

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. — Pagó 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, París



Reconstituyente muy Enérgico

CARNINE LEFRANCO

Jugo de Carne de Buey Cruda

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

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

1 ó 2 cucharadas de las de sopa por día

ESTABLECIMIENTOS FUMOUE, 78, Fg Saint-Denis, PARIS



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

128

PÁGINAS o sean

PLIEGOS 8

se han incluido en quince días, con las 32 páginas que
acompañamos en nuestros números de la importante

OBRA

OPOSICIONES

con un éxito tal, que, sirviendo a nuestros suscriptores los ejemplares que nos tienen contratados, será escasa la cantidad
de obras que nos resten, a pesar de la enorme tirada de que consta la edición.

OPOSICIONES es una obra de interés extraordinario.
OPOSICIONES es un indispensable manual del médico rural.
OPOSICIONES es la única que contesta al Programa oficial vigente, acerca
de Medicina, Cirugía, Higiene y Legislación Sanitaria, habiendo añadido EL SIGLO MEDICO a estos
temas el de Prácticas de Laboratorio.

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

FRANQUEO
CONCENTRADO

ORIGINALIDAD TERAPEUTICA

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

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

NUTRIR: 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—GABRA (Córdoba), España.

RADIO

Stewart-Warner

Supera y vence siempre porque, además de las muchas cualidades que le han hecho famoso, está dotado de las ventajas siguientes.

Con menos lámparas obtiene el máximo rendimiento alcanzado hasta el día

Está dispuesto para el adaptador de extra corta.

Posee toma y conmutador de "Pick-up".

Se fabrica en alterna y continua

Dispone de toma para televisión.



REPRESENTANTES EXCLUSIVOS PARA ESPAÑA

VIVÓ, VIDAL Y BALASCH

P.º Recoletos, 16 - MADRID • Cortes, 589 - BARCELONA

3 razones por qué
debe
prescribirse la

ANTIPHLOGISTINE

en la

PULMONIA

1. **Analgésica:** Alivia el dolor pleurítico.
2. **Resolvente:** Favorece la resolución.
3. **Relajante:** Relaja el sistema nervioso y el muscular, asegurando descanso y comodidad al paciente.

La Antiphlogistine, aplicada como chaqueta sobre toda la pared torácica, ayudará mucho a promover el descanso y el sueño, tan esenciales para mantener la vitalidad del paciente.

Solicite muestra y literatura.

The Denver Chemical Mfg. Co., 163 Varick St., Nueva York, E. U. A.

Agentes exclusivos de venta para toda España:

HIJOS DEL DR. ANDREU.—Calle de Folgarolas, 17.—BARCELONA

La Antiphlogistine se fabrica en España.

son diseminadas, en tanto que en aquellos otros en que se encuentra la lesión más adelantada, las partes afectas se encuentran reunidas en fascículos de diferentes tamaños separados por grupos de fibras normales. Cuando se estudian las terminaciones nerviosas en estos músculos alterados, no se encuentran lesiones en ellas. En cuanto a los vasos, tampoco ofrecen atrofia que permita asegurar que las lesiones del tejido muscular sean la consecuencia de la falta de riego, pero no se puede abandonar desde luego esta hipótesis. El estudio de la médula espinal de los enfermos que han llegado a tener alteraciones marcadas de su sistema muscular no autoriza, asimismo, para atribuir éstas a una lesión de aquella, sino que las escasas atroñas que se presentan son más bien la consecuencia de la atrofia muscular que dura tanto tiempo antes de la muerte.

La radiografía pone de manifiesto con una claridad absoluta las alteraciones que acabamos de señalar en el estudio de la anatomía patológica. Pone de manifiesto los dos procesos, el de los osteofitos y el de la rarefacción. Este estudio, realizado en serie ha demostrado que las primeras lesiones son las del cartilago, que se hace cada vez más delgado, de modo que los huesos se aproximan entre sí, llegan al contacto y unas veces se desplazan y otras se sueldan. En la segunda fase se hace el apelmazamiento de las extremidades óseas; una de ellas aparece como comprimida, en tanto que la otra se extiende sucesivamente con fenómenos de osteitis condensante en las dos.

En la tercera fase aparecen los fenómenos de rarefacción, en virtud de los cuales los huesos del tejido esponjoso se hacen cada vez más grandes; el tejido compacto es, por el contrario, cada vez más delgado, pierde su consistencia, y, si no se suelen producir fracturas, es porque la gran cantidad de tejido conjuntivo que alrededor de la articulación se desarrolla y la osificación del mismo, que en este período ya se encuentra muchas veces bastante avanzada, impiden el desplazamiento grande, y sobre todo la movilidad anormal de los segmentos. Pero esta marcha del proceso no es la que se presenta en todos los casos, sino que otras veces co-

cot para establecer una diferenciación correcta. No es posible dejar de tratar las relaciones que tienen estos procesos articulares crónicos con el llamado artritis.

Sabido es que desde la época del renacimiento se viene hablando de enfermedades artríticas y de diátesis artríticas sin precisar poco ni mucho qué es lo que se entiende por tal. En general puede decirse que se califican de artríticas todas las enfermedades en las cuales padecen las articulaciones, si bien no es preciso que en todos los enfermos haya afección de las mismas. Así, por ejemplo, numerosos procesos cutáneos, como el psoriasis, otros viscerales como la litiasis renal, árica, etc., se han incluido entre los procesos artríticos, aunque bastantes de los enfermos que los padecen no sufren trastorno alguno en sus articulaciones, pero no pocos de ellos acaban por tener algunos de estos procesos articulares y, sobre todo, es corriente ver en los miembros de una misma familia, que mientras los unos padecen poliartritis reumáticas o deformantes, los otros tienen estos procesos a que aludimos sin que las articulaciones enfermen.

En cuanto a la diátesis reumática, o sea los rasgos constitucionales que hacen a un sujeto apto para padecer el reumatismo, son el resultado de una serie de factores difíciles de precisar, puesto que lo único que hasta ahora se sabe de cierto es que no padecen estos procesos cualquiera sino solamente el que se halla predispuesto para padecerlos. Pero lo que no se ha llegado a precisar hasta la fecha es en qué consiste esta predisposición, y precisamente el término de artritis ha sobrevivido porque no significaba nada en concreto y se prestaba a maravilla para encubrir lagunas del conocimiento de la verdadera naturaleza de una enfermedad.

Los esfuerzos que se hacen en la actualidad para determinar en qué consiste la predisposición de algunos sujetos, que hace que numerosas influencias traumáticas, infecciosas o tóxicas determinen artritis deformantes o tóxicas en tanto que otros muchos enfermos padecen iguales procesos (escarlatina, blenorragia) sin presentar artritis son muy in-

terezantes, pero no han dado todavía un resultado suficiente para considerar el problema aclarado.

La poliartritis deformante puede adoptar varias modalidades: una de verdadera poliartritis deformante en la que afecta a numerosas articulaciones pequeñas, y algunas grandes creando las deformidades que son lo típico de la enfermedad. En otros casos solamente afecta la enfermedad a una o a pocas articulaciones, constituyendo la artritis seca, y por último, existe una forma en la que se afectan las articulaciones de la columna vertebral, al mismo tiempo que algunas de las grandes articulaciones de las raíces de los miembros; esta forma es la que se ha descrito con el nombre de espondilosis rizomélica. La forma generalizada del reumatismo crónico deformante comprende cuatro períodos. El primero, o período prodromático, se manifiesta por parestesias o adormecimientos en las extremidades en que se van a presentar las lesiones, o sea en los dedos de las manos y en los de los pies. Algunas veces no se trata solamente de parestesias, sino de dolores violentos que hacen diagnosticar neuralgias de las extremidades. El dolor no se localiza precisamente en las articulaciones, sino todo a lo largo de los dedos; más tarde sí se localiza, y lo hace especialmente en las regiones que más se afectan, que son los dedos índice y medio de cada mano. Estos trastornos se presentan en forma de crisis que duran desde algunos días hasta varias semanas, y pasado este tiempo, tras un alivio relativo, se inicia de nuevo la enfermedad. La reacción local es menos intensa y menos variable que en el reumatismo articular agudo. En las articulaciones enfermas solamente se encuentran síntomas ligeros de inflamación, o sea tumefacción, dolor, calor y rubor. La presión en los focos de la enfermedad aumenta el dolor. Al mismo tiempo se produce desde un principio retracción de los tendones y de los músculos inmediatos al foco morbozo. Este es el segundo período, o de artritis, al que sucede el tercero, o de deformación, que se inicia por espasmos o calambres, aparecidos inmediatamente a consecuencia de las crisis dolorosas. Dichos espasmos o calambres son dolorosísimos y, a veces,

hueso mismo, va sufriendo de una parte un proceso de absorción y sus trabéculas van desapareciendo, en tanto que de otra parte se va quedando invadido por el proceso de calcificación que le transforma en tejido compacto; se dice que el hueso sufre un proceso de eburnación.

Los osteofitos, que cada vez se van haciendo más voluminosos, acaban por pedicularse y hasta se pueden desprender haciéndose cuerpos libres intraarticulares. Al mismo tiempo que las trabéculas se van absorbiendo y haciéndose cada vez más quebradizas, la médula ósea se va cargando de grasa y se hace gelatiniforme. Cuando la absorción se reparte de una manera irregular se forman importantes cavidades.

Estas cavidades, conocidas también con el nombre de pseudoquistes, cuando son voluminosas hacen que la parte del hueso más inmediata a la extremidad, que ya por la edad del enfermo no se puede distinguir entre diáfisis y epífisis, sea endeble y se quiebre o se encorve con facilidad, posición viciosa que quedará luego fija por el crecimiento de los osteofitos que crecen al encuentro los unos de los otros. Los ligamentos, los tendones y los músculos de la inmediación de la articulación se alteran a su vez, desarrollándose gran cantidad de tejido conjuntivo que se retrae y fija uno a otro los huesos.

Cuando la articulación queda por este motivo mucho tiempo inmovilizada, este tejido conjuntivo se ve a su vez osificado, y en este caso se produce una verdadera anquilosis. En algunas ocasiones, estas lesiones son precoces y se producen desde el principio a raíz de un brote subagudo. Entonces se dice que el enfermo padece reumatismo crónico de forma anquilosante. La distribución de las lesiones no es uniforme, sino que en numerosos casos se ven muy atrofiados los músculos potentes como el deltoides y el bíceps, y, en cambio, los músculos más pequeños del antebrazo y de la mano se encuentran normales, o menos atrofiados. La lesión histológica consiste en una atrofia de las fibras musculares, que acaban por desaparecer.

En los músculos que están menos afectados, estas lesiones

TERTULIA MÉDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

— AMENIDADES —

21-I-1933

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.

¿A qué llaman suciedad?

Un objeto sucio puede definirse de este modo: «Substancia que no se halla en su sitio».

El dulce, por ejemplo, es un comestible en los labios de un niño; en sus cabellos es una suciedad. Los cabellos ondulados de la lechera son su orgullo, pero si uno siquiera cae en la leche es una suciedad. También en un macizo de flores no sólo son inofensivos los microbios sino que facilitan el crecimiento de las plantas; en las uñas de un niño esos mismos microbios constituyen una suciedad peligrosa a veces (1).

Así pues, lo primero que caracteriza la suciedad es el sitio en que se halla. Lo segundo es la presencia o la ausencia de gérmenes virulentos. La mayor parte de los microbios son poco peligrosos. Además, entre los inofensivos y los mortales existe una graduación imposible de distinguir a primera vista. Incluso con ayuda del microscopio resulta difícil distinguir unos microbios de otros. Hay que recurrir a análisis complicados en el laboratorio, que exigen tiempo y gastos. Por eso, en la práctica, es más sencillo observar las reglas generales de limpieza y destruir todos los microbios que esforzarse en matar sólo a los más virulentos.

Una substancia que no está en su sitio puede ser tan anodina como un dulce pegajoso, pero inofensivo. Pero puede ser también el pus de un tumor virulento que, al contaminar la leche, ocasiona la muerte de los que la beben.



La variedad de suciedades es, como la variedad de microbios, infinita. Nos perderíamos en un mundo de microbios si tratáramos de estudiarlos uno a uno. Más vale observar en todos nuestros actos una rigurosa limpieza.

En casi todos nuestros actos podemos ser sucios o limpios en nuestra higiene personal, en nuestro hogar, en el cam-

(1) El Dr. F. Smakal, secretario general de la Cruz Roja de la Juventud checoslovaca, publicó últimamente un folleto ilustrado sobre «La lucha contra el polvo en las escuelas», demostrando que sólo con la ayuda de las nuevas generaciones, y por ellas, se transformará la higiene.

po, en la ciudad. Los ejemplos pueden multiplicarse al infinito. Nos limitaremos a citar cuatro, relativos a la limpieza personal: la limpieza en la casa, en el campo y en la ciudad.

LIMPIEZA PERSONAL

No hay que humedecer las páginas de



los libros.—No hace mucho escupíamos en el suelo con la misma indiferencia con que tosemos. Ahora el público condena el hábito de escupir en el suelo y lo considera como una suciedad y un peligro. Cuando un hombre escupe en un tranvía, sus vecinos, asqueados, le tratan de sucio. Pero la opinión pública no se indigna contra una costumbre no menos sucia y peligrosa, la de humedecer las páginas de los libros. Con frecuencia vemos a personas cultas y bien educadas, inconscientes de la incongruencia del procedimiento, mojar el dedo para volver las páginas de un libro. Si estuvieran familiarizadas un poco con la bacteriología, sabrían que la lengua y la saliva están llenas de microbios y que estos microbios, inofensivos para el que los lleva consigo, pueden ser peligrosos para el vecino. Al mojar el dedo de saliva y volver las páginas de un libro quedan adheridos microbios, que si el nuevo lector tiene los mismos hábitos, transportará con los dedos a la lengua. De este modo pasa la suciedad de unos a otros. A fuerza de ser humedecida la página, se convierte en un verdadero foco de infección. Lo mismo ocurre con un lápiz humedecido con la lengua y que pasa de mano en mano.

LA LIMPIEZA EN LA CASA

La toalla enrollada.—Nos negamos en absoluto a prestar nuestro cepillo de dientes, nos reservamos el pañuelo y vacilamos mucho en servirnos para la cabeza del cepillo de otro. En cambio compartimos la toalla con toda la familia. Es más, la toalla enrollada se encuentra en establecimientos públicos.

