

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SÁBADOS

HISTORIAL

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

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

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

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

PRECIOS DE SUSCRIPCION

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

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

Apartado de Correos, núm. 121.

PRIMERA DENTICIÓN

JARABE DELABARRE

Facilita la Salida de los Dientes

Calma los Gritos del Niño

Evita los Accidentes de Dentición

En suaves Fricciones
en las Encías

Establecimientos FUMOUE

78, Faubourg Saint-Denis, Paris



Reconstituyente muy Enérgico

CARNINE LEFRANCO

Jugo de Carne de Buey Cruda

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

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

1 ó 2 cucharadas de las de sopa por día

ESTABLECIMIENTOS FUMOUE, 78, Fg Saint-Denis, PARIS



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

SIL-AL

Metahidrosilicato de aluminio fisiológicamente puro

Sustituye al bismuto en
terapia 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 Botica).

ATROPAVER

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

CATARROS FOSFOTIOCOL :: TOSES ::

SOLUCION ARSENIO FOSFORADA CON TIOCOL

Se obtienen resultados positivos y rápidos con este preparado en las afecciones pulmonares, catarros bronquiales y
gripales, desgaste orgánico, escrofulismo e inapetencias.

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

¡CONTRA EL DOLOR!

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

ACONSEJAD

CEREBRINO MANDRI

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



Preparado en las Farmacias Serravallo por el Dr. Serravallo, Trieste, Italia.

7 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, 4 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

Tratamiento de la TOS en general

Tos seca - Bronco-neumonía

Bronquitis - Gripe

Tuberculosis

Asma

GERMOSE

Gotas del Dr.

BAYRAC

(NO TÓXICO)

Específico contra la Coqueluche.
(Tos Ferina.)

A base de Fluoroformo estabilizado en extractos vegetales.

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

Agentes generales: Giménez-Salinas y C.^a, Sagnés, 2 y 4, Barcelona (S. G.)

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 BALAGUER			Grañanella, Mora, Fonollosos, Corullada y Tordera.....		
Ager.....	1	2. ^a	1	4. ^a
Agramunt.....	1	2. ^a	Grañena de Cervera.....	1	4. ^a
Albesa.....	1	3. ^a	Guimená.....	1	4. ^a
Alfarrás.....	1	4. ^a	Guisona y Masoteres y San Guim de la Plana.....	1	2. ^a
Algerri.....	1	4. ^a	Maldá.....	1	4. ^a
Alguaire.....	1	3. ^a	Manresana, Olujas, Portell, Estarás y Freixanet-Altadill (Rabasa), Sendoni, Costell y Las Masías.....	1	2. ^a
Almenar.....	1	3. ^a	Montoliu, Guardiola, Ametlla, Cabe- tany y Vilagrasetta.....	1	4. ^a
Alós de Balaguer.....	1	4. ^a	Montornés y Masdebondia.....	1	5. ^a
Aña.....	1	3. ^a	Omells de Nogaya.....	1	4. ^a
Artesa de Segre.....	1	2. ^a	Pallargas y Florejachs.....	1	3. ^a
Asentiu.....	1	5. ^a	Preixana.....	1	4. ^a
Avellanes.....	1	3. ^a	Rocafort de Vallbona, Lloréns y Vilet.....	1	4. ^a
Balaguer.....	1	2. ^a	San Antolí y Talavera.....	1	3. ^a
Barbens.....	1	4. ^a	San Martín de Maldá.....	1	4. ^a
Belcaire de Urgel.....	1	3. ^a	Talladell.....	1	4. ^a
Bellmunt.....	1	5. ^a	Tàrraga.....	1	2. ^a
Bellvis.....	1	2. ^a	Tarroja, Preñamosa, Torrafeta y Ara- ño.....	1	3. ^a
Camarasa.....	1	3. ^a	Vallbona de las Monjas y Rocallaura... Verdú.....	1	3. ^a
Castelló de Farfana.....	1	4. ^a	1	4. ^a
Castellserá.....	1	4. ^a	Vilanova de Bellpuig.....	1	4. ^a
Cubells.....	1	3. ^a	PARTIDO JUDICIAL DE SEO DE URGEL		
Doncell.....	1	4. ^a	Alas, Aristot, Arseguel Bascarán, Esti- mariu y Serch, Ortedó y Cavá.....	1	3. ^a
Fontilonga.....	1	4. ^a	Bellver, Ellar, Prats, Sampsor, Prullans y Riú Tallendre.....	1	3. ^a
Foradada.....	1	3. ^a	Castellciutat, Anserall Arabell, Ballestá, Arcabell, Ars y Civis.....	1	3. ^a
Fuliola.....	1	4. ^a	Coll de Nargo, Aliñá y Montanisell....	1	3. ^a
Ibars de Noguera.....	1	4. ^a	Montellá, Martinet, Aristot, Musa, Aran- sa, Estana, Villich, Lles y Toloriu...	1	3. ^a
Ibars de Urgel.....	1	4. ^a	Noves de Segre, Castellás, Guardia de Arés, Guills Pallerols, Tàhu y Tost...	1	3. ^a
Llívia.....	1	3. ^a	Orgañá, Cabó y Figols de Orgañá.....	1	3. ^a
Menarguens.....	1	4. ^a	Parroquia de Orto, Arfa, Pla de San Tirso, Villa y Valle de Castellbó.....	1	3. ^a
Mongay.....	1	3. ^a	Seo de Urgel.....	1	2. ^a
Os de Balaguer.....	1	3. ^a	Tuixent, Fornols y La Vansa.....	1	3. ^a
Penellas.....	1	4. ^a	PARTIDO JUDICIAL DE SORT		
Poal.....	1	4. ^a	Espot, Jon, Escaló y Unarre.....	1	3. ^a
Portella.....	1	4. ^a	Esterri de Aneo, Isil, Son del Pino, Va- lencia de Aneo y Sorp.....	1	3. ^a
Preixens.....	1	4. ^a	Gerri de la Sal, Bahent, Peramea y Mon- cortés.....	1	2. ^a
Puigvert de Agramunt.....	1	5. ^a	Pobleta de Bellvehi, Monros y Torre de Capdella.....	1	2. ^a
Santa Llívia.....	1	5. ^a	Ribera de Cardos, Estahón, Esterri de Cardos y Lladorre.....	1	2. ^a
Termens.....	1	4. ^a	Sort, Surp, Altron, Estach, Rialp, Lle- suy, Enviny y Soriguera.....	2	2. ^a
Tornabous.....	1	4. ^a	Tirvia, Alins, Llavorsi y Farrera.....	1	2. ^a
Torrelameo.....	1	4. ^a	PARTIDO JUDICIAL DE SOLSONA		
Trago de Noguera.....	1	3. ^a	Baronía de Rialp y Tiurana.....	1	3. ^a
Tudela del Segre.....	1	4. ^a	Basella y Castellar.....	1	4. ^a
Vallfogona de Balaguer.....	1	5. ^a	Cosol y Josa.....	1	5. ^a
Vilanova de Meyá.....	1	3. ^a	Lladur y Olius.....	1	3. ^a
PARTIDO JUDICIAL DE BORJAS BLANCAS			Llanera, Pinos y Molesesa.....	1	4. ^a
Albaiges Cogul.....	1	3. ^a	Naves y Cariansa.....	1	3. ^a
Albi Vilosell.....	1	2. ^a	Oliana y Mitad de Oden.....	1	4. ^a
Arbeca.....	2	3. ^a	Peramola y Gabarra.....	1	4. ^a
Bobera.....	1	5. ^a	Pons, Oliola, Cabanabona y Tosal....	1	2. ^a
Bellianes.....	1	4. ^a	Riner y Llóverá.....	1	4. ^a
Borjas Blancas y Floresta.....	2	2. ^a	Sanahuja.....	1	4. ^a
Castellidans.....	1	2. ^a	San Lorenzo de Moranyes, Pedra y Coma, Guixés y Mitad de Oden.....	1	3. ^a
Cervia.....	1	3. ^a			
Espluga Calva, Fullea y Omellons...	1	2. ^a			
Granadella.....	1	3. ^a			
Juncosa.....	1	2. ^a			
Juneda.....	1	3. ^a			
Poble de Cíercoles.....	1	4. ^a			
Poble de la Granadella.....	1	5. ^a			
Soleras y Torms.....	1	2. ^a			
Torregrosa.....	1	3. ^a			
Vinaixa y Tarrés.....	1	3. ^a			
PARTIDO JUDICIAL DE CERVERA					
Anglesola y Velagrasa.....	1	3. ^a			
Bellpuig.....	1	3. ^a			
Cervera.....	1	2. ^a			
Ciutadilla y Nalech.....	1	4. ^a			
Claravalls y Santa María Montmagas- trell.....	1	4. ^a			
Figuerosa, Altet, Cunil y Riudevilles...	1	4. ^a			

MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO	Número de plazas.	Categoría que se le asigna.	MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO	Número de plazas.	Categoría que se le asigna.
PARTIDO JUDICIAL			PARTIDO JUDICIAL		
Solsona.....	1	2. ^a	Pont de Suert, Llesp y Malpas	1	4. ^a
Torá y Biosca	1	4. ^a	Salas, Serradell, Espluga de Serra y Sa- peira	1	3. ^a
PARTIDO JUDICIAL DE TREMP			Senterada, Benes, Sarroca y Viu de Lle- vata	1	3. ^a
Durro y Barruera.....	1	5. ^a	Tremp.....	1	3. ^a
Figuerola, Conques, San Romá y San Salvador de Toló.....	1	3. ^a	Vilaller, Cartanera y Montonui (Huesca).	1	4. ^a
Guardia, Mur, San Esteve de la Salga y Eroles.....	1	2. ^a	Vilamitjana, Suterrafña y Orcau.....	1	4. ^a
Isola, Benavent y Avella de la Conca...	1	3. ^a	PARTIDO JUDICIAL DE VIELLA		
Llimiana, Sant Cerni y San Miguel de la Vall.....	1	4. ^a	Bosost, Arrés, Arrós, Vilá, Betlan, Las Bordas y Vilamós.....	1	2. ^a
Palau, Talarn y Gurp.....	1	3. ^a	Les Bausen y Canejan.....	1	2. ^a
Pobla de Segur, Aramunt, Claverol y Ortoneda.....	1	2. ^a	Viella, Arties, Bogerque, Escunau, Gua- sach, Gessa, Salardu, Tredón y Vilach	1	2. ^a

Habiendo sido desestimadas las reclamaciones formuladas por los Ayuntamientos de Alcarraz, Mayals y Prullans.

Madrid, 29 de Febrero de 1932.—El jefe del Negociado, *Ubaldo Trujillano*.—El director general, P. D., *S. Ruesta*. (*Gaceta* del 5 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 Lérida a los cuales se refiere la clasificación definitiva de las plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad, publicado 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, 29 de Febrero de 1932.—El director general, P. D., *S. Ruesta*. (*Gaceta* del 5 de Marzo de 1932.)

SEGOVIA

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

MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO	Número de plazas.	Categoría que se le asigna.	MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO	Número de plazas.	Categoría que se le asigna.
PARTIDO JUDICIAL			PARTIDO JUDICIAL		
PARTIDO JUDICIAL DE SEGOVIA			Palazuelos de Eresma, sus barrios y Tres Casas.....	1	4. ^a
Abades.....	1	4. ^a	Roda de Eresma, Encinillas y Los Huertos.....	1	3. ^a
Aldea Real.....	1	5. ^a	San Ildefonso	2	1.2. ^a y 1.3. ^a
Basardilla, Torrecaballeros y Santo Do- mingo de Pirón.....	1	2. ^a	Sahuquillo de Cabezas y Otones de Ben- jumea.....	1	4. ^a
Bernuy de Porreros.....	1	4. ^a	Segovia.....	5	1. ^a
Brieva y Andrada de Pirón	1	4. ^a	Sotosalbos, Collado Hermoso y Pelayos del Arroyo.....	1	3. ^a
Caballar.....	1	5. ^a	Torreiglesias y Losada de Pirón.....	1	3. ^a
Cantimpalos.....	1	4. ^a	Turégano.....	2	3. ^a
Carbonero de Ahusín.....	1	3. ^a	Valdevacas y Guíjar, Cubillo y Arevali llo de Cega.....	1	2. ^a
Carbonero el Mayor.....	2	3. ^a	Valseca y Hontanares de Eresma.....	1	3. ^a
El Espinar y San Rafael (estacion).....	3	2. ^a	Valverde del Majano.....	1	3. ^a
Escalona del Prado.....	1	4. ^a	Veganzones.....	1	3. ^a
Escarabajosa de Cabezas	1	4. ^a	Vegas de Matute y Valdeprados.....	1	2. ^a
Escobar de Polendos y Cabafias.....	1	3. ^a	Yanguas de Eresma y Tabanera la Luenga.....	1	4. ^a
Espirdo y La Higuera.....	1	5. ^a	Zamarramala y La Lastrilla.....	1	4. ^a
Fuentemilanos.....	1	2. ^a	Zarzuela del Monte y Monterrubio.....	1	2. ^a
Garcillán y Analla.....	1	3. ^a	PARTIDO JUDICIAL DE CUÉLLAR		
Hontoria y Revenga.....	1	4. ^a	Adrados, Cozuelos de Fuentidueña y Pe- rosillo.....	1	2. ^a
La Ouesta y sus barrios.....	1	3. ^a	Aguilafuente.....	1	3. ^a
La Losa y Ortigosa del Monte.....	1	3. ^a	Arroyo de Cuéllar.....	1	4. ^a
Madrona y sus barrios.....	1	2. ^a			
Martín Miguel y Juarros de Riomo- ros.....	1	4. ^a			
Mozoncillo.....	1	3. ^a			
Muñoveros.....	1	4. ^a			
Navas de San Antonio.....	1	2. ^a			
Olero de Herreras.....	1	4. ^a			

TERTULIA MÉDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

— AMENIDADES —

16 IV-1932

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

DE RE MÉDICA

La confianza en el médico.

Las cualidades técnicas, intelectuales y morales del médico constituyen para

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

él un factor importante que debe tener en cuenta. Pero la confianza que necesita no puede adquirirla si no añade a ellas el afecto que el enfermo debe sentir hacia él. Los factores que deciden este entusiasmo por el médico son dos principalmente: el principio de su instalación, el atractivo de la novedad, y después, los lazos que impone el hábito.

El atractivo de la novedad es más frecuente entre las gentes de los pueblos que en las de la ciudad. La curiosidad tiene por objeto alimentar un apetito de sensibilidad que suele acabar en la inanición en que la entierra la monotonía de las sensaciones diarias. Un médico recién instalado es siempre un acontecimiento que produce una exci-

tación sensible. La conversación se hace interesante para todos, y parece que los alegre la conversación del forastero. Es como si un viento nuevo viniese a reanimar el pulmón; como si les diesen a respirar una atmósfera de potingues y medicamentos. La instalación de un médico en un pueblo sugiere un sinnúmero de comentarios de todas las clases. Cada uno sabe de él una cosa y la suelta; las impresiones se cambian, y los grupos se ponen alerta. Se forma un círculo alrededor del indígena más informado o que haya recogido nuevas más exactas, que repite con autoridad. Cuando sale el médico a la calle le dirigen todos su mirada como si espíasen su paseo; los policías nunca son tan escrupulosos cuando siguen los pasos de un malhechor. Cuando un enfermo ha

miento con regocijo, poniendo un exquisito cuidado en el relato y gran penetración en el diagnóstico que hace de él. Cuando no le han entendido bien, lo manifiesta con movimientos significativos de cabeza, con silencios impacientes, con una simpatía que solicita disculpa, con sonrisas estudiadas o con un

"MALTOPOL"

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

agotamiento general que hace que el recitado sea acogido con benevolencia. Es un poco de alegría para los vecinos del pueblo y su borrachera se prolonga durante algunos meses.

Al principio los desaciertos que tenga no llegan a cubrir con su sombra la ciencia del curador. Cada uno de éstos es aún demasiado entre el ambiente de aquel suelo climatológico; pero el astro va declinando, a la vez que la luna se eleva, sin que sea, ciertamente, una luna de miel. Al cabo de un año, los desaciertos, aunque sordamente, van propagándose por todos; y el médico adivina los conciliábulos secretos de los vecinos. Ya tiene que sufrir en partes iguales los defectos que no ha co-

Gardan
contra la Gripe

tenido una consulta, cuenta a los enfermos de la cama próxima el aconteci-

los Tribunales eclesiásticos en que éstos no hayan dictado sentencia firme en la fecha de la promulgación de la presente Ley, podrán ser tomadas en cuenta por los Tribunales civiles, en los términos que previene el párrafo anterior, cuando dichos litigios sean sometidos a la jurisdicción de estos Tribunales.

5.ª En los juicios pendientes ante los Tribunales civiles al tiempo de la promulgación de esta Ley, cualquiera que sea su estado, se dará traslado al autor para que, en el término de diez días, manifieste si opta por el divorcio vincular que en ellas se regula. Si así fuese, deberá iniciarse nuevamente el procedimiento y sustanciarse conforme a las disposiciones de la sección segunda del capítulo V. Si el actor optare por la continuación del pleito se sustanciará con sujeción a los trámites ordenados en esta Ley. La sentencia en este caso será de separación y tendrá los efectos que previenen los artículos 38 y 39.

Queda a salvo el derecho de los cónyuges para obtener el divorcio por mutuo disenso.

6.ª Cuando hubiere separación de los bienes de los cónyuges decretada conforme al capítulo 6.º, título III, libro cuarto del Código civil, por causa de divorcio, si el marido hubiera conservado la administración de los bienes del matrimonio, la mujer podrá exigir que se liquiden y se la entreguen los bienes propios y los que la correspondan de la sociedad conyugal. En cuanto a ellos, se observará lo dis-

puesto en el art. 24. Entre los cónyuges regirá en este caso lo que se dispone en la sección 4.ª del capítulo III de esta Ley.

7.ª Los plazos de caducidad de la acción del art. 8.º de esta Ley comenzarán a contarse desde la promulgación de la misma.

DISPOSICIÓN FINAL

Quedan derogadas cuantas disposiciones y pactos se opongan a los de la presente Ley.

Por tanto:

Mando a todos los ciudadanos que coadyuven al cumplimiento de esta Ley, así como a todos los Tribunales y Autoridades que la hagan cumplir.

Madrid a dos de Marzo de mil novecientos treinta y dos.

NICETO ALCALÁ ZAMORA Y TORRES

El Ministro de Justicia,

ALVARO DE ALBORNOZ Y LIMINIANA.

(Gaceta del 12 de Marzo.)

(Rectificación de la publicada el 11 de Marzo.)

metido en una enfermedad prolongada y crónica, como los que puedan imputarle de otra rápida y efectiva, sobre la que nada podrá hacer. Los errores chocan ya con los aciertos, pero se de-

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

ploran las enfermedades sin que se alben las curaciones.

La experiencia resulta contraproducente en estos casos, «según diría un recién llegado». Un sentimiento de desconfianza va insinuándose y filtrándose en las simpatías nuevamente adquiridas; aún no es hostilidad, pero ésta no tardará en mostrarse. Sus manifestaciones primeras tienen lugar cuando el pueblo se divide en dos partidos: los que atacan al médico y los que le defienden, aguzándose el odio de los primeros sobre las protestas de afecto de los segundos.

Nada resulta tan molesto y penoso como la vida del médico en un pueblo. Basta que se haya instalado hace algún tiempo, para que la atención que se le debe se extinga y diluya las curaciones más radicales. Por el contrario, ¡cuántos desaciertos tendrá que implorar! Si se le muere algún enfermo, todos son a

atenúen la mala fortuna. En este momento tomará parte el hábito, siendo el único que pueda mantener al doctor en la estimación del pueblo.

En su táctica procurará no ocuparse de la parte adversa que aprovecha la menor ocasión, con el fin de aplastar bajo el veneno de sus palabras una reputación bien adquirida.

La inteligencia superior y la alta cultura a que han llegado numerosos médicos de pueblo—el de Balsac es único, y de los demás hay millares—pueden ser rechazadas por la iniquidad que sufren y la incompreensión de que son víctimas. Renunciando a inferir quejas, vuelven sobre sí mismos, reflexionan, extienden la capacidad de su espíritu,



se nutren de lecturas substanciosas, y procuran que no se les apaguen las luces de bondad y abnegación que les llevan a socorrer a sus semejantes.

En la ciudad las cosas suceden de otro modo; la malicia humana es la misma, pero tiene un terreno más vasto donde clavar sus tentáculos y no concentra sus maleficios en una persona sola. La instalación de un médico en un distrito no despierta la curiosidad de nadie. ¿Dónde van las gentes que llaman a la puerta de su cuarto? Esta pregunta no se hace jamás, por no tener objeto. Existen otras muchas preocupaciones y nadie puede ocuparse del médico que acaba de instalarse. A su vez él irá abriéndose camino poco a poco, aunque a costa de muchos esfuerzos y de una

tenaz persistencia. Si un día los aciertos coronan su labor, el triunfo será una apoteosis; pero la victoria le suscitará nuevos y peores rivales entre los profesionales que entre los clientes.

Antiséptico GORÓGENO LUMEN

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

En cuanto al hábito de la confianza, se instala un poco desigualmente y al azar entre los diferentes públicos. El más fiel es el que trabaja, el más voluble el que no hace nada. Los camaradas del bar destruyen numerosas reputaciones. En cuanto al que está en el pueblo está libre de estos ataques, puesto que después de su visita se dedica como si fuera un niño a las preferencias de sus caprichos.

En general, la clase media la constituye aquel número, cuya constancia de sentimientos está más asegurada. El médico que hayan escogido éstos será mantenido por ellos con tesón ejemplar y no le abandonarán por ningún capricho particular.

La humanidad está hecha de este modo. Para muchas naturalezas el cambio de sus simpatías es una condición de su moralidad. En lugar de descorazonarse por un procedimiento tan ab-

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

surdo, el clínico procurará analizar las razones de orden físico, intelectual y moral motivadoras de la maniobra formada a su alrededor; desarticulará el

SIGUE A LA PÁGINA XIV

LEY RELATIVA AL RECARGO DE LAS CONTRIBUCIONES

MINISTERIO DE HACIENDA

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA ESPAÑOLA,

A todos los que la presente vieren y entendieren, sabed.
Que las CORTES CONSTITUYENTES han decretado y sancionado la siguiente

LEY

Contribución territorial.

Artículo 1.º Se establece, con carácter transitorio, un recargo adicional del 10 por 100 sobre las cuotas para el Tesoro de la Contribución territorial, riqueza rústica.

Art. 2.º Se aumenta, con carácter transitorio, en 2,50 por 100 sobre las cuotas para el Tesoro de la Contribución territorial, riqueza urbana, el recargo adicional establecido por el art. 16 de Ley de 29 de Diciembre de 1910.

14

Contribución industrial y de comercio.

Art. 3.º Se establece, con carácter transitorio, un recargo del 20 por 100 sobre las cuotas del Tesoro vigentes en las tarifas de la Contribución industrial; recargo que no podrá ser afectado por la tasa de recaudación ni por ningún otro gravamen, ni influirá tampoco para nada en el cómputo para el sustitutivo de la Contribución de utilidades.

Tampoco se tendrá en cuenta el recargo a los efectos de señalar la clase de cédula personal en la tarifa 2.ª de este impuesto.

Contribución sobre las utilidades de la riqueza mobiliaria.

Art. 4.º Al epígrafe B) del número 2.º de la tarifa 2.ª de la Contribución sobre las utilidades de la riqueza mobiliaria, se añadirá un párrafo redactado como sigue:

«Asimismo se pagará el 5,50 por 100 de las participaciones que en los beneficios obtenidos por las comunidades de bienes sujetas a contribuir por la tarifa 3.ª de esta Ley perciban las personas que constituyan tales comunidades.»

Art. 5.º El primer párrafo del número 3.º de la tarifa 2.ª de la Contribución sobre utilidades de la riqueza mobiliaria queda redactado como sigue:

«El 10 por 100 de las retribuciones de los capitales dados

DERMATOSIS INFANTILES

desaparecen rápidamente con

DEPURATIVO INFANTIL CABALLERO
de sabor agradabilísimo.

PASTA POROSA CABALLERO (Dermatitis rezumantes).

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

JARABE Cloofosfato ALMERA

es el preparado de fosfato de cal de más fácil **ABSORCION** y el más **ASIMILABLE**

Superior a todos sus similares, siendo el más activo de todos los reconstituyentes. **Más de 37 años de éxito creciente.**

De venta en: Xuclá, 21, Barcelona, en la Farmacia Almera y Laboratorio, Plaza de Gülmara, 14, Vilasar de Mar y en las principales Farmacias y Droguerías.



THUS-SERUM

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

Indicado en
todas las afecciones de las

VÍAS RESPIRATORIAS

Laboratorios VIÑAS - Claris, 71 - BARCELONA

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

Ayuntamiento de Madrid

EN
AMPOLLAS
5
CENTI-
CUBOS

EN
AMPOLLAS
5
CENTI-
CUBOS

LABORATORIO FARMACÉUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

DIRECTOR: D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA
ESPAÑA

Jarabe Bebé

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

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

Tetradínamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

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.



lo mejor contra las
Hemorroides

WALTER ROSENSTEIN, S^{UC},
BARCELONA -APARTADO, 712

Merz

CHEM. FABRIK
MERZ & CO
FRANKFURT ⁹/₁₁ ZÜRICH
WIEN

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

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

PROGRAMA CIENTÍFICO:

Lema: Progressi sumus, progredimur, progrediemur.

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

SUMARIO: Sección científica: Tratamiento de las hernias por inyecciones, por el Dr. José Marín Espinosa.—Notas médicas: I. El pro y el contra de la raquiánestesia. II. Un nuevo antídoto del cianuro: el azufre coloidal, por Victor Delfino.—Concepto actual del reumatismo blenorragico, por el Dr. Javier M. Tomé y Bona.—Información científica del IX Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía: La cirugía de los tumores espinales, por el Prof. L. Dominici.—De la cátedra austríaca: Terapéutica por la digital.—Bibliografía.—Periódicos médicos.

