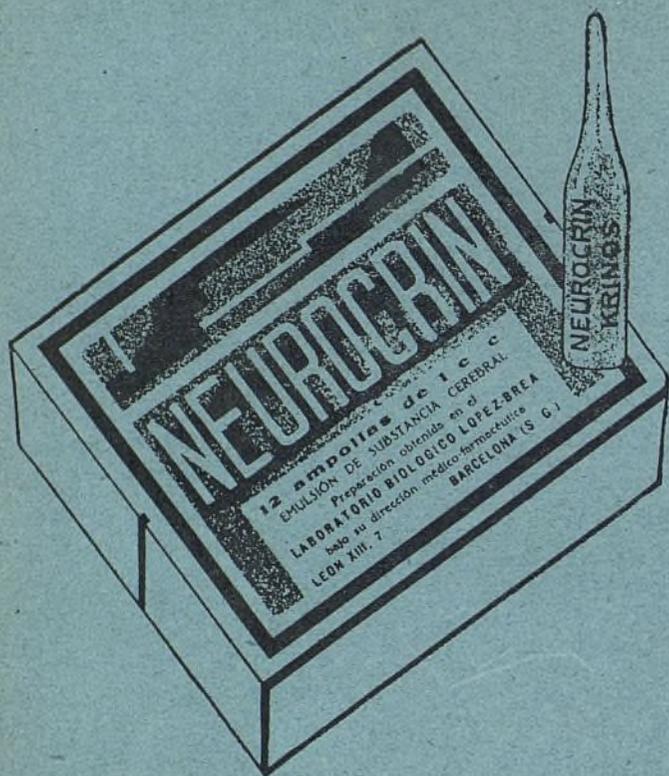
¿Conoce usted las

MONOGRAFÍAS

publicadas por EL SIGLO MÉDICO?

Envíe 1,50 pesetas y le serviremos uno de los diez tomos (encuadrados) que tenemos a la venta.

Se convencerá del interés práctico de estas MONOGRAFÍAS y pedirá inmediatamente la colección.



Terapéutica Biológica de las Jaquecas

Neurocrin Krynol

(Emulsión aséptica de substancia cerebral)

INDICACIONES

- Antineurálgicas** (jaquecas)
- Anticonvulsivas** (síndromes epilépticos)
- Antigénicas** (disonias vegetativas)

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

Agotamiento nervioso, Psicosis depresivas, Surmenage, Desnutrición y Raquitismo

ADMINISTRACION Y DOSIS

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

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

MUESTRAS PARA EXPERIMENTACIÓN CLÍNICA
LEON XIII, 7 BARCELONA (S. G.)
Laboratorio Biológico LÓPEZ-BREA

Ayuntamiento de Madrid

TERAPÉUTICA DE LAS ALTERACIONES MENSTRUALES

OVARIOTONO

COMPOSICIÓN } Substancia ovárica, 0,10; Substancia tiroidea, 0,05; Viburnum prunif. extr., 0,06; Piscidia erythrina extr. 0,06; Hyoscyamus niger extr., 0,01.



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

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

HEMOSTONO

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



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

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

SECCION PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

La función sanitaria es junción 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*.—Un formidable enemigo, por *Juan José Dias*.—La familia en la Rusia de los Soviets, por la *Sra. Muckermann*.—Academias, Sociedades y Conferencias.—Academia Española de Farmacia.—Rayo de luz, por *Santiago Fernández de Velasco*.—Facultad de Medicina de Barcelona.—Proyecto de nueva organización de servicios sanitarios municipales, por *Francisco Bécarras*.—Los fracasos de la medicación intravenosa en la blenorragia crónica.—Sección oficial.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Clasificación de partidos médicos.—Tertulia médica.—Anuncios.

Boletín de la semana.

¿Quiénes son los malos españoles?

Nunca es bueno comenzar la exposición del juicio con un calificado rotundo o rotal, que así está mejor dicho en este caso. Pero veces se dan en las que tal se nos mueve el ánimo frente a lo que leemos u oímos, que nos alivia el pensamiento lanzar antes que la argumentación su resultante. Sin embargo, vamos a poner cátedra de ecuanimidad: no queremos calificar el artículo del Sr. Marañón aparecido el martes 29 de Marzo en *El Sol*.

Cuando leímos su traza y meditamos su contenido nos aseguraba nuestra esperanza que el comentario sería copioso y vivo en toda la Prensa. Pero es evidente que el Sr. Marañón es un hombre afortunado. Nada hemos leído en que se analicen las afirmaciones de tal escrito. ¡Y la cosa lo merece!

Don Gregorio está siendo sujeto de una crisis espiritual del más gustoso estudio para el menos psicólogo.

Don Gregorio, en fuerza de adelantarse a sus años en notoriedad y fundamento intelectual, va a comenzar su juventud y aun su niñez cuando pasa ya de los cuarenta y cinco. Le sucede ahora el fenómeno tan conocido de los que no la *corrieron* a los veinte y la corren a los sesenta. Y la consecuencia está siendo parigual de maléfica para su crédito público.

Esta su última manifestación lo canta bien claro. Es un artículo cuajado de todas las ligerezas que pueden fluir de una pluma novel y exageradamente impresionable.

Desde que se galopa sobre los cuarenta, todos debemos fijar ante la mesa de trabajo una cartela con estos dos apotegmas impagables en su rendimiento útil:

Vierte el vino de la pasión que no hayas podido beber y llena tu copa con el agua de la razón.

La soberbia es el más incómodo de los lujos y el que pagamos más caro.

Si el diario en que aparece ese artículo sobre

LOS MALOS ESPAÑOLES no siguiera una lamentable costumbre, daríamos aquí reproducidos los párrafos del escrito del Sr. Marañón y nada más precisaría para que nuestros lectores advirtieran la sencillez infantil de su mecánica descompuesta. Pero *El Sol* prohíbe la reproducción y ello nos obliga a limitarnos a invitar a su lectura frente a nuestros comentarios.

El Congreso que se ha celebrado últimamente en Madrid no ha sido un Congreso *general* de cirujanos internacionales, sino un Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía, en todo semejante como Asociación internacional a la Sociedad de Urología, que celebró el admirable Congreso de Madrid que todos recordamos. No hay por qué discutir, ni nadie ha discutido el éxito de este Congreso, ni los defectos que evidentemente ha tenido pueden calificarse de maniobras de malos españoles, cuando bien patente está la generosidad con que se ha producido todo el mundo frente a actitudes que hubieran merecido muy otro trato.

Pero además, resulta francamente divertido que quienes hemos asistido mañana y tarde al Congreso, quienes hemos escuchado, leído, traducido y divulgado sus trabajos científicos, y hemos procurado disimular gestiones que se voceaban en fracaso y en cosas peores, nosotros tengamos que leer al Sr. Marañón las cosas que le viene en gana decir sin que le hayamos visto *ni un solo minuto* en las sesiones del Congreso, y sabiendo como sabemos que ese bombo que toca *lo toca de oído*.

Mal camino es ése. Hay actitudes que la más elemental discreción aconseja no mantener demasiado porque seguramente producen agujetas y hormigueos cerebrales.

Desde luego ignoramos quiénes son esos *bellacos* que más allá de las fronteras impidieron con sus informaciones que acudieran al Congreso más extranjeros.

El Sr. Marañón haría bien en decir quiénes son esos bellacos para que así sumáramos sus nombres a los que en tantos años fueron desprestigiadores de España, en toda Europa y en toda América. Si Marañón ha roto esas cartas en que aparecen de

nunciados esos *bellacos*, debería completar su gesto generoso rompiendo sus amistades con los que sabe *muy bien* cómo han hablado *muy mal* de la patria dentro y fuera de ella.

Pero además está visto que D. Gregorio no tiene tiempo de leer la prensa diaria nacional y extranjera y a través de sus informaciones no da importancia a los acontecimientos de que todos los días se da cuenta gráfica y detallada de hechos que no tiene nada de particular que más allá de los Pirineos produzcan sensación y cuidado.

La *verdad* para el Sr. Marañón está tomando un carácter por demás peregrino, y esa *su verdad* de la que habla con los mismos, mismísimos términos que se pueden registrar bien sin trabajo en las notas oficiales del general Primo de Rivera a las que tan despectivamente alude en su artículo, esa *su verdad* está dispuesto a esperar que imponga *sin impaciencia y sin rencor* todo el tiempo que sea necesario. ¡Menos mal! Pero no da claras señales de esa ponderación al escribir de semejante modo. Todos sabemos que el tiempo es el gran separador del oro puro de los merecimientos, lo que no somos todos es tan cándidos como D. Gregorio para suponer que esa separación no nos eche al montón de las vulgaridades. ¡Feliz él! También asegura que las revoluciones son grandes enseñadoras. Esto, como todo lo del artículo, es delicioso. Si no se ha vivido más que una revolución, por fuerza debemos aprender de las anteriores en los libros *de texto* y no parece que las enseñanzas recogidas por el estudio hayan sido muchas en nuestros revolucionarios *de pecho*.

¿El Sr. Marañón se cree un buen español? No se lo discutimos, sobre todo teniendo en cuenta, como él asegura en su último párrafo, que ha sido un hombre que ha padecido por traer la República *todas las amarguras y persecuciones que ningún español de ahora puede exhibir ni explotar*. ¡Quién lo duda!

Perdone *El Sol* que reproduzcamos las anteriores palabras, pero es que hay cosas que deben dejarse tal y como se escribieron.

En fin, que *por lo expuesto*, como dice el señor Ríos, y por las alabanzas que se dedica al régimen ruso, *atacado en campañas por gentes que luego se benefician de él*, puede el lector deducir el calificado que nos negamos a estampar al comienzo de este Boletín para ese artículo que merece leerse. Le estiamos un documento de clínica psicológica.

DECIO CARLAN

UN FORMIDABLE ENEMIGO

Estamos todos cuantos nos honramos con el título de médico titular absolutamente identificados, contestes en que la vida de pueblo, el ejercicio médico rural, deja mucho que desear y nada tiene de agradable, y si algo —pequeña cosa— tiene de grata es completamente absorbido por los mil sinsabores, las múltiples contrariedades y amarguras del ejercicio profesional en los predios rústicos.

Comienza el médico rural, condenado por la vida, obligado por su porvenir económico, por desplazarse de la ciudad donde ha dejado pasar los más gratos años estudiantiles, la población donde tejió sus primeros sueños románticos, para lanzarse por el asendereado camino de la vida rural.