Y ocurre que llega uno con las manos sucias, se las lava someramente y ensucia la toalla. Luego llega otro con sus manos mal lavadas, deposita una nueva

capa de microbios y se lleva una parte de los que dejó el anterior. De esta manera la toalla se convierte en un foco de contaminación.

Verdad es que muchos de estos microbios son inofensivos, pero si entre un millón hay uno solo peligroso que provoca una enfermedad no va a con solarase el enfermo pensando que los 999 999 restantes no eran perjudiciales. ¡A cada uno su toalla!

LA LIMPIEZA EN EL CAMPO

El pozo sucio.—Un solo campesino tiene en sus manos la vida de millares de ciudadanos. La afirmación parece exagerada. Y no lo es. Un pozo de agua sucia puede contener bacilos tíficos. Si con esa agua se lava el recipiente en que se conserva la leche, puede ésta contaminarse. Y si por añadidura se mezcla con leche de otras procedencias, la infección se propaga de tal modo que los bacilos tíficos pueden llegar a muchos hogares lejanos. Y porque el campesino ignorante no tiene noción siquiera de la bacteriología se declara en el pueblo una epidemia.

LA LIMPIEZA EN LA CIUDAD

Los alimentos expuestos al polvo.—En muchas partes exponen los comestibles en el escaparate de las tiendas sin preservarlos de las moscas y del polvo. La cosa es ya grave en lo que se refiere a la carne, a pesar de que al asarla o cocerla se esteriliza. Pero ¿qué diremos de las frutas que se comen crudas? La mosca



sale de un estercolero y al posar sus patas llenas de microbios en la fruta, una ciruela, por ejemplo la contamina. Llega un niño, se come la ciruela y los microbios. Si supiera el vendedor lo que son los microbios, tomaría las precauciones necesarias y evitaría muchas desgracias. Se aprende en la escuela aritmética, pero pocos adquieren nociones de bacteriología a pesar de lo necesaria que puede ser en la vida.

Los cuatro ejemplos citados pueden multiplicarse al infinito. En todo lo que

Por necesidades de ajuste no publicamos en el número presente la parte de folletón correspondiente a la obra «Un médico rural».

hacemos podemos ser extremadamente sucios si ignoramos lo más elemental en nociones de bacteriología, o cuidados y limpios si tenemos de ella algunos conocimientos. Estos conocimientos son fáciles de adquirir y muy útiles en todos los actos de la vida.

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

Antiséptico GLORÓGENO LUMEN

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

LA VUELTA AL MUNDO EN HORA Y MEDIA (1)

(Retazos de una charla con proyecciones.)

GRECIA

Atenas surgió en la dichosa edad en que la Mitología, antes que las religiones, hacía de los dioses hombres y de los hombres dioses: en que la leyenda y la Historia no estaban deslindadas y los acontecimientos tomaban de aquella todos sus encantos, y de la labor del hombre, las manifestaciones más exaltadas para perpetuar los acontecimientos que hoy mismo no se sabe si pertenecieron al limitado mundo de un cantar sublime o tuvieron algún fundamento en hechos positivos.

Grecia, y Atenas principalmente, nos hablan de esta coincidencia, de lo real envuelto en lo dudoso, de la vida y de su historia, del ensueño y de la fantasía (que, al fin, son vida del espíritu) y de la leyenda, que es la historia de la fantasía.

Atenas mezcó mágicamente, a través de un arte imperecedero, modelo inagotable de belleza, el sueño y la verdad, y por eso es bella y por eso es inmortal; tiene, como la verdad, la austera severidad de la forma desnuda envuelta en el velo vaporoso que el sueño tejó en la imaginación de sus artistas.

Pero la Atenas de hoy, envuelta en polvo, no nos recordaría lo que fué en un tiempo, si nuestra memoria no recusitase el tipo clásico de la raza helénica, si nuestra imaginación no reconstituyera sus templos colocando en los sitios apropiados los capiteles y columnas rotos que la codicia y los rencores humanos quitaron del lugar que les señaló el artista.

En el Cerámico (el cementerio anti-

Inapetencia, Anemia, Debilidad

VINO MADARIAGA, tónico - fosfatado.

guo), cerrado a toda nueva inhumación desde hace muchos años, se precisa una igual abstracción del espíritu para se parar las comunes sepulturas de las que guardan las cenizas de hombres preclaros y de otras que constituyen por sí solas obras de arte dignas de la admiración del visitante.

El lutróforo que reproducimos, tumba de una joven doncella que no logró

(1) Véase el número anterior.

alcanzar la felicidad del matrimonio, es una de las sepulturas que con las de Demetrio y Pamphila, la de Hipareto (hijo de Alcibiades) y la de la familia Agathón, permanecen todavía en el Cerámico, por no ofrecer su conservación peligro alguno a pesar de las inclemencias a que el clima las somete.

La hermosa figura que reproducimos tiene en su mano izquierda una vasija; detalle que en los enterramientos helénicos acredita la condición de célibe de la persona enterrada cuya efigie se reproduce.

La mayor parte de las sepulturas que se hallaban en buen estado han sido trasladadas al Museo Nacional, en donde se conservan mejor, pero en el que pierden mucho de su decoración y de su ambiente.

A otro lado de la ciudad, cerca del templo de Júpiter Olímpico, que es uno de los más grandes y bellos de la antigua Grecia, se levanta, y es preciso pasar bajo su vano, el Arco de Adriano...

Detenerse a reproducir todo lo que hemos visto en Atenas nos llevaría a la imposibilidad de realizar nuestro empeño. Atenas merece una y muchas conferencias. Para no ser víctima de vuestra exigencia ni de vuestra crítica abre-



FORMULA

POR 20 GRAMOS

Tihocol . . 23 centigr.

Codena . . 1 centigr.

Arrhenal . . 2 centigr.

Preco al público:

4,95 ptas.

vio lo más posible el comentario y reproducción de sus monumentos, prefiriendo el conjunto al detalle.

Los dos monumentos que vais a ver proyectados en la pantalla son restos de los mejor situados en la Acrópolis, esa colina que tiene por base el teatro de Baco, el Pórtico de Eumeneo y el Odeón de Herodo Atico y se eleva majestuosa sobre un fondo de cielo incomparable, sustentando el más pletórico conjunto de obras de arte, de líneas bellas, de armonías infinitas, que aguardan todavía la visita de los dioses del Olimpo o el milagro improbable de su total restauración.

El templo de la Victoria sin alas, de orden jónico, dominando la Colina de las Musas, la bahía de Phalero, el Pireo y la isla de Egina, es uno de los más prominentes de la Acrópolis, de ese monte que los Pelasgos eligieron para establecer en él una fortaleza inexpugnable y que ha sido, es y será venero de inspiración para el artista, ejemplo de estrategia para el guerrero, sublime elevación del espíritu para los pueblos que quieren honrar a sus héroes y a sus dioses y hoy es museo y tesoro en que el mérito y el gusto continúan la incesante lucha épica de los valores inmortales cantados por Homero.

Sobre el mármol pentélico, que domina por su abundancia en los templos de la Acrópolis, han competido y compiten con la firmeza de los basamentos la sobriedad de la columna y la riqueza del friso dóricos, la elegancia del capitel y el sencillo frontón del arte jónico.

El Partenón, a través de las columnas de los Propileos, es la más alta expresión del orden dórico, obra de Iktinos y

RINOGOL

Para antisepsia nasal.

J. DOMINGO CHURTÓ

C. Libertad, 14, BARCELONA

Kallicrato, decorado por el divino Phidias y sus discípulos.

Hoy son ruinas, es cierto, cuanto se contempla sobre la cumbre orgullosa de la Acrópolis, pero entre el montón de mármoles partidos, de columnas destrozadas y de capiteles rotos, surge la línea bella, el trazo de friso representativo narrador de la leyenda, el pórtico íntegro o el incommovible basamento cantando su himno al arte inmortal.

Ni los persas en la edad remota destruyendo el templo de Minerva, ni los bizantinos decorando los muros del Partenón, ni los turcos con sus impetuosos ataques desde el exterior o convirtiendo en polvorines los Propileos, ni los venecianos haciendo saltar estos polvorines, ni lord Elgin completando en el siglo XIX la obra de destrucción, llevándose a Inglaterra las esculturas que se salvaron de tanta catástrofe, entre ellas una cariátide del Erecteo, han podido quitarle a la Acrópolis su elevado puesto en la Mitología y en la Historia del Arte, porque nunca se podrá borrar de las mentes cultas, ni impedir que lo aprendan los hombres estudiosos, que la Acrópolis fué el lugar en que más se exaltaron las nobles cualidades de Minerva, y el Partenón, el templo en que supo sucumbir la obra más sublime del divino Phidias.

(Continuará)

«La alegría de vivir.»

Durante el pasado mes de Diciembre se ha puesto a la venta en Francia por el Comité Nacional de Defensa contra la Tuberculosis un sello que, en su sencilla composición, da idea de la lucha entablada contra la terrible enfermedad. El sello se llama «La alegría de vi-

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

vir», y esta alegría se encuentra en las dos caras colocadas sobre el título del sello: la del niño arrancado a la enfermedad que, con las manos juntas en éxtasis, ríe a la vida nueva en que entra y la de la enfermera que le lleva en sus brazos, contenta de su labor.

Como en años anteriores, una Delegación del Comité ha visitado al presidente de la República, acompañado por un grupo de niños llegados de todas las

SIGUE A LA PÁGINA XXIV



SANATORIO NEUROPÁTICO

Calle de Pablo Iglesias, 52.—CARABANHEL BAJO (Madrid).— Teléfono 116 C.

Director: **DR. GONZALO R. LAFORA**

Plaza de la Independencia, 8. — MADRID.— Teléfono 11680

Sanatorio con tres edificios y jardines independientes; uno abierto para enfermos nerviosos y otros dos cerrados para mentales, con separación de ambos sexos.—Tratamientos modernos.— Cuatro médicos; dos internos.

Pídanse reglamentos a la Administración.

INSTITUTO MEDICO-PEDAGOGICO

CARABANHEL BAJO.— Calle de Pablo Iglesias, núm. 12.— Teléfono 71 C.

Escuela, talleres, gimnasio y granja para niños retrasados de inteligencia o con anomalías de carácter y psicopatías.—Tres profesores especializados.

Dirección médica: **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

VACANTES

SE ENCUENTRAN VACANTES LAS SIGUIENTES PLAZAS DE MÉDICOS TITULARES INSPECTORES MUNICIPALES DE SANIDAD:

—Las contestaciones al programa de oposiciones a las vacantes de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad se editan por EL SIGLO MÉDICO, y tendrá entregadas a sus suscriptores al final del mes presente cerca de 200 páginas. Son las únicas que están expresamente redactadas con tal fin.

—La de Cocentaina (Alicante), partido judicial de Cocentaina, por oposición, Tribunal especial, segunda categoría, vacante por jubilación; dotación, 2.750 pesetas y 200 familias de Beneficencia; censo, 8.303 habitantes.

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

Los vocales serán nombrados por el Ayuntamiento dentro del plazo de la convocatoria.

Secretario, D. Julio García Ferrando, secretario del Ayuntamiento de Cocentaina.

Los aspirantes deberán dirigir sus instancias, en papel de octava clase, al señor alcalde presidente del Ayuntamiento de Cocentaina, hasta el 1 de Febrero.

—La de Casaseca de las Chanas y su agregado Cazorra (Zamora), partido judicial de Zamora, por oposición, Tribunal especial, cuarta categoría, vacante por renuncia; dotación, 1.650 pesetas y 50 familias de Beneficencia; censo, 1.250 habitantes.

(Continúa en la página siguiente.)

AGUAS MINERALES NATURALES DE

CARABAÑA

“LA FAVORITA”

PURGANTES - DEPURATIVAS - ANTIBILIOSAS - ANTIHERPETICAS

PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI

MADRID

Ayuntamiento de Madrid

LABORATORIO FARMACÉUTICO

PONS, MORENO Y C.[^]

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.[^], S. A. — Barcelona.

Tetradínamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

Mutasán

(INYECTABLE)

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

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación de ferrocarril

Tribunal: Presidente, D. Medardo Rivera del Caño, ins-pector provincial de Sanidad.

Los vocales serán nombrados por el Ayuntamiento den-tro del plazo de la convocatoria.

Secretario, D. José Crespo Saludes, secretario del Ayun-tamiento de Casaseca de las Chanas.

Los aspirantes deberán dirigir sus instancias, en papel de 8.^a clase, al señor alcalde presidente del Ayuntamiento de Casaseca de las Chanas, hasta el 11 de Febrero, teniendo que abonar la cantidad de 30 pesetas como derecho de opo-sición.

—Las contestaciones al programa de oposiciones a las vacantes de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad se editan por EL SIGLO, MÉDICO y tendrá entrega-das a sus suscriptores al final del mes presente cerca de 200 páginas. Son las únicas que están expresamente redac-tadas con tal fin.

—La de Teó (La Coruña), partido judicial de Padrón, por oposición, Tribunal especial, segunda categoría, vacante por renuncia; dotación, 2.750 pesetas y 300 familias de Be-neficencia; censo, 9.907 habitantes.

Tribunal: Presidente, D. Ramón Fernández Cid y Ro-dríguez, inspector provincial de Sanidad.

Los vocales serán nombrados por el Ayuntamiento den-tro del plazo de la convocatoria.

Secretario, D. Antonio López, secretario del Ayunta-miento de Teó.

La plaza corresponde al primer distrito.

Los aspirantes deberán dirigir sus instancias, en papel de octava clase, al señor alcalde presidente del Ayunta-miento de Teó, hasta el 1 de Febrero.

(Continúa en la pág. XXIV.)

Las
Perlas de quinina
“Zimmer”

contienen la quinina en forma de polvo suelto sin comprimir. Rece-tarlas es facilitar al paciente el in-gerir la quinina en polvo sin el menor gusto amargo.

Frascos de 25, 50 o 100 perlas de 0,1 o 0,2 gramos de quinina sulfato o de quinina clorhidrato.

VEREINIGTE CHININFABRIKEN ZIMMER & C^o
G. m. b. H.

Sección de venta: **Mannheim-Waldhof.**

Representante general para España:

W. EGGERT, Barcelona S. G. Calle San Eusebio, 83.

RESFRIADOS Y GRIPE



Dosis:

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

QUADRONAL

A S T A, A. G. — FABRICA QUIMICA
BRACKWEDE, 128. — (ALEMANIA)

Sección científica: Enrique Wernick. — Oórcega, 382, 3.º — BARCELONA

Representante y depositario en España:

J. ALEJANDRO RIERA, Ingeniero.-Nápoles, 166.-BARCELONA

LUMINAL

El hipnótico de acción intensa
para neurología y psiquiatría.