Tratamiento de las hernias por inyecciones

POR EL

DR. JOSÉ MARÍN ESPINOSA

Del Sanatorio del Rosario.

Comenzado a utilizarse a mediados del siglo pasado principalmente en Francia, siendo uno de los más fervientes defensores del método Lanelongue, utilizando el cloruro de cinc. Poco a poco fué cayendo en desuso hasta ser abandonado por completo en la época actual.

Varias circunstancias influyeron en ello. En primer lugar, las inyecciones eran en extremo dolorosas. En segundo, pretendían obtener la curación con escasas inyecciones; para ello tenían que acudir a inyecciones fuertes que ocasionaban gran reacción inflamatoria (tipo Clzn), dejando en la cama al paciente una semana, obteniendo la curación en un 70 por 100. Claro que un tanto por ciento elevado, pasado un cierto tiempo y desaparecida la inflamación, volvía a presentarse la hernia y, finalmente, de una manera decisiva.

El avance formidable de la técnica quirúrgica actual, que con escaso riesgo y en poco tiempo obtenía una curación persistente en el 90 por 100 de los casos.

La operación, con todas sus ventajas, no es del todo inofensiva, tratándose, sobre todo, de personas de edad, catarrosos, etc.; por otra parte, un tanto por ciento bastante crecido de hernias operadas se reproducen, siendo la segunda intervención más laboriosa que la primera y ofreciendo menos posibilidades de obtener la curación. Finalmente, un tanto por ciento bastante crecido de pacientes, a pesar de estarles indicada la intervención, la rechazan por completo, no quedándoles otro recurso que el acudir al braguero, entregándose la mayoría de las veces a la explotación de un ortopédico que, a unos precios fantásticos, les larga un armatoste que muchas veces no les sirve de nada o no lo pueden soportar.

En este sentido, las inyecciones han venido a llenar un vacío inmenso.

El fundamento científico del método es el siguiente:

La introducción de un líquido estimulante en el conducto inguinal provoca una inflamación local aguda completamente aséptica, que, repitiendo el estímulo, aboca una inflamación crónica con abundante proliferación del tejido conjuntivo. El resultado terminal es la oclusión del conducto herniario por un tejido cicatricial duro.

Los puntos más importantes del tratamiento de las hernias por inyecciones son los siguientes:

1.º Elección de las hernias. 2.º Sitio para practicar las inyecciones. 3.º Líquido a emplear, y 4.º Intervalo de las inyecciones y número de éstas.

1.º Son tributarias del tratamiento todas las hernias libres, incluso las recidivas de las operaciones, cuya contención exacta se puede lograr con el braguero.

Es indiferente la edad del enfermo y la antigüedad de la hernia,

2.º *Sitio para practicar las inyecciones.*—Se practica la inyección hallándose el enfermo echado, a nivel del anillo interno en plena pared; más adelante, cuando el tejido se edematiza, las inyecciones se practican haciendo penetrar la aguja más profundamente en el saco herniario.

Lo único que hay que evitar cuidadosamente es que el intestino se ponga en contacto con el sitio en que la inyección se practique; es preciso que el asa intestinal se reduzca por completo. También es preciso rehuir el aplicar las inyecciones a nivel del anillo externo, seguida la mayoría de las veces de gran reacción inflamatoria.

3.º *Líquido a emplear.*—Primeramente comenzó a utilizarse el cloruro de cinc, posteriormente la tintura de yodo, el agua salada, no obstante aplicar con anterioridad una inyección de cocaína que resultaba en extremo dolorosa.

Schwalbe, fundándose en sus ensayos de diferentes líquidos aconsejaba el uso del alcohol a una con-

centración del 20 por 100 al 60 por 100; previniendo a todos contra el uso del alcohol absoluto.

Yo, sin embargo, lo he utilizado con magnífico resultado asociándolo al éter y cloroformo, o bien utilizándolo solo o acudiendo a la siguiente fórmula:

Alcohol absoluto.....	80 gramos.
Solución de ácido ortofosfórico.	X gotas.
Agua destilada.....	C. s. p. 100 c. c.

Siendo el irritante ideal para provocar la inflamación deseada y no tiene ninguno de los inconvenientes, tales como un dolor intenso o causar propensión a la necrosis.

Teniendo la inmensa ventaja de no precisar anestesia local de ningún género, y las molestias causadas por la inyección ser en extremo pasajeras. Cantidad 0,5 a 2 c. c. Sólo en casos excepcionales 4, 6, 8 y hasta 10 c. c. sin ningún contratiempo.

4.º *Intervalos entre las inyecciones.*—El tratamiento lo practico de una manera ambulante; sólo en casos excepcionales de hernias muy voluminosas y difíciles de contener y que por cualquier circunstancia no se puede operar, practico el tratamiento reclusivo al paciente en cama los primeros días de aplicar la inyección con el fin de evitar la presión del intestino sobre el anillo herniario.

Normalmente acostumbro a utilizar una inyección semanal en número aproximado de 8 a 10.

Para los pacientes de provincias acostumbro a practicar una inyección diaria hasta obtener la oclusión del anillo, aconsejándoles volver a los tres meses para aplicarles otra nueva tanda de inyecciones.

En Alemania se ha extendido mucho el tratamiento debido a los estudios de Timmermaun, hospitalizándose desde un principio a todos los enfermos para someterlos al tratamiento, rechazando de plano el tratamiento ambulante.

El tratamiento dura de dos a seis semanas.

Yo prefiero el tratamiento ambulante. El enfermo puede hacer sin trabas su vida corriente, conservando su capacidad de trabajo; es una ventaja considerable, sobre todo tratándose de enfermos de alguna edad; tiene el inconveniente grande de que el médico depende en absoluto de la conducta del paciente; por otra parte, cuando llevan un cierto tiempo de tratamiento se dan por satisfechos con el resultado obtenido sin preocuparse de si llegaron a obtener la curación total.

Este trabajo se funda en mis observaciones de 500 casos tratados durante cuatro años, teniendo que luchar al principio con grandes dificultades por escasez de clientes y desconfianza al procedimiento.

Edad.—No tiene gran influencia; la mayoría de mis clientes son personas de cuarenta y cinco a sesenta años, muchos de ellos dedicados a trabajos manuales que precisan grandes esfuerzos; tuve algunos clientes de ochenta y más años en los que sobrevino la curación con extraordinaria rapidez.

La antigüedad de la hernia.—No parece tener gran influencia; veo casos que la tuvieron toda la

vida y curaron rápidamente, mientras que otras recientes y poco pronunciadas de tipo directo me costaron mayor esfuerzo el obtener la curación.

Niños.—Su número fué escaso en atención a rechazarlos casi sistemáticamente; no obstante, los pocos tratados curaron todos.

Los enfermos curados siguen usando el braguerio; unos por preocupación; los otros por costumbre, y algunos en los momentos de trabajos fuertes; los demás se libraron del uso de él, algunos antes de ser autorizados para ello.

Recidivas.—El estado del enfermo, cuando se producen, es mejor que el primitivo. Con un braguerio que haga una compresión ligera, se consigue mantener la reducción, precisando menor número de inyecciones para conseguir el cierre del anillo; si, por ejemplo, fueron precisas 10 inyecciones, luego, con sólo aplicar dos, fueron suficientes.

Complicaciones.—En contados casos, que no llegaron al 4 por 100 de enfermos tratados, se presentaron procesos inflamatorios con fiebre, que desaparecieron a las cuarenta y ocho horas mediante el reposo, supresión del aparato y aplicaciones de fomentaciones frías.

Terminado el período de las inflamaciones agudas, se observa en el sitio de la inyección una infiltración del tamaño de un huevo de paloma que al principio es un poco doloroso, pero rápidamente se reduce y se hace duro, abreviando y favoreciendo en extremo la curación.

Tuve dos casos en que se presentó un hidrocele artificial; la simple punción obtuvo la curación.

Los únicos casos de complicación seria que conozco fueron dos casos de orquitis unilateral seguidos de atrofia del testículo; se trataba de dos casos de hernia operada reproducida, que difícilmente se contenía con el braguerio, y a los que les apliqué una inyección fuerte de 3 c. c., poniéndoles el braguerio muy apretado, recomendándoles quedasen en cama tres días; se presentó una gran inflamación y no tuvieron la precaución de quitarse el aparato ni avisarme, achacando a ello el caso desgraciado.

Abscesos de los que hablan algunos autores no tuve ninguno; tampoco casos mortales.

El tratamiento lo puse en práctica en enfermos renales, no sufriendo su estado la menor agravación, en diabéticos, cardíacos, catarrosos, sin el menor contratiempo.

No obstante, sé de un compañero que ejerce en una capital de provincia, que practica el tratamiento con sustancias astringentes, presentándosele gran cantidad de abscesos y fístulas de larga duración y varios flemones estercoráceos, algunos seguidos de muerte, achacándolo a técnica defectuosa y a que el líquido utilizado no es el más conveniente.

Tuve ocasión de asistir a una operación de un cliente del referido señor; la aponeurosis se presentaba normal, tan sólo al incidir el conducto nos encontramos unos nódulos del tamaño de una avellana, de aspecto grisáceo parecido a un ganglio.

También tuve ocasión de tratar a varios clientes suyos, notando los pacientes una curación más rápida y menos molesta, dado que el primero tenía que aplicar la anestesia local y luego precisaba quedarse algunas horas en cama.

De todos los casos tratados no tuve ocasión de operar a ninguno a pesar de haberlo propuesto en algunas ocasiones.

Tuve un caso incompleto; se trataba de un paciente de mediana edad (cuarenta años) operado de dos hernias inguinales, una por el método de Kocher, que al reproducirse presentaba una punta de hernia que obtuve la curación con pocas inyecciones.

La otra, operada por el Bassini, se presentó posteriormente un hidrocele fallándole la pared en dos puntos, uno de ellos a nivel del anillo interno; la aponeurosis se presentaba en extremo adelgazada; comencé a utilizar el tratamiento sin darle ningunas seguridades, poniéndole en total de unas seis a ocho inyecciones, al cabo de las cuales, dado que obtenía la curación deseada, le propuse la intervención, encontrándome con un tejido cicatricial duro y una aponeurosis en extremo consistente. Efectué la vuelta de la vaginal para curar el hidrocele y di unos puntos a la aponeurosis desgarrada obteniendo la curación rápidamente.

CONCLUSIONES

De lo expuesto anteriormente resulta que el citado procedimiento es eficaz, pudiéndose aplicar a todas las hernias libres fácilmente reductibles sin tener en cuenta el tamaño ni la antigüedad, siempre que con el braguero se las pueda contener bien.

No hay que tener en cuenta para nada la edad ni el estado de salud del paciente. Durante el tratamiento conserva el enfermo su capacidad de trabajo y no corre peligro alguno su vida, consiguiendo la curación en el 85 por 100, cifras parecidas a las obtenidas por la intervención.

Disponemos, pues, de dos métodos para la curación de las hernias con iguales probabilidades de éxito.

Anteriormente, cuando teníamos que aconsejar a un paciente, le proponíamos tan sólo la intervención cruenta o el uso del braguero.

En este sentido el procedimiento de las inyecciones ha venido a ocupar un vacío inmenso.

Como siempre en Medicina hay que huir de ser exclusivista, cuando un herniado me pide consejo mi criterio general es el siguiente: a los niños recomiendo el uso del braguero; procedimiento tan sencillo obtiene la curación en la mayoría de los casos. A las personas jóvenes recomiendo la operación y a las de edad, y a las que padecen de alguna enfermedad les propongo el uso de las inyecciones.

Teniendo en preparación este artículo, llega a mis oídos la noticia de haberse constituido una sociedad de médicos que se proponen divulgar el procedimiento de las inyecciones, ofreciendo exclusivas y remitiendo el medicamento con instrucciones para su

uso, mediante el pago de 150 pesetas, poniéndolo a disposición de los médicos generales.

Un poco atrevida me parece la idea; este procedimiento; inofensivo en manos de un cirujano que practique corrientemente la operación, puede ser en extremo peligroso en manos de un médico no especializado. Es más, a los mismos cirujanos le recomiendo la mayor cautela al principio, y que al serles posible aprendan el procedimiento prácticamente si quieren verse libres de complicaciones desagradables.

Mis modestos conocimientos los pongo a disposición de los compañeros interesados en ello.

NOTAS MÉDICAS

I. El pro y el contra de la raquianestesia. II. Un nuevo antídoto del cianuro: el azufre coloidal

POR

VÍCTOR DELFINO

M. S. A.; S. M. F.; académico correspondiente de las Academias Nacionales de Medicina de Madrid y Barcelona, etc., etc.

I. La cuestión de la anestesia está todavía por resolverse; discútese en todos los tonos y en todas las asambleas científicas acerca de las ventajas e inconvenientes de los métodos clásicos de la anestesia clorofórmica; háblase del dosado del tóxico, que se suministra todavía en la mayor parte de los servicios hospitalarios empíricamente, existiendo, por lo demás, procedimientos que han hecho sus pruebas de administrarle científicamente (tal el del ilustre profesor Rafael Dubois, de Lyon), mediante los cuales está reducido al mínimo el peligro de la intoxicación por la droga; polemiza se acerca de su mayor o menor pureza, achacándole a la circunstancia de la falta de administrar un líquido puro algunos accidentes; discútese, en fin, acerca de las mezclas del cloroformo con otras sustancias que, es cierto, rebajan un tanto su acción letal sobre las vísceras nobles de la economía—riñón, hígado—y disminuyen el peligro, siempre de temer, del síncope; para venir finalmente a los sucedáneos: la cocaína, la estovaina y la novocaína, empleados en la anestesia intrarraquídea o para la anestesia local siempre que lo permita la clase de intervención que se va a practicar en el paciente. Y con respecto del primero de dichos métodos anestésicos, tan difundido en la hora actual y que era caro a nuestro malogrado e ilustre amigo el profesor Diógenes Découd, que fué entre nosotros de los primeros en aplicarle en su servicio hospitalario del Hospital San Roque, aún no se han cerrado las actas. Sin embargo, después del magistral trabajo de Forgue, de Montpellier, en el último Congreso francés de Cirugía y de la reciente publicación del profesor Andrés Chahier, agregado de la Facultad de Medicina de Lyon, laureado por la Academia de Ciencias de París y por la Academia de Medicina, parece que el método está ya maduro como para ganar las opiniones reacias y los ánimos misonéicos, imbuidos por tradicionales preconceptos y tardos para analizar severa e imparcialmente los respectivos balances de obituarios con que cuentan el cloroformo y la raquianestesia.

En una publicación reciente, por lo demás interesante como todas las suyas, el profesor Chaliér hace un estudio crítico de raquianestesia, que trataremos de resumir, toda vez que el ilustre cirujano de Lyon ha procurado para ello tener a la vista principales datos del problema. Y empieza Chaliér por precisar la participación que le cabe de la raquianestesia en la práctica de la cirugía; sentando como principio que, aparte de algunos detalles, todo se reduce en la aplicación de este método a una cuestión de técnica, de dosaje y de calidad del producto anestésico, y que entre manos experimentadas los fracasos totales o parciales son prácticamente nulos, pudiendo la gran mayoría de los accidentes, benignos o graves, precoces o tardíos, de la raquianestesia ser evitados a tiempo, no ofreciendo este método de anestesia más gravedad que ninguno de los otros, y sabiéndose, por lo demás, que cualesquiera de ellos hace correr algún riesgo al enfermo.

Se ha querido invocar al éter, proponiéndole como sucedáneo de los demás métodos anestésicos y particularmente del cloroformo y del cloruro de etilo, cuyos accidentes mortales son moneda corriente; pero si bien es cierto que el éter administrado con la máscara de Omoredanne es menos brutal en sus efectos que lo era anteriormente, cuando la administración de la droga se hacía a dosis maxivas, brutales; y si lo es también que aleja un poco el peligro de los accidentes el darle calentado, como asimismo que ha reducido enormemente el número de los síncope, no lo es menos que detrás de esta máscara de aparente benignidad está el peligro, el cual queda para más tarde, cuando aparece la complicación secundaria, que le hace responsable—y no al cirujano, que ha hecho bien su trabajo—de un gran número de muertes postoperatorias. La raquianestesia estaría exenta de estos inconvenientes, como también de la falta que se le ha inculcado—antes, naturalmente, cuando se asociaba la adrenalina al agente anestésico—de hacer sangrar a los enfermos, exponiéndolos especialmente, después de las prostatectomías transvesicales, a hemorragias que sobrevenían dos o tres horas después de la operación y que necesitaban, al decir de Legueu, un taponamiento apretado.

En cambio, este método tendría en su favor, para otras operaciones practicadas en el abdomen o en los miembros inferiores, la ventaja de la inmovilidad, que asegura a la raquianestesia, tanto antes como después de la operación, la evitación de una hemorragia. En fin, conserva la conciencia del paciente, evitándole el choc moral que ocasionan otros métodos y que cuenta no poco en el determinismo de los accidentes, por lo cual resulta también esta circunstancia una ventaja apreciable a favor del método, en cuyo haber podrían anotarse otras no menos importantes, como ser: la amplitud del terreno operatorio que procura; el silencio abdominal completo, que da al cirujano mayor seguridad, más libertad en sus determinaciones, más precisión, y, finalmente, le economiza el tiempo del acto operatorio y la fatiga inherente al mismo; el choc operatorio es menor, porque la operación es más rápida y menos traumatizante, lo cual, por otra parte, se puede apreciar cabalmente en las grandes intervenciones abdominales (exéresis de los cánceres del intestino grueso, amputación abdominoperineal del recto canceroso, cura de enormes hernias umbilicales, de grandes eventraciones, histerectomías ampliadas por cáncer, ablación de tumores incluidos en el ligamento ancho, etcétera, etc.); evita la mayor parte de las complicaciones pulmonares postoperatorias, lo que es de sumo interés en los enfisematosos, los bronquíticos crónicos y en los operados gástrico; finalmente, suprime los grandes malestares que sobrevienen al despertar del enfermo, como ser vómi-

tos incesantes y fenómenos de agitación, cosas comunes en los sometidos a la narcosis clorofórmica o etérica, que pueden comprometer la resistencia de las suturas, la solidez de la pared, y en la cirugía ortopédica de los miembros, como muy bien observa Chaliér, la buena reducción de las fracturas, de las luxaciones, la consolidación, en buena actitud de los aparatos enyesados. Permite, en último término, la anestesia subaracnoidea, la rápida hidratación del operado, y simplifica singularmente la vigilancia y el postoperatorio.

Todas estas ventajas acumuladas no bastan, sin embargo, para que la raquianestesia asuma la importancia de ser el método de elección y que tenga absoluta prioridad sobre los demás métodos de anestesia en todos los dominios anatómicos o fisiológicos en que pueda ejercer su acción, es decir, en la mitad diafragmática del cuerpo; no es necesario fijar bien las ideas a este respecto, como lo hace Chaliér en su ya mentado estudio, y reconocer que, a pesar de su indiscutible superioridad, por múltiples aspectos, sobre los otros métodos en las circunstancias que reclaman su empleo, la raquianestesia tiene ella también sus contraindicaciones; que puede ser reemplazada en ocasiones por los otros métodos, sin grandes ventajas ni grandes peligros para el paciente y el cirujano; y, finalmente, que existen casos en que ella es irremplazable, y sería verdaderamente cerrar los ojos a la luz de la experiencia rehusarse al empleo de un método útil, capaz de rendir los mejores resultados en el acto operatorio mismo y después.

Como se ve, este eclecticismo, que ojalá fuera seguido por los cirujanos en el empleo de los métodos corrientes de narcosis, con lo que se evitarían fracasos y se reducirían los cuadros de la mortalidad, es el más indicado en la conducta a seguir en el empleo del método de anestesia subaracnoidea que comentamos. Es necesario, pues, ajustarse estrictamente a las indicaciones del método y no pecar por exceso o por impenitente adhesión tanto a la raquianestesia como a los otros métodos de narcosis o de anestesia local regional.

«La sana lógica de las cosas—dice Chaliér al finalizar su estudio—quiere que el cirujano deje de desinteresarse, como lo hizo por mucho tiempo, del modo de anestesia a emplear. Este debe variar con el enfermo, con la naturaleza del mal y el sitio de la operación. En pocas palabras: la anestesia no es solamente un medio; ella hace parte integrante de la operación; desempeña en ella un papel a veces capital, y toma su parte tanto en el éxito como en el fracaso. Existe una indicación del modo de anestesia, como una indicación operatoria y una elección de procedimiento. En esto consiste el hacer *táctica operatoria*.»

II. Desde hace tiempo está de actualidad el grave asunto de la intoxicación cianhídrica, sobre todo desde que se ha difundido el empleo en la economía doméstica del cianuro de potasio y el ácido cianhídrico en las operaciones de desratización que se practican en las naves con fines de profilaxis antipestosa.

Entre nosotros, años ha, se dió como descubrimiento argentino del antídoto para el envenenamiento cianhídrico el hiposulfito de sodio, cuando ya había sido indicado este compuesto thiónico hacía muchos años por numerosos autores extranjeros y ampliamente experimentado en Francia y otros países (véase Manquat: «Traité de Therapeutique»). Aclarado este extremo y puestas las cosas en su verdadero punto, no por eso dejaron los autores y estudiosos de toxicología de seguir experimentando con aquella sal, hasta precisar sus indicaciones y sobre todo su posología, un poco descuidada, es cierto, por los autores extranjeros. Y todo ello ha tenido la virtud de crear un ambiente

REA
MET



hep

PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANÉMIA

hepal

REALIZACIÓN CLÍNICA
PERFECTA
DEL
METODO DE MINOT-MURPHY

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



hepal JARABE

principio
aislado
con hierro

antianémico
del hígado
y cobre

PRODUCTO NACIONAL

Laboratorio Juste
APARTADO DE CORREOS 9030



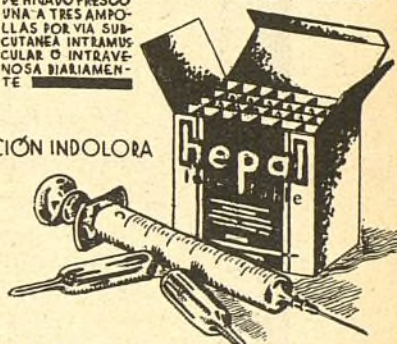
MADRID

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

EN AMPOLLAS DE 2cc
CONTIENIENDO EL PRIN-
CIPIO ANTIANÉMICO DE
20gr DE HIGADO Y
CORRESPONDIENDO
EN EFICACIA A 300gr
DE HIGADO FRESCO
UNA A TRES AMPO-
LLAS POR VÍA SUB-
CUTÁNEA INTRAMUS-
CULAR O INTRAVE-
NOSA DIARIAMENTE

hepal
INYECTABLE

INYECCIÓN INDOLORA



hepal PROPORCIONA LAS SUBSTANCIAS ORGÁNICAS QUE FORMAN EL GLOBULO ROJO Y LOS
ELEMENTOS INORGÁNICOS QUE PRODUCEN LA HEMOGLOBINA

25H

Doctor...
Prescriba la Urotropina
siempre en forma de tabletas
y en el envase original:

R/

Urotropina - Schering
tubo de 20 tabl. de 0,5 gr.

- Sólo así tendrá usted la garantía absoluta de que
sus enfermos reciban el producto original, de acción
terapéutica segura y libre de efectos secundarios.

PRODUCTOS QUÍMICOS SCHERING S. A.

Apartado 479, Madrid.

Apartado 1030, Barcelona.

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
Heredosifilis
Ameno y Dismenorrea
Convalecencias
Estados llamados Pretuberculosos



LABORATORIO MIRABENT BARCELONA

ESPECIALIDAD NACIONAL

de actualidad a todo lo que se relaciona con el antidotismo en la intoxicación cianhídrica, lo cual justifica el que nos otros volvamos sobre este punto. Declaramos, ante todo, que lo hacemos gustosos a la vista de una notable investigación realizada por el Dr. R. Milanesi, en el Instituto de Materia Médica y Farmacología de la Real Universidad de Parma, cuyo conocimiento debemos a la gentileza de su director, el ilustre profesor Alfredo Chistoni, que nos ha comunicado el referido trabajo.

En él estudia el Dr. Milanesi la cuestión del antidotismo entre el cianógeno y el tiosulfato, partiendo de los trabajos de Lang (1895), que explicaba que dicha acción no dependería de una simple reacción química entre ambas sustancias, por recíproco contacto, toda vez que, normalmente, el tiosulfato no quita la toxicidad al cianuro cuando se mezcla con él *in vitro*; y corrige a Lang, demostrando que no es el oxígeno que provoca la reacción por la cual el tiosulfato transforma al cianógeno en sulfocianuro, sino las pequeñas cantidades de anhídrido carbónico que se contienen en el aire que el primero de los autores hizo burbujear en la referida mezcla. Demostró Milanesi que sería el azufre que resulta de la descomposición del ácido thiosulfúrico, puesto en libertad por el hiposulfito alcalino en presencia de ácidos debísimos, el que da lugar a la formación del sulfocianuro, tanto más cuanto que por hallarse al estado coloidal está dotado de una gran actividad química.

Guiado por esta hipótesis, Milanesi preparó azufre coloidal con las mayores precauciones, siguiendo las indicaciones de Ostwald y le experimentó por vía endovenosa en perros, a los cuales llegó a hacer tolerar dosis de cianuro tres veces superiores a la mínima mortal; y no sólo esto, sino que llegó hasta salvar a los animales que se encontraban ya en plena intoxicación por el cianuro y a los cuales había suministrado dosis seguramente mortales de tóxico.

Tal resultado, que el Dr. Milanesi ha obtenido con notable constancia, es ciertamente de suma importancia, tanto más cuanto que ha podido obtener empleando el azufre coloidal, no sólo una acción antidótica, sino salvar animales cuando ya se habían manifestado en ellos síntomas relevantes de envenenamiento. Es natural que para obtener estos resultados es necesario que la cantidad de azufre coloidal inyectada, introducida en la circulación del animal, ya presa de la intoxicación cianúrica, sea en cierta manera proporcional a la cantidad de vacuna suministrada precedentemente, si es que se desea obtener la retrocesión de los fenómenos tóxicos y evitar la muerte.