De por siempre el ejercicio médico, lo mismo en la población que en el campo, en los aristocráticos gabinetes plagados de sedas y encajes como en los modestos locales de la población rural entre sábanas remendadas, bastas y, a veces, poco limpias, ha tenido momentos de grandes ingratitudes, de desaliento, de mal contenida pena, al ver pagado un esfuerzo, un desvelo, con la silenciación del egotismo ingrato o con la acre crítica apasionada y muchas veces absurda como el cerril razonamiento que la sustenta.

No existe—así rotundamente—médico alguno que pueda jactarse de no haber visto coronada de espinas una ruda labor al pie del lecho de un agonizante o al lado de la cabecera de otro enfermo cualquiera. Cuando el enfermo sana acompaña la adulación de la familia algunos días, pocos meses, a la sonrisa cameladora de los familiares que se llaman agradecidos. Pero pronto, con la inconstancia de la Humanidad, desaparece el servilismo de la mentida gratitud para dejar paso a la más absoluta indiferencia; pero ¡ay del pobre médico si se muere el enfermo! Para un caso de sensata comprensión de la no omnipotente voluntad del facultativo, son un millón aquellos en que la incompreensión de la familia quiere buscar en alguna emisión—cierta inventada—del médico la causa coadyuvante de la muerte del familiar. Pues bien; en los pueblos, en su mayoría—quizás en todos—, esta enemiga del galeno se ve acrecida, sostenida, incrementada, por la carencia de cultura de toda clase y la subsiguiente cohorte del inculto, de la ignorancia; nos referimos a la osadía con que muchos ignorantes quieren aparentar un baño de suficiencia del que carecen por entero.

Varias veces hemos hablado del enemigo cacique que amarga muchas horas de la existencia del pobre médico; pero hoy queremos tirar de la manta—pasadme la frase—y mostrar el negro aspecto de otro enemigo no menos temible, fiel sanitario rural. Nos referimos a ciertas mujeres, a esas comadres desocupadas de los pueblos, cotorronas impenitentes, que mientras dejan desatendidos los principales quehaceres de su casa, mientras dejan discurrir por las calles los harapientos cuerpos de sus mal cuidados pequesuelos, son eterna plaga de portales y esquinas en amigable consorcio con alguna otra hembra de su ralea que les acompaña en el beatífico coro que disecciona, miembro por miembro, el cuerpo del médico galvanizado por el sufrimiento.

Tememos al enemigo cacique, odiamos al contrario manejador de cerebros obtusos y de brazos de obreros que le siguen esclavos por el jornal que les dispensa, pero odiamos y tememos más aún al enemigo mujer, a la comadre andariega y fisgona, que en su gramática parda, en su inculta conversación, sabe o hace por adornar una acción, una

— BARACHOL —

Antisármico ideal. Obra por absorción medicamentosa y evaporación de gases, curando la sarna sin baños, sin desinfección de ropas y aplicando la pomada únicamente en las manos.

LABORATORIOS HISPANIA.—VILLAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)

Anticalculina EBREY

EXTRACTO VEGETAL

Extraído de Plantas Frescas.

Sin contener opiatas ni narcóticos, ANTICALCULINA EBREY es un poderoso anodino y secativo para las afecciones renales, vesicales y hepáticas.

☞ Su influencia directa sobre los riñones prueba ser de una eficacia marcada sobre los estados inflamatorios siendo de valor insuperable en la

NEFRITIS, URICEMIA, CALCULOS, COLICOS NEFRITICOS Y HEPATICOS, REUMA, GOTA, CIATICA, LUMBAGO

Antes y después de las operaciones ANTICALCULINA EBREY es de gran mérito para evitar complicaciones y contribuir a una pronta convalecencia.

ANTICALCULINA EBREY es un diurético de valor insuperable. No causa trastornos en el estómago y su uso es de gran ayuda en los tratamientos arsenicales y mercuriales.

EBREY CHEMICAL WORKS, NEW YORK

E Darán, S. en C., Madrid.—Comercial An. Vicente Ferrer, Barcelona —Dr. Cuesta, Valencia, y en todas las farmacias.



¡CONTRA EL DOLOR!

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

ACONSEJAD

CEREBRINO MANDRI

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



Elaborado con especialidad por el Dr. B. Oliver y Rodés, Farmacéutico Titulado en el Laboratorio, Barcelona, España.

Bactilose

OLIVER RODES **PRODUCTO DEL PAIS**

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

INDICACIONES
Forunculosis, Septicemias, Antrax, Escarlatina, Gripe.

NO PRESENTA CONTRAINDICACIONES
USO: Casos agudos: Una cucharada grande, diluido en agua, cada dos horas.
Casos crónicos: de tres a cuatro cucharadas por día en las comidas.

DEPÓSITO GENERAL **VENTA EN FARMACIAS**
LABORATORIO QUÍMICO - FARMACÉUTICO DEL DR. B. OLIVER Y RODES
CONSEJO CIENTO 308 · BARCELONA



Termoplasma

MARCA REGISTRADA

Gliceroplasma antiflogístico que genera calor

Muestras: LABORATORIOS DEL MEDITERRANEO, Apartado 26, CASTELLÓN

Bronquitis, Neumonías, Pleuresias, Congestión pulmonar, Apendicitis, Cólicos hepáticos y nefríticos, Adenitis.

EN TODA INFLAMACION Y CONTRA TODO DOLOR

Con el 20 por 100 de descuento

los suscriptores de **EL SIGLO MÉDICO** pueden adquirir las obras siguientes:

	Pesetas		Pesetas
F. MARTINEZ		BAUSA ARROYO	
Enfermedades del Esófago y Estómago, un tomo	7	A. B. C. de Análisis Clínicos.	5
MORA		MAX NASSUER	
Lecciones de Terapéutica, 2 tomos.	40	El Cuerpo y la Vida de la Mujer.	6
ALEXANDER-VALDES LAMBEA		PEREZ CUADRADO	
Cirugía de la tuberculosis pulmonar.	25	Pies zambos, congénitos y adquiridos.	12
VALDES LAMBEA		VILARIÑO	
Estudios de Fimatología.	12	La infancia y la Naturaleza.	6
Prontuario Terapéutico de las enfermedades del Aparato respiratorio, especialmente de la Tuberculosis, con apéndice del doctor García Vicente.	5	GALINDEZ	
Lecciones sobre Tuberculosis	15	Prontuario de Oftalmología	8,50
ALVAREZ SIERRA		PUYOL CASADO	
Vademécum del Inspector Municipal, dos tomos.	45	La protección a la mujer embarazada (folleto)	1
Formulario Terapéutico de las enfermedades de los Niños	8	PUENTE VELOSO	
La Vida como la ven los Médicos.	4	Fisiopatología clínica del Aparato respiratorio	10
Memorias del Dr. Iturralde.	5	MOLLA	
SANDOVAL AMOROS		La Mujer y el Deporte, un tomito.	2,50
Formulario Terapéutico de las enfermedades del Aparato digestivo.	4,50		
El estreñimiento, sus peligros y su tratamiento; un tomito de 115 páginas	3		

Los envíos se harán previo pago o a reembolso.

Los precios indicados no sufrirán aumento cuando se nos envíen los importes por giro postal, sellos de correo, cheque, etc. Los reembolsos llevan un aumento de 0,75 pesetas.

OBRAS MODERNAS

UTILIDAD

ECONOMIA

libre expresión, del triste médico con un comentario, las más de las veces descabellado, muchas ocasiones ridículo, ancestral, que le ridiculiza ante los ojos curiosos, irónicos—suspicientes mejor—de los clientes que, por obra y gracia de esa obra difamatoria, miran con recelo y hasta dificultan la notable labor del profesional.

Son estas comadres, las eternas oficiosas, las que menudean las visitas en las casas del enfermo, familiares o no, para de cada una de ellas llevarse un comentario, una pajita de curiosidad que unir al nido de la ponzoña de su malevolencia. Y en cada casa dejan la siembra del virus de su cerebro anquilosado, de su mezquindad de espíritu, amalgamado todo ello con la más absoluta ignorancia, la carencia total de medios de cultura que no supieron aprender en la escuela, y que dejaron a jirones en los soportales y en los lavaderos, al aprender en ellos el fácil arte del mango-neo, de la injuria y de la calumnia.

He aquí, amigos, un nuevo enemigo, viejo realmente por su longevidad, nuevo porque pocas veces ha sido sacado a la literatura médica, que al lado del cacique, del monterilla endiosado y déspota, son el elemento disolvente que acibarán la vida, la dolorosa vía del calvario, que los rurales sufrimos en nuestro ejercicio sanitario-profesional, sin que hasta la hora actual hayamos conseguido ver nuestra frente levantada por el reconocimiento de la hidalguía de nuestra misión. Hablamos de estas cosas, pedazos de la intimidad de los médicos, plaga de langosta que todos tenemos en nuestros sembrados, para convencer, a los que toda vía creen vivimos en éxtasis, que somos los mártires de la profesión.

JUAN JOSÉ DÍAZ

La familia en la Rusia de los Soviets

El dios de la Rusia de los Soviets es la máquina; su ídolo, la tecnización del mundo. Así lo quería Lenin; así lo quiere hoy Stalin en el plan quinquenal. La hipervaloración de la técnica va tan lejos que se intenta elevarla, en una medida hasta ahora nunca alcanzada, no sólo en la industria y en la agricultura, sino en las relaciones más íntimas que pueden existir entre los hombres.

También la vida sexual es sometida a un proceso de producción y se plantea del mismo modo la obtención de hombres que la de tractores. Tal concepto no ha nacido del deseo de una completa libertad en la vida del instinto. Lenin como Trotski, los iniciadores en Rusia, han tenido, en cuanto podemos juzgarla, una vida de familia normal. Sabemos también de bolcheviques importantes que se han ocupado de sus hijos con solicitud conmovedora tal y como la ha establecido la naturaleza del hombre. No hay que creer que en el país gigantesco donde hoy domina el bolcheviquismo se han suprimido ya todos los lazos de la familia. Rusia está habitada, en un 90 por 100, por labradores que por tradición conceden gran valor a la familia y a los hijos. Se puede añadir que la mujer rusa es una buena esposa y una buena madre, y que tiene un camino de amargura muy grande. Una cosa es sabida: que el sistema bolchevique hace todo lo posible para destruir cada vez más la familia. Es una consecuencia, llevada a su último extremo, del concepto materialista del mundo, que en la forma del marxismo sólo tiene en cuenta las condiciones económicas y la sociedad colectiva. A esto se añade la idea de que la familia es sólo una parte de la herencia de la época burguesa, que desde la revolución debe ser negada.

Así no nos admira el que el Congreso de la Liga de Mujeres Comunistas proclamara el año 1924: «La revolución es imposible mientras subsiste la familia. La familia es una institución de la burguesía creada por la Iglesia, que debe ser destruída.»