Tabletas y ampollas.

LUMINAL SÓDICO

En dosis fraccionada:

LUMINALETAS

Tabletas.

FANODORMO

El somnífero para uso diario, de
acción segura y notable tolerancia.

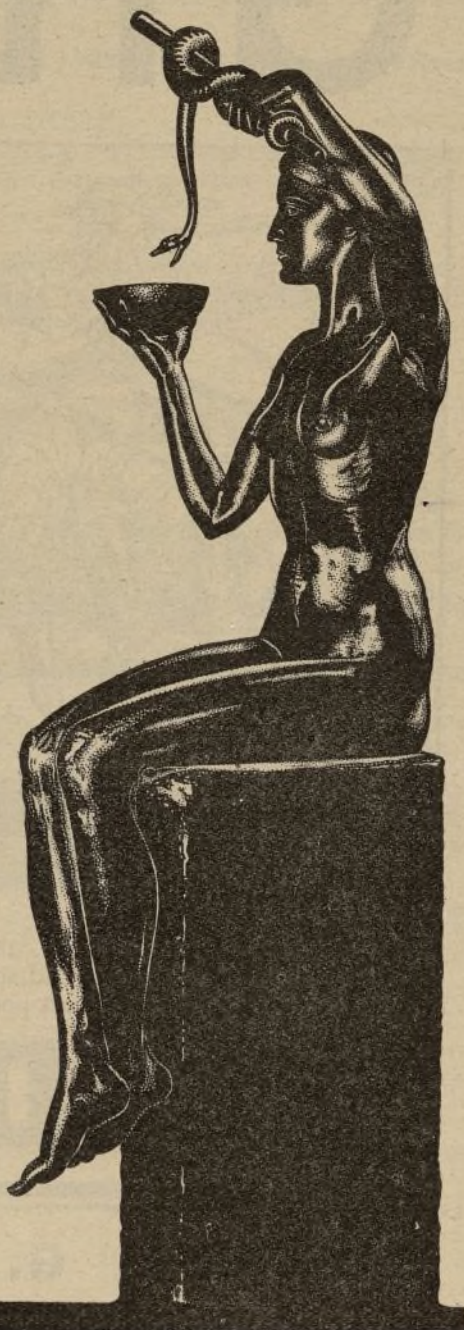
Tabletas.

VERONAL

El primer somnífero del grupo del
ácido barbitúrico.

**Sueño tranquilo y sin
efectos secundarios.**

Tabletas.



E·MERCK DARMSTADT

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-
DOR 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

hepal PROPORCIONA LAS SUBSTANCIAS ORGANICAS QUE FORMAN EL GLOBULO ROJO Y LOS
ELEMENTOS INORGANICOS QUE PRODUCEN LA HEMOGLOBINA

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 VIA SUB-
CUTANEA INTRAMUS-
CULAR O INTRAVE-
NOSA DIARIAMENTE

hepal
INYECTABLE

INYECCIÓN INDOLORA



EXPECTORANTE al mismo tiempo que **SEDANTE**
en todas las afecciones de los órganos respiratorios

IPECOPAN

SANDOZ

Se puede prescribir sin receta especial de estupefacientes (R. O. núm. 792, del 20 de Julio de 1929)

EL POLVO DE DOVER EN FORMA PERFECCIONADA

COMPRIMIDOS MALTEADOS

Calma la tos irritativa.

Fluidifica las secreciones internas.

Facilita la expectoración.

GOTAS

**No ofrece peligro alguno
de habituación**

(por actuar la emetina como válvula de seguridad en
caso de haber administrado dosis abusivas.)

**Muy bien tolerado por
los niños y adultos.**

PRODUCTOS FARMACEUTICOS SANDOZ, BASILEA (Suiza).

OFICINA CIENTIFICA EN ESPAÑA:

Apartado núm. 880.

BARCELONA

Plaza Cataluña, 9.

GRANULOS CHANTEAUD

Acido arsenioso..... miligr.
Aconitina amorfa..... $\frac{1}{2}$ miligr.
Agaricina..... miligr.
Arbutina..... miligr.-centigr.
Atropina..... $\frac{1}{2}$ miligr.
Atropina (sulfato)..... $\frac{1}{2}$ miligr.
Boldina..... miligr.
Bromuro de alcanfor..... centigr.
Brucina..... $\frac{1}{2}$ miligr.
Cafeína..... miligr.-centigr.
Cafeína (arseniato)... miligr.
Calcio (sulfuro).... centigr.
Calomelanos. miligr.-centigr.
Ciutina (brohdo)... $\frac{1}{2}$ miligr.
Codeína.... miligr.-centigr.
Digitalina amorfa.. miligr.
Emetina..... miligr.
Esparteína (sulfato). centigr.

Estricnina (arseniato de)... $\frac{1}{2}$ miligr.
Estricnina (hipofosfito de). $\frac{1}{2}$ miligr.
Estricnina (sulfato de)... $\frac{1}{2}$ miligr.
Estrofantina..... $\frac{1}{10}$ mlgr.
Evonimina..... miligr.
Hierro (arseniato de).... miligr.
Helenina..... centigr.
Hidrargírico (bioduro).... miligr.

Hidrastina..... miligr.
Hiosciamina..... $\frac{1}{2}$ miligr.
Iodoformo..... miligr.
Juglandina..... centigr.
Lobelina (sulfato)..... $\frac{1}{2}$ miligr.
Picrotoxina..... $\frac{1}{2}$ miligr.
Pilocarpina (nitrato de)... miligr.
Podofilino..... centigr.
Cuasina..... miligr.

Quinina (arseto. de) miligr.
Quinina (hidroferro-
cianato de). miligr.-centig.
Quinina (bmhto. de) Sulfato.
Quinina (valeto. de). 2 centig.
Scilitina..... miligr.
Sal de Gregori.... miligr.
Sosa (arseniato de). miligr.
Zinc (fosfuro de)... miligr.



**El Mejor
PURGANTE
LAXANTE
DEPURATIVO**

SEDLITZ CH. CHANTEAUD

Laboratoires CHANTEAUD, 54, Rue des Francs-Bourgeois, Paris

Contra :
Estreñimiento
Estado bilioso
Jaqueca
Congestiones.

Depósito en España: I. Uriach y C.^a — Bruch, 49. — Barcelona.

BISMUTHOIDOL

(Bismuto coloidal)

Nuevo agente contra la SÍFILIS

EN AMPOLLAS: Solución acuosa

Sin dolor

LABORATORIOS M^c ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

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



Térápéutica Biológica de las Jaquecas

Neurocrin Krynos

(Emulsión aséptica de sustancia cerebral)

INDICACIONES

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

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

Agotamiento nervioso, Psicosis depresivas, Surmenaje, Desnutrición y Raquitismo

ADMINISTRACION Y DOSIS

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

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

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

Ayuntamiento de Madrid

TERAPEUTICA DE LAS ALTERACIONES MENSTRUALES

OVARIOTONO

COMPOSICIÓN { Sustancia ovárica, 0.10; Sustancia tiroidea, 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 { Sustancia mamaria, 0.10; Sustancia 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)

MORRHUËTINE

JUNGKEN

CARACTERES ESENCIALES

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

SE EMPLEA EN TODAS LAS ÉPOCAS DEL AÑO.

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

Eficaz en el tratamiento de las

- Adenopatías
- Linfatismo
- Escrofulismo
- Raquitismo
- Diabetes
- Heredosifilis
- Ameno y Dismenorrea
- Convalecencias

Estados llamados "retuberculosos"

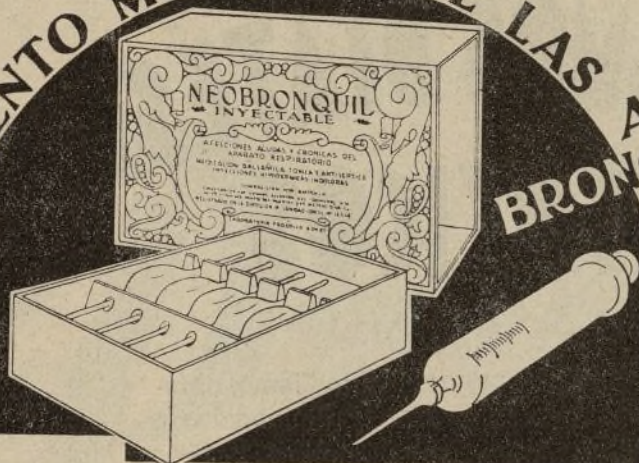


LABORATORIO MIRABENT BARCELONA

ESPECIALIDAD NACIONAL



TRATAMIENTO MODERNO DE LAS AFECCIONES BRONCO-PULMONARES



Los estados catarrales, agudos o crónicos, exigen una medicación balsámica de la garantía del **Neobronquil**, inyecciones indoloras, preparadas a base de Helenina y Colesterina, las sustancias que según Korab y Grigaut atenúan la excitabilidad refleja laringofaríngea y aumentan el poder anti-hemolítico de los sueros.

FORMULA:

Colesterina,
Helenina,
Gomenol,
Alcanfor,
Acido tímico,
Mentol y
Aceite de Olivas.

NEOBRONQUIL

Pida muestra y literatura al
Laboratorio Federico Bonet
Rosalía de Castro, 31 — Madrid

Un nuevo producto *Schering*

NEOTROPINA

Indicado especialmente en el tratamiento de la blenorragia.

Proporciona buenos resultados en los casos de pielitis y cistitis rebeldes a otros tratamientos.

Preparado colorante para el tratamiento de las infecciones del aparato génitourinario

- 1 *Intensa acción bactericida*
- 2 *Alto poder de penetración*
- 3 *Efecto sedante en las inflamaciones*

Envase original: Frascos con 30 grageas de 0,1 gr.



SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIN

PRODUCTOS QUIMICOS SCHERING, S. A.

Apartado 479 - Madrid

Apartado 1030 - Barcelona



REUMATISMOS DIATÉSICOS > TÓXICOS (AGUDOS > CRÓNICOS)

No basta, en el tratamiento del Reumatismo, obtener únicamente la desintegración y eliminación de las acumulaciones uráticas, ni menos todavía aliviar simplemente el dolor; es indispensable para curar, modificar esencialmente el metabolismo reumático.

DIATURASA (INYECTABLE, CAPSULINAS, GRANULADO > BÁLSAMO)

INYECTABLE

Eter salicílo-benzo-bencílico, 0'20; Azufre orgánico, 0'05;
Eter bencil-morruico, 0'50; Aceite neutro estero-alcara-
lorado al 1%; C. S. para una ampolla de 5 cc.

GRANULADO

Eter fenilcincónico-metilico, 0'30; Sulfosalicilato de sód-
mina, 0'30; Nucleotilofosfato lítico, 0'25; Metilarsinato
sódico, 0'075; Sales efervescentes, edulcorante y aro-
máticos, C. S. para dosis de 5 gr. (cucharadita colmada)

CAPSULINAS

Eter salicílo-benzo-bencílico, 0'10; Eter bencil-morruico,
0'095; Azufre orgánico, 0'005, por capsulina de 0'20
gramos

BÁLSAMO

Eter salicílo-benzo-bencílico, 25; Hidrato de terpineo,
16; Alcanfor, 5; Mentol, 2; Esencias aromáticas, 2;
Aceite balsaño compuesto, C. S. para un total de 100
gramos

HE AQUÍ UN PASO GIGANTE DE MÁXIMA EFICIENCIA EN LA
TERAPÉUTICA CURATIVA DE LA URICEMIA

Prescribese el **inyectable** (intramuscular) 2, 3 días por semana, o bien
diariamente, según la intensidad del caso, y conjuntamente indíquese
el uso del **granulado** y entonces habrá hecho el médico una verdadera
labor curativa del Reumatismo. Resérvese las **capsulinas** para substi-
tuir al inyectable en los periodos de descanso y para aquellos casos
en que la intransigencia del paciente lo rehuse; y el **bálsamo** (uso ex-
terno) como calmante del dolor de más positiva eficacia.

Reumatismo, Gota, Obesidad, Litiasis, Derma-
tosis diatélicas, Arterioesclerosis, Artrismo
con todas sus consecuencias, y en general
todo trastorno provocado y sostenido por una
intoxicación urática, son las indicaciones de
nuestra DIATURASA.

PÍDASE LITERATURA Y MUESTRAS PARA LA EXPERIMENTACIÓN CLÍNICA

LABORATORIOS CERA, S. A. VICO. 18, Y COPÉRNICO, 35 AL 39
BARCELONA

Panflavina

Antiséptico quimioterápico a base de Tripaflavina.

Sustituye ventajosamente las gárgaras con soluciones antisépticas de dudosa eficacia.

Indicaciones

Desinfección de la cavidad buco-faríngea, procesos inflamatorios y ulcerosos de la boca y garganta, estomatitis, gingivitis, piorrea alveolar, anginas, etc.

PROFILAXIA DE LA GRIPE, difteria y otras infecciones respiratorias.

Prescribase:

PASTILLAS DE PANFLAVINA

Envase original

Bayer-Meister-Lucius



LA QUÍMICA COMERCIAL Y FARMACÉUTICA, S. A.

Bayer-Meister-Lucius

APARTADO, 280

BARCELONA

iodaseptine cortial

**TUBERCULOSIS
PULMONAR CRÓNICA**
*Dosis Ligeras de 2 a 5^{as} al día
en series de 20 días*

**ADENOPATIAS
DE LA INFANCIA**
*10 a 15 gotas cada 24^{as}
en tres veces según la edad*

**REUMATISMOS
CRÓNICOS**
Dosis Fuertes de 5 a 20^{as} cada 24^{as}

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

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

**REUMATISMOS
AGUDOS**
iodaseptine
salicilada UNE
LA ACCIÓN DEL YODO AL EFECTO SALICILADO

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

Tratamiento de la TOS en general

Tos seca - Bronco-neumonía

Bronquitis - Gripe

Tuberculosis

Asma

GERMOSE
Gotas del Dr.
BAYRAC
(NO TÓXICO)

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

A base de Fluoroformo estabilizado en extractos vegetales.

LABORATOIRES LEBEAULT. — 3 y 5, Rue Bourg-l'Abbé. — París.
Agentes generales: Giménez-Salinas y C.^a, Sagüés, 2 y 4, Barcelona (S. G.)