La acción antidótica importante observada por el doctor Milanesi, mediante la administración del azufre coloidal por vía endovenosa, la cual acción es también curativa — lo que no ocurre con el hiposulfito de sodio —, en cuanto que ha demostrado ser capaz de paralizar los síntomas ya iniciados en el envenenamiento por cianógeno; acción que, a estar a las investigaciones del ilustre toxicólogo italiano, parece estar estrechamente ligada al coloide metaloideo, debería ser experimentada ampliamente en los servicios de urgencia de nuestros hospitales, con lo cual acaso se lograría salvar algunas víctimas más de ese fatídico cianuro, terrible polarizador de muertes extrañas y de vidas tristes que hallan en él la liberación suprema y la última esperanza.

Buenos Aires, 2 de Febrero de 1932.

Concepto actual del reumatismo blenorragico

POR EL

DR. JAVIER M. TOMÉ BONA

I

La aparición en nuestra consulta privada casi de un modo simultáneo de tres casos de artritis blenorragicas, nos ha sugerido la idea de la utilidad que pudiera tener una recopilación de los hechos esparcidos que sobre este padecimiento han aparecido recientemente en la literatura.

Bajo el injustificado nombre de reumatismo blenorragico se conoce el conjunto de las manifestaciones articulares de la infección gonocócica. En realidad, y como ha señalado perfectamente Fereol, el nombre equívoco de reumatismo debía ser substituído por el de artritis; pero el uso tradicional continúa manteniendo en la práctica la primera de estas denominaciones.

El artritis blenorragico es, como se comprende, una manifestación de la infección gonocócica generalizada. Por este motivo y con objeto de fundamentar debidamente la etiología y patogenia de estos procesos articulares ante los ojos de los no especialistas, que tienen un concepto confuso y equívoco de la blenorragia en general, vamos muy brevemente a sintetizar a manera de prólogo el estado actual de lo que Jausion ha denominado «enfermedad gonocócica».

LA ENFERMEDAD GONOCÓCICA, AFECCIÓN GENERAL

Durante muchos años la blenorragia ha escapado del dominio de la medicina interna, siendo considerada como una enfermedad localizada. Y efectivamente, cuando la gonococia está limitada únicamente al aparato urogenital, parece a primera vista como el prototipo de las enfermedades locales. Sin embargo, el período de incubación, de ocho a diez días, para el desarrollo de cualquiera de sus complicaciones; la aparición de anticuerpos en la sangre, que ha sido perfectamente comprobada por la gonorreacción de Rubinstein-Gauran; la presencia de gonococos en ésta misma, puesta de manifiesto por el hemocultivo en algunos casos de septicemia, todos estos y otros muchos hechos comprueban la hipótesis de que el gonococo abandona su acantonamiento inicial para convertirse en una afección general.

La comprobación de anticuerpos en la sangre de los blenorragicos no es un hecho accidental y propio únicamente de las blenorragias graves y complicadas. La más modesta y banal de las blenorragias da lugar a anticuerpos en la sangre. La gonorreacción de Rubinstein Gauran tiene aplicación constante y valiosa en la práctica. De igual modo que en la sífilis, puede distinguirse en la gonococia un período preserológico y otro serológico.

Hechos clínicos de observación diaria comprueban de un modo objetivo que la infección gonocócica, sin constituir una septicemia, puede dar lugar a manifestaciones de carácter general. De tal modo se explican las metástasis articulares, meníngeas y algunas veces oculares. De todas éstas las más frecuentes son las artritis, ya que la meningitis, por fortuna, es excepcional, y las afecciones oculares, aunque muy frecuentes, obedecen por lo general a un mecanismo de contagio directo.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El conocimiento del reumatismo blenorragico se remonta a los tiempos más antiguos. La primera referencia en este sentido se encuentra en el año 1507, en que Forestus señaló la posible coexistencia de la blenorragia y las manifestaciones inflamatorias articulares.

Esta coincidencia fué repetidamente comprobada en el transcurso de los años, hasta que a mediados del pasado siglo Ricord y Fournier plantearon en sendas monografías el estudio científico de esa cuestión en sus inmediatas y evidentemente comprobadas relaciones etiopatogénicas.

En el año 1837, Bouillaud sistematizó el cuadro del reumatismo agudo y en contra de la lógica, como afirma recientemente Ravaut, este hecho viro a confundir y complicar esta cuestión, ya de por sí bastante complicada y confusa. Gran número de autores, cerrando los ojos a la buena razón, pretendieron que el reumatismo blenorragico no era más que una forma del reumatismo agudo, aparecida en un gonocóico. Otros cuantos consideraron a la blenorragia como el agente etiológico de la totalidad de los reumatismos. Como se comprende, el importante descubrimiento de Bouillaud, en lugar de arrojar luz sobre esta importante cuestión, vino a oscurecerla más aún.

Sólo algunos años después, Lasegue planteó de nuevo la individualidad nosológica del reumatismo blenorragico, lo cual dió lugar a una discusión en la Société Médical des Hôpitaux de Paris, que se ha hecho célebre por la violencia con que fueron combatidas las opiniones de este autor. La comprobación científica y terminante de las opiniones de Lasegue vino en años sucesivos con el descubrimiento del gonococo en el exudado articular, efectuado por Petrone en el año 1883 y en la sangre en el año 1894 por Hewes.

ETIOLOGÍA

El reumatismo blenorragico es una complicación bastante frecuente de la infección gonocócica. Renaud, en su estadística, considera que este accidente aparece en un 3 por 100 de los casos de blenorragia. Ravaut y Boulin, en su reciente monografía, Vignes, y cuantos autores hemos consultado a este propósito, se muestran conformes con esta cifra. Igualmente afirma el mencionado Renaud, que la artritis gonocócica se presenta con bastante mayor frecuencia en el hombre que en la mujer.

A pesar de que Leyden afirma que existe la posibilidad de un reumatismo blenorragico «d'emblée», en el cual el gonococo atravesaría las mucosas genitales sin lesionarlas, penetrando primitivamente en la sangre y fijándose inmediatamente en una articulación, todos los autores admiten que el reumatismo gonocócico es una afección secundaria a una blenorragia común.

Puede, por lo tanto, considerarse la uretritis de gonococos como la lesión inicial que da lugar al reumatismo. En la mujer son la vulvovaginitis y la uretritis las lesiones determinantes de los accidentes articulares.

Por lo general, el reumatismo blenorragico aparece en el curso de la tercera semana de diagnosticada la infección, aunque no puede esto tomarse como norma estricta, ya que se han citado casos de coincidencia en la aparición de los síntomas uretrales (Benedech). Griffon, citado por Ravaut, ha descrito un caso en el que las manifestaciones articulares precedieron a las del aparato genitourinario. Con gran frecuencia las artritis gonocócicas son consecutivas a antiguas blenorragias que desde hace meses o años se encuentran en estado de cronicidad y que en algunas ocasiones han sido ya olvidadas casi por completo.

La evolución de la uretritis no parece intervenir para nada en la producción o no de las localizaciones articulares. Tanto se han visto aparecer en el curso de blenorragias abandonadas, como en aquellas otras en que se instituyó un tratamiento precoz y abortivo. Por el contrario, las lesiones profundas, próstata en el hombre y trompas en la mujer,

parecen tener una marcada influencia en la producción de las artritis.

Referente a la etiología de esta complicación gonocócica, se ha emitido una hipótesis teórica, basada en algunas observaciones fortuitas, en virtud de la cual se admite la existencia de una raza especial de gonococos llamada «artrofila», que de un modo selectivo producirían lesiones articulares. Efectivamente, se ha visto que individuos contaminados en la misma fuente han padecido lesiones articulares. En esta cuestión, como en lo referente a la variedad de razas de treponemas, nuestra opinión se inclina a admitir como agente determinante de estas especiales predisposiciones, el terreno individual y los factores exógenos que sobre él actúan. En manera alguna por cualidades intrínsecas del germen. Ahondar en esta cuestión nos parecería ocioso por la claridad con que, al menos para nuestros ojos, se presenta.

Para cerrar este apartado de la etiología de las artritis blenorragicas, citaremos que el mejor predisponente para su determinación es el haber padecido otro accidente de este mismo género. Las predisposiciones familiares, admitidas por algunos, han sido duramente combatidas por Mondor, el cual afirma que cuantos hechos se han aportado en este sentido no dejan de ser hipótesis más o menos gratuitas. Las condiciones especiales del terreno, principalmente los trastornos circulatorios, aunque sean mínimos, actúan como factores coadyuvantes y localizadores de la artritis. El traumatismo debe valorarse hoy día únicamente también como factor determinante de la localización especial de una artritis. El estado de gestación y el parto son factores que, como todos saben, predisponen a las complicaciones de la blenorragia y, entre ellas, por lo tanto, a la artritis gonocócica.

PATOGENIA

Es un hecho actualmente indiscutido que el reumatismo blenorragico se produce por la localización del gonococo en las articulaciones. Empleando una técnica cuidadosa y delicada, como corresponde a un germen que tanta dificultades culturales tiene, se encuentran cultivos positivos en más de un 80 por 100 de los casos, con siembra del líquido articular, y con mayor frecuencia aún, en los cortes de la sinovial.

Por la vía experimental se ha conseguido producir artritis de este género en el conejo, inyectando cultivos de gonococos. Esta comprobación la consiguió primeramente Finger.

Parece perfectamente demostrado que el gonococo alcanza la articulación por vía hemática. Los hechos fundamentales en que se funda esta opinión, se encuentran en los trabajos de Bockard, que ha demostrado la existencia del germen en los cortes de las venas uretrales inflamadas, en los resultados positivos del hemocultivo obtenidos, aunque con dificultad, por Hewes y en la reproducción experimental de la afección por inyección intravenosa en la oreja del conejo y traumatismo de la rodilla.

Sin embargo, como muy bien señala Ravaut, las artritis gonocócicas primitivas, después de todas estas teorías, continúan en completo misterio en lo que se refiere a la etiología.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Las lesiones de la artritis blenorragica son variadas en sus cualidades íntimas y en su gravedad.

En primer lugar citaremos una forma puramente sinovial e inflamatoria, sin lesiones anatómicas destructivas, en las cuales la cápsula se espesa a base de un edema y de una

infiltración polinuclear, localizada principalmente esta última a nivel de los vasos. La cápsula, en la mayoría de los casos, está llena de un líquido espeso, verdoso y purulento. Aunque en menor grado, obsérvese un proceso inflamatorio análogo en los ligamentos, en la cápsula y sobre todo en el músculo tendinoso de la articulación. Este tipo de lesiones corresponde a las formas poliarticulares y a la hidroartrosis.

La monoartritis pseudoflegmonosa da lugar a un segundo tipo anatómico de lesiones, en las que la cápsula, los ligamentos y, sobre todo, el músculo tendinoso están particularmente afectados, mientras que la cavidad sinovial aparece muy escasa en exudados. El periostio se inflama a distancia de la articulación enferma y da lugar a una periostosis que afecta la epífisis en su totalidad y a veces hasta parte de la diáfisis. A este proceso inflamatorio inicial se une rápidamente un proceso destructivo en el que se seccionan los ligamentos y se reabsorben los meniscos, el cartílago se ulcera, dejando al descubierto la sustancia ósea en la que se tallan verdaderas cavidades.

El tercer tipo anatómico corresponde a las artritis supuradas, en las que existen simultáneamente lesiones inflamatorias y lesiones destructivas de los ligamentos, cápsula, cartílago y hueso, produciendo verdaderas supuraciones osteomielíticas. La cápsula al perforarse puede servir de punto de partida para brotes purulentos que disecan los músculos.

Las formas anquilosantes y plásticas constituyen el cuarto tipo de lesiones articulares de la blenorragia y en ellas las producciones, y fibrosas y aun óseas, invaden la cavidad articular a través de los cartílagos, los ligamentos y la cápsula se retraen y, a veces, se calcifican, participando también de este proceso, en mayor o menor escala, la cubierta periarticular, formándose de este modo una anquilosis progresiva.

Como un último tipo de artritis de este género citaremos el llamado reumatismo crónico deformante de origen blenorragico, en el cual, sin embargo, no parecen existir peculiaridades anatómicas dignas de mención.

Ya hemos indicado de paso, anteriormente, que el reumatismo blenorragico da lugar con frecuencia a lesiones inflamatorias y destructivas del periostio. Caracterizanse las lesiones de la cubierta ósea principalmente por la producción de exóstosis, de las cuales es la más importante la exóstosis calcánea que da lugar al síndrome doloroso de la talalgia blenorragica. Sobre las cualidades clínicas de este interesante síndrome insistiremos más adelante en la parte clínica. En este lugar queremos únicamente hacer una somera referencia a su estructura anatómica por considerarla de un singular interés práctico.

La exóstosis calcánea tiene, desde el punto de vista macroscópico, un aspecto y una consistencia fibrosa. Microscópicamente se observan trabéculas de tejido ostioide rodeadas de un tejido fibroso infiltrado de células redondas. En los fascículos musculares existen signos evidentes de miositis.

En lo referente a orden de prelación entre la producción de las lesiones de las partes blandas y del tejido óseo que constituyen este síndrome, hay planteada una activa discusión entre los diversos autores. Tavernier, Janowski, Richer y otros, consideran que las lesiones óseas son primitivas al proceso inflamatorio de las partes blandas, emitiendo a este propósito una serie de consideraciones de índole clínica y anatómica en las que no podemos entrar en este lugar. Por el contrario, autores de la talla de Mondor, Reclus y Schwartz, consideran que las lesiones del hueso son consecutivas a la producción de lesiones inflamatorias

en las partes blandas. Una tercera opinión, mantenida principalmente por Klocpsen, trata de adoptar un criterio ecléctico entre estas dos tendencias, considerando que, tanto las partes blandas como el hueso, son atacados simultáneamente por el proceso inflamatorio.

Para Hertzler, en su interesante monografía aparecida en el año 1926, la lesión fundamental es la bursitis.

14-15 Marzo 1932.

(Continuará.)

INFORMACIÓN CIENTÍFICA DEL IX CONGRESO DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

La cirugía de los tumores espinales

POR EL

PROF. L. DOMINICI

Ponencia a la «Société Internationale de Chirurgie». IX Congreso Madrid, 15 18 Marzo 1932.

CAPITULO PRIMERO

INTRODUCCIÓN

En la ponencia sobre «Cirugía de los tumores espinales» que presentamos al XXXV Congreso de la Sociedad Italiana de Cirugía en Octubre 1928 quedaron evidenciados los progresos realizados en esta rama de la Cirugía después del primer caso de tumor de las meninges espinales operado por Horsley en 1887 y los primeros pasos dados en este camino por Chipault, Fenger, Putnam y Warren, Eiselsberg, Battel, Krause, Warrington, Montserrat, etc., así como los resultados actuales, muy aceptables, como demuestran numerosas estadísticas, al mismo tiempo que hacíamos notar que: «estos progresos autorizan y también imponen a los neurólogos y a los cirujanos la intervención en todos los casos de tumores espinales salvo contraindicaciones especiales, dadas las grandes aportaciones anatómicas, fisiológicas, clínicas y, sobre todo, diagnósticas, debidas principalmente a la estrecha colaboración entre médico, neurólogo, cirujano y también radiólogo».

Krause y Oppenheim, Casirer y Borchardt, Marburg y Eiselsberg, Marburg y Ranzi, Robineau y Sicard, trabajando en estrecha colaboración, han obtenido brillantes resultados.

Forster y Elsberg, como neurólogos-cirujanos, operan sus propios enfermos en los cuales han establecido el diagnóstico de tumor espinal.

La colaboración debe manifestarse sobre todo por parte del médico neurólogo para no enviar al cirujano demasiado tarde, por cuanto de él dependa, el enfermo con tumor espinal. Si en toda la enfermedad son curables sólo quirúrgicamente, la espera sólo empeorará el estado del enfermo; principio absolutamente fuera de discusión de los casos de tumor espinal, pues la razón prima del éxito funcional de la extirpación de un tumor espinal está en el grado que han alcanzado las lesiones medulares producidas por la compresión ejercida sobre la medula por el tumor. Si en un principio éstas son ligeras y reparables, tanto que el enfermo operado con el tiempo, puede adquirir completamente las funciones perdidas, con la progresión del tiempo las lesiones medulares por compresión, se hacen más extensas, más graves, más estables, y difícilmente se pueden reparar una vez retirada la causa de la compresión. Según Adson, una paraplejía espástica por tumor que data de un año difícilmente puede

curar, y la paroplejía flácida que representa el último período de la enfermedad no cura casi nunca.

* *

En la ponencia de 1928 recogimos una estadística de 218 casos operados por cirujanos de diferentes naciones y estudiada, en cuando a los resultados funcionales, a partir de 1908. Considero inútil recordar tal estadística internacional en este Congreso, al cual toman parte cirujanos de todo el mundo, y creo más oportuno recoger solamente la estadística italiana de 63 laminectomías por tumores caudorraquídeos, de los cuales 19 de la Escuela de Roma dirigida por el profesor Alessandri, a la que pertenezco, y que han sido seguidos personalmente casi en su totalidad.

CAPÍTULO II

ANATOMÍA QUIRÚRGICA DE LOS TUMORES DE LA MEDULA

En la práctica, bajo la denominación de *tumores de la medula o tumores espinales* se comprenden todos los tumores que aparecen en el interior del espacio vertebral, pues todos dan sintomatología casi similar, debida a la compresión de los elementos nerviosos, y tienen la misma evolución, que termina con la muerte si no se interviene quirúrgicamente.

Pero el cirujano, sobre todo por la técnica operatoria, debe tener presente que los tumores espinales pueden ser *extramedulares e intramedulares*, y los *extramedulares*, *extradurales e intradurales*.

Otra consideración necesita también tenerse en cuenta en cuanto a la extensión que debe darse a la denominación de *tumor espinal*. A pesar de los notables progresos del diagnóstico espinal, no es siempre posible determinar exactamente la naturaleza de la compresión y distinguir si se trata de un tumor, de un quiste, de una inflamación crónica, de una ectasia o bien de una anomalía vascular, etc.; y, a veces, sólo en la intervención operatoria se reconoce la verdadera naturaleza de la causa que comprime la medula. El cirujano que creía encontrar un verdadero tumor, encuentra un quiste, un tubérculo, un goma, adherencias, meningitis crónica serosa circunscrita, ectasia o anomalía vascular. Nos lo enseña la práctica. Por esto, reconociendo que la denominación de tumor debe reservarse exclusivamente a las verdaderas neoplasias, desde el punto de vista quirúrgico consideraremos como tal, aparte y exclusivamente, la verdadera neoplasia, cualquier otra causa que pueda comprimir la medula espinal, reconocida en el momento operatorio, después de haber practicado la laminectomía, abierto la duramadre o incindido la medula.

* *

1.º *Tumores extramedulares*.—Son los situados detrás de la medula espinal en el punto más fácilmente accesible a través de la laminectomía. Si llamamos anterior la porción de medula que se encuentra delante del plano del ligamento dentado, y anterolateral la porción comprendida entre los ligamentos dentados y las raíces espinales anteriores, encontramos en la estadística de Frazier sólo en 10,6 por 100 de los casos que el tumor intravertebral extramedular era anterior o anterolateral, y en la estadística de Elsberg en 10,9 por 100 de los casos. Esta preferencia de localización, correspondiendo a la porción dorsal del conducto raquídeo, es importante para el cirujano porque hace más fácil la extirpación del tumor.

Los tumores extradurales son mucho menos frecuentes que los intradurales (según Elsberg, 26 por 100 son extradurales y 74 por 100 intradurales).

En la estadística italiana, frente a 37 tumores extramedulares, encontramos 27 (73 por 100) intradurales, y 10 (27 por 100) extradurales.

Muchas veces los tumores extradurales progresan más rápidamente que los intradurales, lo que, si bien no siempre sucede así, una historia breve de síntomas espinales puede hacer sospechar que el tumor sea extradural (Elsberg).

Tienen el punto de partida en la grasa epidural, en las raíces nerviosas, en los vasos sanguíneos. Considera Bruns que en estos tumores son más comunes los lipomas, pero la mayor parte de los autores están de acuerdo en considerar más frecuentes los sarcomas (Schlesinger, Armour, Elsberg, etcétera); siguen los lipomas (de ordinario mixtos: angioli-pomas), y después los que Penfield ha propuesto llamar fibroblastomas perineurales (neurofibromas), cuyo origen son las raíces nerviosas. Todos estos tumores, comprendidos la mayor parte de los sarcomas, están encapsulados y limitados dentro del canal. Los sarcomas, alguna vez, son más extensos y pueden difundirse al exterior del conducto vertebral, atravesando los agujeros de conjunción o por corrosión ósea.

En el espacio epidural pueden desarrollarse quistes por equinococo primitivo: en una estadística de 21 casos de quistes hidatídicos, recogida por Colman, cuatro eran primitivos del conectivo extradural.

La estadística italiana comprende siete casos de quiste de equinococo, todos de origen extradural.

A veces, tumores nacidos fuera del canal vertebral lo pueden invadir, atravesando los agujeros intervertebrales; también por destrucción ósea, pasando en tal caso por el estadio de tumor vertebral.

También, por la misma vía, un tumor intrarraquídeo puede hacerse extrarraquídeo. En tal caso el tumor asume frecuentemente la forma de regadera, con una porción intravertebral y una porción extravertebral. Un caso típico de estos tumores en regadera es el que consta aquí con el número 17 de la Escuela romana, operado por Alessandri.

Igualmente los quistes hidatídicos paravertebrales, ya de los músculos, del mediastino, de la pleura, del pulmón y del hígado, pueden desarrollarse directamente hacia y en el espacio epidural, pasando entre lámina y lámina o a través de los agujeros de conjunción.

Según Dandy, el espacio epidural podría ser asiento también de especiales lesiones flogísticas que él llama «tumores inflamatorios crónicos», los cuales en principio dan dolores radicales; después, pasado un tiempo más o menos largo, parálisis, tanto que hacen pensar en un tumor.

Nos refiere tres casos inéditos, en los cuales la extirpación del foco flogístico fué practicada con éxito. Dandy considera que este tratamiento radical es el de aconsejar. Ahora bien, en un caso de Lewis, la simple laminectomía descompresiva dió igualmente buenos resultados.

Los tumores intradurales, como hemos dicho, son más frecuentes que los extradurales: nuestra estadística lo demuestra.

Rarísima debe ser la forma congénita, como la observada por Berghinz en la autopsia de un recién nacido muerto en el décimo día de su vida, con síndrome clínico de mielitis transversa y en el cual encontró un tumor de la dura espinal que definió como linfosarcoma.

Estos tumores intradurales nacen, o de la dura o de las aracnoides, o bien de la pia, del ligamento dentado o de las raíces nerviosas. Desde el punto de vista quirúrgico pueden ser distinguidos en *extraaracnoideos* adherentes a la dura o sólo a una raíz nerviosa, y en *intraaracnoideos* adherentes, sólo a esta membrana, a una raíz nerviosa o, raramente,

sólo a la pia. Según Beriel, mientras en el cráneo son más frecuentes los tumores de la dura que los de la aracnoides, en el raquis sucedería lo contrario.

Esta distinción anatómicoquirúrgica de los tumores intradurales en intraaracnoideos y extraaracnoideos es importante porque permite la deducción que no se debe siempre abrir la aracnoides cuando se extirpa un tumor intradural, y evitar la incisión de la aracnoides por muchas ventajas que tendremos ocasión de considerar en seguida.

Los tumores intradurales, como los extradurales, están encapsulados en la mayor parte de los casos; en cuanto a su estructura, es difícil inclinarse, porque han sido denominados de diversa manera. Mientras que hace algunos años se usaban para ello los nombres más comunes de los tumores, y se decía que eran esencialmente tumores conectivos y más frecuentemente fibromas, mixomas, sarcomas, endoteliomas, fibromixomas, fibrosarcomas, angiosarcomas, psamomas, neurofibromas, neurosarcomas, lipomas, etc., muy recientemente Cushing ha propuesto la denominación de meningoendotelioma o, más brevemente, de meningioma para los clasificados como endoteliomas o sarcomas. Oberling ha indicado el nombre de meningoblastoma; Penfield los de fibroblastoma meníngeo y fibroblastoma perineural; y Dandy adopta la denominación única de meningioma, como el de neurinoma para los tumores de las raíces, etcétera.

Del modo como se denominen y cualquiera que sea la estructura, es cierto que los neoplasmas intradurales no dan metástasis y no recidivan cuando son extirpados completamente.

Un síndrome igual al de los tumores intradurales pueden dar otras lesiones morbosas con esta localización y que además son reconocidas solamente en el acto operatorio. Así, los tubérculos de las meninges, la tuberculosis pseudo-neoplásica que fué observada por Malerba y por Voisin; la paquimeningitis tuberculosa primitiva (Berard y Delcours), la cisticercosis meníngea (Henneberg), la metástasis linfogranulomatosa (Koelichen), las localizaciones de la enfermedad de Recklinghausen (Simon, Fraenkel, Preble, Kerton, Guibal, etc.

Rand ha operado un caso con el diagnóstico de tumor y encontró un granuloma producido por el *Oidium Coccidioides*; extirpó el granuloma y el enfermo curó. El mismo autor refiere que otro caso, comprobado en autopsia, se había hecho en vida el diagnóstico de meningitis tuberculosa.

De todas estas lesiones la menos rara es el goma sífilítico de la duramadre, que, en general, sólo llega al cirujano por error diagnóstico. En la estadística italiana figura un caso operado por Serra (núm. 27).

Más frecuentes y más interesantes para el cirujano, por requerir la intervención operatoria, son otras lesiones de las meninges que pueden dar síntomas de compresión, entre ellas, las alteraciones vasculares, la meningitis fibrosa crónica serosa circunscrita, y la paquimeningitis espinal hipertrófica.

Las alteraciones de origen vascular han sido descritas bajo diversas denominaciones: quién, habla de hemangioma cavernoso; quién, de angiocéle; quién, de telangiectasia; quién, de varices; quién, de flebosclerosis de los vasos piales; quién, también, de aneurisma cirsoideo. Muchas veces van asociadas a análogas alteraciones vasculares intramedulares, y, según Ritter y Schminke, podrían asumir un tipo angiomaso (13 casos) o un tipo varicoso (11 casos).