Son conocidas las palabras de Alejandra Michajlowna Kollontaj, miembro desde hace mucho años del partido comunista: «¡Paso al alado Eros!» Todos sabemos que el matrimonio, en la Unión de los Soviets, según la ley, es el resultado del convenio voluntario de dos cónyuges; que no están obligados a registrarlo; y que puede disolverse en cuanto uno de ellos lo desee. Para representarse la realización de los nuevos ideales, nada mejor que el informe de Lunatscharski sobre el plan de una ciudad en el Ural, en la que los hombres y las mujeres deberán vivir separados, cada uno en su propia habitación, mientras los niños serán educados en un asilo del Estado. Los padres tienen el derecho de visitarlos en el tiempo regulado por la ley. Las palabras padre y madre no deben ser pronunciadas. Más recientemente, Radek, en *Iswestija* (número 149, 1.º de Junio de 1931), ha dicho: «El triunfo de la revolución es la destrucción de la autoridad de padres y de maestros.»

Se puede imaginar que la predicación de los principios comunistas creó en los comienzos relaciones terribles, nada naturales y hasta análogas a orgías. Ya se quejó de ello Lenin. Después, la naturaleza ha ido poco a poco imponiéndose y la mujer, como parte más débil, en la vida económica se ha convertido sencillamente en la víctima del hombre, muchas veces de modo voluntario. Arturo Rundt, en su obra «La nueva creación del hombre» (Editor Rowehl, Berlín), dice sobre las condiciones actuales:

«Las muchachas descuidadas voluntariamente en su aspecto, con camisa de hombre y americanas de cuero, con cartapacios grandes bajo el brazo, con el lapicero tras la oreja, que se veían al principio de la revolución por todas partes, en la calle, pertenecen a un tipo del pasado; la rusa joven de hoy procura, con todas sus fuerzas, agradar: se lava, se cuida, se peina, y cierra, con un par de puntos, el agujero inconveniente de su media de lana.»

La llamada libertad de la mujer debiera expresarse, en la mayoría de los casos, de manera más adecuada diciendo: Libertad del hombre contra la mujer, porque el más fuerte, a la larga, sigue su naturaleza, y se comprende que el desamparo de la mujer, ya no protegida por el matrimonio, es cada vez mayor a medida que los nuevos conceptos van penetrando en el país.

Hace poco me entregaron un paquetito de cartas que ha escrito desde Rusia una alemana. Fué allí con su marido, pero pronto se desilusionó, no sólo en sus esperanzas económicas, el hombre la abandonó y ella quedó en la mayor necesidad. En una carta escrita el 4 de Junio de 1931, leemos:

«Se me ofreció regresar a Alemania. ¿Pero qué tengo ya allí? Como mi marido está ocupado en el extranjero, no puedo tener ahí un salario. El Estado soviético será bueno para aquel que tiene mucho que recibir y que dar. El amor libre y el matrimonio de camaradería pueden ser aprovechados por todo el mundo. Ya han causado muchas desgracias. No soy la única que sobre esto puede dar explicaciones. Muchos cientos de miles comparten mi infortunio, y sólo los que de esto han sufrido pueden decir el odio que esto despierta. La mujer rusa debe ir al trabajo si no quiere morir de hambre. Si hay niños, deben ser llevados a un asilo para que la madre vaya al trabajo. Como soy enemiga de todo lo que aquí en Rusia se considera Libertad, Igualdad y Fraternidad, soy enemiga de la libertad del matrimonio.»

«La mujer no tiene aquí nada que decir. Es una esclava.

¿Qué puedo hacer? Yo soy casada... y tampoco lo soy. Según la ley alemana, que aquí no rige, lo soy; y según la ley rusa, no soy nada. Veo todos los días a la mujer que él ha tomado; podría hacerla mil pedazos, cuando pienso en que tiene todo lo que necesita, porque se ha casado con un alemán y puede comprar lo que quiera porque para ello tiene derecho un alemán, mientras el ruso no lo tiene, y yo no puedo disponer de nada... Estoy fuera de todo camino, mientras los demás se divierten. Vivo de lo que me dan otras mujeres rusas.»

Este es un cuadro repugnante de un estado de cosas que se extiende cada vez más por la Rusia de los Soviets. La mujer es, según la ley, igual al hombre; debe trabajar duramente; puede, como él, llevar armas; pero en la realidad, y como lo acusa este testimonio, es *la esclava del hombre*.

SRA. MUCKERMANN

Academias, Sociedades y Conferencias

SOCIEDAD OFTALMOLÓGICA

Sesión del 3 de Marzo de 1932.

ASTIGMATISMO FUGAZ

Dr. M. Renedo: Que el astigmatismo puede modificarse por causas diversas y por variadas circunstancias hacerse aparente un defecto astigmático de ordinario corregido, son hechos no por poco frecuentes desconocidos. Que pudiera tener el carácter de fugaz en el estricto sentido de la palabra de aparecer repentinamente para desaparecer con igual rapidez y en plazo brevísimo, era un fenómeno del que no teníamos noticia alguna. Esto justifica la presentación a la Sociedad de la siguiente historia resumida.

El Dr. F., prestigioso médico de Madrid, observa un día al levantarse que ve muy mal con su ojo derecho y apenas puede leer porque la mala visión en este ojo le trastorna de tal modo que la lectura con los dos abiertos es muy molesta.

A la exploración encontramos en completo orden y con $V = 1 \frac{1}{4}$ el ojo izquierdo.

Ojo derecho $V = 1/3$; córnea perfectamente normal. Esquiascopia = emetropía. Javal $- 0 + 90 = 0,75$ D; medios transparentes y fondo en orden.

Al examen subjetivo acusa al cuadrante horario un astigmatismo que queda corregido con el vidrio correspondiente de $- 0,75$ a 120° , alcanzando la visión del ojo izquierdo.

No encontrando justificación a este astigmatismo aparecido horas antes, nos limitamos a prescribir el cristal corrector. Pero el distinguido colega, ya tranquilizado su ánimo alarmado, al convencerse de que lo que le sucedía no tenía la trascendencia que había supuesto, aplaza hasta el día siguiente el acudir a proveerse del vidrio prescrito, notando a la próxima mañana—o sea veinticuatro horas después de aparecer el fenómeno—que ya ve bien con los dos ojos, como siempre ha visto, que puede leer sin dificultad y no nota molestia alguna.

¿Cómo explicar lo ocurrido?

No puede pensarse se trate de un ojo que haya visto mal antes sin que el paciente se haya dado cuenta, por tratarse de un laringólogo de gran actividad profesional que con seguridad utilizará cada día alternativamente sus ojos muchas veces. Es decir, que se trata de un fenómeno agudo indudablemente.

Quizás una esquiascopia con cilindros o una prueba subjetiva previa atropinización hubiese podido aportar alguna

luz a la patogenia, pero es natural que el paciente y amigo se negase a toda nueva exploración de momento una vez recuperada su visión normal.

Es posible exista un astigmatismo de asiento posterior a córnea y que el ciliar hubiera corregido desde la niñez no acusándole el enfermo hasta el momento en que una causa tóxica o de otra naturaleza debilitando el músculo dejase aparecer el defecto que volvió a corregirse una vez el ciliar recuperó su capacidad contráctil habitual.

Dr. Márquez: Considera sería de interés el repetir la exploración para saber si sigue acusando ante el cuadrante horario algún meridiano astigmático.

Dr. Arjona: Opina que la explicación patogénica que más le convence es la de tratarse de un espasmo por la rapidez de aparecer y desaparecer el fenómeno.

Dr. Marín Amat: Juzga muy conveniente determinar si pasado el accidente subsiste algún meridiano desenfocado. Se ocupa del astigmatismo corneal, de cara anterior y posterior de cristalino y de incidencia, adhiriéndose a la idea sugerida por el Dr. Arjona.

Dr. Galiana: Recuerda un caso de una señorita en la que el defecto de refracción que aquejaba de antiguo desapareció al expulsar una tenia.

Dr. Rivas Cherif: Considera que ha debido tratarse de un astigmatismo hipermetrópico. Un espasmo del ciliar dejaría subsistente el defecto, pero transformado en un astigmatismo miópico que se hizo aparente.

Dr. Renedo: Los colegas que han hecho honor a la comunicación confirman mi creencia de tratarse de un caso insólito, ya que a pesar de su gran práctica y autoridad científica no pueden recordar nada análogo.

Es lástima que el Dr. Galiana no haya publicado el caso que cita y que, aun completamente distinto al nuestro, es de gran interés. Las sugerencias de los Dres. Márquez, Arjona, Rivas Cherif y Marín Amat me parecen aceptables. Sólo frente al número de astigmatismos que el último acepta, he de opinar que existen o pueden existir muchos más en el ojo, ya que la homogeneidad de los medios transparentes sólo es relativa—nos bastaría recordar las zonas de discontinuidad del cristalino, por ejemplo—, pero que el resultado de la refracción de un ojo es siempre un esférico, o un esférico y un cilindro.

CATARATA HETEROCROMICA

Dr. Costi: Comienza por estudiar las principales causas de heterocromía, entre las cuales hace resaltar la influencia del simpático y la llamada ciclitis heterocromica.

Hace un estudio de las alteraciones histológicas del epitelio posterior del iris y del cuerpo ciliar en las ciclitis heterocromicas.

En las células de dicho epitelio existe una vacualización seguida de desintegración pigmentaria.

En cuanto a la frecuencia de estas ciclitis, Lutz dice que las encontró en un 0,1 por 100 de los casos y Fuchs cita 38, de los cuales en 33 coincidía con la formación de una catarata.

Clinicamente se caracteriza por su desarrollo insidioso sin síntomas subjetivos, pasando totalmente inadvertida para el enfermo hasta que comienza la opacificación del cristalino.

Lee la historia clínica de un enfermo de treinta y dos años que padece una catarata en el ojo izquierdo, coincidiendo con una decoloración del estroma iridiano.

No hay antecedentes familiares ni personales.

La heterocromía la tiene hace muchos años, pero nunca padeció ninguna enfermedad ocular.

Los datos más interesantes son los obtenidos por biomicroscopia, que son los siguientes:

Tres pequeños precipitados en la membrana de Descemet que por su forma, tamaño y coloración no se parecen a los que se observan en las uveítis de origen sifilítico o tuberculoso. En el iris hay un acúmulo de cromatóforos y disgregación de la capa pigmentaria. En cristalino, catarata incompleta.

En el ojo sano no se encuentra nada anormal. La exploración del simpático efectuada siguiendo la técnica de Danielpolus puede considerarse normal.