IODAMÉLIS

el Especifico
**CARDIO-VASCULAR
TOTAL**

Yodoyoduro
de Potasio

Hamamelidina

en los

ARTERIOESCLEROSICOS

Uricemicos

Hyperviscosos

en los

HYPERTENSOS VENOSOS

Cianoticos

Varicosos



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

DREVILLAT

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

Muestras y literatura: D. Juan Martín.—MA DRID-BARCELONA



IFAH

Institut Für Angewandte Higiene G. m. b. H. - HAMBURGO-I

Presenta a la clase médica española su gran

E **u** **d** **y** **n** **a**
alimento terapéutico:

MUESTRAS Y LITERATURA:

COMPOSICIÓN

Complejo de lípidos del timo y cerebro.....	14,300 %
Extracto de hígado.....	3,500 >
Extracto de médula roja.	1,500 >
Albuminoides vitamínicos.....	45,695 >
Lactato de calcio.....	1,250 >
Lactato de magnesio.....	0,250 >
Citrato de hierro.....	0,250 >
Yoduro cúprico.....	0,005 >
Oxido de silicio.....	0,250 >
Glucosa.....	20,000 >
Excipientes adecuados ..	13,000 >
	100,000 >

R CARPINTIER & SEMMLER, Jorge Juan, 74. - Apartado 9055. - Tel. 58268 - MADRID

SPASMOSÉDINE

ANTIESPASMÓDICO — SEDANTE NERVIOSO

El primer sedante y antiespasmódico estudiado especialmente para la

TERAPIA CARDIO - VASCULAR

Laboratorios DEGLAUDE
Medicamentos cardíacos especializados.
PARÍS

Muestras y Literaturas:
José M.^a Balasch Cuyás. (Farmacéutico)
Avenida 14 de Abril, 440. — BARCELONA

SIL-AL

Metahidrosilicato de aluminio
fisiológicamente puro.

**Sustituye al bismuto en
terapéutica gástrica.**

Existe el SIL - AL belladonado.

Muestras
y literatura:
A. GÁMIR
Valencia.

BARDANOL

— — Elixir de bardana y estaño eléctrico. — —

INDICACIONES:

**Estafilococias en todas
sus manifestaciones.**

Muestras
y literatura:
A. GÁMIR
Valencia.

BENZOFORMINA

Comprimidos de 0,25 gramos.

Exametilenoamina. 0,20
Acido benzoico. . . 0,05

Frascos de 50 comprimidos.

Gramos. Muestras
y literatura:
A. GÁMIR
Valencia.



“El aceite de hígado de bacalao es un agente terapéutico específico contra el raquitismo.”—HESS (1930)

Las más elevadas eminencias médicas despues de largas controversias y numerosos ensayos con todos los remedios basados en las más recientes teorías, se han pronunciado una vez más por el aceite de hígado de bacalao como el remedio “por excelencia” contra el Raquitismo.

Prescribáse pues bajo la forma de Emulsión Scott que es la más fácil de administrar y que además de contener el aceite más selecto de hígado de bacalao de Noruega—tan rico en vitaminas—aporta en calcio, fósforo y sodio, las sales minerales indispensables.



EMULSIÓN SCOTT

(Indicaciones: Avitaminosis, Anemia, Tos, Bronquitis, Convalecencias, Debilidad, Marasmo, Tisis, Escrófula, Afecciones tuberculosas, Raquitismo, Dentición.)

Medalla de Oro, Expositon Universal, Paris 1900.

Granulos de CATILLON

0,001 Extracto Normal de

STROPHANTUS

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

ASISTOLIA, DISPNEA, OPRESION, EDEMA, Lesiones MITRALES

Granulos de CATILLON

0.0001

STROPHANTINE

CRISTAL.

TÓNICO DEL CORAZON POR EXCELENCIA

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

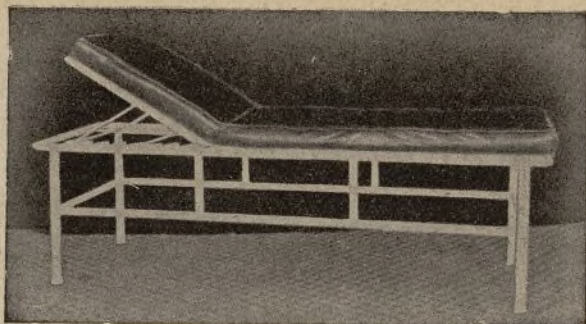
Premio de la Academia de Medicina de Paris, por “Strophantus y Strophantine”

Laboratoire CATILLON, 3, Boulevard St-Martin, PARIS

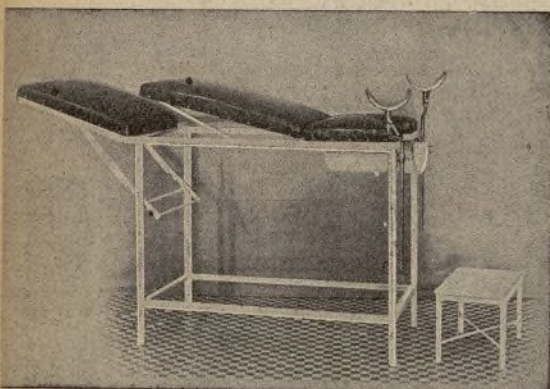
Agentes en España: Sres. Giménez, Salinas y Cía.—Sagués, 2.—Barcelona.



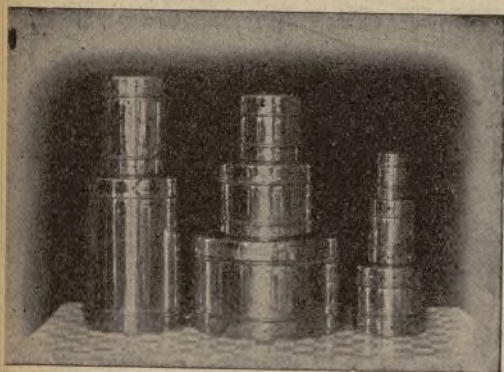
Modelo 8.
Mesa de operaciones y reconocimiento EUREKA, modelo corriente con almohadones de gutapercha esmontables y juego de horquillas y pedales niquelados. Pesetas 195.



Modelo 7.
Cama de reconocimiento y masaje, en tubo de hierro esmaltada en blanco con almohadas de gutapercha. Pesetas 225.

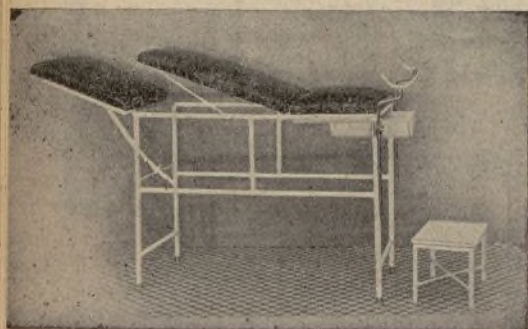


Modelos 1 y 2.
— Mesa de reconocimiento y curación, de hierro de ángulo esmaltado en blanco con horquillas o pedales niquelados y almohadones de gutapercha. Pesetas 100.
— La misma con escotadura para lavados. Pesetas 115.

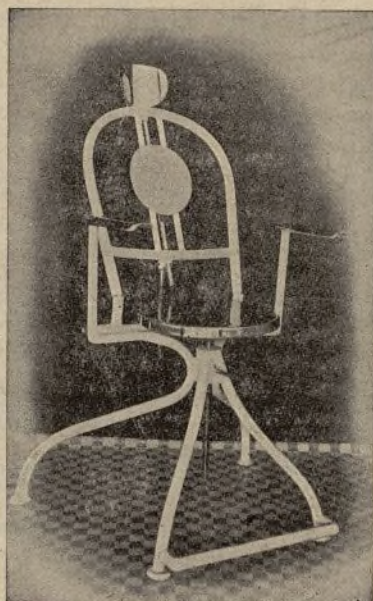


Modelos 80 al 87.
Botes metal niquelado doble tapa, para gases y algodones.

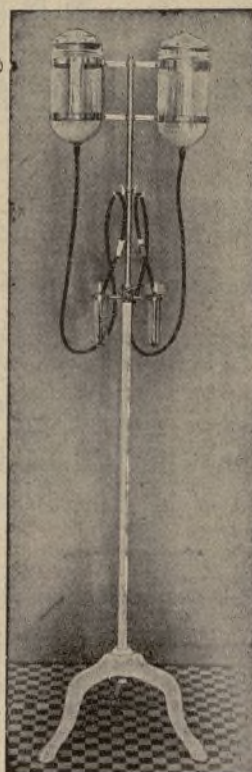
Núm.	80.	81.	82.	83.	84.	85.	86.	87.
Altura	7	10	14	14	20	20	30	30
Ancho	8	12	12	18	14	28	18	35
Pesetas	8	9	11	13	16	16	24	41



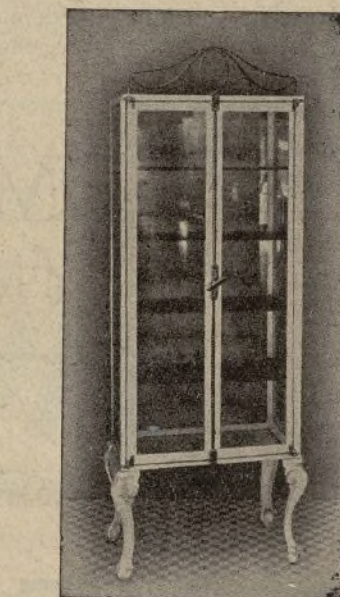
Modelos 5 y 6.
5.—Mesa de reconocimiento y curación, toda en tubo de hierro esmaltado en blanco, con horquillas o pedales niquelados y almohadones de gutapercha. Pesetas 160.
6.—La misma con escotadura para lavados. Pesetas 175.



Modelo 51.
Sillón para otorino-laringología construido en sólido tubo de hierro. Respaldo de inclinación. Cabezal articulado y asiento graduable. Pesetas 250.

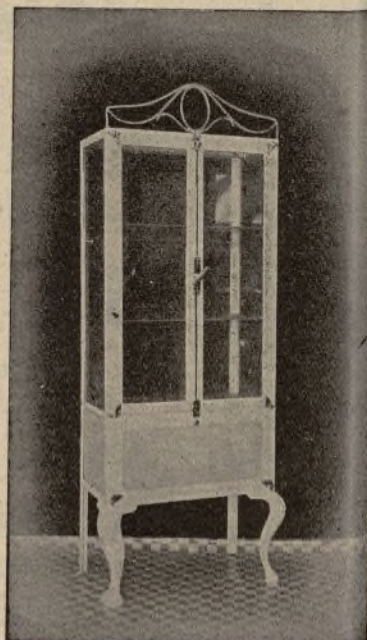


Modelo 58.
Porta-irrigador pie fundido, muy sólido, de hierro esmaltado en blanco, parte superior niquelada, completo. Ptas. 55



Modelos 18, 19, 20, 21, 22, 23.
Vitrina ángulo hierro esmaltada en blanco con aplicaciones niqueladas, patas fundidas o resacas.

Número	18.	19.	20.	21.	22.	23.
De	100	110	120	100	110	120
X	50	55	60	50	55	60
X	50	55	60	50	55	60
Patas	30 cms.	30	35	30	35	35
entrepaños	estriados...	estriados...	estriados...	estriados...	estriados...	estriados...
Ptas.	145	165	190	180	205	230



Modelos 34 y 35.
Vitrina, modelo muy elegante, con tres entrepaños y cajón independiente en cristal opal, para gases, algodones, etc., de 110 por 55 x 30 cm.
Mod. 34. — Con tres entrepaños estriados. Pesetas 225.
Mod. 35. — Con tres entrepaños de luna. Ptas. 235

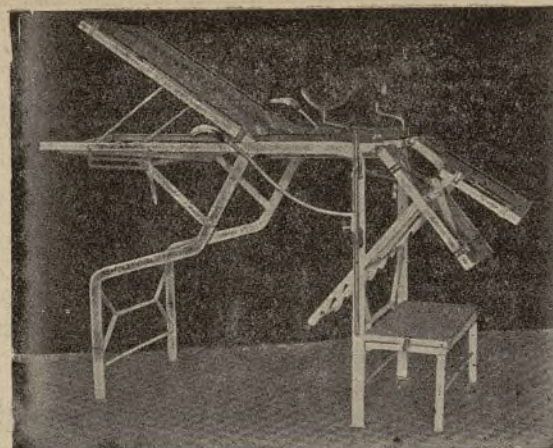
INDUSTRIA MÉDICA

Calle Raimundo F. Verde, número 1.
(Cuatro Camos)
Teléfono 99

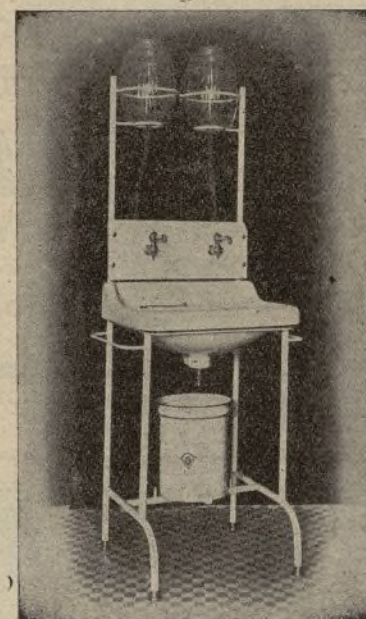
MADRID

FABRICACIÓN MOBILIARIO

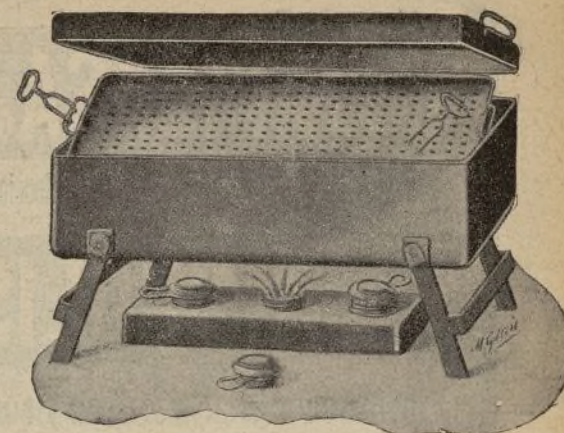
MEDICOS Y DENTÓLOGOS



Modelos 12 y 13.
12.—Mesa de operaciones EUREKA con planos de luna. Grueso del asiento 15 mm. con juego de horquillas y pedales. Lunas enteras. Pesetas 295.
13.—La misma, con lunas partidas. Pesetas 325.