Es importante para el cirujano tener presente estas lesiones para que no le desvíen cuando, abierta la dura, no encuentra el tumor supuesto, y haga aquella terapéutica que

en alguno de estos casos es posible aplicar y que exponemos en el capítulo de la técnica operatoria.

En 1908, Schlesinger, consecutivamente a un informe de autopsia llama la atención sobre la meningitis espinal serosa crónica circunscrita.

En 1911, Krause, que ya había practicado 45 laminectomías, encuentra 11 casos con esta lesión. En la estadística italiana tenemos un caso operado por Antonucci (núm. 9).

Según Krause, serían causa las adherencias patológicas de la aracnoides, que circunscribieran un territorio en el cual se estancaría el líquido cefalorraquídeo (aracnoiditis circunscrita con adherencias), o bien procesos patológicos extradurales (tuberculosis vertebral, exóstosis, etc.). También en casos de tumores intramedulares podría existir coetáneamente una meningitis espinal serosa crónica circunscrita, hecho muy importante para el cirujano porque podría enmascarar el tumor intramedular en el sentido que encontrada la meningitis serosa, ésta permitiría creer fuese la única causa de todo el síndrome y no procediera el cirujano a la exploración de la medula para hallar el supuesto tumor.

En general, hecha la laminectomía en los casos de meningitis espinal serosa crónica circunscrita, el cirujano encuentra la duramadre tensa, azulada, sin pulsaciones o con pulsaciones débiles. Si incinde cuidadosamente sólo la dura, ve la meninge blanda, distendida por el líquido, hacer hernia a través de los bordes de la incisión como una membrana pálida opaca. Incindiendo esta membrana no sale el líquido con fuerza y la membrana se adapta a la medula situada debajo. La cavidad está limitada por adherencias que unen entre sí las hojas meníngeas y que llegan a veces a formar una lámina de tejido conectivo revestido por epitelio plano.

En conclusión, debemos retener que esta lesión puede encontrarse asociada a otras lesiones y también a tumores de la medula (ya he llamado la atención sobre la importancia que tiene para el cirujano la posibilidad de esta coexistencia), pero no es posible negar que pueda existir también como enfermedad *per se* bajo forma idiopática y decir que en todas las estadísticas se encuentra citado alguno de estos casos.

Así, Krause, en el primer operado de sus enfermos, en los cuales, creyendo encontrar un tumor que comprimía la medula, halló la lesión que Charcot denominó *paquimeningitis espinal hipertrófica* y Krause *meningitis fibrosa crónica*. Esta está caracterizada por espesamientos más o menos fuertes de las meninges, especialmente de la dura y de la aracnoides, formados por tejido conectivo fibroso estratificado; a veces, con degeneración hialina, vacualización de la dura y gruesos corpúsculos calcáreos concéntricos, sin la menor lesión característica de tuberculosis ni de sífilis. En Italia, en cuanto a nuestros conocimientos, han sido operados cinco casos, de los cuales uno solo dorsal y cuatro lumbares, al contrario de cuanto en general se afirma, esto es, que el asiento preferente son la cervical y la dorsal.

Según algunos autores, esta lesión sería un incidente en la evolución de la siringomielia: Me parece, como queda demostrado con argumentos convincentes en un trabajo de Moniz (1925), que la paquimeningitis espinal hipertrófica (de etiología desconocida) debe totalmente distinguirse de la siringomielia, pero reconociendo que a veces en la paquimeningitis espinal hipertrófica existen coetáneamente también cavidades medulares, las cuales, a diferencia de las propias en la siringomielia, estarían independientes del canal central, serían más irregulares, anfractuosas e invadirían casi siempre de preferencia la sustancia blanca.

Lo que interesa al cirujano es la dificultad de distinguir

clínicamente la paquimeningitis espinal hipertrófica de las compresiones medulares producidas por tumores o por meningitis serosa circunscrita.

El lipiorraquidiagnóstico de Sicard podría dar algún elemento, y a este respecto: 1.º Produciría reacciones más fuertes que en los casos de tumores y también de meningitis serosa circunscrita; 2.º Las imágenes radiográficas tomadas en serie mostrarían el paso difícil del yodo, que se distribuiría según una forma especial; 3.º La detención primitiva del lipiodol sería dos o más segmentos por encima del punto indicado como límite superior de las alteraciones de la sensibilidad (disociación sensitivolipiodolada), signo bastante probable de la existencia de una paquimeningitis hipertrófica.

Kortzeborn, en Septiembre de 1930, refiere un caso en el cual fué practicada una laminectomía por síntomas de compresión medular, sin encontrar la causa. En la autopsia fué hallado en la cara anterior de la medula un nódulo cartilaginoso partiendo del disco intervertebral, entre la VI y VII cervicales, análogo a los nódulos descritos por Schmorl y que derivarían del *nucleus pulposus* de Androc anormalmente desarrollado, y que haciendo hernia atravesaría por una fisura de la parte posterior del disco intervertebral consecutivamente a traumatismo. Alajouanine y P. Dutailis han referido después dos casos más, operado uno con curación y el otro con mejoría. Robineau ha presentado otros dos casos similares.

Por último, recordemos como causa extramedular de compresión y hacer pensar en un tumor, la observada por Dandy, que ha operado dos casos en los cuales la compresión sobre medula estaba realizada por un fragmento de cartilago destacado de los discos intervertebrales y caído en la cavidad.

2.º *Tumores intramedulares.*— Son aquellos que nacen dentro de la medula espinal y están rodeados en todo sentido por sustancia medular.

Son raros y representan una pequeña parte de los tumores intrarraquídeos. Según Schlesinger, 15 por 100; para Potel y Veau, 4 por 100. En la estadística italiana, de 43 tumores intrarraquídeos seis son intramedulares (13,95 por 100).

Desde el punto de vista quirúrgico podemos distinguir dos grupos:

1.º Tumores intramedulares claramente limitados a la periferia, y por ello enucleables (sarcomas fusocelulares, gliosarcomas, y más raramente gliomas, ependimogliomas y lipomas, de los cuales Schmieden y Peiperne han operado uno y recogido otros doce casos).

2.º Tumores infiltrados fundidos completamente con el tejido medular y, por tanto, no enucleables (gliomas, sarcomas globocelulares).

Estos tumores son, además, únicos, raramente múltiples, y en general permanecen en el interior de la medula sin invadir las meninges ni el raquis; sólo el sarcoma alguna vez puede extenderse a las cubiertas medulares.

En casi la mitad de los casos están bien circunscritos en el tejido nervioso, y por esto enucleables, sin producir lesiones medulares o con lesiones mínimas.

Las estadísticas más recientes demuestran que el pronóstico operatorio en estos casos es bastante favorable. En la estadística italiana han curado 33,83 por 100.

Los tumores intramedulares se presentan al cirujano durante la operación, después que ha hecho la laminectomía y ha incidido la duramadre, con estos caracteres: 1.º Aumento de volumen de la medula, síntoma anatómico patológico importante, tanto que para algunos autores, como

Hildebrand y Flatau, es sinónimo de tumor intramedular. Este aumento de volumen puede ser tal que distienda la duramadre; puede manifestarse a toda la longitud de la medula o sólo en una parte, y a veces por encima de él se observa como un surco de estrangulamiento (Helsberg); 2.º Ausencia de pulsaciones de la medula en un punto circunscrito; 3.º Modificaciones del color de la medula, que aparece muy rojo y muy vascularizado, o bien gris rosáceo. Krause dice que en algún caso el color y la consistencia de la medula recuerda el marfil.

Muchas veces la consistencia de la medula espinal está aumentada en relación al tumor. Para conocer este signo precisa hacer la maniobra palpatoria sobre tejido nervioso con un dedo o con sonda metálica, y siempre realizada con extrema delicadeza; para algunos (Beck) sería tan peligrosa que aconsejan la abstención.

En algunos casos estos síntomas anatómicos faltan (Bruns, Flatau y otros); la medula se presenta normal, aun habiendo tumor intramedular. A veces, por el contrario, está reducida de volumen, como en el caso de Sanger, en el cual era la mitad del normal, tanto que el tumor pasó inadvertido al operador y fué encontrado en la autopsia.

Afortunadamente estos casos son raros.

La medula espinal puede ser asiento también de quistes dermoides y epidermoides; igualmente de teratomas sólidos. En la estadística italiana figura un caso operado por Donati en el cual había sobre el teratoma una división de la medula hecha por un surco medio de unos 2 centímetros, correspondiente a la fisura posterior. Los dos cilindros en los cuales estaba dividida la medula eran desiguales; el derecho ligeramente más grueso que el izquierdo.

Además de los tumores propiamente dichos de la medula espinal, ésta puede ser asiento de tubérculos, bastante frecuentes, sobre todo en la sustancia gris (Gower); pueden ser únicos, pero también a un nódulo central rodear otros nódulos tuberculosos más pequeños.

Los gomas intramedulares, no muy frecuentes, se encuentran ordinariamente en la porción posterior de la medula, detrás del conducto central.

Verga y Dazzi, en la autopsia de un caso con síndrome de taboparálisis, encontraron varios quistes de cisticerco localizados sólo en la medula espinal.

Recordemos también cómo consecutivamente a las tentativas de Poussep, de Oppel, hoy se tiende a operar con técnica similar a la usada para los tumores intramedulares en los casos de producción quística de siringomielia, porque, según Poussep, en la siringomielia, existiría una cavidad única o, por lo menos, predominante.

Oppel ha operado siete casos abriendo la cavidad, vaciándola y dejándola en comunicación con los espacios subaracnoideos perimedulares. Schmieden ha operado un caso. Los resultados son variables, pero halagadores cuando no se interviene demasiado tarde.

ALTERACIONES PRODUCIDAS POR LOS TUMORES EN LA MEDULA Y EN LAS RAÍCES

El síndrome funcional provocado por los tumores espinales es esencialmente debido a las alteraciones que se producen en la medula y en las raíces nerviosas por el mecanismo de la compresión, más raramente por el de la difusión directa.

Las observaciones clínicooperatorias y los estudios anatómicos han demostrado que en la compresión medular por tumor las modificaciones de los elementos nerviosos son relativamente ligeras en relación a la gravedad de los fenómenos clínicos, y debidas en primer tiempo



y fundamentalmente no tanto al edema, si bien en un tiempo se atribuía una importancia que hoy se considera exagerada, cuanto a la compresión sobre las venas y a la nutrición defectuosa de los elementos nerviosos en todo el territorio del éxtasis venoso. Es decir, del segmento comprimido a los segmentos distales. Las modificaciones degenerativas de los elementos nerviosos aparecen sólo tardíamente.

Estos hechos explican la clara tendencia a la recuperación funcional cuando se ha hecho desaparecer toda la causa de la compresión. De ello debemos deducir la necesidad que la intervención sea precoz; cuando han aparecido las alteraciones degenerativas del tejido nervioso la reparación no es posible, por lo menos, de manera completa, y cuando la intervención fué tardía, la detención del proceso no es suficiente para la recuperación funcional.

Cuanto hemos dicho, vale no sólo para los tumores extramedulares, sino también para los intramedulares no infiltrados que representan aproximadamente la mitad de los tumores intramedulares, y que actúan sobre el tejido nervioso circundante casi sólo por compresión, como los tumores extramedulares. Sólo en algún caso (Ionnescu-Sisesti), la gliomatosis después de haber formado una cubierta alrededor del tumor se extiende en la medula de arriba abajo, sembrada por una o varias cavidades siringomiélicas.

Es por lo que la enucleación de estos tumores intramedulares, si es hecha a tiempo, puede ser seguida de la recuperación completa de la función.

Además de las alteraciones medulares producidas en relación al tumor, y debidas exclusivamente a la compresión, podrán existir por encima y por debajo del punto de compresión, alteraciones de tipo necrótico del tejido nervioso independientemente de los procesos de degeneración descendente y ascendente. Según Ferraro, estas necrosis estarían determinadas por sustancias tóxicas provenientes del tumor, análogamente a cuanto, según algunos autores, podría suceder también para los tumores malignos situados en puntos lejanos al raquis.

Las raíces nerviosas resisten a la compresión mucho más que la medula, y se pueden encontrar completamente intactas al lado de una medula profundamente alterada. Esta mayor resistencia depende de su relativa movilidad, por la cual pueden huir ante el tumor y ser destruidas sólo cuando son atacadas directamente sobre un plano resistente, como puede suceder por los tumores de la cola de caballo (Cassirer). También, en tales condiciones, se han visto raíces nerviosas alteradas recuperar su función después de separada la causa compresora.

**

Un tumor endorraquídeo puede producir, además de las alteraciones medulorradiculares por compresión, una reacción del tejido adiposo epidural (lipomatosis epidural) que, sin embargo, no estaría tanto en directa dependencia con el tumor, cuanto consecuencia de la rigidez raquídea y de la inmovilización vertebral cuando la columna no se mueve normalmente.

Según Mixter, por el contrario, se determinaría una disminución del volumen de la grasa epidural e igualmente afirma que cuando a la apertura del raquis se comprueba este hecho, inclina en favor de la existencia de un tumor.

Por último, como han observado Elsberg, Taylor, Leriche, existiría en casos de tumores endorraquídeos la verdadera y propia osteoartritis de la columna vertebral, sea en correspondencia de la localización del tumor, sea más o menos lejana del mismo, fácilmente reconocible con el exa-

men radiográfico. No se conoce cuál sea la relación entre tumor y osteoartritis vertebral.

Los tumores primitivos de la medula y de las meninges, cuando son múltiples como cuando son sarcomas, rarisísimamente dan metástasis, y muy raramente recidivan si han sido extirpados completamente, tanto que se considera que la malignidad de los tumores malignos endorraquídeos es menor que la de los tumores malignos de otras localizaciones. Esta condición nos autoriza todavía más a intervenir operatoriamente en los casos de tumores espinales.

CAPÍTULO III

SINTOMATOLOGÍA

El síndrome clínico de los tumores espinales es muy incierto en la fase preparapléjica, tanto que Charles Foix en 1923 afirmaba que sólo en el período parapléjico, o al menos al principio de él, se puede hacer el diagnóstico. No intento profundizar mucho sobre este capítulo que es de más competencia del neurólogo y del médico.

Recordemos sólo que en el período preparapléjico los tumores que se encuentran por encima de la II vértebra lumbar y que comprimen la medula espinal, se manifiestan con dolores varios, sistematizados, radicales, localizados, cordonales, difusos o raquíalgias que pueden ser también más o menos limitadas; los tumores situados por bajo de la II lumbar y que comprimen la cola de caballo, se manifiestan con dolores de tipo radicular y raquíalgia. En algunos casos (23 por 100 según Achard) los dolores faltarían. El enfermo núm. 44 de la estadística italiana, operado por Uffreduzzi, no tuvo síndrome doloroso.

En general, los dolores, cuando existen, son, aunque no sea el tipo, crónicos, fijos en un punto dado, y no parecen depender de ninguna causa fácilmente apreciable.

Un segundo síntoma es la rigidez de la columna vertebral, que en los tumores que comprimen la medula puede estar localizada a la vecindad del tumor o generalizada, mientras que en aquellos que comprimen la cola de caballo parece ser siempre localizada.

Los demás síntomas clínicos tienen una importancia menor porque o no existen enteramente o presentan grandísimas variaciones de un enfermo a otro.

No es, por tanto, posible hacer el diagnóstico en este período de la enfermedad con sólo el examen clínico.

Los demás medios de investigación son:

1.º *Examen del líquido cefalorraquídeo*, que revela, casi constantemente en los casos en los cuales el espacio subaracnoideo está bloqueado, la *disociación albuminocitológica*: Hiperalbuminosis frente a ausencia o escasez de elementos celulares. En los casos de cierre completo y mucho más raramente si el cierre es incompleto, el líquido cefalorraquídeo presenta un tinte amarillo (xantocromía) y dejado en reposo puede coagular: esta coagulación masiva, debida a la elevada cantidad de albúmina, unida a la xantocromía constituye el *síndrome de Froin*. Estos datos cuando son positivos demuestran que existe una compresión de la medula con tabicamiento del espacio subaracnoideo, pero su ausencia no excluye la compresión.

2.º *Punción espinal subaracnoidea a diversa altura*, encima y debajo de la lesión. Pierre Marie, Foix y Robert, han llamado la atención sobre este método para el diagnóstico de altura de una compresión medular; los líquidos recogidos por las dos punciones presentan diferencias más o menos notables en cuanto hace al contenido en albúmina, xantocromía y coagulación en masa. Pero si el bloqueo del conducto, determinado por la compresión, no es completo estas diferencias pueden faltar; Cushing, Elsberg, Guillain, Ala-

jouanine y Robineau han observado resultados contradictorios en varios casos. (albúmina ausente por bajo de la compresión y muy elevada por encima; albuminosis invertida).

Quechenstedt observó que si se comprime la yugular aumenta el líquido cefalorraquídeo que sale por la aguja de punción espinal. A esta prueba, perfeccionada por Shokey, que tiene también en cuenta las modificaciones de presión del líquido cefalorraquídeo provocadas por los esfuerzos que aumentan la presión abdominal, en la actualidad, por muchos neurólogos y cirujanos (como Elsberg), se da gran valor.

Landelius se inclina a localizar en dos casos el nivel o altura de la compresión medular, porque con el procedimiento de Quechenstedt, de la compresión sobre la yugular durante la punción lumbar, se provocaron dolores radiculares en relación con el asiento del tumor.

3.º *La punción de la cisterna*, practicada en los animales por Wegeföth, Ayer y Essik en 1919, abre un nuevo campo de observación en cuanto que Ayer mismo, en 1920-22, la aplica al hombre combinada con la punción espinal en muchos casos de lesiones medulares con o sin tabicamiento del conducto vertebral, confirmando y ampliando, en los casos de tumores, los datos revelados con el método de Pierre Marie, Foix y Robert. Ayer insiste sobre la diferencia de presión del líquido encima y debajo del punto de tabicamiento del canal espinal; la del líquido de la cisterna es siempre más alta que la del líquido del canal medular cuando existe un completo cierre entre los dos puntos en los cuales han sido practicadas las punciones; al contrario, las dos presiones son siempre iguales cuando el canal no está ocluido. Ejecutando después la compresión de la yugular, si no hay cierre del canal raquídeo aumentan en igual medida la presión del líquido de la cisterna y la presión del líquido lumbar, mientras que si hay tabicamiento por encima de la punción lumbar aumenta sólo la presión del líquido de la cisterna.

Pero los métodos de la *punción múltiple* (espinal doble o cisternoespinal) no corresponden siempre a la finalidad de diagnosticar una compresión medular, porque si la compresión existe, pero no cierra completamente el canal raquídeo, la diferencia química y manométrica entre los dos líquidos puede ser tan pequeña para no apreciarse prácticamente. Además, estos métodos, cuando dan resultados positivos y bien apreciables nos dicen sólo que entre la zona de la punción superior y la zona de la punción inferior existe una compresión con cierre del canal espinal, pero no nos permiten localizar exactamente el nivel de este tabicamiento. Y no es aconsejable repetir varias punciones a diversas alturas porque, aun después de la punción lumbar simple, en los casos de tumores espinales se puede observar un evidente y a veces notable aumento de los síntomas, especialmente, según Elsberg, en los tumores extradurales y en algún caso de tumor intradural adherente a la duramadre.

4.º *La radiografía simple*, de gran utilidad para establecer el nivel de la lesión en los casos de tumores de las vértebras, no tiene tanta importancia para los tumores intra-vertebrales. Todavía, aun para éstos, hay casos raros en los cuales, según Adson y Elsberg, la radiografía sería de alguna utilidad: se trataría de tumores extradurales, especialmente sarcomas, que, no teniendo su punto de origen en el esqueleto, determinarían por compresión, sobre los arcos o sobre los cuerpos contiguos, procesos de rarefacción o también de reabsorción del tejido óseo que podrían ser reconocidos por la radiografía. Estos casos, sin embargo, son rarísimos: en la «Mayoclinic», sobre 119 casos operados sólo encontraron tres.

En general, la radiografía simple en los casos de tumores de la medula tiene valor sólo cuando da datos negativos y permite excluir una lesión vertebral.

5.º *Neumorradiorraquia*.—Dandy, por primera vez, ha inyectado aire en el canal espinal para después radiografiar el cerebro y ver si el aire alcanzaba o no los ventrículos. Más tarde, en 1921, Wideroe y después Jacobaeus, y en 1922 el propio Dandy, repitieron este método para localizar el nivel de las compresiones medulares y en especial de los tumores.

Con una aguja lumbar unida a una jeringa de doble función se aspiran 5-10 c. c. de líquido cefalorraquídeo y se inyectan 10-20 25 c. c. de aire en dos o tres veces, aspirando y empujando alternativamente con la jeringa. Si no hay obstrucción del canal raquídeo, el aire depositado en el espacio subaracnoideo espinal pasa al espacio subaracnoideo craneal. En este momento el enfermo aqueja un agudo dolor de cabeza, primero posterior, después medio y más tarde anterior, en relación a la progresión del aire, al mismo tiempo que acusa náuseas que se prolongan doce a veinticuatro horas. La radiografía en serie del cráneo demuestra la presencia de aire en los ventrículos cerebrales y en relación a los surcos. Si, por el contrario, existe un tabicamiento del canal medular, el aire se detendrá en relación con el punto ocluido, provocando, especialmente si inyectamos rápidamente (tres a cinco segundos por 5 c. c., según Doumié, Riser y Laasalle), dolores vivos y pasajeros en el territorio de las raíces que están en relación con la lesión compresora; el enfermo no acusaría cefalea ni náuseas, o lo acusaría sólo más tarde y en menor grado: la radiografía craneal en serie no revelaría la presencia de aire. Según Riser y Laasalle, cuando la estenosis es completa, en cierto momento no es posible retirar más líquido cefalorraquídeo ni inyectar aire, el cual saldría barbotando por la aguja lumbar.

La neumorradiorraquia es ciertamente un método muy sencillo y no presenta inconvenientes, fuera de la cefalea y las náuseas pasajeras. Pero, si puede tener cierto valor para diagnosticar si un tumor existe o no existe, es escaso o nulo para determinar el nivel del tumor, por ser demasiado vago el criterio de los dolores radiculares que se manifiestan en el momento que se introduce aire en relación de la compresión, y además Dandy los ha observado también en los casos en los cuales no existe tabicamiento del canal vertebral, por lo que él mismo da a este método una importancia muy secundaria para diagnóstico de altura de la compresión.

6.º *Iodorradiorraquia (lipiorradiodiagnóstico)*.—Las primeras tentativas de mielografía por medio de la inyección de sustancias opacas en los casos de compresión medular pertenecen a Krause y Simon en 1912. Pero este método ha entrado en la práctica después de 1921, cuando Sicard y Forestier indicaron el uso de un compuesto iodado, el lipiodol, y expusieron una técnica exacta; usaron esta sustancia después de haber comprobado su completa inocuidad para las cavidades epidural y subaracnoidea.

En Alemania prefieren la iodipina al 90 por 100; en Italia, A. Rossi ha usado el iodoleum sin inconveniente, además del iodenol.

La inyección se puede hacer por encima y por debajo de la lesión y en casos excepcionales por encima y por debajo coetáneamente. Pero la inyección por vía atlantooccipital con lipiodol pesado es la preferible. Si no se quiere hacer la punción atloidea se sigue la vía cervical baja, entre la cuarta y la quinta, o la quinta y la sexta, o la sexta y la séptima cervicales; nunca por debajo porque desde este punto a la cuarta dorsal la cavidad raquídea es muy limitada y el

Terapé

Neu

(Emulsi

Anti

Antico

Anti

Po

de

m

co

A g o

Psico

Desn

A

El NEU

pollas de

de en do

En los a

en días a

M U E

LEC

La

TERAPEUTICA DE LAS ALTERACIONES MENSTRUALES

OVARIOTONO

COMPOSICIÓN { Substancia ovárica, 0.10; Substancia tiroides, 0.03; Viburnum prunif. extr., 0.06. Piscidia erythrina extr., 0.06; Hyoscyamus niger extr., 0.01.

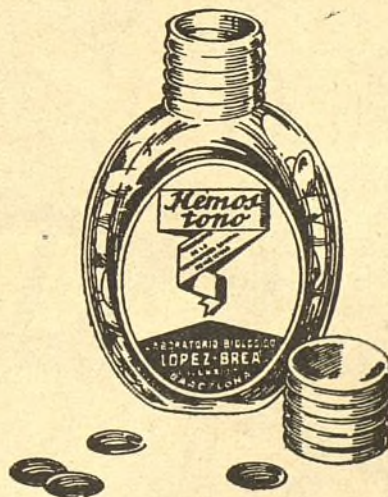


Amenorrea, Oligomenorrea, Pubertad retrasada, Trastornos de la Menopausia, Reglas dolorosas, Psicosis sexuales

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

HEMOSTONO

COMPOSICIÓN { Substancia mamaria, 0.10; Substancia placentaria, 0.05; Secale cornutum extr., 0.06. Hamamelis virg. extr., 0.04. Hidratis 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)



Terapéutica Biológica de las Jaquecas

Neurocrin Krynós

(Emulsión aséptica de substancia cerebral)

INDICACIONES

Antineurálgicas (jaquecas)

Anticonvulsivas (síndromes epilépticos)

Antigénicas (disonías vegetativas)

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

Agotamiento nervioso, Psicosis depresivas, Surmenaje, Desnutrición y Raquitismo

ADMINISTRACION Y DOSIS

El NEUROCRIN KRYNÓS, 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

AETHONE

PODEROSO SEDATIVO, no TÓXICO

Tos *esp* *dica*

Tos Ferina

Tos *de los* **Tuberculosos**

Laboratoire de L'AETHONE, 9, Rue Boissonnade, Paris.



GYNOCALCION

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

LABORATORIOS CORTIAL 15. Boul^d Pasteur. PARIS

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

lipiodol inyectado podría detenerse algo por bajo del nivel de la punción, en la parte estrechada del canal raquídeo, y hacer caer en error al observador, como ha sucedido al mismo Sicard en dos casos.