Termina diciendo que en su opinión el enfermo objeto de esta comunicación debe considerarse como un caso de ciclitis heterocrómica con formación de catarata.

Dr. Renedo: El cuadro de iris descrito por el Dr. Costi podría ser de naturaleza tuberculosa. Es sensible no se apelese, siguiendo esta orientación, a las oportunas investigaciones biológicas.

Dr. Arjona: Pregunta si se hizo la prueba de la instilación de cocaína para ver cómo respondía el iris, ya que la alteración que se ha descrito se atribuye a perturbaciones simpáticas.

Dr. Costi: Por la edad del paciente considero de escaso valor la prueba tuberculínica y creo también mejor la exploración del sistema neurovegetativo practicada por un especialista que la sencilla prueba de la cocaína.

* *

SOCIEDAD ODONTOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión del 11 de Marzo de 1932,

Preside el Dr. Cervera.

El Dr. Trobo presenta dos enfermos procedentes de la clínica del Sr. Jiménez Díaz. Lee la historia clínica del primero, que desde los trece años padece ataques de reumatismo; más tarde contrajo paludismo en la campaña de Cuba; al volver a España trata su reumatismo con salicilato de sosa y baños de Alhama.

El enfermo a la exploración da como resultado interesante una boca muy séptica; lee los análisis de jugo gástrico, úlcera gástrica claramente diagnosticada, orina con indicio de albúmina, uratos y urobilina positiva. Este enfermo ha padecido anginas de repetición; odontológicamente este enfermo padece una paradentosis y en virtud de la teoría de los americanos se impone la extracción de todos los dientes, con la condición de hacer en cada diente un cultivo para ver qué bacteria hacía de alérgeno para producir las alergias a distancia. En el primer diente extraído se encontró un estafilococo, en el segundo un estreptococo hemolítico; se suspenden las extracciones; se preparan 10 vacunas, que se le inyectan por vía subcutánea, y el enfermo, tras una gran reacción, cura.

Presenta otro caso de reacción alérgica de origen dentario, y tras de leer la historia, muy expresiva, saca la consecuencia de que el enfermo curó al desaparecer el foco séptico de la boca, producido por un diente epivot. Lo notable de este caso es que desapareció la periexplanitis. Hace el Dr. Trobo detenidas consideraciones sobre infección de origen focal y alérgica y la manera genuina que tienen los órganos de reaccionar a cualquier insulto. Cita como ejemplo el asma, describiendo los originales trabajos hechos sobre esta materia por el Dr. Jiménez Díaz.

El profesor Landete presenta una enferma que padece una linfocelulitis del mentón consecutiva a un diente muerto sin carie; con la trepanación del diente pudimos compro-

bar el diagnóstico de diente muerto. La radiografía nos mostró que había más dientes afectados; comprobamos por electrocoagulación que el diente vivo reaccionaba, mientras los desensibilizados permanecían insensibles. La electrocoagulación es un elemento eficaz de diagnóstico de la vitalidad.

El profesor Mayoral felicita al Dr. Trobo por el anhelo de superación en sus trabajos. Habla sobre las anginas como puerta de entrada de infecciones producidas por la erupción de los molares del juicio; cita numerosos casos que confirman la realidad de este aserto y de muchas anginas que han cedido a la curación del proceso de sepsis dentaria; las anginas actúan, no como puerta de entrada, sino como puerta de salida. Se ocupa, por último, de la génesis de la producción de la melanina y de las pigmentaciones producidas en las encías.

El profesor Landete hace atinadas consideraciones a la comunicación del Dr. Trobo, hablando de las lesiones de tipo infectivo, que toca más allá del diente, como las estomatitis que se localizan en los bordes de las encías y las osteomielitis interdentarias. En cuanto a las amigdalitis de origen gingival, la mayoría de las veces se infecta por el capuchón inflamado de la muela del juicio, unas veces por linfagitis y la mayor parte de las veces por contacto del exudado. Hace un detenido estudio de las manchas de melanina y su relación con los procesos de las cápsulas suprarrenales.

El Dr. Blanco Bueno cita trabajos de la clínica de los Dres. Mayo sobre el origen del reumatismo dentario. Respecto al concepto de la melanina, hace atinadas consideraciones. El Dr. Cervera felicita a todos los oradores por su brillante intervención y da atinadas normas para distribución del tiempo en estas sesiones de modo que haya lugar para discutir las comunicaciones que se presenten y el programa para este curso, dispuesto por la Directiva.

* *

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

En la sesión celebrada por esta Sociedad el 22 del actual bajo la presidencia del Dr. Mariscal presentó su anunciada comunicación sobre el tema «Problemas higiénicos de la panificación» el Dr. Fernán Pérez, que comenzó haciendo diversas consideraciones sobre maquinismo y obrerismo, para afirmar, en un plano de higiene industrial, que el maquinismo en la elaboración del pan es beneficioso para el obrero y para la masa general de consumidores.

Hizo un detenido estudio comparativo entre las condiciones higiénicas y alimenticias que ofrece el pan elaborado por los procedimientos primitivos y el que se logra obtener científicamente e higiénicamente.

Seguidamente, el Dr. Fernán Pérez proyectó dos films: uno puramente agrícola, de siembra y recolección del trigo por todos los procedimientos, y otro en el que se exponían los diversos sistemas de panificación.

Abierta la discusión, el Dr. Yagüe hizo atinadas consideraciones acerca del problema higiénico de la panificación.

El Dr. Fernán Pérez recogió las observaciones hechas por el Sr. Yagüe, ampliándolas y prometiendo aportar unas conclusiones que serán discutidas en sesiones sucesivas.

El Dr. San Antonio solicitó que se activasen las gestiones para que se diera el nombre de Ferrán a una calle madrileña, interviniendo en la discusión de esta proposición los Sres. Yagüe, Paz Maroto, Alarcón y Fernán Pérez, que propuso que la próxima sesión sea dedicada a conmemorar el cincuentenario del descubrimiento del bacilo de Koch, aceptándose por aclamación.

Academia Española de Farmacia.

HOMENAJE A JOSÉ CELESTINO MUTIS EN SU SEGUNDO
CENTENARIO (1732-1932)

Esta Corporación celebrará tres conferencias en su domicilio social, calle de Santa Clara, 4, para conmemorar el segundo centenario del nacimiento del sabio explorador botánico José Celestino Mutis, con arreglo al siguiente programa:

Jueves 31 de Marzo, a las seis y media de la tarde: «Mutis, botánico y quinólogo», por D. Francisco Javier Blanco Juste, académico de número de esta Corporación.

Lunes 4 de Abril, a las seis y media de la tarde: José Celestino Mutis: «Su época, contemporáneos y discípulos», por el Dr. D. Antonio García Varela, director del Jardín Botánico.

Sábado 9 de Abril, a las seis y media de la tarde: «Mutis, explorador», por el R. P. Agustín Barreiro, académico de la de Ciencias Exactas Físicas y Naturales.

RAYO DE LUZ

La orden emanada de Gobernación con fecha 17 de Febrero último y publicada en la *Gaceta* del 18 del mismo mes, parece indicar que por el Gobierno se va a la defensa directa y oficial de los médicos titulares, por cuanto debiendo saber el señor ministro el cúmulo de tropelías que por los pueblos se han de cometer con los mismos, no vacila en ordenar su cumplimiento, siendo esto la mejor señal de que nuestra redención se acerca, por lo que nos podemos felicitar de que por fin hayamos encontrado en las alturas del Poder el apoyo necesario para el mejor cumplimiento de nuestra difícil y humanitaria misión; aun cuando mucho me temo que por ser los pueblos los que pagan y los Ayuntamientos nuestros jefes y patronos, se opongan a llevar a cabo las medidas sanitarias precisas vengándose de los pobres médicos rurales, si es que por el gobernador se les obliga a su cumplimiento; si bien estimo, si esto sucediese, que el Gobierno sabrá recompensar a los inspectores municipales de Sanidad, creyendo que lo mejor sería por aquello de que más vale prevenir que curar; que por el Poder público, si está dispuesto a que se acaten sus órdenes, se dicten disposiciones encaminadas a garantizar la misión sanitaria de los inspectores municipales de Sanidad, bien nombrándolos y pagándolos directamente, que sería lo mejor, o sancionando con fuertes multas a los pueblos que tomasen represalias contra sus médicos sin justificar plenamente y a completa satisfacción los motivos de ellas.

Por todo lo cual, y acatando la orden, yo por mi parte empezaré la visita, con la esperanza de que no será el segundo partido que, por cumplir con lo ordenado, tenga que salir de él, sin que por ningún Centro encontrase la defensa a que me creía merecedor; pues no debemos suponer que el régimen actual nos trate del mismo modo que el pasado o que, en todo caso, no encontremos en él el apoyo y prestigio que debe gozar todo aquel que ordena y que comunica al que obedeciendo cumple con lo mandado.

SANTIAGO FERNÁNDEZ DE VELASCO

FACULTAD DE MEDICINA DE BARCELONA

ENSEÑANZA DE LA TERAPÉUTICA FÍSICA. PROFESOR: V. CARULLA RIERA. VIII CURSO. CURSILLO RESUMIDO DE FISIOTERAPIA, RADIUMTERAPIA, ROENTGENTERAPIA, ELECTROTHERAPIA Y ACTINOTERAPIA. DESDE EL 29 DE MARZO-ABRIL AL 20 DE MAYO DE 1932 (24 LECCIONES)

Las lecciones serán explicadas por el Dr. V. Carulla Riera, profesor de Fisioterapia en la Facultad de Medicina de Barcelona, y colaborarán en su práctica los Dres. J. Pellicer Sala, A. Sanchiz, A. Lloréns, profesores ayudantes del Departamento, y el técnico físico del Servicio A. Moll.

Durante el curso se darán dos lecciones extraordinarias por el profesor Gunzett, de Estrasburgo. El Dr. Gunzett, director del Centro Anticanceroso de la Facultad de Estrasburgo, hablará de «La fisioterapia del cáncer del cuello uterino».

Las lecciones tendrán lugar los martes, jueves y sábados, de once a doce de la mañana, en el Departamento de Terapéutica Física del Hospital Clínico de la Facultad de Medicina.

Con objeto de darle un carácter eminentemente práctico, las lecciones teóricas se reducirán a los conocimientos más fundamentales, para poder seguir las lecciones prácticas que alternarán convenientemente.

Durante el cursillo los inscritos podrán asistir a todas las consultas y trabajos de las secciones del Departamento procurándose reunir el conjunto de casos necesarios para servir de práctica a todas las técnicas de la fisioterapia, y a la vez podrán asistir a todas las experiencias y medidas físicas complementarias de la especialidad.