Modelo 60.
Lavabo construido en tubo de hierro esmaltado en blanco con placa de porcelana, cubo, grifos giratorios a codo y dos barriles cristal de cinco litros. Pesetas 275.



Esterilizadoras para instrumentos.

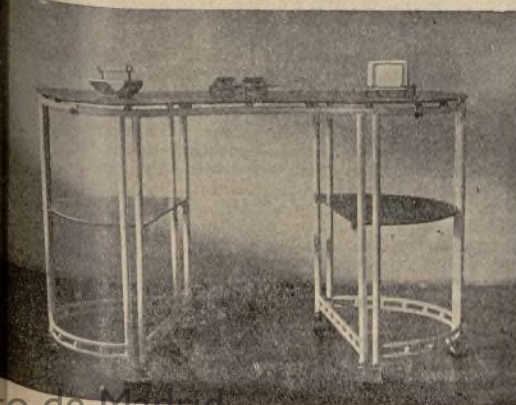
Número	117.	De	18	X	9	X	6	Pesetas	30
118.	De	22	X	10	X	6		36	
119.	De	27	X	11	X	8		42	
120.	De	40	X	14	X	8		63	
121.	De	45	X	14	X	8		69	

Facilidades
de
pago.



Modelo 100.
Mesita de niño, construida en tubo, esmaltada en blanco con almohadones de gutapercha del mismo color. Pesetas 150.

SOLICITEN
NUESTRO NUEVO
CATÁLOGO



Modelo 146.
Mesa despacho, forma ríñon esmaltada en blanco, aplicaciones niqueladas; plano superior y entrepaños de lunas opalizadas, en negro o blanco. Pesetas 350.



Modelo 49.
Silla para otorino fija, con cabezal articulado. Pesetas 95.



Modelo 104.
Sillón articulado, hasta la posición horizontal. Asiento de metal niquelado graduable de altura por medio de un husillo. El respaldo es también de metal niquelado como asimismo todos los accesorios. El pie es pintado al esmalte blanco, y se construye también con la base redonda.

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 Estafilocóccicas: **ACNÉ, FORUNCULOSIS, ANTRAX, etc.**

Solución coloidal
fagógena
polivalente.

MICOLISINA del D^r DOYEN

2 FORMAS:
MICOLISINA BEBIBLE
MICOLISINA INYECTABLE

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

SOLUCIÓN de FLUOROFORMA
ESTABILIZADO EN LOS
EXTRACTOS VEGETALES

GERMOSE

No Tóxico

SABOR
AGRADABLE

Tratamiento de la Tos - **COQUELUCHE** - Tos nerviosa

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

Venosina

Tratamiento específico completo de las **AFECCIONES VENOSAS**

LABORATOIRES LEBEAULT, 5, Rue Bourg-l'Abbé, PARIS

POR MENOR: PRINCIPALES FARMACIAS

Muestras y Literatura: G. SALINAS Y Cia. - 2 y 4 Calle Sagués-BARCELONA

Bactilose

OLIVER
RODES

PRODUCTO
DEL PAIS

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

INDICACIONES

Forunculosis. Septicemias
Antrax. Escarlatina. Gripe.

NO PRESENTA CONTRAINDICACIONES

USO: Casos agudos: Una cucharada grande, diluido en agua, cada dos horas.

Casos crónicos: de tres a cuatro cucharadas por día en las comidas.

DEPOSITO GENERAL

VENTA EN
FARMACIAS

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

CONSEJO CIENTO 308 - BARCELONA



¡CONTRA EL DOLOR!

nervioso, reumático, cefálea, neurálgico, regla dolorosa, dolor tabético, dentario nervioso, dolor canceroso, raquialgia meningítica y postanestésica, dolor postpartum 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 anelgésicas y antirreumáticas se logra obtener grandes resultados terapéuticos con una mínima cantidad de medicamento.



ESTREÑIMIENTO



COMBATE EL
ESTREÑIMIENTO
LA ENTERITIS Y
SUS CONSECUENCIAS
RESTABLECE LA
SENSIBILIDAD
DE LA MUCOSA
REEDUCA EL
INTESTINO

*1 a 3 Comprimidos
por día.*

MEDICAMENTO LAXANTE
IDEAL PARA NIÑOS,
ADULTOS Y ANCIANOS.

LABORATORIOS ANDRÉ PÂRIS
PARIS - FRANCE

Muestras: Alejandro Riera, Agente General
Napoles 166 BARCELONA

SREVILL



EN
AMPOLLAS
5
CENTI-
CUBOS

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



EN
AMPOLLAS
5
CENTI-
CUBOS

Agente Gen. para España: **FERNAND BEJAR**, 20, RUIZ PERELLO, MADRID (9)

Lipiodol

Radiológico

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

“ASCENDIENTE” Y “DESCENDIENTE”

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

Concesionarios Generales para la Exportación:
LECZINSKI & C^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, Escrófula, 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.

Depositaris para España

Huénér-Salinas y C^a, Barcelona Sagúés, 2 y 4, (S. G.)

— 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 FAUS.—VILLAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)

Ayuntamiento de Madrid

Productos Nacionales

Laboratorios Abello

Chas

OROSANIL

SANOCAL INTRAVENOSO

SANOCAL INTRAMUSCULAR

SANOCAL GRANULADO

OVULOS VAGINALES

SANOTION

LUMCALCIO

EXCLUSIVISTA

MADRID Vinaroz 5

HIJOS DE HONORIO RIESGO
Flor Alta 10

Uromil

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



ARTRITISMO

ARTERIOESCLEROSIS

CÁLCULOS

GOTA

URONIA

REUMA

LABORATORIOS VIÑAS - CLARIS, 71 - BARCELONA

PARA CLINICA O SANATORIO

En lugar adecuado, a cuatro kilómetros de Cibeles, con tranvía y autobús a la puerta, véndese hotel tres plantas (y ático apropiado para laboratorio). Edificio de construcción moderna en el centro de terreno cuadrado rodeado de jardín y huerta. Superficie total, 20.000 pies. Agua de Lozoya y pozo con motor de aire; calefacción central, gas, electricidad, alumbrado y uso doméstico; saneamiento perfecto a alcantarilla general. Garaje dos o tres coches. Pabellón de portería. Lavadero. Cobertizo para aves.

Libre de todo gravamen véndese contado o plazos garantía.

Peticiones e información: **APARTADO 822.**



DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD.—
TRIBUNALES: Para la plaza de médico titular inspector municipal de Sanidad de la agrupación constituida por el Ayuntamiento de Alar del Rey con San Quirce (Palencia) y Cuevas de Amaya (Burgos), así como la del Ayuntamiento de Carrión de los Condes (Palencia), la Dirección general ha tenido a bien disponer que los ejercicios de oposición para las citadas plazas se verifiquen ante un mismo Tribunal, el cual quedará constituido en la siguiente forma:

Presidente: D. Mauro Martín de Prado, inspector provincial de Sanidad.

Vocales: D. Constancio Payo Ruiz, médico bacteriólogo del Instituto provincial de Higiene; D. Florentino González Carrascal, subdelegado de Medicina de Baltanás; D. Juan Pérez Ortega y D. Gabino Sánchez Sánchez, médicos titulares inspectores municipales de Sanidad de Villaherreros y Prádanos de Ojeda, respectivamente.

Secretario: El que designen los Ayuntamientos interesados.

Quedando, por tanto, anulados los Tribunales designados en los anuncios publicados anteriormente.

—La de Rianjo (La Coruña), partido judicial de Padrón, por oposición, Tribunal especial, segunda categoría, vacante por defunción; dotación, 2.750 pesetas y 300 familias de Beneficencia; censo, 9.705 habitantes.

Tribunal: Presidente, D. Ramón Fernández Cid Rodríguez, inspector provincial de Sanidad.

Los vocales serán nombrados por el Ayuntamiento dentro del plazo de la convocatoria.

Secretario, D. Manuel Sanluis Calvelo, secretario del Ayuntamiento de Rianjo.

Los aspirantes deberán dirigir sus instancias, en papel de 8.ª clase, al señor alcalde presidente del Ayuntamiento de Rianzo, hasta el 11 de Febrero.

—Tribunal para la provisión en propiedad de la plaza de médico titular inspector municipal de Sanidad de Villajoyosa (Alicante):

Presidente, D. Emilio Ferragut Forqués, inspector provincial de Sanidad.

Vocales: D. José Viñes Ibarrola, médico del Instituto Provincial de Higiene; D. Manuel Pascual Urbán, subdelegado de Medicina de Elche; D. Cosme Bayona Verdí y don José Serra Arqués, médicos titulares inspectores municipales de Sanidad de Benidorín y Alcoleja, respectivamente.

Secretario, D. José Cazorla Sevilla, secretario del Ayuntamiento de Villajoyosa.

(Continúa en la página siguiente.)



AGUAS DE MARMOLEJO

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

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

2.ª temporada de 1.º de Septiembre a 15 de Noviembre.

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

Alquilanada la carretera que conduce a los manantiales.

Gran Hotel del Balneario. Todo confort.

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

SANATORIO PEÑA-CASTILLO

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.

ANTIASMÁTICO PODEROSO

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS ATAQUES 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, Disona 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.

✦ TRATAMIENTO EFICAZ ✦

REUMATISMO ESQUIZOFRENIA
YODOVISAL MANGAN-ARSENIO

Salicilato sosa. Cacodilato de manganeso.
YODURO potasa. Cacodilato de sosa.

Muestras y literatura:

D. FENOLLOSA
PAZ, 26 VALENCIA

Balneario de Carlos III

TRILLO Temporada de 1.º de julio
— a 15 de Septiembre.

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

Nervios. - Reuma. - Escrófula. - Piel.

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

Servicio directo desde Madrid en tres horas

Informes y folletos:

HOTEL LEONES DE ORO, Carmen, 30, Madrid.

Los aspirantes deberán abonar la cantidad de 25 pesetas, en concepto de derechos de oposición, según acuerdo municipal, en armonía con lo dispuesto en el art. 94 del Reglamento de empleados municipales de 23 de Agosto de 1924; debiendo notificarse esta circunstancia por el Ayuntamiento a aquellos aspirantes que con anterioridad al presente anuncio hubieren solicitado la plaza sin cumplimentar este requisito, a fin de que puedan hacerlo antes del comienzo de los correspondientes ejercicios, por no haber sido comunicada a este Centro (Dirección general de Sanidad) la circunstancia de referencia por el Ayuntamiento, al remitir el anuncio cuya publicación tuvo lugar en la *Gaceta de Madrid* de 22 de Diciembre de 1932.

—Las contestaciones al programa de oposiciones a las vacantes de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad se editan por *EL SIGLO MÉDICO*, y tendrá entregadas a sus suscriptores al final del mes presente cerca de 200 páginas. Son las únicas que están expresamente redactadas con tal fin.

—La de Reocín (Santander), partido judicial de Torre-lavega, por oposición, Tribunal especial, tercera categoría, vacante por renuncia, dotación de 2.200 pesetas y 100 familias de Beneficencia; censo, 3.358 habitantes.

Tribunal: Presidente, D. Gerardo Clavero del Campo, inspector provincial de Sanidad.

Los vocales serán nombrados por el Ayuntamiento dentro del plazo de la convocatoria.

Secretario, el del Ayuntamiento de Reocín, D. Saturnino Hoyos Ruiz.

Los aspirantes deberán dirigir sus instancias en papel de 8.ª clase al señor alcalde presidente del Ayuntamiento de Reocín, hasta el 8 de Febrero, abonando en concepto de derechos de oposición la cantidad de 30 pesetas.

—Las contestaciones al programa de oposiciones a las vacantes de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad se editan por *EL SIGLO MÉDICO*, y tendrá entregadas a sus suscriptores al final del mes presente cerca de 200 páginas. Son las únicas que están expresamente redactadas con tal fin.

Practicantes.

Santurce (Bilbao). 1.500 pesetas. 9 de Febrero.

Candamo (Oviedo). 750 pesetas. 3 de Febrero.

Baides (Guadalajara). 2 de Febrero.

Villaconejos (Madrid). 31 de Enero. 600 pesetas.

San Lorenzo del Escorial (Madrid). 31 de Enero. 1.000 pesetas.

Matronas.

Chamartín de la Rosa. Supernumeraria. 10 de Febrero.

Alcaudete (Jaén). 852 pesetas. 9 de Febrero.

Candamo (Oviedo). 750 pesetas. 3 de Febrero.

Villaconejos (Madrid). 31 de Enero. 600 pesetas.

Baeza (Jaén). 29 de Enero. 1.200 pesetas.

(Continúa en la página siguiente.)

DERMATOSIS INFANTILES

desaparecen rápidamente con

DEPURATIVO INFANTIL CABALLERO
de sabor agradabilísimo.

PASTA POROSA CABALLERO (Dermatosis rezumantes).

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

DR. VALDÉS LAMBEA

Lecciones sobre tuberculosis.

252 páginas. Precio: 15 pesetas

Van en este volumen las lecciones dadas por el doctor Valdés Lambea en el Curso de tuberculosis del Hospital Militar de Carabanchel, 1930. Es un libro indispensable a los especialistas en tuberculosis y que deben conocer todos los médicos, pues en él se exponen los conocimientos fundamentales de la Fimatology general y clínica.

Pedidos, remitiendo su importe, a la Administración de EL SIGLO MÉDICO o a REVISTA ESPAÑOLA DE TUBERCULOSIS, Almagro, 25. Madrid.

ALMORRANAS



Producto español a base Hamam-virg. Esculus hipocast, novocaína, anestésina, etc. Cura Hemorroides internas, externas, sangrantes y padecimientos del recto. **Tubo con cánula, 3,60 pesetas; correo, 4,10.**
De venta en farmacias.

— El Ayuntamiento de Valladolid anuncia a oposición dos plazas de profesoras en partos para atender los servicios del Instituto municipal de Maternología, dotadas con 2.000 pesetas. Instancias hasta el 4 de Febrero. El programa se encuentra en el Boletín Oficial de Valladolid, fecha 5 de Enero.

Estafeta de partidos.

Se advierte a los compañeros que piensen solicitar la titular de Salvatierra (Alava) que en dicha localidad hay dos médicos que tienen todo el igualatorio y que es segundo anuncio por haberse declarado desierto la primera vez. (2.170).