En general, se inyecta 1 $\frac{1}{2}$ c. c. de lipiodol; Kennedy y Rogers inyectan hasta 5 c. c., pero no es necesario.

Si no se quiere hacer la inyección alta, se puede inyectar el lipiodol a través de una punción lumbar, usando un lipiodol ligero que tiende a ascender en el líquido cefalorraquídeo. Esto, sin embargo, presenta el inconveniente de ser poco visible al examen radiográfico y su uso está casi abandonado.

Con los exámenes radiográficos se precisará el punto donde termina definitivamente el lipiodol y que corresponde, como se comprende, a un extremo del obstáculo que cierra el canal raquídeo y comprime la medula.

Precisa recordar que hay falsas detenciones: es posible cuando el lipiodol se para en puntos en los cuales, normalmente, no existe obstáculo patológico.

Una pequeñísima cantidad se detiene en relación al punto donde ha sido hecha la inyección; después de una punción cervical se puede ver sobre la lámina una larga estría posterior de lipiodol, que se explica por la relativa amplitud del espacio retromedular; el lipiodol puede detenerse también en relación de la región dorsal superior, donde el canal es fisiológicamente estrecho. Otra causa de falsas detenciones puede ser las curvaturas raquílicas y patológicas, fáciles de poner en evidencia.

Eliminadas estas falsas detenciones del lipiodol, se reconoce que se trata de una detención verdadera, que el lipiodol se ha detenido en un punto donde existe una compresión de la medula con tabicamiento del conducto raquídeo, cuando es constante de asiento y forma en exámenes repetidos después de algunas horas y algunos días. Esta es la condición necesaria y suficiente. La detención puede ser completa o también incompleta, y en tal caso algunas gotas de lipiodol pueden pasar al otro lado del obstáculo, ya rápidamente, ya después de horas o días, pero esto no tiene importancia.

El lipiorraquidiagnóstico, además de mostrar la altura a la cual se encuentra el obstáculo, puede también, dentro de ciertos límites y en modo no absoluto, hacer diagnosticar la naturaleza del obstáculo según la imagen radiográfica que el lipiodol determina. Una imagen en forma de felpilla («bruco») indicaría una aracnoiditis; los manteles laterales poco densos constituirían el aspecto patognomónico de una medula aumentada de volumen, e indicaría, por tanto, la presencia de un tumor intramedular; una detención en forma de cúpula o de casco, o transversal con una punta saliente, indicaría un tumor perimedular; en la sífilis espinal de tipo pseudotumoral el lipiodol no se fijaría como la imagen del tipo tumoral, pero o se dispondría en rosario (meningitis diseminada), o bien pasaría libremente a lo largo de la cavidad subaranoidea (meningitis serosa).

Al prescindir de la importancia que este medio de examen puede tener para el diagnóstico de naturaleza de la lesión, y sobre la cual se está todavía dudoso, es cierto que tiene gran importancia para determinar el asiento de la compresión en relación a la columna vertebral, y es el dato diagnóstico que interesa sobre todo al cirujano.

Delagenniere dice que desde el uso del lipiodol se operan un número diez veces mayor de tumores de la medula, y no se hacen más laminectomías exploradoras negativas porque se encuentra siempre una lesión en relación con la detención verdadera,

(Continuará.)

DE LA CÁTEDRA AUSTRIACA

TERAPÉUTICA POR LA DIGITAL ⁽¹⁾

Esta combinación parece ser muy vieja; por lo menos, en la segunda mitad de la centuria anterior era generalmente conocida y estimada, y la quinina tenía casi tanta fama como remedio cardíaco como pudiera tener la digital, pero yo no lo sabía. En mi busca de medios adecuados para regularizar la actividad cardíaca, me dirigí hacia la quinina porque el trabajo experimental de Stokvis y Santesson me había enseñado que ésta es un veneno cardíaco que paraliza el corazón. Cuando yo pregunté a un conocido clínico por qué en tales casos trataba a sus enfermos cardíacos con digital más quinina, me dió la siguiente contestación: «Porque tanto mis enfermos como yo estamos muy contentos con esa combinación». Que estas palabras, en apariencia no muy prudentes, encerraban gran parte de verdad, lo reconocí en cuanto un enfermo me dijo y mostró de qué manera había tranquilizado sus ataques de fibrilación auricular paroxística con un gramo de quinina. Desde entonces he prescrito la combinación de la quinina con la digital en la mayoría de mis enfermos cardíacos, no sólo en los casos de arritmia ya existentes, sino en aquellos en los que estaban indicadas con apremio las grandes dosis de digital y en las que, al mismo tiempo, por alguna otra razón, la quinina parecía deseable. Como después de la guerra, y a consecuencia de los escritos de los médicos ingleses se generalizó el tratamiento de la fibrilación auricular con la quinidina se procuró evitar esta combinación, aunque basándose sólo en consideraciones teóricas. En cuanto yo sé, esta opinión injustificada debe ser abandonada.

REMEDIOS VASOMOTORES

Son deseables en casos de hipotonía para robustecer el tono de los vasos periféricos dilatados y, al contrario, en los casos de estados hipertónicos para trabajar en contra de la influencia vasotónica de la digital. El constrictor vascular, que es la estricnina, parece indicado en los primeros casos y llena esta indicación en cierto grado. La segunda indicación es de mucha mayor significación, especialmente cuando consideramos que la elevada presión arterial ha sido considerada largo tiempo como la contraindicación más determinada contra la digital. En este lugar sería interesante saber si podrían compararse a los casos de Witherings, en los cuales, como él dice, «the fibre is tense», los casos actuales de presión arterial elevada. Yo personalmente he tenido los mejores resultados con los dos remedios papaverina y quinina, que la mayor parte de las veces administro unidos. Son dos remedios dilatadores vasculares de la circulación periférica. Después de las inyecciones intravenosas de quinina es sintoma general la dilatación vascular y el descenso de la presión sanguínea, tanto en el tratamiento de la malaria como en los ataques de taquicardia paroxística; en estos últimos las inyecciones intravenosas de quinina suelen determinar casi siempre la cesación del ataque. Por eso parece lógico añadir esas dos sustancias a nuestras dosis de digital en aquellos casos en los cuales deba evitarse el efecto tonificador de la digital sobre las arterias. El admirable efecto dilatador vascular de los nitritos es de tan corta duración que en los casos crónicos no ayuda mucho.

(1) Véase el número anterior.

En nuestra lista no podría faltar la teobromina; se da con buen éxito alternando con la digital.

Las consecuencias prácticas de lo aquí dicho tan superficialmente consisten en que yo hago un uso regular de la combinación quinina digital, a la que añado, en casos de hipotonía, la estricnina, especialmente en aquellos en los cuales parece indicado actuar en contra de la acción deprimente de la quinina, y al revés, en los casos de hipertonia añado la papaverina. Prescindiendo de las consideraciones teóricas y de los datos clínico experimentales que constituyen los fundamentos de este tratamiento, podría repetir aquí las palabras antes citadas de mi viejo colega: que «mis pacientes y yo mismo, y los muchos médicos que se han apropiado de este método, estamos muy contentos con sus resultados», en aquellos casos en los que un tratamiento fuerte con la digital parecería más o menos peligroso.

TRATAMIENTO CRÓNICO CON LA DIGITAL

En la exposición de este problema esencial hay que distinguir entre tratamiento continuado: 1, con dosis muy pequeñas, y 2, con dosis grandes.

1. *Tratamiento con dosis muy pequeñas.*—Hay una cierta oposición entre los conceptos de utilidad o inutilidad completa de las dosis pequeñas de digital. Los trabajos experimentales llevados a cabo en los corazones de perros no pueden ayudarnos para esclarecer este tema. En la clínica tenemos que habérmolas con corazones enfermos, en los que las diferentes funciones pueden hallarse disminuidas o reforzadas en numerosos grados, combinaciones y variaciones infinitas. Dosis muy pequeñas pueden teóricamente determinar cierto efecto en algunos trastornos funcionales que no son demostrables mientras las funciones son normales. No os asombre de que yo acuda a estos lugares comunes, pero es un hecho que entre los médicos, con frecuencia, la prueba experimental es el único argumento decisivo. Porque hay dosis tan pequeñas que no pueden ejercer ninguna acción sobre la conducción atrioventricular o sobre el complejo ventricular en el electrocardiograma, se consideran como incapaces de ser administradas a un enfermo; y por el contrario, tenemos una prueba experimental clínica clara del beneficioso efecto de la administración de dosis muy pequeñas y, como ya he dicho, repetidas. Esto, el seguro experimento clínico, nos obliga en los casos determinados a no desconocer aquellos resultados. Yo llamo una dosis pequeña a 5 centigramos o menos del polvo de la hoja.

Me acuerdo que, cuando hace unos veinticinco años tuve por primera vez ocasión de demostrar ante un gran auditorio los beneficios de ese tratamiento, utilicé un enfermo que era una personalidad muy conocida en su país. Contaba setenta y tres años, y se hallaban en el estado precario de oscilar entre el Scylla de la asfixia por estancación pulmonar, y el Charybdis de las dolorosas hinchazones hepáticas y edemas. Las grandes dosis de digital no eran soportadas por el estómago, y los médicos no querían hacer nuevos ensayos. Como yo apreciaba en este caso la absoluta necesidad de darle digital, aunque fuese en pequeña cantidad, les aconsejé administraran al enfermo, por lo menos 4 centigramos diarios de polvo de hoja, lo que pareció risible a los médicos viejos allí presentes. Yo solicité se permitiera ensayar esta dosis, y después de algunas semanas se pudo apreciar su espléndido resultado. Naturalmente que no podía tratarse de una curación completa, pero el enfermo se encontraba mucho mejor y no quería abandonar las píldoras, porque notaba una mayor

facilidad en la respiración y habían desaparecido los terribles accesos nocturnos de sofocación. Mejoró la diuresis y el aumento brusco del hígado disminuyó. Ya entonces no era nuevo para mí este éxito, y desde entonces, dosis muy pequeñas de digital han producido efectos beneficiosos apreciables con toda evidencia. En los últimos tiempos he preferido con frecuencia a este tratamiento otro, sobre el cual diré algunas palabras.

2. *Tratamiento con dosis grandes.*—Todo médico hace la experiencia de que en el tratamiento de la mayoría de los casos graves de enfermedades cardíacas se presenta un momento en el cual parece que ya no es posible obtener una mejoría, y así es. Aunque nuestros comienzos en el tratamiento hayan sido los más afortunados, no podemos curar las lesiones valvulares ni las alteraciones anatómicas del músculo cardíaco, no podemos impedir la estrechez mitral ni la aórtica. Al principio todo era admirable: el pulso se hacía más lento y más fuerte; la secreción de la orina, más abundante; el hígado, aumentado de una manera intolerable, disminuía visiblemente; la disnea había desaparecido, y el mayor beneficio para el que sufre, el sueño, el amigo de la Humanidad, volvía a visitar al enfermo sin que necesitara morfina ni hipnótico alguno. Sin embargo, la mejoría se detiene en un punto y nuevos tratamientos parecen infructuosos. Con mucha frecuencia es la misma digital la que por la acumulación de su efecto tóxico hace imposible la continuación del tratamiento. Cesamos con la digital, que ahora es aborrecida por el enfermo, y al cabo de algunos días comprobamos que gran parte de lo ganado se ha perdido, el peso del cuerpo vuelve a aumentar, el hígado empieza nuevamente a hincharse, y debemos confesar que sin digital no podremos conservar el enfermo en su óptimo estado. Después de algunos días de nuevo tratamiento con la digital se repiten los fenómenos primero observados, y el médico se encuentra con que este tratamiento intermitente por la digital le coloca en una situación desagradable de estar siempre recuperando lo perdido, y al revés. Como todos los médicos saben, aquí las pequeñas dosis repetidas no son de ninguna utilidad y ya no pueden auxiliarnos.

Era evidente que debía encontrarse una modificación de ese tratamiento intermitente por la digital, y en el curso del tiempo desarrollé un método al que se puede llamar «el método de cada segundo día». Fui acortando paulatinamente los intervalos de este tratamiento hasta el extremo que sólo dura un día; esta interrupción puede ocurrir cada segundo, tercero o cuarto día. Se ha probado la posibilidad de continuar con dosis diarias de 3 o de 2 decigramos de las hojas cuando se interceptan esos días. Esto se explica porque una dosis suficientemente grande obra por lo menos durante el día siguiente; con ello se evita una acumulación, porque en los siguientes días el medicamento puede ser eliminado del organismo.

El efecto de este tratamiento en ningún enfermo puede ser observado mejor que en los que sufren fibrilación auricular sin lesión muscular, en los cuales no es posible suprimir la fibrilación, a pesar de las dosis elevadas de quinidina. El efecto del preparado y la mejoría de la actividad cardíaca son perfectamente apreciables en la disminución de la frecuencia auricular y en el pulso. En nuestro primer ataque, por medio de grandes dosis diarias vemos una disminución de pulso; por ejemplo, de 150-170 hasta 100-120. Esto significa ya una gran mejoría del estado general del enfermo. Nuestro objetivo debe ser disminuir la actividad del ventrículo de manera per-

manente desde 80 ó 90 hasta 70 u 80 y estabilizarla en este nivel. Eso podemos lograrlo, sin causar trastornos gástricos, no disminuyendo las dosis diarias, sino intercalando primero cada tercer día, luego cada segundo día, un día libre, es decir, un día sin digital.

Es natural que la observación regular del enfermo debe decidir cuál es el método que en cada caso individual corresponda emplear. Si hemos conseguido una frecuencia de 80, por ejemplo, en el día de reposo, puede ser prudente disminuir la dosis diaria desde 3 decigramos a 2, pero no a menos. Con una ulterior mejoría puede llegar a ser posible darle dosis completa sólo cada tercer día, y a pesar de lo sorprendente que esto pueda parecer, este método nos permite mantener constantemente el enfermo y su corazón bajo la acción de una dosis completamente eficaz sin signo alguno de intoxicación. Este tratamiento puede ser continuado durante largos años con completa sensación de bienestar.

En estos enfermos se encuentran las pruebas clínico experimentales del excelente resultado de este sencillo método. Por la atenta revisión de la velocidad ventricular y de déficit de pulso, y especialmente por el registro gráfico, se hallará que en enfermos con vida regular ambos valores son inferiores en los días libres que en los días en los que se administra la digital. Es claro que las dosis en los días que siguen al libre actúan con mayor energía. Si el enfermo se encuentra bien puede introducir todavía otro día libre, y por la revisión del pulso comprobar si todavía actúa el efecto de la digital. Esta prueba objetiva decidirá del tiempo que debe durar el intervalo de privación de digital. Esta táctica sencilla puede ir seguida de los mismos beneficiosos efectos en otras formas de padecimientos cardíacos que exigen la continuada administración de la digital.

La única dificultad verdadera que hay que vencer es la oposición del médico, que desde siempre ha aprendido y hasta comprobado que el tratamiento por la digital no puede ser continuado mucho tiempo. En tales casos es al médico a quien hay que tratar; puede vencerse su oposición cuando se le hace comprender que aunque se continúe este tratamiento durante todo un año es, al fin y al cabo, un tratamiento con interrupciones que sólo se diferencia de los métodos actuales en que estas interrupciones son más cortas.

Tal método de tratamiento ofrece dos ventajas esenciales. La primera que los días libres pueden ser aprovechados para otro tratamiento, por ejemplo, diurético. Así no se recarga el estómago con medicinas y así podremos aplicar este segundo tratamiento cada segundo o tercer día de manera regular. La segunda ventaja consiste en que después que hemos estabilizado el ritmo cardíaco y hemos averiguado con qué dosis exactamente puede obtenerse este resultado, podemos enviar el enfermo a su casa con la orden al médico y al mismo enfermo, de continuar el mismo tratamiento hasta su próxima visita y que no debe nunca bajar la dosis mínima, sino sólo intercalar mayores espacios entre los días de digital en el caso en que el pulso se hiciera demasiado lento. Por otro lado, acortar los espacios o tomar diariamente el medicamento si se observaran signos de empeoramiento.

Si en este trabajo he dejado en segundo lugar los datos relativos al conocimiento teórico de los efectos de la digital, prefiriendo ocuparme de los motivos prácticos, no lo hago porque no aprecie como debe ser apreciada la investigación científica en este campo de la ciencia, todo el que haya seguido mis trabajos debe saber que con fre-

cuencia me he sumergido profundamente en la investigación biológica pura para poder conseguir una comprensión de la naturaleza íntima de determinados fenómenos clínicos. Sin embargo, como se dice, la Medicina tiene dos caras y reclama dos clases de servidores fieles: el puramente científico y el puramente práctico. Por ejemplo cito a William Harvey, el pensador y primer experimentador, el autor del «De Motu Cordis» y descubridor de la circulación de la sangre, y a William Withering, que nada sabía del efecto fisiológico de las medicinas, cuya obra sobre digital era puramente clínica, y cuyo nombre, sin embargo, tenemos que colocar siempre en primera línea cuando se hable de digital.

Sigamos a estos dos modelos para bien de la Humanidad como honrados y cuidadosos hombres de ciencia en todos los trabajos teóricos y con todo nuestro corazón como médicos al lado del enfermo.

BIBLIOGRAFIA ⁽¹⁾

EL PRONÓSTICO DE LAS PSICOSIS ENDÓGENAS, por Friedrich Mauz. Versión española de L. Valenciano, con un prólogo del Dr. R. Lafora. Monografía de 158 páginas en octavo. Editorial Javier Morata, Madrid, 1931.

La clasificación nosológica de Kraepelin básase en la evolución y terminación de la psicosis tanto como en sus síntomas, y por ello había de fundamentarse el pronóstico de la enfermedad en consideraciones estadísticas sobre una de las dimensiones. La doctrina constitucionalista ha impuesto el pronóstico polidimensional que tiene en cuenta complejos factores, tales como son la configuración del cuerpo, la caracterología, la disposición familiar y la personalidad prepsicótica del enfermo.

Compréndense las dificultades que ha tenido que vencer el autor y las pacientes investigaciones que ha necesitado para fundamentar sus conclusiones, basadas en el estudio de las historias clínicas de 1.470 enfermos, una tercera parte esquizofrénicos. Seguramente que no pretende haber dado una solución definitiva al complicado problema del pronóstico de las psicosis endógenas, pero expone puntos de vista y sugerencias que en el futuro han de constituir fructuosa materia de trabajo.

El distinto pronóstico que tiene la esquizofrenia procesal de la condicionada por factores psíquicos induce a estudiar todos los elementos del pronóstico, especialmente aquello que hay detrás de los síntomas. Sentar la conclusión de que la forma pícnica del cuerpo excluye la catástrofe esquizofrénica, mientras que la forma leptosomática o displásica refuerza la posibilidad de la destrucción, tiene tanta importancia clínica que podría justificar un libro.

Cuando en un enfermo atacado de intenso proceso mental agudo de tipo esquizofrénico observamos una marcada capacidad para volverse hacia el exterior, con un temperamento cálido, práctico y conciliador; cuando se acentúan fuertemente los caracteres ciclotímicos de la personalidad prepsicótica, entonces podemos anunciar que el peligro del embrutecimiento demencial esquizofrénico se atenúa y aleja.

Hemos puesto dos ejemplos de lo que representa el libro de Mauz desde el punto de vista práctico, y con ellos resaltamos la importancia de una obra que imprescindible para el especialista psiquiatra, puede ser también muy útil para el médico general, pues los factores constitucionales

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

genotípicos y fenotípicos, los caracteres erológicos y otros que intervienen en las enfermedades mentales influyen asimismo en las orgánicas.

La edición española incluye un prólogo del Dr. Lafora que contiene atinadas consideraciones sobre la importancia del libro y lo que representa en la ciencia psiquiátrica. La traducción es de fácil lectura y hecha escrupulosamente por el Dr. Valenciano.

A. VALLEJO NAGERA

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

A. Tzanck. EL TRATAMIENTO DE LAS JAQUECAS POR EL TARTRATO DE ERGOTAMINA.—En 1928 hemos publicado ocho observaciones de jaqueca tratadas por el tartrato de ergotamina. Después, por un accidente atribuido a esta medicación, empleada a dosis elevada en un enfermo con accidentes cardíacos en el curso de un bocio exoftálmico, hemos procedido con prudencia y momentáneamente, renunciando a las inyecciones intravenosas en casos de jaqueca.

Volvemos sobre el mismo asunto, pero con las máximas seguridades sobre la inocuidad absoluta de esta medicación, sobre todo si se parte de las reglas de prudencia elemental, que consisten en tantear la susceptibilidad del enfermo antes de recurrir a las dosis algo elevadas.

Nuestra experiencia alcanza 101 casos tratados; es el momento de exponer la opinión de conjunto sobre los resultados que se tiene el derecho de esperar de esta medicación. Estos 101 casos corresponden a 44 casos de jaquecas típicas y 57 casos de estados jaquecosos.

Las jaquecas típicas se caracterizaron por la ausencia de dolores en el intervalo de las crisis; la periodicidad de los accesos; la existencia de vómitos; la ausencia de factores etiológicos reconocidos; la influencia de las reglas en la mujer, y, por último, el fracaso de las demás medicaciones.

Los estados jaquecosos son muy difíciles de distinguir de las jaquecas típicas; se acompañan menos regularmente de vómitos; la inapetencia es menos absoluta; algunos enfermos pueden alimentarse durante el acceso, y algunos casos marcan causa etiológica precisa. La principal diferencia es que el principio y el final de la crisis son menos bruscos, si bien los intervalos entre los accesos son menos claros que en las jaquecas típicas.

En los casos de jaquecas típicas los resultados favorables han sido en conjunto más regulares que en los jaquecosos; casi el tercio de los primeros han curado y la situación de los jaquecosos ha mejorado en todos. No es raro observar cierto acostumbamiento a la medicación, lo que obliga a dosis más elevadas (cuatro y cinco comprimidos de tartrato de ergotamina por día), si bien con estas dosis nunca observamos accidentes. (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, tercera serie, año 47, núm. 30, pág. 1.663, 16 de Noviembre de 1931).—M. A. C.

R. Leriche. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS DUODENOGÁSTRICAS.—En resumen, mis últimas impresiones sobre el tratamiento de la úlcera duodenogástrica son las siguientes:

La g. e. debe quedar como el procedimiento normal en el tratamiento de la úlcera, porque garantiza habitualmente la curación lejana, cuando la úlcera no se ha exteriorizado el tractus duodenogástrico,

La resección no le debe ser substituída *en principio* como método habitual porque no pone al abrigo de las recidivas de la enfermedad.

Por el contrario, «debe ser empleada sistemáticamente bajo la forma de duodenogastrectomía o de pilorogastrectomía, en todos los casos donde la curación inmediata pueda estar comprometida por una complicación como la perforación o la hemorragia (hemorragia recidivante); y sobre todo en todos aquellos donde la úlcera esté en condiciones anatómicas que hagan biológicamente imposible su cicatrización», es decir en las úlceras penetrantes. En estos casos «que representan actualmente alrededor del 25 al 30 por 100 de los que operamos, la resección es una necesidad. Es el tratamiento lógico». Y es bajo esta indicación que tengo aún hechas tres en la última semana. (*Rev. Med. Cub.*, Abril de 1931.)

W. Scholtz. EL TRATAMIENTO ÁCIDO DE LAS AFECCIONES DE LA PIEL.—Siempre se han utilizado empíricamente los ácidos salicílico, bórico, benzoico, etc., en dermatología, principalmente para evitar el enranciamiento de las pomadas. Klingmuller ha recomendado el ácido acético y una preparación de alquitrán ácido, soluble en el agua, bajo la forma de baños, en las afecciones de la piel. Además, los baños de corteza de encina (cocción de un kilogramo para seis litros de agua), que se emplean con buenos resultados, tienen un pH de 5,8 a 6. Los lavados con leche agria, que se emplean muy frecuentemente, muestran igualmente que la acidez no es nociva para la piel. Las células basales del epidermis presentan, según Maschionini, un pH de 7, la capa córnea un pH de 5,5 a 3, la capa granulosa 6,7 y la uña uno de 6.

Estas diversas nociones han conducido al autor a realizar una preparación a base de leche o de crema ácidas y conservables. La acidificación de este preparado se realiza por el ácido láctico bajo la forma de una solución tampón. El pH de este compuesto es de 3,7.

Cuando se lava la piel con un jabón ordinario el pH desciende a 6 o 6,3 y no torna a la normal hasta pasadas veinte horas. Con la leche ácida el pH torna rápidamente a 5,1 o 5,2.

A la preparación prescrita por el autor puede añadirse azufre, alquitrán, ictiol, resorcina, vaselina y también óxido de cinc o talco, para hacer pasta.

Para lograr una pomada que proporcione una sensación de frescura, no es preciso una emulsión donde los glóbulos de agua están confundidos con la grasa, sino por el contrario, como en la leche, una emulsión donde los glóbulos de grasa estén suspendidos en un medio acuoso. Los medios artificiales no permiten de ningún modo efectuar una preparación de este género, que se encuentra exclusivamente en la leche.

En los eczemas y en las derratitis, cuando existe una erosión o exudado, elegir un grado de acidez de 6 a 6,5. Cuando la grasatinización es incompleta, es decir, en el eczema seborreico, el grado de acidez podrá ser más elevado, 3 a 4. Cuando después de abundantes sudores en regiones donde la evaporación no es fácil, la maceración provoca una reacción alcalina, que favorece la invasión de hongos, está indicado igualmente un tratamiento ácido, especialmente a título de profilaxis. (*Klinische Woche.*, tomo IX, núm. 36).—DR. TOMÉ BONA.



SANATORIO NEUROPÁTICO

CARABANCHEL BAJO (Madrid). — Teléfono 116 C.

Director: DR. GONZALO R. LAFORA

Plaza de la Independencia, 8. — MADRID

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

Pídanse reglamentos á la Administración.

INSTITUTO MEDICO-PEDAGOGICO

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

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

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

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

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.— Unico preparado de fórmula racional, moderna y radicalísima para combatir las fiebres tíficas, paratíficas y colibacilares y demás infecciones endodigestivas. Rápida antisepsia 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— CABA (Córdoba), España.