Para matricularse precisa dirigirse a la Secretaría de la Facultad de Medicina de Barcelona. El precio de inscripción para los médicos será de 25 pesetas. Para los alumnos de la Facultad será gratuito, si bien no se admitirán alumnos de los dos primeros cursos. El número de médicos matriculados no podrá exceder de 30 para poder ser así más fácil la labor práctica necesaria, y para lo cual se librarán las matrículas numeradas en la Facultad hasta el número dicho, por orden de inscripción.

Proyecto de nueva organización de servicios sanitarios municipales. ⁽¹⁾

Servicios de desinfección.—Contarán con algún formaldehizador y substancias desinfectantes y parasiticidas.

Dispensario antipalúdico.—Tendrá una pequeña vitrina, armario, fichero, diagramas, planos, dibujos, fotografías y carteles, etc., referentes a la lucha contra el paludismo en la localidad. En él se tendrán las reservas de quinina y demás preparados antimaláricos. Los productos de laboratorio, el material de investigación, microscopio, pequeños instrumentos para la toma de sangre, etc., serán los del *Laboratorio primario*. Dispondrán de alguna existencia de verde de París en las épocas de lucha antilarvaria.

Lucha antituberculosa.—No se requiere otro instrumental ni aparatos que los corrientes para la exploración médica. Si se pudiera, convendría tener una talla peso, un espirómetro y una instalación sencilla de rayos X, para mejor orientarse en el diagnóstico.

En cuanto a investigaciones de laboratorio, incluso lo re-

(1) Véase el número 4.083.



ferente al examen de expectoración y exudados, se hará en el compartimiento de análisis.

Se tendrán expuestos al público carteles murales con máximas o consejos higiénicos; dibujos, fotografías, planos, gráficos, etc., referentes a la lucha contra la enfermedad. La vacuna antituberculosa, cuando se esté empleando, se tendrá en la cámara frigorífica de la *Consulta y Puesto de socorro*

Un pequeño armario o vitrina conteniendo los útiles necesarios para esta Consulta y un registro para llevar la ficha sanitaria de los asistentes, completarán el material de este servicio.

Claro es que si además se contase con aparatos registradores del índice biológico, capacidad respiratoria o pulmonar, etc., se obtendrían grandes ventajas para los fines de prevención y profilaxis antituberculosa.

Para el *Dispensario de Higiene social* bastan los aparatos de exploración corrientes, pues la misión de este servicio es hacer enseñanza de higiene sexual y divulgación de las medidas de profilaxis contra las enfermedades venéreo sifilíticas; carteles gráficos, consejos escritos; todo esto es conveniente. El pequeño material para la recogida de productos (sangre, exudados, etc. se toma del *Laboratorio primario*.

Servicio de Maternología y Puericultura. — Instrumental de exploración corriente: pesamños, talla, peso (si no lo hubiera ya en otro servicio), gráficos, dibujos, carteles con consejos de higiene del embarazo y crianza infantil; dibujos y fotografías de asuntos relacionados con la alimentación, el vestido, el ejercicio, la prevención de enfermedades evitables del niño, etc., etc.

Donde sea posible, se dispondrá de algún aparato de esterilización de leche y para los servicios de la *Inspección médicoescolar* bastará con el instrumental mínimo de las exploraciones médicas. Sin embargo, convendría tuviesen aparatos para registrar impresiones sensoriales y exploración de facultades psíquicas, tales como la voluntad, rapidez de percepción, etc.

Análisis y policía de alimentos. — En las localidades donde los Municipios deseen organizar servicios de esta clase, habrán de habilitarse locales y el material adecuado para

las investigaciones micrográficas, químicas y bacteriológicas.

Técnica administrativa sanitaria. — Para estos servicios deberá facilitarse el personal auxiliar que sea posible en cada localidad y un agente ordenanza que haga las notificaciones del inspector.

Tendrá aproximadamente el siguiente material:

Un mapa de la provincia.

Un plano del término municipal.

Un plano de la parte habitada del mismo.

Un gráfico traduciendo la mortalidad general del pueblo comparada con la de la provincia y la de España.

Un gráfico expresando la mortalidad por enfermedades transmisibles en la localidad comparada con la de la provincia y la de España.

Un gráfico de la mortalidad de niños menores de un año, igualmente comparada.

Un gráfico de nacimientos.

Un fichero para los diferentes servicios, libros registros de vacunados contra la viruela, fiebre tifoidea, difteria y tuberculosis.

Sellos de la Inspección y de la Junta municipal de Sanidad, sello de franquicia.

Libros registros de entrada y salida de documentos.

Papel timbrado con el de la Inspección municipal, carpetas y postales sanitarias y de estadística.

Ordenación de los servicios. — Aunque por la exposición que se ha hecho parecen de un volumen superior a las posibilidades económicas de los Ayuntamientos y a la potencialidad de trabajo del inspector, pueden distribuirse de modo que, sin confundirse ni producir el menor agobio, se realicen todos con la regularidad y frecuencia necesaria.

Desarrollo económico. — A todos estos servicios puede atenderse:

a) Con el importe del 5 por 100 de los presupuestos municipales destinado a atenciones mínimas sanitarias en las poblaciones menores de 15.000 almas, deducido el 10 por 100 de gratificación de la Inspección municipal de Sanidad y la cuota correspondiente del Instituto provincial de Higiene.

b) Con la consignación expresa de los mismos presu-

HE AQUÍ UNA DISTRIBUCIÓN DE SERVICIOS EN LA SEMANA, CON EL TIEMPO QUE PUEDE DESTINARSE A CADA UNO E INDICACIÓN DE LOS LOCALES O DEPENDENCIAS DONDE SE HAGAN

FUNCIONES	HORAS	DÍAS	Dependencia o local.
Puesto de socorro	Cuando se presente el accidente	Todos	Puesto de socorro.
Consulta pública	De 11 a 12	Idem	Idem.
Prácticas de Medicina preventiva	De 11 a 12	Los que señale el inspector	Idem.
Laboratorio primario	De 11 a 12	Cuando haya servicios de esta clase	Idem.
Lucha antipalúdica	De 10 a 12	Martes y sábados	Idem.
Lucha contra las enfermedades de tipo sexual ...	Primeas horas de la noche	Sábados	Idem.
Lucha contra el cáncer, lepra, alcoholismo y toxicomanías	Horas discrecionales	Los que crea más conveniente el inspector	Idem.
Servicios de Inspección médicoescolar	De 11 a 12	Días del ingreso del niño en la escuela	Idem.
Servicios de oficina	De 18 a 20	Todos	Idem.
Lucha antituberculosa	De 10 a 11	Lunes y jueves	Local especial.
Maternología y Puericultura	De 10 a 11	Miércoles y viernes	Idem.
Prácticas de desinfección	Horas discrecionales	Cuando se reclamen estos servicios	En los domicilios.
Análisis y Policía de alimentos (Farmacéuticos y Veterinarios)	De 10 a 12	Todos	Laboratorio.

Seguramente que esta distribución del tiempo y del trabajo no ha de alarmar a ningún médico que sienta el estímulo de realizar una obra sanitaria útil en beneficio de su pueblo.

puestos para organización y sostenimiento de un puesto de socorro de urgencia.

c) Con las subvenciones de la Diputación y del Instituto provincial de Higiene y con las aportaciones del Estado.

d) Con las subvenciones, donativos y suscripciones particulares.

Con sólo estos medios de ingreso puede desarrollarse esta organización, pues reducida en un principio a los servicios más elementales, no exigirá otros gastos que los muy reducidos de instalación. Más tarde, cuando el público se percate de los beneficios que reporta a todas las clases sociales, y de modo especial a las más humildes, y los Ayuntamientos comprendan la utilidad que representa para el pueblo y la salud de los vecinos y la salubridad general de la población, se preocuparán seguramente de fomentar el desarrollo de esta institución y harán que reciba las cooperaciones económicas que se necesitan para ampliar e intensificar todos los servicios, para desarrollar, en una palabra, la función sanitariosocial, que es uno de los aspectos más interesantes de los *Centros sanitarios y de Higiene rural*, tal como se intenta organizarlos en esta provincia.

Porvenir de esta institución.—Para la función en sí tiene que ser del mayor éxito, porque actuando en los distintos cometidos que tiene el *Centro* de referencia, tiene que lograr grandes beneficios para los pueblos por las razones siguientes:

1.^a Interviniendo con oportunidad en los accidentes de urgencia, se tendrá una garantía para la posible curación de aquéllos.

2.^a Haciendo medicina preventiva de un modo regular y constante, se evitará el desarrollo de un buen número de procesos transmisibles.

3.^a Con orientaciones de laboratorio, precisando la naturaleza de algunas enfermedades de difícil caracterización clínica, facilitará el tratamiento.

4.^a Haciendo diagnóstico de procesos palúdicos o de iniciación tuberculosa y poniendo en práctica las medidas de prevención, profilaxis y tratamiento, logrará evitar el desarrollo y en buen número de casos la terminación funesta de estas enfermedades.

5.^a Implantando un servicio muy elemental de maternología y puericultura, salvará escollos del embarazo y defenderá la vida de muchos niños con mejoramiento de la cifra de mortalidad de los menores de un año, lo que representa un enriquecimiento vital con revaloración de las fuerzas morales y económicas que ello representa.

6.^a Iniciando la higiene preescolar y la inspección médica en estos Centros, se defenderá el potencial físico orgánico, cultural y educativo de las nuevas generaciones, lo que contribuirá al engrandecimiento de los pueblos.

7.^a Si se hacen medidas de profilaxis referidas a desinfecciones y desinsectaciones en los locales y objetos usados por los enfermos, así como la esterilización de los productos que eliminan, se conseguirá reducir a una cifra mínima el número de difusiones o contagios.

8.^a El análisis de alimentos y bebidas y una policía sanitaria referida sobre todo al pan, carne y leche, en las localidades que puedan contar con laboratorios apropiados, garantizará contra el posible empleo de alimentos mal conservados, alterados o enfermos, con la necesaria reducción de la cifra de intoxicaciones alimenticias, sin contar con lo que puede ganarse en cuanto a la alimentación como nutriente.

9.^a La organización de la oficina sanitaria donde se lleven todos los asuntos de la Inspección municipal, de la Junta y de la Administración sanitaria del Ayuntamiento, ha

de proporcionar medios y ocasiones para estimular al cumplimiento de los deberes sanitarios del público y para dirigir a los que se presten a higienizar los domicilios, las prácticas agrícolas, los establecimientos y servicios industriales, etcétera, lo que dará origen a una labor de enseñanza y de divulgación sanitaria que es precisamente lo que puede caracterizar a este *Centro* como Escuela sanitaria práctica.