Se venden en 175 pesetas 17 tomos encuadernados y nuevos de la «Biblioteca de Terapéutica» de Gilbert y Carnot. Informará el inspector municipal de Sanidad de Mucientes (Valladolid).

Se vende, muy barata, una diatermia marca «Prieto». Dirigirse al Dr. Martín Clavería, Pizarro, 5, Zaragoza.

Médico sustituto se ofrece a compañero, Sociedad o pueblo donde no haya médico. Dirigirse a D. Manuel Martínez, médico, Santo Domingo de la Calzada (Logroño).

Médico inspector municipal de Sanidad se ofrece para sustituto o Sociedad. Dirigirse a D. Luis Vázquez Peña. Riego de Agua, 42, principal, La Coruña.

Se ofrece médico con mucha práctica para partido o sustitución.

Informará en Madrid doña Teresa Gómez. Calle de la Paloma, núm. 25, principal izquierda.

Correspondencia administrativa :

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

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

- D. Avelino Prieto.—Pagado fin Diciembre 1933.
- D. Juan José Sogo Rodríguez.—Id.
- Office International.—Id.
- D. José Gómez Calero.—Id.
- D. Mariano Piriz Sara.—Id.
- D. Ricardo Fuentes Pecellín.—Id.
- D. Francisco Fentanes Gutiérrez.—Id.
- Sr. Director de las Minas de Riotinto.—Idem.
- D. R. Romero Ojeda.—Id.
- D. Angel Díaz García.—Id.
- D. Antonio Becerra.—Id.
- D. Angel Díez Martín.—Id.
- D. Arturo Hernández Ricarte.—Id.
- D. Manuel Izquierdo.—Id.
- D. José Gonzalo Cortés.—Id.
- D. Luis Hebrero Ramiro.—Id.

(Continúa en la página siguiente.)

Acción derivativa, descongestiva y antiflogística se obtiene en todos los casos con el

INDICACIONES: PLEURESÍAS — NEUMONÍA — NEURITIS — CIÁTICA, ETC.
Muestras y literatura: Farmacia del DR. NADAL.—Rambla de Canaletas, 1.—BARCELONA

Veigatorio líquido del Dr. Masó Arumí

provincias francesas y de las colonias, vestidos todos ellos con arreglo al traje regional.

Este sello se vende en toda Francia y sus colonias, y el producto de su venta substituye con ventaja a lo que aquí se ha hecho con la Fiesta de la Flor, pues todos los franceses adquieren estos sellos para contribuir eficazmente a la lucha contra la tuberculosis.

JARABE ALMERA

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

Reglamento para las oposiciones a Cátedras universitarias.

Ministerio de Instrucción pública y Bellas Artes.

DECRETO

No constituye el procedimiento de provisión de Cátedras universitarias mediante el sistema de pruebas llamado oposición, un método que escape a la posibilidad de graves reparos y que responda a las ideas del Gobierno sobre la forma de ingresar en el Profesorado de las Universidades. La honda reforma que urge realizar en la vida universitaria española traerá consigo, probablemente, el reemplazo de tal procedimiento; pero la substitución inmediata y sin tránsito por otro sistema, sería error evidente. Esto sólo será posible después de realizada la obra de reorganización de la Universidad y de transformación de las costumbres docentes españolas. Mientras llega ese instante deberá establecerse por las Cortes constituyentes, como régimen transitorio, un sistema de oposición más racional que los usados hasta el día, que evite algunos de los males y que traiga a las Cátedras universitarias los estudiosos más capacitados para transformar nuestros Centros de enseñanza superior y nuestra cien-

mora en el proveer de alguna de las muchas Cátedras que están desatendidas en España, más sería perjudicial que beneficiosa para la enseñanza superior española. Pero como tampoco es prudente mantener en vigor los viejos sistemas la provisión de Cátedras universitarias, algunos de tan probada ineficacia y otros de más que probable inutilidad para la buena elección del Profesorado, el Gobierno considera conveniente estructurar un sistema provisional para saldar las urgencias del presente, asesorado del Consejo de Instrucción pública, que ha tenido a la vista el Estatuto autonómico de la Universidad de Madrid y se halla convencido de que es forzoso dar una cierta flexibilidad y matización a las pruebas de competencia de los futuros profesores, según la disciplina de que se trate en cada caso.

Pero todo cambio en el sistema de oposición sería inútil sin uno parejo en la textura de los Tribunales, y también, como régimen provisional y con iguales asesoramientos, ha planeado el Gobierno un nuevo sistema de formación de tales Jurados científicos, en que se procurará combinar el automatismo

TREPONEMOL SÍFILIS

con la libre elección de los más capacitados, el respeto al voto de las Universidades y Corporaciones científicas, con la discreta selección de algunos vocales por el Consejo de Instrucción pública, todo dentro de la más escrupulosa busca de las personas que por su competencia efectiva y no sólo oficial pueden elegir el catedrático más autorizado.

Por todo lo expuesto, el Gobierno provisional de la República, haciendo suyo el dictamen del Consejo de Instrucción pública, decreta el siguiente

Reglamento para las oposiciones a Cátedras universitarias.

Artículo 1.º Las oposiciones para la provisión de Cátedras de Universidad se verificarán en Madrid y se registrarán por el presente Reglamento.

Art. 2.º La convocatoria para las oposiciones expresará la denominación y clase de la vacante, o vacantes, la Universidad a que correspondan y las condiciones que se exijan para ser admitidos a los ejercicios.

Son condiciones necesarias:

- 1.ª Ser español.
- 2.ª No hallarse el aspirante incapacitado para ejercer cargos públicos.

Más de once mil médicos recetan y recomiendan este medicamento.

ELIXIR CALLOL

3.ª Haber cumplido veintitrés años de edad.

4.ª Tener el título que exija la legislación vigente para el desempeño de la vacante o el certificado de aprobación de los ejercicios correspondientes al mismo pero entendiéndose que el opositor

que obtuviere la plaza no podrá tomar posesión de ella sin la presentación del título académico referido.

Art. 3.º Las condiciones de admisión expirarán al terminar el plazo señalado para la convocatoria respectiva.

El plazo improrrogable de presentación de solicitudes en el Ministerio de Instrucción pública será el de dos meses, a contar desde la publicación del anuncio de la *Gaceta de Madrid*.

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

Art. 4.º Juzgarán las oposiciones a Cátedras universitarias Tribunales constituidos por cinco jueces, que serán:

1.º Un presidente, consejero o no, propuesto libremente por el Consejo de Instrucción pública de entre los especializados en esta disciplina que tengan efectiva autoridad científica.

2.º Un catedrático en propiedad de la misma asignatura, a propuesta unipersonal de la Facultad de la vacante.

3.º Un catedrático en propiedad de la misma asignatura, designado por mayoría de votos por los demás catedráticos de dicha asignatura.

4.º Un especialista en la misma disciplina (catedrático o no), designado por el Consejo entre las propuestas unipersonales de las Facultades o Secciones donde exista Cátedra igual a la vacante; y

5.º Un especialista en la misma disciplina (catedrático o no), designado por el Consejo entre las propuestas unipersonales que, a petición suya, formulen algunas de las Corporaciones siguientes, según la disciplina de que se trate: las Academias Nacionales, la Junta para Ampliación de Estudios, el Instituto de Estudios Catalanes, la Unión Federal de Estudiantes Hispanos, los Ateneos de Madrid y Barcelona, la Sociedad Española de Historia Natural, la de Física y Química, la de Matemáticas, la Geográfica,

"MALTOPOL"

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

cia. Acaso podría constituir el sistema de oposición que sirviera de tránsito entre el ayer y el mañana, y que pudiese contribuir, poderosamente a la reforma universitaria, una oposición dividida en dos momentos: uno que seleccionase un grupo reducido de candidatos a raíz de la vacante de una Cátedra, y otro que eligiera entre ellos el candidato deseable, después de que los seleccionados ampliarán sus estudios durante un plazo suficiente en las Universidades y en los Centros de investigación extranjeros más afamados en el cultivo de la disciplina respectiva, y después de que ejercieran, durante otro lapso prudencial, docencia efectiva en una Universidad.

Pero ni siquiera es ahora posible la práctica de tal procedimiento para la provisión de la numerosa serie de Cátedras vacantes, algunas desde hace largo tiempo, pues este método de oposición que imaginamos requiere el transcurso de muchos meses y aun de años, para el nombramiento del catedrático, y esa de-

fica, la de Antropología, la de Ginecología, la de Dermatología y Sifiliografía, la de Higiene, la de Arquitectos, la de Ingenieros civiles, la Academia de Jurisprudencia, la Médico Quirúrgica, la Sociedad Oftalmológica Hispanoamericana y aquellas otras que el Consejo estime conveniente consultar en cada caso.

Art. 5.º Simultáneamente y en la misma forma se designarán cuatro vocales suplentes.

Art. 6.º Si no existiesen a lo menos dos catedráticos de la misma asignatura para dar exacto cumplimiento al art. 4.º, se designarán, en lugar suyo, por igual procedimiento, los de asignaturas más análogas, dentro de la misma disciplina.

Si se convocasen a la vez dos o más Cátedras iguales, el Consejo de Instrucción pública designará vocal y suplente del Tribunal de oposiciones a los catedráticos de la misma asignatura que hubiesen obtenido mayor número de vo-

tos en la propuesta de las Facultades respectivas a que alude el número segundo del art. 4.º

Art. 7.º Las Facultades, Academias y demás entidades a quienes correspondan designar jueces, remitirán las propuestas al Consejo en el término de quince días, perdiendo todo derecho de no hacerlo en este plazo, en cuyo caso, el Consejo designará libremente.

Art. 8.º Las Facultades, Academias y demás entidades indicarán los méritos en que fundamentan sus propuestas para jueces.

Art. 9.º Dentro de los quince días siguientes a la publicación en la *Gaceta* de la lista del Tribunal de oposiciones, los jueces que por motivos justificados no puedan ejercer su cargo, enviarán sus renunciaciones al Ministerio de Instrucción pública.

Art. 10. Los presidentes de Tribunales a quienes comunicará el Ministerio

períodos de quince días, si así se acordara por el Tribunal, remitiéndolas al Ministerio de Instrucción pública y Bellas Artes para su tramitación reglamentaria.

Art. 12. El ministro de Instrucción pública hará insertar en la *Gaceta de Madrid* y en el *Boletín* del Ministerio los

CARABANA: el mejor purgante.

nombres de los jueces y suplentes designados, y después que termine el plazo de presentación de instancias de los aspirantes y el examen de los documentos presentados, publicará de igual manera la composición definitiva del Tribunal si hubiera sufrido modificación por efectos de renuncia y la lista de los opositores que habiendo cumplido los requisitos de la convocatoria sean admitidos a la oposición; dará orden al rector de la Universidad de Madrid para que facilite local en que hayan de celebrarse los ejercicios de oposición y remitirá al presidente del Tribunal las instancias, documentos y trabajos de los opositores. Estas instancias irán en relación numerada por orden de ingreso en el Ministerio.

Los aspirantes que resulten excluidos de la oposición a tenor de la lista indicada en el párrafo precedente, podrán formular las reclamaciones a que se consideren con derecho dentro de los diez días siguientes al de dicha publicación, elevándolas directamente al Ministerio, que las resolverá haciendo constar la decisión en el expediente y comunicán

la exposición escrita del concepto, método, fuentes y programas de la disciplina sobre que han de versar las dos primeras pruebas, con objeto de que aquellos materiales se encuentren a disposición de los jueces y de los opositores durante un plazo suficiente de tiempo.

Art. 14. Con anterioridad al día señalado para la presentación de los opositores y previa citación del presidente, se reunirá el Tribunal a fin de proceder a su constitución con la precisa asistencia del presidente y cuatro vocales, eligiéndose entre ellos el que ha de ejercer el cargo de secretario.

En la misma sesión, o en las sesiones que juzgue necesarias, procederá el Tribunal a discutir y planear los dos posteriores ejercicios de las oposiciones, cuya organización queda a su arbitrio, conforme a las flexibles normas que se señalan en el art. 23.

Reglamentado el sistema por el Tri-

Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.

Alcalá, 88. — Madrid.

bunal, se dará a conocer a los opositores diez días antes del comienzo de las oposiciones. Durante este plazo el Tribunal estudiará y permitirá a los opositores el examen de los trabajos sobre que han de versar los dos primeros ejercicios.

Art. 15. Así como para la constitución del Tribunal, será precisa la asistencia de cinco jueces para dar comienzo a los ejercicios.

Comenzada la oposición no se podrán nombrar nuevos jueces, y el que hubiere dejado de presenciar algún ejercicio cesará en sus funciones.

Una vez constituidos los Tribunales y comenzados los ejercicios, si ocurriesen bajas por enfermedad u otra causa podrán seguir actuando aquéllos hasta con tres jueces como mínimo.

Art. 16. Los presidentes de los Tribunales darán cuenta al Ministerio, en cada caso, de las vacantes de vocales que ocurran durante los ejercicios, expresando las causas que las hayan producido.

(Continuará.)

IMITA a la madera de sándalo, que embalsama el hacha que la hiere.—*Pro verbio indio.*

Fábrica especializada en Productos Dietéticos y de Régimen Vegetariano.

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

VARIAS NOTICIAS

NECROLOGÍAS

En Churriana ha fallecido D. Miguel García Sedeño, suscriptor a *EL SIGLO Médico* desde el año 1898.

Su activa y larga vida en el ejercicio profesional, unido a la bondad de su carácter le hizo granjearse la amistad de muchas personas que hoy lloran su muerte.

Nosotros enviamos nuestro más sentido pésame a sus familiares.

FIMONAL

Vías respiratorias.

la lista definitiva del Tribunal, las aceptaciones y renunciaciones de los demás jueces, están autorizados para cubrir, con los vocales suplentes respectivos, las vacantes que ocurran hasta que den comienzo los ejercicios; les corresponde, también, el nombramiento del personal auxiliar del Tribunal.

Caducará el nombramiento de los presidentes de Tribunales que no los constituyan en el plazo de tres meses, a contar desde la fecha en que, legalmente, puedan hacerlo, salvo los casos de fuerza mayor apreciados por el Ministerio. Caducado el nombramiento de presidente, el Consejo de Instrucción pública hará nuevo nombramiento.

Art. 11. Los jueces que residan en Madrid percibirán por sesión 25 pesetas. A los vocales que tengan su residencia en provincias les serán abonadas por sesión 35 pesetas, y además una indemnización por gastos de viajes igual al importe de éste en primera clase, para la venida y el regreso.