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-ane-
mia. Arterioesclerosis, etc.**

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

Estación de ferrocarril a 7 horas de Madrid y 4 de Sevilla.

Alquilanada la carretera que conduce a los manantiales

Gran Hotel del Balneario. Todo confort.

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



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

SANATORIO DEL PARQUE-DAVOS

(ANTES SANATORIO TURBAN)

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

Médico Director: Dr. F. BAUER

MONOGRAFÍAS

ANTIASMATICO PODEROSO

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS ATARROS 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. Esculus lupulacast; novocaina, anestesia, 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. Aritmismo.— 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

BIBLIOTECA DE GRAN INTERES PRACTICO

Son por demás interesantes y económicas las obras que publicamos de esta Biblioteca.

Tomos encuadrados a 1,50 ptas.

sistema nervioso del enfermo que le haya levantado las calumnias; diseccionará los sentimientos del infiel, liberará sus tendencias, aislará las fundamentales quejas directoras de las demás, y una vez acabada esta tarea experimentará un gran alivio, se le quitará un gran peso de encima y podrá exclamar: «Es curioso, pero los hombres no saben portarse de otro modo». La visión que abraza la fatalidad de las leyes naturales se convierte de esta manera en una gran fuente de serenidad para el alma.

M. P. B.

ION-CALCINA

— PALLARES —

A base de Cloruro de Calcio.

FRASCO E INYECTABLES

INEDITA

FLORELIA

A una Duquesa.

El guante se angustió, noble señora, cuando la sotilez de vuestros dedos caló de su belleza la blancura; ¡qué grande desconsuelo el de las nieblas, desgarradas del sol por los reflejos!

Del tiesto que adornó el Abril florido arrancasteis la vara más lozana, y la flor reía de ternura, y se tornó más viva y encarnada. ¡Lecho de aroma y seda do se durmió la mariposa blanca!

HERRERA.

Sección de manuscritos de la Biblioteca Nacional. Letra M. 685.

Academia de Medicina de París.

En la sesión del 12 de Enero, el profesor Victor Pauchet expuso una comunicación, en la cual, acompañándola con unas proyecciones, procuró presentar un aparato inventado en Viena por los dos compañeros Bock y Heilpern, que permite fotografiar la parte interna del estómago. Después de hacer la descripción de los tiempos rudimentales del gastrofotoscopio aseguró que, aunque al principiante le parezcan oscuras las imágenes obtenidas, tienen desde luego la suficiente claridad para rendir excelentes beneficios. M. Becart, que lleva quince años de práctica con el nuevo aparato, se ha visto poderosamente ayudado con él y, al interpretar las gastrofotografías, ha encontrado un conocimiento técnico y metódico. Este se puede emplear en muchos casos como arma de diagnóstico, teniendo gran importancia, por ejemplo, para diagnosticar el cáncer en sus principios. Empleado paralelamente con los otros métodos de investigación los complementa con mucha utilidad.

M. Pauchet añade: «He tenido ocasión de darme cuenta de ello, y puedo

Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.

Alcalá, 88. — Madrid.

citar, entre otros, un diagnóstico gastrofotográfico que me comunicó mi discípulo Becart en Julio último, presentando una úlcera gastrogénica sobre una boca de gastroenterostomía. Operé en Septiembre al enfermo, encontrando la úlcera en el lugar preciso que Becart indicaba.»

Los 28 casos en proyecciones que

presentó dan el suficiente aliento para pensar en la utilidad que pueda reportar la gastrofotografía como medio de investigación directa del estómago después de haberse familiarizado con la técnica del método. Si han comprobado algún error, siempre ha sido de exageración de la lesión, pero nunca de suposición del hecho.

M. Jorge Hayam hace grandes elo-

Testogan
"Henning"
Neurastenia sexual,
Impotencia etc.

gios del aparato descrito en la comunicación y se congratula de los buenos resultados alcanzados, así como también de lo felizmente que los presentados han sido expuestos. Sin embargo, se permite objetar la comunicación de M. Pauchet por no haber encontrado en ella los efectos que el instrumento puede causar en el enfermo, por ser fácil de introducirle, por ser soportable, por no haber ocasionado ningún accidente local, tal como la gastrorrágia más o menos señalada, si debe aplicarse a todos los que se quejen o si es para casos particulares y cuáles son éstos. Después de otras severas observaciones concluye: «El examen fotográfico podrá rendir útiles servicios en diagnósticos de úlceras prepilóricas con mayor certeza, y será, por consiguiente, muy recomendable en casos semejantes, mientras la úlcera constituya la indi-

a préstamo y, en particular, de los intereses de las Deudas públicas de los Estados extranjeros y de las Corporaciones administrativas, cualquiera que sea su nacionalidad; los intereses de obligaciones de Compañías o de particulares, los de cédulas hipotecarias, los de préstamos, tengan o no garantía real, incluso los intereses de los intereses; las primas de amortización de obligaciones de interés o sin él y las de las cédulas hipotecarias; las rentas vitalicias u otras temporales que tengan por causa la inaposición de capital y las demás utilidades de naturaleza análoga.»

Art. 6.º Al epígrafe a) de los adicionados por la Ley de 29 de Abril de 1920 a la tarifa 2.ª de la Contribución sobre las utilidades de la riqueza mobiliaria, se añadirá lo siguiente:

«Se aplicará en todo caso el tipo de gravamen de 15 por 100 sobre los rendimientos obtenidos como consecuencia de la venta, la cesión, el arrendamiento o la utilización en general de producciones cinematográficas y gramofónicas, y de patentes, marcas y procedimientos de fabricación, transformación y conservación de productos.

A este efecto se estimará como base de imposición: tratándose de patentes, marcas y procedimientos de fabricación, transformación y conservación de productos, las cantidades íntegras que por su utilización paguen cualesquiera personas o entidades a los respectivos propietarios; tratándose de producciones cinematográficas, la mitad de las can-

tidades que satisfagan a los propietarios de las mismas las personas o entidades dedicadas a la proyección de las películas, y tratándose de discos gramofónicos, un quinto de su precio al por menor.»

Art. 7.º Se eleva del 10 por 100 al 15 por 100 el tipo del gravamen del epígrafe b), adicionado por la Ley de 29 de Abril de 1920 a la tarifa 2.ª de la Contribución sobre las utilidades de la riqueza mobiliaria, referente a los productos del arrendamiento de las mismas.

Art. 8.º Al final de la disposición 3.ª de la tarifa 3.ª de la Contribución sobre las utilidades de la riqueza mobiliaria, referente a las exenciones de la obligación de contribuir por tal tarifa, se añadirá el siguiente párrafo con el número 7.º:

«7.º Las Empresas dedicadas exclusivamente a la producción de películas cinematográficas y discos gramofónicos en cuanto a la mitad del importe de la cuota que les correspondiese satisfacer.»

Art. 9.º El segundo párrafo de la disposición 4.ª de la tarifa 3.ª de la Contribución sobre las utilidades de la riqueza mobiliaria, relativa al gravamen de la Contribución Industrial y de Comercio, correspondiente a determinadas Empresas sujetas a tributación por aquella tarifa, queda redactado como sigue:

«Las prescripciones de esta disposición no serán aplicables a las Sociedades comprendidas en el número 11 de la

cación más precisa de la pilorectomía.»

Después de otras dos interesantes comunicaciones por los Sres. M. Henri Harman y P. Rovout, terminó la interesante sesión.

M. P.

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

Mu.rte del profesor Sir David Bruce

Nacido en Melbourne (Australia) el 29 de Mayo de 1855, pasó después a Escocia, donde hizo sus estudios. Por sus aficiones a los deportes fué profesional futbolista, y una vez terminados sus estudios médicos entró en el Real Army Medical Corps, haciendo la primera guarnición en Malta.

En dicha isla pudo observar los estragos de las fiebres, y procurándose a duras penas un microscopio comprobó que no eran producidas ni por el bacilo tífico ni por los hematozoarios que acababa de descubrir Laberan, sino que eran debidas a un microbio particular que se presentaba raras veces en la sangre, pero que puede aislarse en el bazo y reproducir la enfermedad en el mono. Pensando que no se hallaba limitada a la isla, llamó a la enfermedad fiebre mediterránea o más bien del Africa del Norte. Después presidió una Comisión en

Fábrica especializada en Productos Dietéticos y de Régimen Vegetariano.

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

cargada del estudio investigador de dicha enfermedad.

El alcance de este descubrimiento inicial de Bruce está en la conciencia de

todos, y basta sólo asegurar con Carlos Nicolle que la enfermedad mediterránea se ha hecho mundial y que apenas se distingue del microbio de abortos contagiosos de Bang.

Descubrió más tarde la tripanosis, de mostrando que es debida a la picadura de la mosca tsetse, aunque ella no es una mosca venenosa. Presidió otra Comisión que estudió la enfermedad del sueño y comprobó con Navarro y Greig que la enfermedad del sueño no es otra cosa que la última etapa de una fiebre hasta entonces desconocida y que se denominó tripanosis humana por las glomias.

Bruce ha gozado de los mayores honores de la milicia anglicana, habiendo llegado a merecerlos por su trabajo y valer, y habiendo recibido muchos sin solicitar ninguno. Pasó los últimos tiempos en Canarias, permaneciendo hasta su muerte en la presidencia del Instituto de Lister.

M. P.

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

ELIXIR CALLOL

UNA MONEDA de oro de tres duros, de las acuñadas en San Francisco de California el año 1870, fué adquirida en 1.450 dólares por Mr. Chapman, un coleccionista de dicha ciudad americana. Este precio es el más alto alcanzado en estos últimos tiempos por una moneda.

Se asegura que solamente existen dos piezas de esa clase, pues el Gobierno americano recogió el resto, menos una, que fué colocada debajo de la primera piedra de la Casa de la Moneda de San Francisco, que se construyó en aquel año.

••

LOS CAMPESINOS del cantón de Berna, cuya actividad y amor al trabajo son proverbiales, sienten una verdadera pasión por los pleitos. Con frecuencia se pasan pleiteando todo el invierno, y ese pasatiempo es para ellos, por lo

JARABE ALMERA

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

visto, una distracción muy agradable.

Se le preguntó a una campesina de dicho cantón si tenía bastante para vivir ella y su familia, y he aquí lo que, ingenuamente, contestó:

—Sí, a Dios gracias, y al cabo del año aún nos sobra para armar algún lindo litigio con que divertinos durante la estación fría.

••

GUILLERMO IV de Inglaterra tenía la costumbre de ir todos los sábados, durante el verano a Kensington. Cada una de esas excursiones costaba al país, ¡casi nada!, mil libras esterlinas.

En una de dichas expediciones, la princesa Amalia tuvo la desgracia de torcerse un pie, y como se necesitase un poco de aguardiente para aplicarle una compresa, figuró en las cuentas que se rindieron a fin de año una partida que rezaba así: «305 botellas de aguardiente para uso de la princesa Amalia».

CARABANA: el mejor purgante.

LOS QUE TIENEN pocos negocios suelen ser muy parlanchines; cuanto más se piensa, menos se habla.

MONTESQUIEU.

disposición 1.ª que tengan un capital superior a 2.000.000 de pesetas.»

No obstante lo preceptuado en este artículo, las Sociedades cuyo capital exceda de 500.000 pesetas, pero no de 2.000.000 de pesetas, podrán, dentro del plazo que al efecto se fije, optar entre abonar la contribución Industrial o de Comercio, como cuota mínima, o la de Utilidades por imposición sobre el capital al tipo de 9 por 1.000 sobre el mismo.

Art. 10. El apartado e) de la regla 2.ª de la disposición 5.ª de la tarifa 3.ª de la Contribución sobre las utilidades de la riqueza mobiliaria, referente a los gastos deducibles de los ingresos brutos para la determinación de los beneficios netos, quedará redactado como sigue:

«e) Las cantidades invertidas en el seguro de los valores de la Empresa y en el de los accidentes del trabajo de su personal en cuanto fueren obligatorios para la misma. Cuando la Empresa fuese aseguradora de sí misma, se deducirá como gasto, en vez del importe de la prima, la asignación correspondiente a la reserva destinada a cubrir el riesgo asegurado. Esta deducción no podrá exceder en ningún caso del costo medio en plaza de la prima neta correspondiente al riesgo. En el caso de que la dicha reserva se destine, en todo o en parte, a finalidad distinta de la del seguro para que fué constituida, y en particular cuando fuese repartida como dividendo o retribución del capital

16

de la respectiva Empresa, será considerada como beneficio, a todos los efectos fiscales, en el ejercicio en que el cambio de aplicación se realice, sea cualquiera el ejercicio de que la repetida reserva proceda.»

Art. 11. El apartado a) del segundo párrafo de la disposición 8.ª de la tarifa 3.ª de la Contribución sobre las utilidades de la riqueza mobiliaria, relativo a las exenciones de la imposición mínima por aquella tarifa, quedará redactado como sigue:

«Las Empresas comprendidas en los números I, IV, V, VI y VII de la disposición 1.ª de esta tarifa, cualquiera que sea la cuantía de los respectivos capitales, y las del número II cuando su capital no exceda de 2.000.000 de pesetas.»

Quedan sin efecto las excepciones derivadas del Real decreto de 30 de Diciembre de 1926.

Art. 12. El último párrafo de la disposición 8.ª de la tarifa 3.ª de la Contribución sobre las utilidades de la riqueza mobiliaria, se entenderá redactado como sigue:

«Tratándose de Empresas de Seguros, la cuota mínima de esta tarifa consistirá en un gravamen sobre las primas de los seguros efectuados o que se efectúen en España, cuyos tipos de exacción serán los siguientes:

- 0,75 por 100 en los ramos de vida, accidentes, marítimos y de transportes.
- 2,50 por 100 en el ramo de incendios y en los demás

MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO	Número de plazas.	Categoría que se le asigna	MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO	Número de plazas.	Categoría que se le asigna
PARTIDO JUDICIAL			PARTIDO JUDICIAL		
Campo de Cuéllar.....	1	4. ^a	Armuña, Miguel Ibáñez, Pinilla-Ambroz y Afie.....	1	2. ^a
Cuéllar.....	2	2. ^a	Bercial.....	1	4. ^a
Cuevas de Probanco.....	1	3. ^a	Bernardos.....	1	3. ^a
Chafie y Fresno de Cuéllar.....	1	2. ^a	Ciruelos de Coca y Villagonzalo de Coca.....	1	4. ^a
Frumales y Moraleja de Cuéllar.....	1	3. ^a	Coca.....	1	3. ^a
Fuente el Olmo de Fuentidueña y San Miguel de Bernuy.....	1	2. ^a	Codorniz.....	1	5. ^a
Fuente el Olmo de Iscar.....	1	3. ^a	Fuente de Santa Cruz, Bernuy de Coca y Parás (Valladolid).....	1	2. ^a
Fuentepeyayo.....	1	4. ^a	Hoyuelos y Laguna Rodrigo.....	1	4. ^a
Fuentepeñiel.....	1	5. ^a	Jemenuño y Santovenia.....	1	4. ^a
Fuentesoto y Tejares.....	1	4. ^a	Juarros de Voltoya.....	1	5. ^a
Fuentesotico de Fuentidueña y Membri- bre de la Hoz.....	1	4. ^a	Labajos.....	1	4. ^a
Gomezarracín y Chatún.....	1	2. ^a	Marazuela y Marazoleja.....	1	3. ^a
Hontalbilla.....	1	2. ^a	Martín Muñoz de las Posadas.....	1	2. ^a
Luguna de Contreras y Aldeasofía.....	1	2. ^a	Melque y Ochando.....	1	4. ^a
Lastras de Cuéllar.....	1	3. ^a	Marugán y Lastra del Pozo.....	1	2. ^a
Lovingos, Fuentes de Cuéllar y Las Dehesas.....	1	3. ^a	Migueláñez y Domingo García.....	1	4. ^a
Mata de Cuéllar.....	1	4. ^a	Montejo de Arévalo, Tolocirio y Don hierro.....	1	2. ^a
Navalmanzano.....	1	3. ^a	Montuenga.....	1	5. ^a
Navas de Oro.....	1	3. ^a	Moraleja de Coca.....	1	4. ^a
Olombrada y Vegafría.....	1	3. ^a	Nuñopedro y Cobos de Segovia.....	1	2. ^a
Pinarejos.....	1	4. ^a	Nava de la Asunción.....	1	3. ^a
Pinarnegrillo.....	1	4. ^a	Nieva.....	1	4. ^a
Remondo.....	1	5. ^a	Paradinas.....	1	5. ^a
Sacramenia y sus caseríos.....	1	2. ^a	Rapariegos y Martín Muñoz de la De- hesa.....	1	3. ^a
Sanchonuño.....	1	4. ^a	Sangarcía y Etreros.....	1	3. ^a
Samboal y Narros de Cuéllar.....	1	4. ^a	San Cristóbal de la Vega.....	1	5. ^a
San Martín y Mudrián.....	1	4. ^a	Santa María la Real de Nieva, Ortigosa de Pestaño y Pascuales.....	2	3. ^a
Torreadrada y Castro de Fuentidueña.....	1	3. ^a	Santiuste de San Juan Bautista.....	1	2. ^a
Torreçilla del Pinar.....	1	3. ^a	Villacastín e Ituro y Lema.....	1	2. ^a
Valtiendas.....	1	3. ^a	Villoslada y Balisa.....	1	4. ^a
Vallado y San Cristóbal de Cuéllar.....	1	3. ^a	Villeguillo y Llano de Olmedo (Valla- dolid).....	1	4. ^a
Villaverde de Iscar.....	1	3. ^a			
Zarzuela del Pinar.....	1	2. ^a			
Fuentidueñas y Calabazas.....	1	3. ^a			
PARTIDO JUDICIAL DE RIAZA			PARTIDO JUDICIAL DE SEPÚLVEDA		
Aldehorno y Aldeanueva de la Serre- zuela.....	1	3. ^a	Aldeosancho y Sebulcor.....	1	3. ^a
Ayllón, Santa María de Rianza y Torra- ño.....	1	3. ^a	Arcones.....	1	2. ^a
Cedillo de la Torre.....	1	5. ^a	Barbolle y Aldeonte.....	1	2. ^a
Corral de Ayllón.....	1	5. ^a	Bercimuel, Campo de San Pedro, Cille- ruelo y San Mamés.....	1	3. ^a
Fresno de Cantespino, Pajares de Fres- no, Cascajares y Riahuélas.....	1	3. ^a	Boceguillas, Grajera y Turrubuelo.....	1	2. ^a
Honrubia de la Cuesta, Pradales y ane- jos.....	1	5. ^a	Cabezuela y Puebla de Pedraza.....	1	3. ^a
Languilla, Mazagatos y Aldealengua de Santa María.....	1	4. ^a	Cantalejo.....	2	2. ^a
Maderuelo y Linares del Arroyo.....	1	4. ^a	Carrascal del Río, Castrojimeno y Cobos de Fuentidueña.....	1	2. ^a
Madriguera, El Muyo, Serracín Becerril y Villacorta.....	1	2. ^a	Casla, Signero y Siguernelo.....	1	3. ^a
Montejo de la Vega de la Serrezuela.....	1	5. ^a	Castillejo de Mosleón y Sotos de Sepúl- veda.....	1	4. ^a
Moral de Hornuez.....	1	4. ^a	Castroserna de Arriba, Castroserna de Abajo, Ventosilla y Tejadilla.....	1	4. ^a
Riaguas de San Bartolomé y Alconada de Maderuelo.....	1	2. ^a	Cerezo de Abajo.....	1	4. ^a
Rianza y Riofrío de Rianza.....	2	2. ^a	Cerezo de Arriba.....	1	5. ^a
Santibáñez de Ayllón, Grado del Pico, El Negro y Noviales (Soria).....	1	3. ^a	Condado de Castilnovo.....	1	4. ^a
Sequera de Fresno, Aldeanueva del Mon- te y Barahona.....	1	4. ^a	Duruelo, Sotillo y Santa Marta del Cerro Encinas, Fresno de la Fuente y Pajare- jos.....	1	3. ^a
Valdevacas de Montejo, Villaverde de Montejo y Villalvilla.....	1	4. ^a	Fuenterrebollo.....	1	4. ^a
Valdevarnés y Fuentemizarra.....	1	5. ^a	Gállegos y Aldealengua de Pedraza.....	1	3. ^a
Valvieja, Saldaña de Ayllón y Ribota.....	1	4. ^a	Matabuena.....	1	4. ^a
Estebanvela, Francos y Cuevas de Ayllón (Soria).....	1	4. ^a	Navafria.....	1	4. ^a
			Navalilla.....	1	4. ^a
			Navares del Medio, de Ayuso y de las Cuevas.....	1	4. ^a
			Pedraza y Arahuetes.....	1	2. ^a
			Perorrubio y Duratón.....	1	3. ^a
			Prádena.....	1	3. ^a
			San Pedro de Gaillos, Aldealcorvo y Consuegra.....	1	3. ^a
			Santo Tomé del Puerto.....	1	4. ^a
			La Matilla y Valleruela de Pedraza.....	1	4. ^a
			Sepúlveda, Villar de Sobrepeña y Villa- seca.....	2	2. ^a
PARTIDO JUDICIAL DE SANTA MARÍA LA REAL DE NIEVA					
Aldeanueva del Codonal y Aldehuéla del Codonal.....	1	2. ^a			
Aragoneses y Tabladillo.....	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.
Torre Val de San Pedro, Santiuste de Pedraza y La Salceda.....	1	2. ^a	Valdesimonte y Rebollo.....	1	4. ^a
Urueñas, Castrillo de Sepúlveda y Castroserracín.....	1	2. ^a	Valle de Tabladillo e Hinojosa del Cerro.....	1	3. ^a
			Vallernuela de Sepúlveda y Orejana.....	1	2. ^a

Habiendo sido desestimadas las reclamaciones formuladas por los Ayuntamientos de Bernuy de Porreros, Muñoveros, Valdevacas de Montejo, Martín Muñoz de la Dehesa, Puebla de Pedraza, Fresno de la Fuente y Sepúlveda, y las de los médicos titulares inspectores municipales de Sanidad de San Ildefonso, Arroyo y Campo de Cuéllar, Pradales, Languilla, Perorrubio y Valdesimonte.

Madrid, 15 de Marzo de 1932.—El jefe del Negociado, *Ubaldo Trujillano*.—V.^o B.^o: El director general, P. D., *S. Ruesta*. (*Gaceta* del 18 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 Segovia a los cuales se refiere la clasificación definitiva de las plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad, publicado 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, 15 de Marzo de 1932.—El director general, P. D., *S. Ruesta*. (*Gaceta* del 18 de Marzo de 1932.)

L U G O

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

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.
Abadín.....	1	2. ^a	Navia de Suarna.....	2	2. ^a
Alfoz.....	1	2. ^a	Negreira.....	1	3. ^a
Antas de Ulla.....	1	1. ^a	Neira de Jusá.....	2	1. ^a
Baleira.....	2	1. ^a	Orol.....	1	2. ^a
Barreiros (San Cosme).....	1	1. ^a	Otero del Rey.....	1	1. ^a
Becerreá.....	2	1. ^a	Palas del Rey.....	2	1. ^a
Begonte.....	2	2. ^a	Pantón.....	2	1. ^a
Bóveda.....	1	2. ^a	Paradela.....	1	2. ^a
Carballedo.....	2	2. ^a	Páramo.....	1	2. ^a
Castro del Rey.....	2	2. ^a	Pastoriza.....	2	2. ^a
Castroverde.....	2	2. ^a	Piedraíta del Cebreiro.....	1	1. ^a
Caurel.....	1	1. ^a	Pol.....	1	2. ^a
Cervantes.....	2	1. ^a	Puebla del Brollón.....	2	2. ^a
Cervo.....	1	2. ^a	Puertomarín.....	1	1. ^a
Corgo.....	2	2. ^a	Quiroga.....	2	1. ^a
Cospeito.....	2	2. ^a	Rábade.....	1	3. ^a
Chantada.....	3	1. ^a	Ribadeo.....	3	1. ^a
Fonsagrada.....	4	1. ^a	Ríobarba.....	1	2. ^a
Foz.....	1	1. ^a	Ríotorto.....	1	1. ^a
Friol.....	2	2. ^a	Rivas del Sil.....	1	2. ^a
Germade.....	1	2. ^a	Samos.....	1	1. ^a
Guntín.....	2	2. ^a	Sarriá.....	3	1. ^a
Incio.....	2	1. ^a	Saviñao.....	2	1. ^a
Jove.....	1	3. ^a	Sober.....	2	2. ^a
Láncara.....	1	1. ^a	Taboada.....	2	2. ^a
Lorenzana.....	1	2. ^a	Trabada.....	1	2. ^a
Los Nogaes.....	1	1. ^a	Trasparga.....	2	2. ^a
Lugo.....	6	1. ^a	Triacastela.....	1	2. ^a
Meira.....	1	1. ^a	Valle de Oro.....	1	2. ^a
Monforte.....	4	1. ^a	Villalba.....	3	1. ^a
Mondofredo.....	3	1. ^a	Villameá-Villaodrid.....	1	1. ^a
Monterroso.....	2	2. ^a	Vivero.....	3	1. ^a
Muras.....	1	2. ^a			

Habiendo sido desestimadas las reclamaciones formuladas por los Ayuntamientos de Monterroso, Lorenzana, Savinao y Ribadeo, y las de los médicos titulares inspectores municipales de Sanidad de Monterroso y Navia de Suarna.

Madrid, 10 de Marzo de 1932.—El jefe del Negociado, *Ubaldo Trujillano*.—V.^o B.^o: El director general, P. D., *S. Ruesta*. (*Gaceta* del 20 de Marzo de 1932.)