10. Aun queda una función médico-higiénico-social de trascendencia suma para la debida orientación médico-sanitaria, es decir, de diagnóstico médico propiamente dicho y de profilaxis y tratamiento. Me refiero a la *Ficha sanitaria familiar* que no se ha hecho en España y que aun sin el antecedente, como sucede en otros muchos servicios, de estar implantada en el extranjero, creemos nosotros que tiene una importancia extraordinaria y debe establecerse en nuestro país. Ya diremos en otra instrucción cómo se confecciona y la importancia que tiene.

El valor que representan estos *Centros sanitarios y de Higiene rural* para el médico titular inspector en el sentido del prestigio, de la autoridad y de la simpatía que ha de producir su actuación al frente de estos servicios de defensa sanitaria, no es necesario encomiarlo, porque nada hay que despierte más el agradecimiento de las clases populares que la acción benéfica que perciben en el sentido de defender la salud de sus familiares; y como en esta obra de defensa y prevención social sanitaria el médico no puede fracasar, porque pueden contarse los éxitos por el número de las intervenciones que haga, el porvenir de los sanitarios municipales estribará precisamente en desplazarse un poco del campo de la Medicina y de la práctica médica en general, para participar más cada día en el de la acción sanitario-social, que es positivamente de más beneficiosos resultados.

La ventaja que puede resultar, además, de estas organizaciones que proponemos, es que los Ayuntamientos no podrán pretextar dificultades por el supuesto de la imposibilidad de ejecutar tales reformas, porque sobre que se logrará interesar al público en estos servicios, serán los mismos pueblos los que las pidan, una vez que conozcan su eficacia.

Retribución de los facultativos. Si fuera factible llevar al presupuesto cantidad bastante para pagar debidamente la actuación del médico titular inspector, en funciones de prevención y defensa higiénico-sanitario social, aparte de las de asistencia médica administrativa que tiene que realizar en la oficina, si fuera posible decimos, debería iniciarse la reforma señalando emolumentos decorosos para que sirvieran de estímulo y tuvieran muchos imitadores. Pero en esto sí que hay una verdadera dificultad, pues no basta la buena voluntad del jefe de Sanidad Nacional, y nos consta que tiene mucha, el señor director general, para señalar las dotaciones necesarias a estos servicios. Pero yo tengo la creencia de que sin necesidad de recibir haberes o gratificaciones del presupuesto central, puede llegar a conseguirse que el presupuesto provincial y, sobre todo, el municipal de cada pueblo, dote estos servicios y remunere a los inspectores municipales que los realicen. Yo creo que el pueblo que ve el esfuerzo, el interés, la competencia y el éxito de la gestión que realiza el médico titular, se presta voluntariamente a cooperar a estas obras de redención, y bien sea por modo directo, llegando a gratificar los servicios, o influenciando al Ayuntamiento, yo digo que me parece factible (así lo he visto realizado en algunos pueblos), y los médicos que disfrutan hoy estas ventajas económicas se sienten muy satisfechos de la obra realizada.

Además, que es el modo de que el inspector justifique la intervención sanitaria que pone en sus manos el Reglamento de Sanidad, y cuando los pueblos vean su actuación

y los beneficios que se obtienen de la práctica de estas funciones nuevas de la Sanidad municipal, no discutirán si merece o no los honores de una independencia funcional y de una debida retribución, dada la importante misión que tienen en el Municipio.

Acción complementaria. — En correspondencia con los servicios indicados, esta Inspección se propone desarrollar una acción de cooperación, completando las funciones elementales de los *Centros sanitarios y de Higiene rural*, en la forma siguiente:

Con una asistencia por parte del personal del Instituto, que complete en unos casos y desarrolle en otros las funciones que sea preciso en cada caso.

Así, a requerimientos siempre del inspector municipal y en cuanto sea posible, queremos llevar a los *Centros* referidos la función del especialista médico en las principales actividades de la Medicina, sin menoscabar nunca el prestigio ni la autoridad de aquél, ni mermar lo más mínimo su campo de acción profesional, antes por el contrario, exaltándolos y robusteciéndolos, y quedando íntegra la actuación médica del inspector, o bien trasladar a los *Centros* provinciales los enfermos que requieran la intervención del experto correspondiente.

La función del oculista, del otorrinolaringólogo, odontólogo y radiólogo, del puericultor y del tocólogo o del hematólogo, serán las primeras que se pongan en práctica. Y para ello montaremos una organización ambulante que lleve a los pueblos todos esos recursos.

También se facilitarán los servicios de ingeniería sanitaria tan luego como esté provista la plaza, y los de enfermeras visitadoras si, como es de suponer, se habilita personal competente de esta clase.

Se hará, como no podía menos, una activa campaña de divulgación y propaganda sanitaria, proyectando films de cinematografía aplicados a las materias que más interesa conocer en cuanto a la salubridad de los pueblos y a la defensa epidemiológica del país, aparte de los de enseñanza elemental higiénica.

No parecía necesario decir que, además, estos *Centros sanitarios y de Higiene rural* cuentan con el complemento de todo el personal y de todos los servicios del Instituto provincial de Higiene, y que aquéllos vienen a actuar con relación al Instituto, como centinelas avanzados de la salud de los pueblos, anticipando las informaciones que permitan acudir con urgencia con todo el armamento sanitario de que disponemos.

Añadamos para terminar, que también es nuestro propósito seleccionar varios médicos, entre los de decidida vocación por estudios especiales médico-sanitarios, para que se capaciten en la rama de que se trate, con las enseñanzas necesarias en los *Centros* nacionales o extranjeros de mayor solvencia científica; fisiología, puericultura, paludismo, higiene escolar e inspección médica de estos establecimientos, tales serán, entre otras, las materias de especialización. Y para ello he cuidado de que se consigne alguna cantidad en el presupuesto del Instituto Provincial de Higiene, en forma de pensiones de estudios o bolsas de trabajo.

Hemos pecado seguramente de demasiado extensos en el desarrollo de esta ordenanza o instrucción, juzgando por lo poco que representa la obra que se propone; pero esto solamente puede considerarse así valorada en los primeros momentos; más tarde, enjuiciada a plazo largo, como es lógico, para apreciar los beneficios que se produzcan, tenemos seguridad que la empresa que acometemos ha de superar en ventajas económicas, sanitarias y sociales a las obras

de mayor volumen, ya que lo que puede conseguirse con los aportes de la voluntad ajena, con ser mucho, no puede llegar ni remotamente a lo que produce la propia voluntad cuando los hombres se deciden a impresionar la conciencia pública, haciendo surgir de las nuevas funciones los pueblos nuevos y las potentes generaciones del porvenir.

Podría terminar esta Instrucción circular, como es práctica corriente en la cosa pública, haciendo alusión a las responsabilidades de orden administrativo en que incurrirían los Ayuntamientos y médicos que no se dispusieran a cumplir esta ordenanza. Pero sobre que no creo mucho en la eficacia de las medidas de represión para la imposición de los grandes ideales, confío mejor en el amor propio, en la personal estimación, en la responsabilidad que se contrae consigo mismo; en una palabra, en el patriotismo de todos, de las autoridades y de los profesionales, y en el caso de esta tierra, en el cariño a nuestra Castilla y a nuestra provincia querida, que debe demostrar una vez más a las regiones y pueblos españoles que los genios y los valores culturales de otras épocas sólo han permanecido acallados en espera de ocasiones propicias, como la que ofrece el presente a las Corporaciones municipales y a la clase médica, para actuar intensamente en la vida pública a fin de realizar una de las mayores proezas de los pueblos: la de salvar la raza.

Valladolid, 1.º de Enero de 1932.

FRANCISCO BÉCARES

Los fracasos de la medicación intravenosa en la blenorragia crónica.

GEORGES LUYs, en un notable trabajo, acaba de llevar alguna claridad a esta cuestión, tan discutida y tan oscura.

Ya sabemos que entre las numerosas medicaciones propuestas contra la blenorragia, una de las más recientes consiste en inyectar en las venas una solución de clorometilato de diaminoacridina. Es el método de la acridinoterapia, recomendado por el PROFESOR JAUSION, de Val de Grace, y que tiene tantos partidarios como detractores.

GEORGES LUYs, en los dos párrafos siguientes, reúne las diferentes opiniones emitidas (*La Clinique*, Mayo 1930):

- 1.º Todos conceden a la acridinoterapia intravenosa un valor efectivo en el tratamiento de la blenorragia aguda;
- 2.º Según la opinión de todos los que la han ensayado, resulta que no es conveniente en todos los casos de blenorragia crónica, pues muchos de ellos no han sido curados, y, por otra parte, no previene sus complicaciones.

Basándose en las lesiones anatomopatológicas, saca la conclusión de que todos los métodos que se aprovechan del torrente circulatorio de la sangre no pueden tener efecto alguno sobre el gonococo, porque éste se encuentra garantizado por los muros de defensa formados por el tejido fibroso.

Esta es la ley imprescindible, indiscutible, que rige toda la terapéutica antiblenorrágica.

Al principio de la invasión, los métodos generales de acridinoterapia y de vacunación pueden lograr algunos éxitos; pero más tarde, cuando el gonococo está defendido por el tejido fibroso, se hace invulnerable. Los lavajes, las instilaciones y las inyecciones intravenosas pasan a su lado sin influenciarle y dejándole vivir en perfecta quietud.

Para desalojarle de su puesto, según LUYs, no hay más medio que el tratamiento mecánico, que, atacando violentamente al tejido fibroso perigonocócico, le reblandece y hace

desaparecer, poniendo entonces en libertad el microbio que, saliendo de su escondite, le hace vulnerable a los agentes terapéuticos.

Pero en este momento es cuando hemos de hacer una acertada elección entre los numerosos medicamentos que se nos proponen. Barbellion ha demostrado la infidelidad de los lavajes, la ineficacia de la vacunoterapia, la insuficiencia de la gonacrina y la mediocridad del sándalo. Por el contrario, el complejo santalol, salol y hexametenetramina, administrado en forma de *Eumictine* (de 10 a 15 cápsulas al día) obra notablemente, permitiendo a los enfermos ganar un tiempo que perderían con las otras clases de curaciones. Ahora bien: en los casos agudos tanto como en los crónicos, y cuando el tejido fibroso ya reblandecido hace vulnerable al gonococo, la *Eumictine* obra como anti-séptico ideal por su acertada composición. La hexametenetramina, contenida en la *Eumictine*, debe sus propiedades desinfectantes a la formación del aldehído fórmico en estado naciente. Estas propiedades se refuerzan por el salol, que es una combinación de ácido salicílico y de ácido fénico. Cuanto al santalol, añade a ambos sus efectos para contribuir a la dilatación y descongestionamiento de la mucosa uretral.