Se contarán como días de sesión, para los efectos de abono de dietas, los diez días que transcurran desde la presentación de los opositores hasta el comienzo de los ejercicios, y durante los cuales habrán de examinar los trabajos de los

IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico.
BALDACCI - PISA

opositores a los fines a que se refieren los artículos 14 y 19.

Estas dietas serán satisfechas con el importe de los derechos de examen que habrán de hacer efectivo los opositores antes de empezar el primer ejercicio, con arreglo a lo establecido en el Real decreto de 12 de Marzo de 1925, y con el crédito consignado en el presupuesto para esta clase de atenciones.

Los habilitados de los Tribunales de estas oposiciones, podrán formular las nóminas respectivas por devengo de dietas y gastos de viaje y de asistencia, en

ION-CALCINA

PALLARES

A base de Cloruro de Calcio.

FRASCO E INYECTABLES

dola al aspirante. Este podrá alzarse de tal acuerdo en términos de cinco días ante el ministro, quien resolverá previo informe del Consejo de Instrucción pública.

Art. 13. Los opositores admitidos por el Ministerio podrán recusar, en el término de diez días, contados desde la publicación de la lista de aquéllos, o desde la admisión acordada, si fuese posterior, y en instancia dirigida al ministro de Instrucción pública, a los jueces y suplentes que consideren incompatibles. Estas recusaciones, que han de ser fundadas en causas reconocidas por el Derecho común claramente comprobadas, serán resueltas por el ministro, oyendo al Consejo de Instrucción pública sin ulterior recurso, comunicándose el acuerdo a los interesados.

Transcurrido el plazo de las recusaciones, resueltas éstas en su caso y llegados los expedientes de los opositores a poder del presidente del Tribunal, éste anunciará en la *Gaceta de Madrid*, con quince días de anticipación, el sitio, día y hora en que han de presentarse los opositores, a fin de conocer el sistema acordado por el Tribunal en orden a la práctica de los dos últimos ejercicios y para entregar los trabajos científicos y

velvética y que se ha considerado como un desgaste del mismo. A la vista pierde el cartilago su brillo, y su color azulado se hiende perpendicularmente a la superficie y queda transformado en una serie de franjas irregulares, y en conjunto tiene un aspecto que se ha comparado con el del terciopelo. Estas franjas se destruyen poco a poco, y en los espacios que dejan al desprenderse aparece el hueso al descubierto. Microscópicamente consiste el proceso en que la substancia fundamental del cartilago se transforma en una cantidad enorme de fibras de dirección paralela a la superficie de aquél e implantadas en el hueso por sus dos extremos. En cuanto a las células cartilaginosas, las que se hallan cerca de la superficie se abren en éstas, y las profundas se disponen en filas perpendiculares a la superficie del hueso, como en los cartílagos seriados, y acaban por abrirse unas en otras y por fin en la misma superficie. De aquí la formación de las fisuras, y entre ellas esa gran serie de fibras implantadas en el hueso que dan la sensación del terciopelo. Además se encuentran en varios sitios lesiones nodulares que consisten en prominencias de dos a tres milímetros de diámetro de superficie normal, pero que en la profundidad están ocupadas por tejidos amorfos con células libres, rodeadas por su cápsulas.

Las lesiones que sufre el cartilago articular son diferentes en el centro y en la periferia, pues en ésta hay proliferaciones cuya consecuencia es la producción de endro-sis y, por último, de exóstosis, las cuales por su tamaño no solamente llegan a ser visibles en el examen de la articulación de la autopsia, sino que se ponen asimismo de manifiesto en la radiografía.

Las lesiones de los huesos suelen ser secundarias a las alteraciones de los cartílagos, pues son éstos los que proliferando en sus capas más profundas y abriéndose en la capa superficial del hueso las cápsulas como se abrían en el interior de la articulación, las que se hallan en la superficie contribuyen a crear una ligazón muy íntima, que se osificará más tarde, engendrando de este modo los osteofitos, que alcanzan en ocasiones tamaños enormes. En cuanto al

atroces; las contracciones bruscas, involuntarias y dolorosas afectan en la mayor parte de los casos a los flexores; en pocos de ellos a los extensores. Los dolores acaban por hacerse permanentes, y si no exclusivamente, sí predominantemente nocturnos, se modifican por los cambios higrométricos, y muchas veces los enfermos presienten estos cambios por la aparición de sus dolores. Al principio la deformidad desaparece en cuanto lo hacen estos espasmos; pero más tarde, en cuanto ha habido tres o cuatro de ellos, la citada deformidad se hace permanente. Es muy raro que estos síntomas se presenten en un solo lado, quedando el opuesto completamente libre; lo corriente es que ocurran en los dos lados a un tiempo. El período terminal se caracteriza por la aparición de trastornos tróficos y de fenómenos de caquexia progresiva.

Los trastornos tróficos se manifiestan en la piel, en el tejido subcutáneo y en los músculos más inmediatos a la articulación enferma. La piel se pone lisa y fría, parece que se adhiera a los huesos y da una sensación especial de lisura y de dureza, de modo que parece una esclerodermia. Desaparecen las secreciones sudoral y sebácea y se alteran todas las formas de la sensibilidad. Hay también trastornos térmicos. Los trastornos tróficos del dermis suelen tomar la forma de elefantiasis, y claro es que este trastorno se presenta sobre todo en los miembros inferiores; se trata de un edema consistente e indoloro que no se deprime a la presión del dedo. También se producen en la piel otras alteraciones tróficas, como las durezas, una descamación pitirriásica o escamosa, la existencia de manchas pigmentarias. Las uñas de los dedos de las manos y las de los pies se pueden hipertrofiar, encorvarse y fisurarse, llegando muchas veces a caer, y también es constante la caída del pelo. El más importante de los trastornos tróficos es la atrofia muscular, y no solamente por su frecuencia, sino porque muchas veces se generaliza a todos los músculos de los miembros y alcanza un grado tal que algunos autores han descrito una forma de reumatismo crónico amiotrófico. La nutrición de los enfermos se altera forzosamente al cabo de

algún tiempo a consecuencia de las deficiencias que forzadamente tienen que sufrir en cuanto a la higiene y en cuanto a la preparación de los alimentos. Muchas veces la terminación de estos enfermos es la anemia o la tuberculosis, si una enfermedad aguda no ha venido antes a poner fin a su tratamiento. Parece que se pueden sacar algunas conclusiones pronósticas del estudio de la fórmula hemática. Los casos en que domina la polinucleosis son de marcha más lenta o crónica; los que tienen un dominio de la mononucleosis son de marcha súbita.

Al cabo de algún tiempo de iniciados los fenómenos que hemos dicho en los dedos índice y medio de la mano, se extienden a las articulaciones de la muñeca y del codo para alcanzar más tarde a las de los dedos del pie. Es mucho más raro que el comienzo se haga por éstos, especialmente por el dedo primero o por una articulación grande. La evolución de la enfermedad es larga, suele durar de diez a veinticinco años y llega a poner al enfermo en un estado de incapacidad funcional que no le permite atender ni a sus necesidades más imperiosas. El conjunto de las deformidades resultan en un tipo de extensión y uno de flexión; pero para determinar a cuál de ellos pertenece un enfermo, no hay que fijarse en una sola articulación ni en un grupo de ellas, sino en la posición de la mano en conjunto. El pulgar se encuentra siempre mucho menos inmobilizado que los cuatro dedos restantes.

En el tipo de flexión, la tercera falange se encuentra flexionada sobre la segunda y ésta sobre la primera. Otras veces es solamente la segunda la que se encuentra flexionada sobre la primera, sin que lo esté la tercera sobre ella. La primera falange se encuentra en extensión sobre el metacarpiano. El carpo también se encuentra en flexión sobre los huesos del antebrazo. Algunas veces existe una desviación en masa de las falanges hacia el borde cubital de la mano. Tanto en un tipo como en otro puede tener el dedo la forma de una Z, a consecuencia de las desviaciones de los segmentos en sentidos contrarios. En cuanto al pulgar, lo más corriente es que la primera falange se encuentra en

flexión y algunas veces en extensión. También se observa en algunos casos la desviación lateral de este dedo. Por último, se ha descrito un tipo rectilíneo en el que las tres falanges se encuentran en línea recta y la primera en semiflexión sobre el metacarpiano. Todas ellas están también desviadas hacia el borde cubital. Algunas veces se encuentran los tipos diferentes en los distintos dedos de una misma mano.

En el pie es el dedo grueso el que se dirige hacia arriba y hacia afuera, cubriendo a los demás. El pie entero se encuentra unas veces varo y otras valgo, marchando el enfermo sobre uno de los bordes del mismo. La articulación tibiotarsiana se articula en seguida. Hay casi siempre flexión de la pierna sobre el mulo y de éste sobre la pelvis. En la rodilla, la extremidad inferior del fémur resulta prominente hacia adelante y adentro; la rótula y la cabeza del peroné lo son, por el contrario, hacia afuera; y como estos trastornos afectan a los dos lados, el enfermo se ve condenado a la cama. Si se afectan las vértebras cervicales, tiene el enfermo la cabeza en flexión, con la barbilla en contacto con el esternón, y cualquier intento de elevar la cabeza produce crujidos y dolores. Por último, no haciéndose completas estas deformidades y variando un poco de una a otra, pueden resultar las combinaciones más diversas.

En la poliartritis deformante se encuentran afectos todos los tejidos de la articulación, pero no se sabe con seguridad en cuál de ellos se inicia el proceso. Por parte de la sinovial, se encuentran las franjas hipertrofiadas y los vasos de las mismas, muy abundantes, de paredes muy gruesas y de luz sumamente estrecha. La consecuencia de estas alteraciones es muchas veces una deficiencia de riego que hace que se desprendan algunos fragmentos de dicha sinovial y que engendren cuerpos extraños articulares. Al mismo tiempo proliferan las células cartilaginosas que hay en la sinovial y acaban por cubrirse de sales calcáreas, con lo que se produce una osificación. En cuanto al cartilago, sufre una transformación que se conoce con el nombre de

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

TINTURA COCHEUX cura la **Gota, Reumatismo**
 Exito en los Hospitales desde 1848. — y el **Mal de Piedra.** —
 En todas las farmacias. — Al por mayor **TAVERNIER & AGUETTANT.** — LYON (Francia).

ANTIASMA POLVO FUMIGATORIO MENTOLADO
BENGALAI
 Eficaz, Agradable e inofensivo.
ASMA, ENFISEMA, CATARRO, CORIZA
 De Venta en todas las Farmacias. — MUESTRAS: RIERA S. C. BARCELONA, Ap. 229.
 A. FAGARD, Farmacéutico Preparador, 44, Rue d'Aguesseau, BOULOGNE-PARIS

D. Antonio Martínez.—Id. fin Diciembre 1932.
 D. Francisco Fernández y Sánchez.—Id. fin Diciembre 1933.
 D. Juan Vicents.—Id.
 D. Antonio Conesa.—Id.
 D. Enrique Tellería.—Id.
 D. Domingo Comas.—Id.
 D. José Mena Armentia.—Id.
 D. José Pérez-Pedroso.—Id.
 D. Segundo Arranz.—Id.
 D. Cándido Gorostidi.—Id.
 D. Tomás Ferrer.—Id.
 D. Ramón Buñuel.—Id.
 D. Antonio Alvarez Casares.—Id.
 D. Flaviano González.—Id. fin Diciembre 1932.
 D. Serafín Barros Novoa.—Id. fin Diciembre 1933.
 D. Teodomiro López.—Id.
 D. Blas Moreno y Moreno.—Id.
 D. Ramón Díaz Mora.—Id.
 D. Juan Flores Sánchez.—Id.
 D. Torcuato R. Cabello.—Id.
 D. Emiliano García Berceño.—Id.
 D. Pablo Oaballero.—Id.
 D. Manuel Rael Cros.—Id.
 D. Ildefonso Labayen.—Id.
 D. Alfredo Calzada.—Id.
 D. Mariano González.—Id.
 D. Luis Arango.—Id.
 D. Modesto Prieto.—Id. fin Marzo 1934.
 D. Patricio Casaseca.—Id. fin Diciembre 1933.
 D. José Ramón Sordo.—Id.
 D. José Martínez.—Id.
 D. Ernesto Plaza.—Id.
 D. Manuel Inclán Alvarez.—Id.
 D. José Gardí Moral.—Id.
 D. Alberto Irazábal.—Id.
 D. Vicente García Cid.—Id.
 D. Valentín Maté Prieto.—Id.
 D. Primitivo González.—Id. fin Abril 1933.
 D. Eustaquio Loroño.—Id. fin Diciembre 1933.
 D. Eladio Martínez.—Id.

D. José García Arista.—Id.
 D. Félix Martínez.—Id.
 D. Samuel Sánchez.—Id.
 D. José Montañó.—Id.
 D. Tomás R. del Campo.—Id.
 D. José Bernardo y Fernández.—Id.
 D. Gerardo Bas Cortés.—Id.
 D. Casimiro Labajos.—Id.
 D. Fernando Trneba.—Id.
 D. Carlos Gutiérrez.—Id.

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.
 Vende: Principales farmacias del mundo.