* *

VACANTES

Marchamalo (Guadalajara).— Por renuncia del que la desempeñaba en propiedad se halla vacante la plaza de médico titular e inspector de Sanidad de esta villa, con la asignación anual de 1.650 pesetas, pagadas por trimestres vencidos. Las iguales ascenderán a unas 6.000 pesetas, cobradas mensualmente, las que pueden ser contratadas bajo las condiciones que obran de manifiesto en el Ayuntamiento; tiene 1.500 habitantes. Este pueblo dista de la estación de la cabeza de partido 3 kilómetros y de Guadalajara 5. Buen clima, abundantes aguas, buenas vías de comunicación; hay autos diarios para Madrid y Guadalajara.

Compraría en buenas condiciones microscopio de buena marca, estufa de cultivos tamaño chico y otros objetos de utilidad para Laboratorio. Envíense relación y detalles a D. Modesto García Luis, Estepa (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.

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

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

¡Cuidado! Pedid el DEYEN pues hay imitaciones.

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.

Las enfermedades del Estómago e Intestinos

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

ELIXIR ESTOMACAL
SAIZ DE CARLOS
(STOMALIX)

Poderoso tónico digestivo
que triunfa siempre.

Venta: Principales farmacias
del mundo.



CARIE
DENTARIA
TUBERCU
LOSIS - RA
QUITISMO

ENERGO
LEFEL
ELIXIR E INTEREST

PODEROSO
RECONSTITUYENTE
EFICAZ
ANTITUBERCULOSO

CALCIL
LEFEL

ANALISIS

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

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

TINTURA COCHEUX cura la Gota, Reumatismo

Exito en los Hospitales desde 1848.

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

HIERRO QUEVENNE

Único aprobado por la ACADEMIA de MEDICINA de PARIS.

Á causa de su pureza y de su poderosa actividad para curar Cloro-Anemia.

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

*Hemostatic Minneys
Pae de Villa 3*

MEDICACIÓN ANTIANAFILÁCTICA POLIVALENTE

GRAGEAS

GRANULADOS



MIGRANIAS

URTICARIAS

TRASTORNOS DIGESTIVOS por ASSIMILACIÓN DEFECTUOSA
PRURITOS - ECZEMAS - ESTROFULO

COLAGOGO

GRAGEAS

GRANULADOS



COLECISTITIS CRÓNICAS
INSUFICIENCIA HEPÁTICA
PERTURBACIONES DIGESTIVAS
DE ORIGEN HEPÁTICO

Laboratoire des Produits Scientia

Docteur E. PERRAUDIN*, Pharmacien de 1^{re} Classe, 21, rue Chaptal, Paris-9^e

SECCION PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

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

SUMARIO: Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlan.—Impresiones: Extravagancia, por R. Lobo Regidor.—De todo un poco o el Ministerio de Sanidad, por Juan José Díaz.—Del momento, por A. Mut.—Academias, Sociedades y Conferencias.—La revisión de nombramientos en Sanidad.—Viaje médico por América.—Sección oficial. Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Clasificación de partidos médicos.—Tertulia médica.—Anuncios.

Boletín de la semana.

Antonio Muñoz.

Por la prensa diaria hemos sabido que falleció en Madrid la pasada semana nuestro buen amigo el Dr. D. Antonio Muñoz. Ultimamente le suponíamos mejorado en sus dolencias y retirado en Andalucía, de donde tuvimos hace meses noticias suyas. La dolorosa sorpresa que nos produce el conocer la muerte de este viejo amigo nos trae a la mente la amarga realidad del olvido en que caen personas a quienes la clase debe tanto agradecimiento.

Antonio Muñoz, hombre de gran inteligencia, clínico perfecto y escritor notabilísimo, consagró gran parte de su vida a la lucha, tan dura en España, por los intereses materiales y morales de los médicos.

Antonio Muñoz fué un gran periodista médico, que bien dolorosamente habrá sonreído ante las afirmaciones de ciertos caballeros que con formidable tupé se dedicaron no hace mucho a trazar una deliciosa historia del periodismo médico.

Nosotros sabemos que Antonio Muñoz deja escrito un relato de su vida en el que se guardan interesantes declaraciones y documentación de sus empresas, hoy tan ignoradas de muchos como olvidadas de más. La invasión de los noticiarios médicos en la prensa diaria, que lógicamente no puede consagrar grandes espacios a estas noticias, ha permitido una vez más que se reseñe el fallecimiento de Antonio Muñoz en forma incolora, cuando los periodistas médicos de los diarios deberían haber señalado el luctuoso acaecimiento como la desaparición de uno de sus más significados representantes.

Nosotros hemos convivido con Antonio Muñoz en gran parte de las campañas por la sanidad española, discutido y polemizado con él, cerca unas veces, y otras alejados de sus ideologías; pero siempre reconocedores del caudal de voluntad y de estudio que ponía al servicio de sus empeños.

Antonio Muñoz fué una considerable influencia política sanitaria al lado de Canalejas, y el ase-

sinato de este gran gobernante llevó a Muñoz a un alejamiento prematuro de actividades, acaso por un sentimentalismo lógico, pero mal entendido.

Con profunda pena enviamos a su hijo el doctor Muñoz Antuñano nuestro cordial pésame, y orlamos la cabeza de este Boletín con el luto que toda la prensa médica española habrá de señalar en la pérdida de uno de sus más significados mantenedores durante casi medio siglo.

Dos grandes problemas de libertad.

El Gobierno de la República tiene planteados en estos días dos grandes problemas que se originan de su torpe concepto del espíritu liberal. La alcaldada del Sr. Casares resolviendo el pleito de los médicos de Baños por el establecimiento de un sistema de libertad absoluta en el empleo de este medio terapéutico, con la sola indicación de cualquier médico en ejercicio legal, ha provocado la publicidad exaltada de la protesta que venía desde hace casi un año acumulándose día por día en contra del consejero técnico sanitario (?) del Ministerio de la Gobernación.

Poca memoria precisa para que, frente a este nuevo sucedido, haga cada médico desfilar ante su recuerdo la serie de manifestaciones incalificables de una política arbitraria, epiléptica, de oscuros fondos raizales que vienen dándose con pompa vanidosa y soberbia en la actuación del Sr. Pascua.

A nosotros, ni nos sorprende ni nos incomoda. Dijimos en una de las primeras ocasiones en que hubo lugar, que tenía ese procedimiento una causal de la que no podía esperarse cosa distinta, y como desde aquella fecha no hemos tenido motivo para rectificar, resulta lógico que descontáramos cuanto viene pasando.

Aquí todo el mundo sabe mucho. Cualquiera recién llegado a actuaciones de impuesta dificultad puede resolver por sí y ante sí con un criterio de disputa de casinillo que merecería la más enérgica repulsa si los españoles no fuéramos excesivamente fáciles al aplauso de lo violento.

Pero el íntimo regodeo nacional ante el perjuicio de una o varias personas ha venido forjando

el trampolín aparatoso desde el cual se lanza este maravilloso saltarín a toda clase de acrobacias para un público de plaza de pueblo.

A nosotros no nos interesa subrayar un punto más lo absurdo que resulta la permanencia en un puesto directivo de tal importancia, de quien tiene un concepto de la organización sanitaria como pudiera tenerle un can de los bolos enhiestos en una bolera y pasa por entre ellos derribando lo que es incapaz de volver a colocar en pie derecho.

Allá los que se gozan en ignorarlo todo y en resolver las cuestiones con un simple «¡Ahora va a ver ése!». Después de todo en el personaje en cuestión todo eso es precisamente la única razón de su existencia.

Nosotros estamos seguros de que tal medida no durará en la legislación sanitaria, y estamos seguros de eso porque no hemos estudiado el problema con disposiciones pasionales ni con coros de brujas magbetianas, sino con el reposo y ecuanimidad que precisa quien ha de legislar.

Este es un problema sanitario que tiene un abolengo de intervención gloriosa en EL SIGLO MÉDICO, y que vamos a recordar, en sus dos puntos más agudos, a nuestro amigo el conde de Gimeno, que con tanta oportunidad se ha erigido en historiador del Cuerpo de Baños estos últimos días.

En el mes de Noviembre de 1874, cuando España se gobernaba por una semirrepública disfrazada por una semidictadura, nuestro glorioso director D. Francisco Méndez Alvaro escribió un primoroso artículo combatiendo aquella famosa *junta de las memorias*, a la que calificaba de *areópago húmedo*. Este artículo fué como una bomba que deshizo los cimientos de aquella arbitrariedad gubernamental, pero que costó a EL SIGLO MÉDICO el ser DENUNCIADO, RECOGIDO Y MULTADO. Esta ocasión y la que se registró en tiempos de la censura del Directorio militar presidido por Primo de Rivera han sido las dos únicas en que se ha denunciado el texto de EL SIGLO MÉDICO en los ochenta años de vida de este periódico, leal y firme en su criterio liberal y democrático, *nacido el primero, el primero* (1) al amparo de la libertad de prensa en España, debido a los alientos del gran patriota liberal D. Mariano Delgrás, y a quien una pandilla de mamarrachos se está dedicando ahora a colgar el dictado de *cavernícola* y reaccionario. ¡Cuánta ignorancia y cuánta sucia mala fe!

Pero dejando esta disquisición, apuntemos al Sr. Gimeno que otro director de EL SIGLO MÉDICO fué quien conocedor, acaso como nadie, de este problema de los establecimientos balnearios, dispuso la *habilitación* de los médicos para poder dirigir la terapéutica hidromineral oficialmente.

(1) Sabido es que EL SIGLO fué la continuación del *Boletín de Medicina*.

LA HABILITACIÓN, está claro. Y nos parece que ello es punto de gran interés en el estado de la cuestión, y que sobre ello deben meditar unos y otros, pues en esa aptitud reconocida está el argumento de mayor fuerza para sus derechos.

Terminemos sobre este asunto felicitándonos de una cita literaria que algunos estimaron inoportuna cuando en el Boletín del ¡AGUA VA! la pusimos como colofón de nuestros argumentos.

Estamos hoy seguros que muchos lectores habrán recitado la fabulilla tan puntualmente confirmada en su moraleja por los acontecimientos que se han seguido.

El otro gran problema planteado al Gobierno de la República, por la aplicación de un torpe concepto de libertad de enseñanza, es el originado con la creación de la Escuela libre de Odontología de Valencia. Una vez más hemos contemplado cómo el espíritu de la acometividad estudiantil inundaba la calle de Atocha de enseres y material clínico y docente dispuesto a una acción indisculpable para protestar de la disposición del ministro.

Mucho nos tiene habituados a sus equivocaciones el Sr. Ríos Urruti, pues lo cierto es que sus luminosas concepciones en los dos Ministerios que ha desempeñado con la República han terminado en el más rotundo de los fracasos. Pero en esta ocasión no se le puede tildar si no es de consecuente con un criterio que nunca disimuló en su historial político y nos parece que toda rectificación en el camino emprendido, si no nueva en su política, va a ser reflejo de una debilidad poco plausible. Esas rectificaciones, ineludibles, las debe realizar el sucesor porque cuando no se escucha el consejo está mal escuchar el griterío.

DECIO CARLAN

IMPRESIONES

EXTRAVAGANCIA

A un distinguido colega se le ha ocurrido echar su cuarto a conferencias sobre la *cuestión sexual*, y según un periódico habitualmente bien informado, ha expuesto algo tan peregrino que ni aun el deseo de llamar la atención pública sobre sí mismo puede disculpar la inesperada y heteróclita afirmación, apenas explicable como resultado de una embriaguez tropológica.

Es lo dicho: «Llegará a considerarse, en lo sucesivo, la función sexual como actualmente la secreción de la bilis.» Qué frase para regodeo de cuatro *espíritus fuertes*, o diez *papanatas intonso*s. ¿Pero es posible que un médico haya dicho semejante herejía biológica?

La Naturaleza, que algunas veces es madrastra para los individuos, siempre fué carifiosa y pródiga madre para la especie; por esto mismo jamás podrá haber ni semejanza

TODAS NEURÁLGIAS REBELDES



SEDACIÓN
RAPIDA Y
ATÓXICA

AMPOLLAS ESTERILIZADAS

NAIODINE

NaI ESTABILIZADO HIPERACTIVO

Inyecciones indoloras
20^{cc} a 30^{cc} por día
en ampollas de 5^{cc} & 10^{cc}

LABORATOIRES J. LOGEAI — Boulogne s/seine près PARIS

Muestras y literatura: D. Juan Martín. — MADRID-BARCELONA

— 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.—VILAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)

Lipiodol Radiológico

Acelte 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^a,
67, Rue de la Victoire
Paris.

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

**LIPIODOL
LAFAY**

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

TUBERCULOSIS

AFECCIONES BRONCO-PULMONARES
Gripe, Escoréfula, Raquitismo

SOLUCIÓN PAUTAUBERGE

al Clorhidro-Fosfato de Cal creosotado.

La mejor tolerada de todas las preparaciones creosotadas

ANTICATARRAL Y ANTISÉPTICA

**Seca las Secreciones y Cicatriza
las Lesiones tuberculosas.**

EUPÉPTICA, RECONSTITUYENTE

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

L. PAUTAUBERGE
10, Rue de Constantinople, PARIS, y Farmacias.

Depositarlos para España:

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

ESTOMAGO

Sal de Hunt

Laboratoires Alph. BRUNOT
PARIS

Muestras y Literatura
Juan Martin, Alcalá 9 MADRID



Termoplasma
MARCA REGISTRADA

Gliceroplasma antiflogístico que genera calor

Muestras: LABORATORIOS DEL MEDITERRANEO. Apartado 26. CASTELLÓN

Bronquitis, Neumonías, Pleu-
resías, Congestión pulmonar,
Apendicitis, Cólicos hepáticos
y nefríticos, Adenitis.

**EN TODA INFLAMACION
Y CONTRA TODO DOLOR**

siquiera entre la función individual modificable por 15 gramos de sulfato sódico y el sublime y arrollador impulso que asegura la perpetuidad de la especie.

Por lo menos hasta que logren igual estimación psíquica el encantador madrigal de *Gutierre de Cetina* «Ojos claros, serenos...» y las píldoras aloético-jabonosas de la F. E.

No dejaría de ser espectáculo inenarrable y acaso merecedor de una cinta cinematográfica, sonora para más completa información y convincente ejemplo, de una orgía de amor biliar, con dipsómano derroche de los salutíferos caldos de Lanjarón, Marmolejo y Cestona.

Dejemos esto y recordando a nuestro gran polígrafo QUEVEDO transcribamos la sentencia 1.112 de sus *Obras completas*:

«Dice Ovidio en su *Arte amandi*: «Amor es un no sé qué, viene por no sé dónde, envíale no sé quién, engéndrase no sé cómo, conténtase no sé con qué y siéntese no sé cuándo, y mata no sé por qué, y finalmente sin romper las carnes de fuera, nos desangra las entrañas de adentro.» Yo no sé qué quiso decir Ovidio aquí, pero sé que cuando dijo estas palabras, tan desterrado estaba su corazón de sí, cuanto un muy enamorado suele estar fuera de sí.» Esta prosa siempre será incompatible con los calomelanos.

R. LOBO REGIDOR

De todo un poco o el Ministerio de Sanidad.

Señalaba en mi último artículo la necesidad de estimular la aplicación de la ley de incompatibilidades en el campo médico para beneficio de la clase y de los clientes; para llegar a este acuerdo tomaba pie en la posibilidad de que se discutiese en el Parlamento, cristalizando en una disposición rigurosa sobre la materia, la proposición de ley sobre incompatibilidades de los diputados. Pero, en resumidas cuentas, todo ha quedado como otros tantos asuntos tema de nuestras crónicas: nada entre dos platos. Ni es probable que se apliquen seriamente las incompatibilidades en la Cámara, ni a buen seguro se fijarán nuestros gobernantes en la necesidad de hacer una seria escarada de la mala hierba que abunda en el campo de la ciencia de Hipócrates.

Y me fundo bastante razonablemente en hechos, que no en palabras. Va para un año que el nuevo régimen tuvo un feliz alumbramiento; un año en el que cada día ha amanecido con una nueva esperanza para los médicos, y en especial para los titulares; doce largos meses en los que la República, para la Medicina rural, no ha hecho otra cosa que promesas y alguna que otra obligación de estadística o de vigilancia sanitaria, pero sin hacer beneficio alguno en pro de la clase; año en que se discutieron repetidas veces en el Parlamento temas sanitarios y todos siguieron el camino del ostracismo; hubo un día en que el director general de Sanidad se propuso hacer un minucioso recuento de los cargos sanitarios para suprimir todos aquellos que debieran su nombramiento a un favoritismo digno del viejo régimen: así rezaban aquellos propósitos. A mí me parecía moral y ecuánime; pero parece que como cuantas propuestas se han hecho, se quedan en el clásico sermón del desierto; porque el mismo director general, que separó—en virtud de un acuerdo de limpieza moral—de sus puestos a muchos señores, obligándoles a repetir pruebas de aptitud para confirmarles en los puestos abandonados antes, poco después él se ha saltado a la torera sus propósitos nombrando por decreto algunos señores: véase el caso del Dr. Recasens, toda vía palpitante.

Queremos hacer este recuento de datos, aunque resulte poco uniforme este artículo, para insistir en nuestra convicción de que en materia sanitaria se predica mucho y estamos todavía a la cuarta pregunta; palabras gratas, frases y palmaditas amistosas, pero, en resumen, ni la más ligera brinza de carne que paladear como resultado cierto y convincente de tanta Asamblea, documentos, visitas, artículos y charlas que vamos derramando cuantos tenemos enhiesta la bandera de la defensa de las cuestiones sanitarias. Pues bien; ahora quiere la clase encontrar un nuevo Mesías en el Sr. Lerroux, y todos los rotativos han emborrinado columnas con las expresas manifestaciones de D. Alejandro, en las que aseguraba su firme propósito de crear un Ministerio de Sanidad; y para ello daba un corto plazo: su subida al Poder, que, según los augures políticos, no ha de tardar en ser una eficiente realidad.

Pero yo, desconfiado como siempre, al ver entrar el rayo brillante de luz que parece nimbar de claridad el oscuro horizonte de nuestra política sanitaria, hago un compás de prudente espera para ver si en efecto llega el momento en que el jefe de los radicales, más sensato que otros gobernantes, vuelve los ojos al negro panorama español para dar un avance decisivo a esta labor de ciudadanía que es la Sanidad nacional.

Porque aunque haya existido hasta la hora actual ese supino desprecio hacia cuanto representa salubridad, con una manifiesta prueba de incultura y de menosprecio, de culpable abandono para el que sufre, algún día ha de surgir el luminoso despertar en que algún sagaz espíritu de gobernante levante el velo de la negrura que enmascara nuestra labor para coronarla con el laurel de un triunfo, muy merecido por cierto. La creación del Ministerio de Sanidad colmaría hasta el límite nuestros deseos y nuestras esperanzas. No se oculta a nadie que la constitución de una nueva cartera dedicada a la Higiene y Sanidad nacional tendría como consecuencia una intensificación de los asuntos sanitarios, con un aumento cierto en los presupuestos—¡lagarto, lagarto!—y una dignificación justa de los funcionarios que de él habrían de depender.

Y estos funcionarios, aunque modestos, se habrían de reclutar en las filas de la Sanidad rural: sería cierto, pues, la consecución de nuestro ideal, por el que pasaría todo nuestro grupo a la tutela del Estado y con él avanzado gigantemente en sus reivindicaciones. Pero no sólo hacia el pase al Estado—porción necesaria, pero no suficiente para la liberación de la clase—, sino elevación de las dotaciones por titulares hasta cifra no inferior de 3.000 pesetas, lo cual sería la verdadera realización de la soñada emancipación; y esto había de ser así por cuanto una nación que quiere hacerse fuerte para luchar contra la tuberculosis, que amplifica el radio de acción benéficosocial de lucha contra la peste blanca y contra la inmundicia venérea, al residir su Sanidad en un Ministerio propio, sin la tutela del de Gobernación—como actualmente—, no había de ser parca en la consideración de sus funcionarios sanitarios ahora que los maestros del segundo escalafón han pasado a la cifra mínima de 3.000 pesetas.

No se me oculta el razonamiento seguro que habrían de hacerse nuestros gobernantes para no preterir la cultura intelectual a la sanitaria, pues si la primera hace cerebros saneados, escogidos y cultos, la segunda exige la nivea blancura del cuerpo sano, para forjar una mente sana. Y sin un cuerpo vigoroso, sin un sistema nervioso ducho en los resortes de la inteligencia, sería imposible conseguir el aumento del nivel cultural de España; hagamos sanidad primero, para sobre el albo campo de las naturalezas no

taradas y fuertes edificar el castillo de su intelectualidad sana y consciente. La Sanidad es por lo menos tan necesaria como la enseñanza primaria, si no más.

Por lo tanto, no había de extrañarnos que al funcionario sanitario se le rodease de la liberalidad y bienestar precisos para el desempeño de su misión.

* *

Esta sería la labor del Sr. Lerroux; éste el campo, el camino frondoso abierto a aquel que se convenciera de la suprema utilidad de hacer sanidad en España.

No obstante, repetimos lo que más arriba apuntamos: ¿Será éste un nuevo sueño oriental, o quizás sea tan cierta la vocación mesianista del Sr. Lerroux que emprenda briosamente esta labor? Veremos...

JUAN JOSÉ DÍAZ

DEL MOMENTO

Hace próximamente catorce años, cuando finalizaba el curso de 1917-1918, terminaba mi carrera. Carrera que a fuerza de sacrificios y el ejemplo del trabajo honrado de mis padres, conseguí llevar a cabo sin tropiezos ni disgustos en mi hoja de estudios. Mis aficiones a la Cirugía me llevaron al lado de D. Rafael Mollá (q. e. p. d.), catedrático por entonces de Patología quirúrgica, cuyo recuerdo de hombre sencillo y bueno, a la par que de profundos conocimientos en la especialidad de Urología, no quiero dejar de señalar.

No había todavía recibido el ansiado título de médico, cuando un día el bueno de D. Rafael nos reunía a todos los internos para decirnos que había recibido el encargo de D. Amalio Gimeno, catedrático por aquel tiempo de Patología general, de encontrarle un ayudante que quisiera ir con él al Balneario de Cestona. Mis compañeros fijaron su mirada en mí como diciéndome que debía ser yo quien aceptara el cargo. Rápidamente vinieron a mi mente aquellas magistrales lecciones de D. Amalio, de su porte tan distinguido en cátedra, de su fama de hombre de talento, que le había llevado a ser ya tantas veces ministro, y sin encomendarme a Dios ni al diablo acepté de don Rafael el ofrecimiento.

Pronto entre mis compañeros corría la voz de que iba a ser ayudante de D. Amalio, en el Balneario de Cestona, y no uno, sino muchos, miraron con cierta envidia mi destino. No era para menos. D. Amalio, en plena actividad y valía científica, podría ser el tutor que guiara mis primeros pasos en la carrera, y así fué efectivamente; ya en el primer año aprendí mucho de patología digestiva; el estudio de la litiasis biliar en sus variadas formas clínicas, el tratamiento hidromineral adecuado a ellas fueron para mí tan interesantes y aprovechadas lecciones, que al cabo de dos años publiqué en la *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas* algunos trabajos sobre «Contribución al estudio del tratamiento de la litiasis biliar por las aguas mineromedicinales de Cestona», trabajo que tuvo el honor de ser citado por el Dr. Pinilla en los «Anales de la Sociedad de Hidrología».

Más tarde, D. Amalio Gimeno, en un discurso inaugural de la Academia Nacional de Medicina, leyó un trabajo de investigación personal «Sobre el cólico hepático», verdadera labor doctrinal, llena de citas y casos clínicos, así como de una estadística de este síndrome en relación con otros antecedentes infecciosos, sexo, edad, estado civil, coexistencia con otras enfermedades; estudio tan veraz e interesante que con sólo saber el número de millares de enfermos que

desfilaban por Cestona en cerca de veinte temporadas, da una idea de su importancia.

A Cestona, por decirlo así, concurren enfermos de la más variada patología y sintomatología clínicas, y es que rara es la enfermedad crónica o diatésica en la que el hígado no sufra, y así hemos visto, nefríticos, cardíacos, cirróticos, prostáticos, cancerosos, formas de anemia perniciosa, etcétera, etc., que el maestro ha tenido buen cuidado de enseñarnos, para catalogarlos en las contraindicaciones del tratamiento hidromineral. A tenor de esto, citaré muchísimos casos que la sabia dirección clínica de un médico de balneario es a todo punto necesaria, no ya para prescribir el agua en la forma y dosis más convenientes, sino para un reconocimiento de los enfermos que por desgracia concurren a estos establecimientos sin el más ligero diagnóstico de su dolencia. Y así, D. Amalio, palpando vientres y auscultando pechos, informándose de la permeabilidad renal, trazados esfigmomanométricos, curvas de glucemia, cifras de metabolismo basal, de jugos gástricos y de sangre, prueba de Meister Lyon, e interrogando radiografías de vesícula e intestino, se pasa temporadas enteras en el balneario que le corresponde por derecho propio dirigir. Todo da una idea de la actividad y labor científica que tiene D. Amalio, pese a unos cuantos médicos que con afanes y miras muy poco dignas, hablan, dicen, chismorrean, sin siquiera haberse asomado unos minutos por la consulta de Cestona.

Por todo esto, no creo que el último decreto suprimiendo el Cuerpo de Médicos de Baños se pueda llevar a efecto, en el sentido científico, se entiende. Al declarar la libertad balnearia el actual ministro de la Gobernación, ha sido mal asesorado por cierto. Si, como es de esperar, acuden a estos balnearios médicos no especializados en esta clase de curas, los errores serán muchos, y poco a poco la fama de estos tratamientos se irá perdiendo, y por ende el crédito de sus establecimientos.

Sé por desgracia que estas líneas serán juzgadas por algunos como miras egoístas o partidarias, pero sepan estos señores, que lo menos que se puede hacer por un maestro cuando es duramente atropellado, es rendirle un tributo de equidad y de justicia.

A. MUT

Academias, Sociedades y Conferencias

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Sesión del 9 de Abril de 1932.

SOBRE LA URETEROPIELOGRAFÍA RETRÓGRADA

Dr. Pedro Cifuentes Díaz: Los procedimientos exploratorios de contraste de las vías urinarias realizados en la actualidad comprenden tres métodos: La inyección de medio opaco en pelvis renal previa colocación de sonda ureteral. La inyección intravenosa de sustancias (uroselectán, abrodil, etc.) que al ser eliminadas por el riñón producen opacificación de las vías demostrable por radiografía. Finalmente el método de ureteropielografía retrógrada propuesto por Chevasu.