Los notables efectos, los resultados constantes de la *Eumictine*, se explican por lo acertado de su fórmula, que hace de este medicamento el remedio heroico de todas las uropatías.

SECCION OFICIAL

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Fermentación de basuras en cámaras cerradas, industria insalubre.

ÓRDENES

Excmo. Sr.: Vista la instancia elevada a este Ministerio por los vecinos del barrio de Benimaclet (Valencia), en la que se protesta de la instalación en el mismo de una estación transformadora de basuras por el procedimiento de fermentación en cámaras cerradas, y habida cuenta del informe emitido por el señor inspector general de Sanidad interior,

Este Ministerio, a propuesta de la Dirección general de Sanidad, ha tenido a bien resolver:

- 1.º Que la fermentación de basuras en cámaras cerradas debe considerarse como industria insalubre.
- 2.º Que no figurando en el Nomenclátor de industrias incómodas, insalubres y peligrosas la antes mencionada, se procederá a su clasificación por la Comisión permanente de la Central de Sanidad local; y
- 3.º Que de acuerdo con lo dispuesto en el art. 8.º de la Real orden de 15 de Noviembre de 1925, no puede autorizarse por el Ayuntamiento de Valencia la apertura de dicha fábrica, sin la previa clasificación a que hace referencia el párrafo anterior.

Lo que de Orden ministerial comunico a V. E. para su conocimiento y el del Excmo. Ayuntamiento de esa capital. Madrid, 16 de Marzo de 1932.—*Casares Quiroga*.—Señor gobernador civil de Valencia. (*Gaceta* del 19 de Marzo.)

Médicos de baños. Dejando en suspenso la tramitación de los expedientes de jubilación de los médicos de baños que se mencionan.

Ilmo. Sr.: Vistas las instancias presentadas en este Ministerio por D. Amalio Gimeno, D. Manuel Manzaneque, don

Enrique Doz y D. Anselmo Bonilla, médicos todos del Cuerpo de Baños, en solicitud de jubilación en virtud de lo establecido en el art. 42 del Reglamento de 25 de Abril de 1928 y Real decreto de 20 de Junio de 1910, para lo cual proponen para que les substituyan a los Sres. D. Isafas Bobo Díez, D. Luis Modet y Aguirrebarrena, D. Antonio Sánchez Reyes y D. Sebastián Pamplona y Azcona, respectivamente:

Considerando que está en estudio la legislación vigente respecto al particular aludido y que estas peticiones descansan sobre una base que las actuales Autoridades estiman como recusable, tanto desde el punto de vista moral como del sanitario, y que de acceder a ella podría entorpecerse seriamente el espíritu y desarrollo de la reforma que se proyecta,

Este Ministerio ha tenido por conveniente dejar en suspenso la tramitación de estos expedientes, y que para la resolución en su día se tengan en cuenta las nuevas normas que se establezcan.

Lo que comunico a V. I. para su conocimiento y el de los interesados. Madrid, 16 de Marzo de 1932.—*Casares Quiroga*.—Señor director general de Sanidad. (*Gaceta* del 19 de Marzo.)

Consejo general de los Colegios Médicos, en funciones de Consejo de Administración de la «Previsión Médica Nacional», que se atenga en su actuación al contenido del art. 86 del Reglamento de dicha Institución.

Ilmo. Sr.: Vista la instancia presentada ante este Ministerio por el presidente del Consejo de los Colegios Médicos de España, en función de Consejo de Administración de la Previsión Médica Nacional, en la que razonadamente se solicita de este Ministerio una disposición que aclare la contradicción que parece existir entre el art. 86 y la disposición transitoria tercera del Reglamento de dicha Institución, como resultado del grande y rápido incremento de dicha Entidad mutualista.

Examinadas las razones expuestas, que justifican la necesidad y urgencia de tal aclaración como base para que una Asamblea resuelva con plena soberanía:

Considerando lógicos y plausibles los deseos manifestados por el Consejo de que se autorice para este y otros fines administrativos, la celebración de una Asamblea especial de delegados:

Considerando igualmente necesaria la celebración de dicha Asamblea para decidir sobre las instancias de la Unión Farmacéutica Nacional y otros organismos profesionales sanitarios, que solicitan para sus asociados el ingreso en la Previsión; y

Considerando, por último, que tanto la resolución de estas instancias, en caso afirmativo, como el problema que plantea el extraordinario número de asociados acumulados en breve tiempo, crea grandes dificultades prácticas al cumplimiento de algunos preceptos reglamentario, cuya modificación la experiencia aconseja,

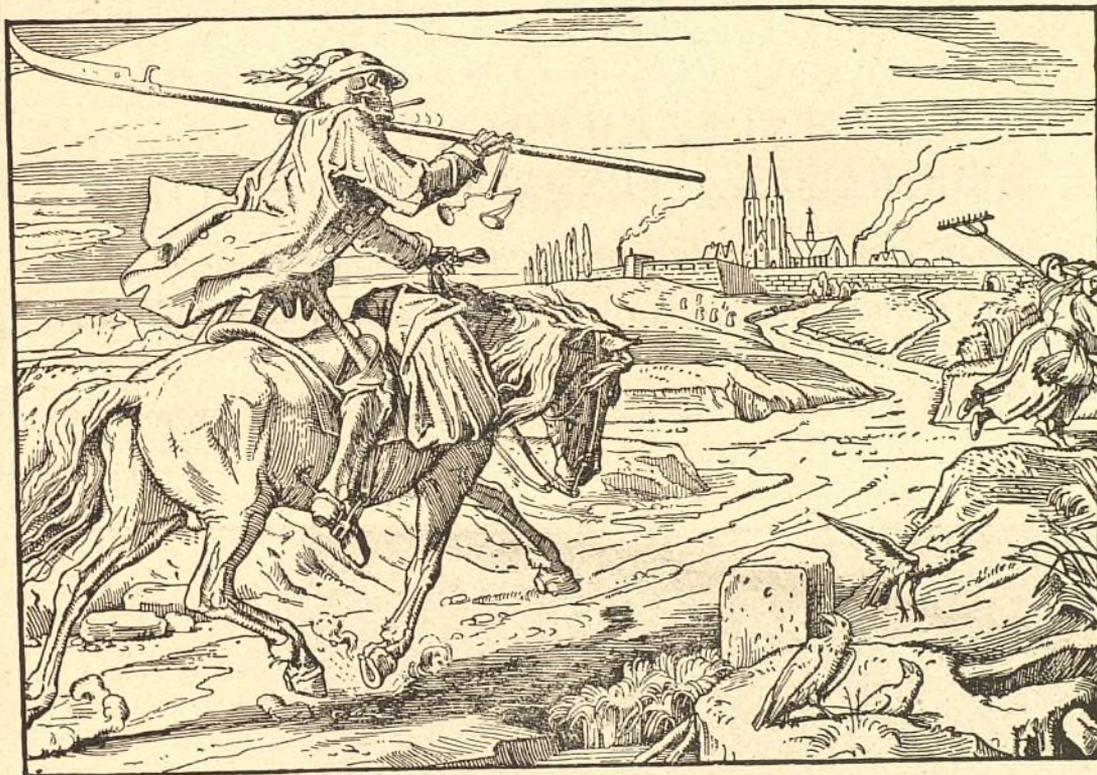
Este Ministerio, de conformidad con lo propuesto por la Dirección general de Sanidad, ha tenido a bien disponer lo siguiente:

1.º El Consejo general de los Colegios Médicos, en funciones de Consejo de Administración de la Previsión Médica Nacional, se atenderá en su actuación al contenido del art. 86 del Reglamento de dicha Institución que queda en pleno vigor y no condicionado a ninguna disposición transitoria.

2.º Se autoriza igualmente al Consejo para que convoque una Asamblea especial de delegados, cuya organización,



RESFRIADOS Y GRIPE



QUADRONAL

Dosis:

Para adultos, dos tabletas, tres veces al día; para niños, según la edad, media tableta, hasta una tableta, tres veces por día.

**ASTA, A. G. — FABRICA QUIMICA
BRACKWEDE, 128. — (ALEMANIA)**

Agentes: JUAN MARTIN, S. A. F., Alcalá, 9. — MADRID

ESTOMAGO

SAL

DE

H U N T

GRANULADA FRIABLE

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

HYPERCHLORHYDRIA,
GASTRALGIAS, FERMENTACIONES ÁCIDAS

Acción cierta. — Uso práctico. — Innocuidad absoluta.

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

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

iodaseptine
cortial

TUBERCULOSIS PULMONAR CRÓNICA
Dosis ligeras de 2 a 6^{as} al día en series de 20 días

ADENOPATIAS DE LA INFANCIA
10 a 15 gotas cada 24h en tres veces según la edad

REUMATISMOS CRÓNICOS
Dosis Fuertes de 6 a 20^{as} cada 24h

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

MUESTRAS Y LITERATURA
LABORATOIRES
CORTIAL
15, B° PASTEUR
PARIS (XV^o)

iodaseptine
salicilada

REUMATISMOS AGUDOS

UNE

LA ACCIÓN DEL YODO AL EFECTO SALICILADO

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

también especial, garantice la intervención activa de todos los asociados por sus Juntas provinciales, la que resolverá sobre todos los problemas presentes de la Institución.

3.º Ante dicha Asamblea rendirá el Consejo amplia cuenta de su gestión administrativa y ofrecerá un estudio completo sobre el estado económico actual que permita a los asociados conocerlos en detalle.

4.º El Consejo someterá igualmente a la deliberación de dicha Asamblea las instancias presentadas por la Unión Farmacéutica Nacional, Asociación Española de Veterinarios y Consejo de Colegios de Odontólogos, solicitando para sus asociados el derecho a ingreso en la Previsión Médica Nacional; y

5.º Esta Asamblea tendrá plena soberanía para resolver sobre los asuntos anteriormente expresados y para proponer a este Ministerio aquellas modificaciones reglamentarias que se estimen precisas para dar eficacia a sus acuerdos, y adaptar el régimen administrativo de la Institución a las exigencias nacidas de su extraordinario número de asociados.

De Orden ministerial lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos consiguientes. Madrid, 16 de Marzo de 1932 — P. D., M. Pascua.— Señor director general de Sanidad. (*Gaceta* del 20 de Marzo.)

Vigilancia sanitaria a que hace referencia el art. 43 del Reglamento de Sanidad.