De los dos primeros métodos es abundante la bibliografía médica existente. Menos conocido es el método de ureteropielografía retrógrada, del cual vamos a exponer algunos detalles.

La ureteropielografía retrógrada propuesta por Chevasu consiste en la colocación de una sonda opaca del calibre 6 u 8, que a unos 2, 1 ó $\frac{1}{2}$ centímetros de su extremidad posea un ensanchamiento del calibre 12 ó 13 y que previa cis-

toscopia se coloca en orificio ureteral, donde se adapta y obtura el uréter. Se comprende que esta técnica precisa la cistoscopia y colocación de la sonda en la mesa radiológica y la vigilancia de su colocación durante la obtención de las pruebas gráficas.

El líquido opaco a inyectar en uréter y que por marcha retrógrada llena uréter, asciende a pelvis y cálices renales, es el yoduro sódico, según aconseja Chevassu, pero también se puede emplear el bromuro sódico. Estos dos cuerpos tienen el inconveniente de provocar escozor y dolores renales. Es por lo que nosotros utilizamos como líquido a inyectar el uroselectán al 40 por 100 o el abrodil al 20 por 100, sin haber observado el menor inconveniente y con resultados de contraste excelentes.

El número de radiografías que se suelen aconsejar son dos con unos minutos de intervalo para así comprobar si son pasajeras o permanentes las alteraciones ureterorrenales observadas en la placa radiográfica.

Ahora bien, el ideal sería obtener las alteraciones ureteropielográficas en una serie de 8, 10 ó 20 radiografías, única manera de fijar concretamente las alteraciones pielográficas.

La ureteropielografía retrógrada es un método sencillo y de gran utilidad en la práctica, si bien exige maniobrar cistoscópicamente en la misma mesa radiográfica.

A continuación el Dr. Antonio María Cospedal Tomé lee la biografía del Dr. Simón Hergueta y Martín, académico de número de esta Academia, ya fallecido.—*M. Aceña.*

ACADEMIA MÉDICO QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del 11 de Abril de 1932.

VASCULARIZACIÓN DE LESIONES TUBERCULOSAS PULMONARES: SU IMPORTANCIA EN CLÍNICA

Dr. José Abelló Pascual: Comienza la comunicación haciendo resaltar la importancia de los trabajos clínicos efectuados por Redeker, Pagel, Hubschmann, etc., y de Verdes Montenegro en España, sobre la frecuencia de la dise-



Dres. Vital Aza, Fernán-Pérez y Abelló.

minación hematógena, en el curso de los distintos estadios de la tuberculosis pulmonar. Presenta una serie radiográfica de diseminaciones hematógenas que han sufrido procesos de resolución, cicatrización y calcificación, y al propio tiempo en un caso, en el cual se hizo una resección de adheren-

cias, se puso en evidencia, por una desviación de mediastino, diseminaciones hematógenas existentes en el lado contrario al del neumotórax, en donde hasta la fecha no se habían podido estudiar. Compara esta abundancia de estos procesos en el curso de la tuberculosis pulmonar con las ideas que se tienen actualmente sobre la falta de vascularización de las lesiones tuberculosas.

Estudia las distintas técnicas para la obtención de los capilares; hace una crítica severa de éstas, y expone su nueva técnica de tinción indirecta, que le permite demostrar la existencia de vasos en muchos de los procesos tuberculosos que hasta hoy se suponía que carecían de ellos.

Presenta una serie microfotográfica demostrando la existencia de esos vasos en la membrana piógena de las cavidades tuberculosas y en diferentes tipos de lesión, aportando casos curiosos en los cuales el capilar se conserva en plena zona reblandecida. Expone una técnica para colocarlos con seguridad en los animales de experimentación.

Y finalmente, termina la comunicación con un resumen en el que hace resaltar la importancia que tiene este hallazgo para las nuevas orientaciones químicas de la tuberculosis pulmonar, y al propio tiempo agradece a los Dres. Tello y Partearroyo la ayuda que le han prestado en sus investigaciones.

SOBRE QUÍMICA DE LAS SALES BILIARES

Dr. Juan Fernán-Pérez: El estudio fisioclínico de las sales biliares tropieza con grandes dificultades de caracterización, puesto que las técnicas preconizadas hasta ahora son o poco sensibles o no específicas.

Los métodos ponderales no tienen valor sino en medios ricos en sales biliares, y carecen de interés clínico.

Los métodos físicos fundados sobre variaciones en la tensión superficial de los líquidos provocada por la presencia de sales biliares son procedimientos indirectos, cuyos resultados pueden ser falsos por la presencia de otras sustancias que actúen también sobre esta tensión superficial. El clínico debe conocer entre estas sustancias parásitas las siguientes: el cloruro sódico por razón de su presencia en todos los líquidos biológicos; el sulfato de magnesia como consecuencia de su empleo en el sondaje duodenal; la albúmina. Los dos primeros exageran la acción desnive-ladora de las sales biliares; pero la albúmina la disminuye.

La reacción de Pettenkoffer debe ser iniciada con un tiempo de aislamiento de las sales biliares, no debiendo juzgarse sólo sus resultados desde el punto de vista exclusivamente colorimétrico, sino que deben ser siempre controlados con el examen espectroscópico, que deberá presentar indefectiblemente una raya de absorción sobre la zona 515.

En los diferentes casos son recomendables: En el líquido duodenal, el método estalagmométrico, que ofrece suficientes garantías. En las orinas puede utilizarse la estalagmometría; pero ofrece más seguridades la reacción de Pettenkoffer. En el suero sanguíneo sólo es aplicada la reacción de Pettenkoffer.

Dr. Eusebio Oliver Pascual: Dada la poca afición a los estudios sobre química de la bilis es merecedor de elogio el trabajo presentado. En él hemos visto registrados los últimos trabajos sobre la cuestión, y en especial la monografía de Bariety.

MIOMECTOMÍA EN ÚTERO GRÁVIDO

Dr. Vital Aza Díaz: Esta comunicación corresponde al caso clínico que presentamos en la sesión del 22 de Febrero de 1932 (véase EL SIGLO MÉDICO, núm. 4.081, pág. 230).

Queremos solamente llamar la atención sobre la operatoria en el embarazo, que no debemos considerar como un tabú; el médico no debe ver en el embarazo ninguna prevención para realizar durante él la intervención abdominal que sea urgente e imprescindible. Hemos publicado varios casos de esta naturaleza sin peligro para la embarazada ni el feto.

El caso se refiere a un útero gestante con mioma uterino; éste es nucleado cuando la mujer estaba embarazada de cuatro meses; mioma que pesaba 1,100 gramos. El tratamiento postoperatorio fué a base de analgésicos y opiáceos con lo que conseguimos dar de alta a la operada a los doce días, dentro de la más perfecta normalidad de la gestación.

Hemos tenido noticias recientes de esta embarazada y la gestación sigue su curso normalmente. En cuanto al problema que pueda ofrecerse en el momento del parto no es una novedad y no es motivo de esta comunicación.

Es decir, que un útero gestante de cuatro meses ha tolerado la enucleación de una tumoración en pleno útero sin el menor contratiempo.

Dr. Jesús García Orcóyen: Esta comunicación nos presenta el tema de los peligros de las intervenciones quirúrgicas durante la gestación. Ya son numerosos los autores que se han ocupado del asunto y han puesto de manifiesto que la embarazada puede soportar todas las operaciones como si tal embarazo no existiese, y, mucho más, que algunas intervenciones permiten que evolucione normalmente una gestación que hasta aquel momento provocaba trastornos más o menos graves.

Dr. Pedro Campuzano Cacho: El diagnóstico del mioma uterino es lo que nos permite fijar si debemos o no operar la gestante. El caso del mioma subseroso no tiene dificultades operatorias en el embarazo, si bien en muchos casos no precisa operar realizado el diagnóstico, caso de que la mujer no aqueje trastornos.

Cuando el mioma es submucoso suele, en el momento del alumbramiento y por dificultades de contractilidad, provocar hemorragias que obliguen a intervenir. Los miomas bajos, aunque tengan cierto tamaño, no suelen provocar trastornos en el momento del parto.

En todos estos casos, cuando el mioma provoca molestias y trastornos graves en la embarazada hay que proceder a la intervención, si bien teniendo muy en cuenta que muchas veces se presentan serias dificultades.—*M. Aceña.*

La revisión de nombramientos en Sanidad.

DON VICTORIANO COLOMO Y AMARILLAS

Destinado como profesor veterinario en el Instituto Nacional de Higiene desde 1904, tiene, aparte de sus méritos y servicios sanitarios, una brillante historia profesional y académica según puede verse por el resumen que a continuación publicamos:

En 1904 es nombrado ayudante honorario de Sección en el Instituto Nacional de Higiene. En 1907, 1919, 1920, 1924 y 1931 confirmado en dicho cargo con la gratificación anual de 1.250 pesetas, 3.000, 4.000, 7.000 y 8.000, respectivamente.

Grado de bachiller y título de veterinario con cinco premios durante su carrera.

Por oposición fué: alumno pensionado; director anatómico; catedrático de Fisiología e Higiene y de Física, Química e Historia Natural.

Catedrático interino de Histología. Catedrático en propiedad de Agricultura.

Desde 1913 es catedrático en propiedad de Parasitología, Bacteriología y preparación de sueros y vacunas en la Escuela de Veterinaria de Madrid.

Vocal de Tribunales de oposición a cátedras y auxiliares.

En 1904 fué enviado a la provincia de Badajoz para estudiar la enfermedad desarrollada en el ganado lanar en diversos puntos de la provincia, y en el mismo año la Dirección general de Agricultura, Industria y Comercio le confió una visita de inspección a la citada provincia de Badajoz para estudiar la epizootia desarrollada en el ganado de cerda.

Por la misma Dirección general, se le comisiona en 1907 para el estudio de una epizootia de ganado lanar de arria.



Don Victoriano Colomo y Amarillas.

da en Alcubillas de Avellaneda y otros pueblos comarcanos de las provincias de Soria y Burgos.

Vocal de Tribunal de oposiciones para una plaza de ayudante de veterinaria en el Instituto Nacional de Higiene y para otra de veterinario en el Instituto de Higiene provincial.

Subinspector veterinario de salubridad de la provincia de Córdoba.

Subdelegado de Veterinaria durante más de diez años.

PUBLICACIONES

Elementos de disección. Elementos de microscopia. Trabajos sobre triquinosis. Cistixercosis. Enfermedades rojas de los cerdos. Memorias sobre sueros profilácticos y curativos para los animales y sobre melitococia, presentados en distintos Congresos Médicos. Trabajos de laboratorios sobre el papel del bazo en las infecciones.

VIAJE MÉDICO POR AMÉRICA

El Comité de Viajes de Estudio y de los Congresos del «Univers Medical», bajo la presidencia de honor del profesor V. Balthazard, decano de la Facultad de Medicina de París, organiza su segundo viaje al Canadá y a los Estados Unidos.

Este viaje comprenderá, lo mismo que el de Agosto de 1931, una parte turística muy interesante a través del Canadá y los Estados Unidos, y una parte científica: visita de los principales hospitales, Facultades, etc., donde los médicos

LABORATOIRE NATIVELLE

27, RUE DE LA PROCESSION — PARIS (XV^e)

OUABAÏNE ARNAUD

**CARDIOTÓNICO
ENÉRGICO**

**ACCIÓN
CONSTANTE
Y SEGURA**

Unico producto cuyas constantes físico-químicas, ensayos fisiológicos y toxicidades han sido publicadas, dando así al Cuerpo Medical toda garantía de acción y seguridad.

INDICACIONES

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

FORMAS

Comprimidos. A Un miligramo.

Ampollas. Al 1/4 de miligramo para inyecciones intravenosas.

Solución. A cuatro por mil.

Ampollas. Al 1/2 miligramo para inyecciones intramusculares.

**DIURÉTICO
PODEROSO**

**MENOS TÓXICO
QUE LAS
ESTROFANTINAS**

DOSIFICACIÓN RIGUROSA

DRAEGER

Medalla de Oro, Exposición Universal, París 1900.

Granulos de CATILLON

0,001 Extracto Normal de

STROPHANTUS

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

ASISTOLIA, DISPNEA, OPRESION, EDEMA, Lesiones MITRALES

Granulos de CATILLON

0.0001

STROPHANTINE

CRISTAL.

TÓNICO DEL CORAZON POR EXCELENCIA

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

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

Laboratoire CATILLON, 3, Boulevard St-Martin, PARIS

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
lagógena
polivalente.

MICOLISINA del D^r DOYEN

2 FORMAS:
MICOLISINA BEBIBLE
MICOLISINA INYECTABLE

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

NEURASTENIA
ANEMIA
CONVALENCIAS

Vino de Bugeaud

Tónico-Nutritivo,
con Quina
y Cacao.

Actúa por la Teobromina y por los Alcaloides de la Quina

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

Venosina

Tratamiento específico completo de las **AFECCIONES VENOSAS**

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

Asociación
Digitalina-Dabaina



reemplaza con ventaja
a Digital y Digitalina.

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

LABORATOIRES DEGLAUDE 6, Rue d'Assas
PARIS VI.

Muestras y
literatura:

J. M. BALASCH
Agente general para España.

Diagonal, 440.
BARCELONA

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.

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

serán recibidos por las notabilidades médicas americanas: decanos de las Facultades de Washington, Filadelfia, Nueva York, etc. Al terminar el viaje los médicos podrán asistir a las Jornadas médicas de 1932, que se celebrarán este año en la ciudad de Ottava (Canadá).

ITINERARIO DEL VIAJE

Salida de París el 17 de Agosto. Regreso a París el 18 de Septiembre. Cherburgo, Quebec, Montreal, Toronto, Lago Ontario, Cataratas del Niágara, Chicago, Washington, Filadelfia, Nueva York, Montreal y Cherburgo.

El precio del viaje (salida de París y regreso a París incluyendo el pasaje, ida y vuelta en 1.ª clase, comidas, permanencias, excursiones, propinas, trayectos que figuran en el programa) se ha fijado en 16 650 francos (con pasaje en clase denominada «turista», precio: 12.950 francos).

Pídanse todo género de informes y el folleto que se envía gratuitamente, a la «Direction Technique de Voyages et Congrès de l'Univers Medical», 33, Avenue de l'Opéra, París. Tel. Opéra, 01,80.

SECCION OFICIAL

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Suprimiendo los ingresos que en forma de impuesto a las casas de prostitución o derechos por reconocimientos domiciliarios se venían haciendo efectivos hasta la fecha.

DECRETO

La Lucha Antivenérea ha alcanzado en estos últimos años una importancia extraordinaria y una eficacia manifiesta, en gran parte debida a una organización racional de los servicios que poco a poco fueron atrayendo a los Dispensarios, hombres, mujeres y niños que nada tienen que ver con el sector prostibulario que únicamente era atendido en los antiguos servicios llamados Dispensarios de Higiene.

Pero quedaba un punto negro, mil veces denunciado por las Autoridades sanitarias y médicos afectos al servicio: era el origen inconfesable de los fondos de que se nutría la Lucha Oficial Antivenérea y que no eran otros sino los procedentes de la exacción de una cuota mensual a las dueñas de las casas de prostitución. Este método de allegar recursos para el sostenimiento de una campaña sanitaria, constituía un baldón para la dignidad de un Estado y ha cabido a las Cortes Constituyentes el honor de hacer desaparecer una disposición gubernativa tan bochornosa y denigrante, incluyendo en los Presupuestos del Estado la partida correspondiente que ha de substituir a tan vergonzoso tributo, acabando así con la paradoja de que en los momentos en que afortunadamente para la cultura de nuestro pueblo las enfermedades venéreas ya no se llaman vergonzosas, quedase una sola vergüenza, la mayor de todas: la del sistema de arbitrar los recursos para la lucha contra dichas plagas.

En vista de estas consideraciones y a fin de dar adecuado y eficaz cumplimiento a las modificaciones fundamentales que en la organización del Servicio Oficial Antivenéreo dispone los Presupuestos aprobados por las Cortes Constituyentes,

El presidente de la República, de acuerdo con el Consejo de Ministros y a propuesta del de la Gobernación, decreta:

Artículo 1.º Quedan suprimidos todos los ingresos que en forma de impuesto a las casas de prostitución o derechos por reconocimiento domiciliarios se venían haciendo efectivos hasta la fecha.

Art. 2.º Periódicamente se proveerá a los inspectores provinciales de Sanidad, como jefes del Servicio Antivenéreo, de los fondos fijados en los Presupuestos parciales que para el año actual han sido aprobados por la Superioridad en cumplimiento de la Orden de 24 de Diciembre de 1926

Art. 3.º La inversión de los fondos asignados será justificada y formalizada en el plazo improrrogable de tres meses a partir de la fecha de su percepción, con arreglo a lo dispuesto en el art. 70 de la ley de Administración y Contabilidad de 1.º de Julio de 1911 y Reglamento de las Ordenaciones de pagos del Estado de 24 de Mayo de 1891.

Art. 4.º Las Diputaciones provinciales y Ayuntamientos, capitales de provincia y pueblos mayores de 20.000 almas que no tengan organizado por sí y en funciones servicios antivenéreos, continuarán colaborando a los servicios oficiales del Estado con subvenciones en la cuantía que determinaba la Orden de 8 de Enero de 1929, y que serán puestas a disposición del organismo Central Antivenéreo por conducto de la Autoridad gubernativa.

Art. 5.º Las Comisiones permanentes de las Juntas provinciales de Sanidad y las Juntas municipales cesarán en la administración y organización que les confería la Orden de 24 de Diciembre de 1926 y demás disposiciones vigentes.

Art. 6.º Igualmente cesará en sus funciones el Comité especial creado por la provincia de Barcelona, por Orden de 3 de Julio de 1931.

Art. 7.º Por el Ministerio de la Gobernación se dictarán cuantas disposiciones sean precisas para el mejor cumplimiento de este Decreto y organización de los servicios de la Lucha Antivenérea en España.

Dado en Madrid a 7 de Abril de 1932. — *Niceto Alcalá Zamora y Torres.* — El ministro de la Gobernación, *Santiago Casares Quiroga.* (Gaceta del 9 de Abril.)

INSTRUCCIÓN PUBLICA Y BELLAS ARTES

Haciendo extensivo a las personas que hayan realizado estudios en el extranjero, sin carácter de pensionados los preceptos de los artículos 8.º, 9.º y 10 del Real decreto de 22 de Enero de 1910 y 35 del Reglamento de la misma fecha.

ORDEN

Ilmo. Sr.: Habiéndose dado, cada vez con mayor frecuencia, caso de personas que hacen estudios en el extranjero sin recibir subvención del Estado y sin haber tampoco solicitado, antes de marcharse, ser considerados como pensionados y desean al regreso un reconocimiento de los trabajos que han realizado y un dictamen autorizado, sobre el fruto obtenido,

Este Ministerio ha resuelto que se haga extensivo a las personas que hayan realizado estudios en el extranjero sin carácter de pensionados los preceptos de los artículos 8.º, 9.º y 10 del Real decreto de 22 de Enero de 1910 y 35 del Reglamento de la misma fecha, a fin de que la Junta para Ampliación de Estudios pueda otorgarles certificados de suficiencia en vista de los trabajos que presenten como fruto de sus estudios en el extranjero y de los certificados o referencias que prueben a satisfacción de la Junta el tiempo, lugares y forma en que los estudios se han realizado.

Los certificados de suficiencia así expedidos tendrán igual valor y efectos que los otorgados a los pensionados.

Lo digo a V. I. para su conocimiento y demás efectos. Madrid, 17 de Marzo de 1932. — P. D., *Domingo Barnés.* — Señor subsecretario de este Ministerio. (Gaceta del 22 de Marzo.)

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 715,8; ídem mínima, 700,2; temperatura máxima, 19°,0; ídem mínima, 1°,8; vientos dominantes, NE. y NO.

Siguiendo la curva acostumbrada, el estado sanitario de Madrid mejora marcadamente en los últimos ocho días. Los enfermos crónicos de aparato respiratorio y circulatorio comienzan a disfrutar los beneficios de la estación y los afectos agudos disminuyen en su número de presentación y violencia.

Las enfermedades eruptivas de la infancia se vienen limitando a casos de varicela y algunos brotes de escarlatina benigna.

La tos ferina se ha presentado en los poblados limítrofes a Madrid, en El Pardo notablemente.

CRONICAS

Un caso de lepra.—Según noticias que la prensa diaria publica, el médico de la Beneficencia municipal de Piedra (Ciudad Real) ha descubierto en Sofia Navarro Soyo un caso de lepra. Sofia, que tiene cuarenta y tres años, se dirigía a Madrid y Guadix. Se reunió la Junta de Sanidad y adoptó las oportunas medidas, hospitalizando a la enferma. La Diputación gestiona su ingreso en la leprosería de Granada.

Vacantes de médicos.—Herrera de Pisuerga (Palencia). 2.200 pesetas. Por oposición.

—Por concurso de antigüedad pueden solicitarse hasta el 10 de Mayo las siguientes:

Henarejos (Cuenca). 2.750 pesetas.
Nava de Arévalo (Ávila). 2.200 pesetas.
Baños (Palencia). 2.200 pesetas.
Villarreal (Castellón). 3.000 pesetas.
Chiclana de Segura (Jaén). 2.200 pesetas.
Humanes de Madrid (Madrid). 1.650 pesetas.
Castaño del Robledo (Huelva). 2.475 pesetas.
Baena (Córdoba). 3.300 pesetas.
Castaras (Granada). 3.300 pesetas.
Peñascosa (Albacete). 2.200 pesetas.
Ondas (Castellón). 2.750 pesetas.
Las Lloras (Gerona). 1.700 pesetas.
Morés (Zaragoza). 2.200 pesetas.
Priego (Cuenca). 2.750 pesetas.
Moclin (Granada). 2.500 pesetas.
Ibiza (Baleares). 2.750 pesetas.
Pradales (Segovia). 1.375 pesetas.
Carbonero el Mayor (Segovia). 2.200 pesetas.
Villafamé (Castellón). 2.200 pesetas.
Bujalance (Córdoba). 3.000 pesetas.
—Y por concurso de méritos.
Onda (Castellón). 2.750 pesetas.
Piñar (Granada). 2.750 pesetas.

Permuta.—Se permuta un partido de 4.ª categoría 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)

Conferencias. En el Dispensario Municipal Antituberculoso ha dado el Dr. D. Juan Esteban Muñoz una conferencia correspondiente a las del curso de Vulgarización antituberculosa, disertando acerca de «El reposo articular en el mal de Pott».

Explicó lo que es esta enfermedad, describiendo para ello cómo está constituida la columna vertebral, deteniéndose después en la deformidad a que da lugar dicha lesión: la cifosis.

En tonos amargos trató de los deplorables efectos físicos y morales que esta deformidad produce en los que la padecen, pasando a describir los distintos medios de reposo de que se dispone hoy para curar la lesión causal y evitar la deformidad, mostrándose partidario de la posi-

ción horizontal en camas o bastidores apropiados, como el mejor medio para conseguirlo, si bien los otros medios tienen sus indicaciones.

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

Los solicitantes dirigirán sus instancias al presidente de la Audiencia territorial de Valencia, por conducto del juez del partido, hasta el 12 de Mayo.

—En el Juzgado de primera instancia e instrucción de Pamplona se halla vacante, por excedencia de D. Ricardo Cobos y haber resultado desierto el concurso de traslación, la plaza de médico forense y de la Prisión preventiva, de categoría de término, que debe proveerse por antigüedad entre forenses de categoría de ascenso, conforme a lo prevenido en el art. 8.º del Real decreto de 12 de Abril de 1915.

Los solicitantes dirigirán sus instancias al presidente de la Audiencia territorial de Pamplona, por conducto del juez del partido, hasta el 12 de Mayo.

Noticias.—Por el Ministerio de la Gobernación, de conformidad con lo informado por la Comisión Permanente del Consejo Nacional de Sanidad y lo propuesto por la Dirección general, ha sido aprobado el concurso-oposición nombrando a D. Fernando de Fuente Hita, a D. Rafael Bilbao Lumbreras y a D. Francisco Díez Melchor para ocupar las tres plazas de médicos encargados de Laboratorio, con destino a los Dispensarios antituberculosos de Madrid.

Academia Española de Dermatología y Sifilografía.—Esta Academia celebrará sesión el miércoles 20, 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 osteoarticular tardía. Un caso de liquen plano de evolución rara. Dres. Bejarano y Enterría: Sobre las artritis sifilíticas larvadas. Dr. Gay: Un caso de enfermedad de Paget con cáncer epidérmico secundario. Dr. Sáinz de Aja: Radiumnecrosis tardías. Granuloma anular. Dermatitis artificiales poco frecuentes. Dr. Bejarano: Sobre un proyecto de ley de lucha antivenérea. Dr. Muñuzuri: Nota previa sobre los resultados conseguidos con las coloraciones vitales en líquido cefalorraquídeo. Dr. J. L. Carrera: La calcemia en las dermatosis. Dr. Fernández de la Portilla: Un caso interesante de serpiginismo terciario.

Programa.—En un folleto hemos reunido el Programa de los ejercicios oral y escrito para oposiciones a plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad. Para completar los datos que pueden ser a todos los médicos de mucha utilidad hemos añadido a él el Real decreto de 2 de Agosto de 1930 y la Real orden de 11 de Noviembre de 1930. Precio de este folleto, 1,50 pesetas.

Programa para el concurso de oposiciones a ingreso en la Academia de Sanidad Militar. 1,25 pesetas. EL SIGLO MEDICO.

SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados).

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Unico preparador en España: DOCTOR GIRAL

Catedrático y Académico.—Atocha, 35.—Teléf. 10.028.—Madrid

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

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

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

BARDANOL

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

IMPRESA DEL SUCESOR DE ENRIQUE TEODORO

Glorieta de Santa María de la Cabeza, 1.—Madrid. Teléfono 70.458