Ilmo. Sr.: Dadas las especiales condiciones de los Establecimientos destinados al aislamiento y cura de los enfermos de lepra y la necesidad de que las autoridades sanitarias conozcan siempre su funcionamiento y las altas y bajas de enfermos que en ellos se producen,

Este Ministerio ha dispuesto que los inspectores provinciales de Sanidad cumplirán con todo rigor la vigilancia sanitaria a que hace referencia el art. 43 del Reglamento de Sanidad provincial de 20 de Octubre de 1925, verificando periódicamente visitas a las leproserías enclavadas en su provincia y dando cuenta a la Dirección general de Sanidad del resultado de su inspección.

La Dirección técnica de cada leprosería deberá enviar mensualmente a la Inspección de Sanidad correspondiente el movimiento de enfermos en el establecimiento, incluyendo siempre la ficha detallada, según modelo oficial, de los enfermos admitidos durante el mes.

Madrid, 16 de Marzo de 1932. — Casares Quiroga.— Señor director general de Sanidad. (*Gaceta* del 20 de Marzo.)

Traslado de cadáveres no inhumados.

Excmo. Sr.: La finalidad de la Real orden de 3 de Mayo de 1929 referente a que en los traslados de cadáveres la inhumación se verifique antes de las cuarenta y ocho horas a partir del fallecimiento, queda cumplida, dada la rapidez de los modernos medios de transporte, aunque la distancia a recorrer sea bastante mayor de los 200 kilómetros que como máximo autorizaba la mencionada disposición, sin que por lo tanto exista razón científica alguna que justifique la necesidad del embalsamamiento cuando el traslado haya de verificarse a mayor distancia.

En su consecuencia,

Este Ministerio, de acuerdo con lo propuesto por la Dirección general de Sanidad, ha tenido a bien disponer que se autorice el traslado de cadáveres no inhumados sin necesidad de embalsamamiento, sea cualquiera la distancia a recorrer, al sitio donde haya de efectuarse la inhumación y

la exhumación y traslado de cadáveres para su reinhumación en el mismo o en otro cementerio, sin más limitación que la de que ésta pueda efectuarse indefectiblemente dentro del plazo de las cuarenta y ocho horas, a contar desde el momento en que ocurrió la defunción o en que se verificó la exhumación, y observándose todos los demás requisitos y garantías señalados en la disposiciones vigentes.

Lo digo a V. E. para su conocimiento y efectos oportunos. Madrid, 16 de Marzo de 1932.— Casares Quiroga.— Señores gobernadores civiles de todas las provincias, delegados gubernativos de Ceuta y Melilla y gobernador general del Golfo de Guinea (*Gaceta* del 20 de Marzo.)

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 709,2; ídem mínima, 697,2; temperatura máxima, 19º,2; ídem mínima, 5º,2; vientos dominantes, OSO.

Continúan presentándose con frecuencia señalada las inflamaciones agudas de los órganos altos del aparato respiratorio. Los afectos reumáticos sufren una agudización, principalmente en su forma muscular. El estado de salud de la infancia se mueve dentro de los límites acostumbrados en esta época del año. La varicela, que se anunciaba muy invasora, parece dominada en estos últimos días. Lo mismo ocurre con la escarlatina.

Estadística de mortalidad en Madrid en el mes de Octubre de 1931.

CLASIFICACIÓN POR DISTRITOS (1)

	Habitantes.	Defunciones.
Centro.....	48.496	50
Hospicio.....	55.462	66
Chamberí.....	103.096	132
Buenavista.....	110.978	147
Congreso (2).....	81.393	141
Hospital.....	83.783	171
Inclusa.....	81.275	109
Latina.....	86.734	83
Palacio.....	71.625	73
Universidad.....	102.085	156
TOTAL.....	824.927	1.128

DEFUNCIONES CLASIFICADAS POR GRANDES GRUPOS DE EDADES

Menos de un año.....	111
De uno a cinco años.....	71
De cinco a veinte ídem.....	68
De veinte a cuarenta ídem.....	211
De cuarenta a sesenta ídem.....	270
De sesenta a ochenta ídem.....	318
De ochenta en adelante.....	78
Sin clasificación.....	1
TOTAL.....	1.128
Se segregan las defunciones de transcientes y por causas externas.....	99
TOTAL.....	1.029

(1) Las defunciones en hospitales se clasifican en el distrito de procedencia del fallecido.

(2) De las defunciones de este distrito corresponden al establecimiento de la Inclusa 9.

En igual mes de 1930 (totalidad).....	1.103
Diferencia en 1931 (totalidad) (más).....	25
Proporción por 1.000 (deduciendo transeúntes y causas externas).....	1,247
Término medio diario (totalidad).....	36,39

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN

Nomenclatura abreviada. (Aprobada por la Comisión internacional reunida en París en Octubre de 1929.)

Fiebre tifoidea y paratifoidea.....	6
Tifus exantemático.....	»
Viruela.....	»
Sarampión.....	7
Escarlatina.....	1
Coqueluche.....	»
Difteria.....	5
Gripe o influenza.....	4
Peste.....	»
Tuberculosis del aparato respiratorio.....	99
Tuberculosis de las meninges.....	10
Otras tuberculosis.....	14
Sífilis.....	1
Paludismo (malaria).....	»
Otras enfermedades infecciosas y parasitarias.....	26
Cáncer y otros tumores malignos.....	82
Tumores no malignos.....	10
Reumatismo crónico y gota.....	»
Diabetes sacarina.....	7
Alcoholismo crónico o agudo.....	»
Otras enfermedades generales y envenenamientos crónicos.....	12
Ataxia locomotriz progresiva y parálisis general..	6
Hemorragia cerebral, embolia o trombosis cerebrales.....	78
Otras enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos.....	15
Meningitis simple.....	26
Enfermedades del corazón.....	144
Otras enfermedades del aparato circulatorio.....	44
Bronquitis aguda.....	22
Bronquitis crónica.....	36
Neumonía.....	136
Otras enfermedades del aparato respiratorio (excepto tuberculosis).....	24
Diarrea y enteritis.....	53
(De ellas, 47 en menores de dos años)	
Apendicitis.....	9
Enfermedades del hígado y de las vías biliares...	30
Otras enfermedades del aparato digestivo.....	56
Nefritis.....	50
Otras enfermedades de los aparatos urinario y genital.....	10
Septicemia e infección puerperales.....	10
Otras enfermedades del embarazo, del parto y del estado puerperal.....	3
Enfermedades de la piel, del tejido celular, de los huesos y de los órganos de la locomoción.....	6
Debilidad congénita y vicios de conformación (congénitos, nacimiento prematuro, etc.).....	31
Senilidad.....	28
Suicidios.....	1
Homicidios.....	»
Otras muertes violentas o accidentales (excepto suicidio y homicidio).....	22
Causas no especificadas o mal definidas.....	4
TOTAL.....	1.128

OBSERVACIONES.—Han ocurrido en Octubre 157 fallecimientos más que en Septiembre anterior; diferencia que no es de extrañar si se tiene en cuenta la época en que estamos del año. Por lo demás, la mortalidad se ha producido dentro de los términos normales registrados en igual mes durante el último quinquenio, cuyas cifras promediales son aproximadamente iguales a las que ofrece el presente Octubre, salvo las enfermedades cardíacas, cuya rúbrica acusa algún aumento.

Madrid, 20 de Noviembre de 1931.—El alcalde presidente, *Pedro Rico*.

CRONICAS

Academia Española de Dermatología y Sifilografía. Esta Academia celebrará sesión el miércoles 6 de Abril, a las siete de la tarde, en el Dispensario Olavide, Sandoval, 5, con el siguiente orden del día:

Dr. González Medina, «Estudio clínico de la sífilis os teoarticular tardía»; Dres. González Medina y Torres Esteban, «Sífilis y diabetes melitus»; Dr. González Medina, «Un caso de liquen plano de evolución rara»; Dres. Bejarano y Enterría, «Sobre las artritis sífilíticas larvadas»; Dr. Gay, «Un caso de enfermedad de Paget con cáncer epidérmico secundario»; Dr. Sáinz de Aja, «Radium necrosis tardías», «Granuloma anular», «Dermatitis artificiales poco frecuentes»; Dr. Bejarano, «Sobre un proyecto de ley de lucha antivenérea»; Dr. Muñozuri, «Nota previa sobre los resultados conseguidos con las colaboraciones vitales en líquido cefalorraquídeo»; Dr. J. L. Carrera, «La calcemia en las dermatosis»; Dr. Fernández de la Portilla, «Un caso interesante de serpiginismo terciario.— El secretario general, *Dr. J. F. de la Portilla*.

Concurso a plazas de médicos.—*El Progreso Marino*, pósito de pescadores de San Juan de la Arena (Asturias) (puerto de mar y playa de veraneo), saca a concurso dos plazas de médicos, con el haber anual de 4.000 pesetas cada una, para el servicio de los asociados y sus familias (radicando todos en un radio de kilómetro y medio).

Los señores concursantes pueden mandar sus documentaciones y justificantes de méritos, los cuales se les devolverán una vez celebrado el concurso.

Este concurso estará abierto hasta el día 15 de Abril próximo.

Para más informes dirigirse al presidente de esta Asociación.

San Juan de la Arena, 30 de Marzo de 1932.—El presidente, *Nicanor Suárez*.

Obras recibidas.—«Cáncer del recto y vejiga», por los Dres. Juan José Gazzolo y Jerónimo Vaquié, de Buenos Aires. Folleto 12 páginas.

Vacantes.—Las siguientes hasta el 30 de Abril y por antigüedad se pueden solicitar:

Candamo (Oviedo). 3.000 pesetas. Residencia en Grullas.

Gilet (Valencia). 1.375 pesetas.

Barig (Valencia). 1.650 pesetas.

Penellas (Lérida). 1.650 pesetas.

Valdaracete (Madrid). 1.650 pesetas.

Treviana (Logroño). 1.650 pesetas.

Valdeconcha (Guadalajara). 1.375 pesetas.

Campillo de Ranas (Guadalajara). 2.200 pesetas.

El equilibrio ácido básico.—Acompañamos al número presente un interesante prospecto de la obra «El Equilibrio ácido básico, en estado normal y patológico», del que es autor el Dr. Planelles, recomendando su lectura. Pedidos a Instituto de Investigaciones Clínicas, Madrid, Goya, 60.

Tratado práctico de etiqueta y distinción social, 4 pesetas. Reembolso, 4,55. Pídase a EL SIGLO MEDICO.

SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados).**SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA**

Único 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.**

BARDANOL

Compuesta de extracto de raíces de LAPPA MAJOR L., y Estaño coloidal
LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 54.—Valencia.

IMPRESA DEL SUCESOR DE ENRIQUE TEODORO

Glorieta de Santa María de la Cabeza, 1.—Madrid. Teléfor. 0.70.458