ANALISIS
 de orinas, esputos, leches, sangre, agnas, etc.
 Laboratorio del Dr. E. ORTEGA
 sucesor del Dr. Calderón
Carretas, 14, Madrid.
FUNDADO EN 1866

D. Pedro Tello Puértolas.—Id.
 D. Trinidad Martínez González.—Id.
 D. Celestino Rico Garrido.—Id.
 D. Manuel Boy Díaz.—Id.
 D. Benito Farifias.—Id. fin Diciembre 1934.
 D. Nazario Ramos.—Id. fin Diciembre 1933.
 D. José Rodríguez Iturralde.—Id.
 D. Mariano Escribano Alvarez.—Id.
 D. José Miguel García.—Id.
 D. Hilario García Arias.—Id.
 D. Nicolás Medina Pérez.—Id.
 D. Pedro Guzmán y Martín.—Id. fin Junio 1933.
 D. Emiliano Agudo Cuesta.—Id. fin Diciembre 1933.
 D. Adriano Gil González.—Id.
 D. Jesús Villalvilla.—Id.
 D. Eloy Parra y Parra.—Id.
 D. José Rodríguez Quintana.—Id.
 D. Vicente González.—Id.
 D. Francisco Sáinz de la Maza.—Id.
 D. Sidonio Salgado.—Id.
 D. Alfredo Terrón.—Id.
 D. Laurentino Vega.—Id.
 D. Emiliano del Pozo.—Id.
 D. Gerardo Pardal y Pardal.—Id.
 D. Diocleciano Gutiérrez y Martínez.—Idem.
 D. Celestino Rubiera.—Id.
 D. Adolfo Serrapio Suárez.—Id.
 D. Pablo Gutiérrez y Valentín.—Id.
 D. León Rodríguez.—Id.
 D. Ricardo Chagnacada.—Id.
 D. Manuel Sánchez Sarachaga.—Id.
 D. Miguel Vidarte Moreno.—Id.
 D. Miguel Pena Portas.—Id.
 D. Adolfo Arango Alvarez.—Id.
 D. Ramón Martín Molino.—Id.
 D. Manuel Vidaur.—Id.
 D. Francisco Apaolaza.—Id.
 D. Eladio Fernández Montero.—Id.
 D. Isidro J. López Sojas.—Id.
 D. José Maeifo Esquerda.—Id.
 D. Regino Medrano.—Id.
 D. Modesto Martín.—Id.
 D. Jesús Viejo Julián.—Id.
 D. Zacarías Velázquez.—Id.
 D. Fermín Bragado Ramos.—Id.
 D. Antonio Niño González.—Id.
 D. José de Juana.—Id.
 D. Angel Caro.—Id.
 D. Antonio Viñal y Galán.—Id.
 D. Ricardo Beltrí Cid.—Id.
 D. Pablo Díez.—Id.
 D. Francisco Romero Pérez.—Id.
 D. Manuel Algorta y Nieto.—Id.
 D. Manuel González Pérez.—Id.
 D. Rafael Galán Bel.—Id.
 D. Miguel Martín Sayagüés.—Id.
 D. Eduardo López del Rey.—Id.
 D. Adolfo Villarreal Argüelles.—Id.

(Continuará)

Hemioterapia
P. Villa 3

CALCOLÉOL

ACEITE de HIGADO de BACALAO

(COMPROBADO BIOLÓGICAMENTE)

CONCENTRADO Y

SOLIDIFICADO

VITAMINAS A.B.D.

SALES de HIERRO y de CALCIO

GRAGEAS
INALTERABLES
SIN OLOR
Y EN
GRANULADOS



POSÓLOGIA

Adultos: de 6 à 10 grageas
ò 3 à 5 cucharadas de las de café
de granulados

Niños: Mitad de estas dosis
(en tres veces en las comidas)

INDICACIONES

RAQUITISMO

TRASTORNOS del CRECIMIENTO

ESPASMOFILIA DESMINERALIZACION

GASTRO-ENTERITIS

AVITAMINOSIS

CALCOLÉOL

Laboratorios de los "Produits Scientia" D^e E. Perraudin¹ F^o del^a Clase. 21, rue Chaptal. Paris. 9^e

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

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

PROGRAMA CIENTIFICO:

Lema: Progressi sumus, progredimur, progrediemur.

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

SUMARIO: Sección científica: ¿Existe la psicosis maniácodepresiva?, por Alvarez Nouvilas.—Estado actual de nuestros conocimientos sobre la neurona (I), por Victor Moe.—El diagnóstico biológico de la esquizofrenia (continuación), por el Dr. Puyuelo Salinas.—Sesiones clínicas.—Bibliografía.—Periódicos médicos.

¿Existe la psicosis maniácodepresiva?

POR

PEDRO A. NOUVILAS

De la Clínica Militar de Ciempozuelos.

Años de gran desorientación vamos corriendo en lo que a la Psiquiatría se refiere, aunque poco a poco parecen volver las aguas a su cauce. Con aparente respeto a las doctrinas de Kraepelin, se lanzan teorías que las socavan en sus puntos básicos, tarea difícil, si no imposible, puesto que Kraepelin mismo se adelantaba, conociendo como nadie las partes débiles del edificio creado genialmente por él, recogiendo las objeciones que con fundamento se hacían, hasta el punto que poco nuevo hay hoy mismo que él no discutiera en la última edición de su obra que publicara. Así, por ejemplo, acepta el estudio polidimensional de las psicosis (que parece haber dado de sí todo lo que podía) y todavía en el año 1920 apunta la sospecha, dada la frecuencia en la imposibilidad de distinguir la psicosis maniácodepresiva de la esquizofrenia, de que su punto de vista en lo que a la separación de ambas psicosis respecta sea falso (1). Lejos, pues, de ir contra la concepción del maestro, la revisión de los límites y aun de la misma existencia de los dos grandes grupos de psicosis endógenas, se impone a la luz de la observación clínica, sin perjuicio de acatar lo que es esencial en su psiquiatría, la realidad de los síndromes basados en la semejanza, no de la forma externa, sino de los elementos fundamentales.

Kurt Schneider, en su documentado artículo reciente, «Delimitación y rareza de la llamada psicosis maniácodepresiva» (*Muench. med. Woch.*, 1932, núm. 39) y en su notabilísima obra «Probleme der klinischen Psychiatrie», plantea en términos precisos la realidad o no de este síndrome, hasta el punto que anima a insistir sobre ello a quienes dudamos hace tiempo

de su concepción, tal como ha venido siendo expuesta.

Si el cuadro clínico ofrece en ocasiones muchos puntos de contacto en ambas psicosis endógenas, hasta ahora se ha pretendido hallar la principal diferencia en el curso y el juicio pronóstico, y aquí ha surgido la principal dificultad, puesto que constituye la mayor preocupación psiquiátrica de nuestros tiempos, soslayándose la cuestión con dos soluciones alternativas, ambas poco satisfactorias, con la adopción de las psicosis mixtas, teoría excesivamente simplista, o con la de las psicosis degenerativas, grupo que vuelve a abrirse camino después de grandes vicisitudes desde la época de Morel y cuya idea no puede desecharse en absoluto, aunque muy modificada y sin el sentido progresivamente fatalista que poseyó. En el prólogo de la obra de Mauz, de tanta aceptación, «El pronóstico de las psicosis endógenas», dice Kretschmer que en la práctica se veía «cómo una manía o una depresión llegaban a ser crónicas y al final casi no podía diferenciarse de las esquizofrenias antiguas; cuán frecuentemente se curaban fases catatónicas o reaparecían periódicamente sin una destrucción profunda de la personalidad». Todo clínico estará conforme con la observación del profesor de Marburgo, y algo parecido repite Mauz insistiendo sobre los errores pronósticos en las psicosis circulares de los maníacos, si bien lo relaciona, conforme a sus ideas, con las constituciones asténica o leptosomática.

No es, pues, caprichoso si se admite la locura maniácodepresiva, no como entidad nosológica, ni aun como síndrome independiente, sino reduciéndola a un cuadro sintomático de manía o depresión que se presenta en diferentes circunstancias o acompaña a otros síndromes. Lo más próximo a la psicosis maniácodepresiva de Kraepelin quedará la ciclotimia que describe K. Schneider, quien fija su atención sobre la rareza en su presentación; aun a mi modo de ver es más extraordinaria de lo que él admite (si bien el mayor número de sus casos son de melancolía de

(1) Citado por Kurt Schneider en su obra.

involución), por lo menos en España; de existir, es de manera completamente excepcional, de modo tal que los diagnósticos establecidos hasta ahora no nos pueden servir para un estudio comparativo; verdad que Kretschmer (*Geniale Menschen*) hace notar que en España casi no existe este síndrome; ignoro en qué datos se apoya para expresar verdad tan grande. Con la mayor probabilidad no se trata más que de reacciones psicógenas exageradas a base de una constitución psicopática. Por mi parte no he visto un caso que no se preste a discusión.

Otros cuadros son los que han nutrido hasta hoy este diagnóstico, alguno de ellos con individualidad propia: tal la melancolía de involución, que para mí posee méritos suficientes para una delimitación completamente independiente de la psicosis maníacodepresiva y en la cual no alternan fases de agitación, como no pertenezcan ya a la verdadera demencia senil o presenil; el propio Kraepelin al principio le concedió independencia nosológica. Probablemente la melancolía de involución no es síndrome a base constitucional y los elementos de este carácter no obrarían más que matizando la sintomatología, como ocurre en todo fenómeno mental complejo; sin olvidar la influencia que en su presentación entrañan los motivos psicógenos (fracasos sociales, complicaciones familiares, necesidad de renunciar a las ilusiones más caras, etcétera), quizá habrá que escudriñar las causas en procesos de hetero y autointoxicación, especialmente lesiones cardiovasculares y renales; acaso también en una regresión, que luego se compensa, de determinados órganos endocrinos.

Pero no cabe duda que la mayor parte de casos atribuidos a ella son sencillamente de esquizofrenia, como lo prueba, por una parte, el curso ulterior, cuando es posible seguirlo durante largo tiempo (numerosos casos terminan en plena demencia idéntica a la esquizofrénica, cuando en épocas anteriores habían sufrido otra u otras reclusiones bajo la etiqueta de psicosis maníacodepresiva); por otra parte, la carencia de signos diferenciales seguros entre uno y otro síndrome, pues la mayoría de los admitidos son de mera interpretación subjetiva; el único objetivo, el curso, ya hemos visto lo aleatorio de su prefijación, y a mayor abundamiento, en buena patología general, la duración no es signo de gran valor en enfermedades cuya anatomía patológica nos es desconocida. Que estas ideas no son descaminadas lo prueba que conforme se extiende en nuestros manicomios el concepto de esquizofrenia se reduce grandemente el número de la psicosis maníacodepresiva.

Otra porción no despreciable la constituyen cuadros que entran plenamente dentro del grupo de las neurosis de reacción: unos cuya regresión se hará esperar en tanto no se resuelva o compense la situación que los motiva; otros, en cambio, serán más asequibles a la terapéutica. En este grupo creo deben incluirse no pocos casos de neurosis traumática, de prisión y de guerra, los últimos muy instructivos, pues lo mismo pueden ofrecer formas de agitación

maníaca, que un estupor profundo o una aparente melancolía, y hasta alternar en el mismo enfermo.

Que puede ser difícil el diagnóstico diferencial en un momento dado con cuadros tóxicos, muy frecuentemente alcohólicos, o episodios en psicópatas y débiles mentales, es demasiado admitido para insistir sobre ello; K. Schneider no observa relación ninguna de todos éstos con la ciclotimia. También habría que admitir algún síndrome episódico en los epilépticos, más fácil de ordinario en su distinción. Sobre las psicosis degenerativas ya he dicho algo y actualmente insisten sobre ellas la mayor parte de los autores.

Sin embargo, la concepción actual de la psicosis maníacodepresiva ha de durar no poco tiempo; alrededor de ella se han creado demasiados intereses científicos personales para que cedan fácilmente; no en balde la Psiquiatría, durante gran parte del siglo, viene girando sobre el diagnóstico diferencial entre ambos grupos de psicosis endógenas, y se ha pretendido crear una franca oposición entre ellas; sólo la realidad clínica ha obligado a suponer las psicosis mixtas; gran parte de lo publicado recientemente es acerca de este pretendido diagnóstico diferencial, incluyendo las investigaciones de anatomía patológica y laboratorios clínico y experimental. Al desaparecer la psicosis maníacodepresiva hay que revisar muchas teorías patogénicas y caerían por su base los trabajos estadísticos surgiendo grandes dificultades, no nuevas después de todo, al interpretar las historias archivadas. Y a eso se han de resistir muchos autores. También tomaría cuerpo, con mayor justicia, un temor—que ya sintió Kraepelin al crear su grupo de la demencia precoz—: la excesiva extensión que toma éste de día en día; pero es un problema distinto; día llegará, a su vez, en que pueda delimitarse y clasificarse. Otro problema consiste en la indubitable existencia de las formas circulares en la esquizofrenia y las remisiones completas, no muy dilucidado todavía; pero quede para ocasión más oportuna tratar de ello.

Rápidamente pasarían de moda tantos trabajos aparecidos sobre las ideas constitucionalistas de Kretschmer, que tal número de valedores tienen; éstas se precisarán, evolucionarán, como ya van evolucionando por su misma escuela, y quedará lo justo, el establecimiento de biotipos tan agudamente observados por dicho autor, que servirán de base para los diversos tipos temperamentales, y la gran influencia de éstos sobre todo síndrome mental, pero huyendo de extender las variaciones normales al terreno de lo patológico. Para Ewald, Boestrem, K. Schneider y otros, el temperamento esquizofrénico es el no ciclotímico, esto es, «el no psicopatológico»; las psicosis ciclotímicas se desarrollarían en la personalidad sintónica de Bleuler (sería la no psicopática), mientras la clásica esquizofrenia en la personalidad distónica de Boestrem (psicopática). De ahí una explicación a la teoría del pronóstico de Mauz, pronóstico agravado siempre por los elementos esquizoides anteriores, puesto que toda psicosis a base de un temperamento psicopático se desarrollaría con peor curso naturalmente.

Además, sigue siendo valedera la primera objeción que se hizo a la teoría de los biotipos, esto es, que la llamada constitución pícnica, en gran parte, es adquirida con la edad y, por tanto, excepcional en la época en que con más frecuencia se presenta la demencia precoz, o sea en la pubertad, y, por consiguiente, se trata más bien de una coincidencia. En la misma obra de Mauz su «psicosis circular» (la más próxima a la clásica psicosis maníacodepresiva) es sumamente reducida en casos clínicos; casi todos los maníacos hacen pensar en la esquizofrenia, y los numerosos enfermos que cita habiendo padecido un solo acceso de depresión en la vida, parecen claramente afectos de melancolía de involución (todos entre los cuarenta y cinco y cincuenta y cinco años).

Ampliando las ideas de Jung se ha pretendido dar un valor decisivo a la oposición «introversión-extraversión», sirviendo de base a una clara diferenciación clínica. En la práctica quizá se sobrevalora la introversión confundiendo con el autismo (propiedades muy distintas); y como lanza la sospecha el propio Rorschach en su «Psicodiagnóstico», obra de incalculables sugerencias en su texto, la intratensión, que llama él, y la extraversión acaso sean cualidades, más que constitucionales, adquiridas durante la vida; así se observa que al correr de los años tendemos todos a la intratensión, más o menos pronto según las vivencias, no dependiendo del genotipo; probablemente lo inverso no se da, el predominio ulterior de la extraversión, sino en el terreno morboso y excepcionalmente.

En resumen: en la clínica es muy dudosa la observación de la psicosis maníacodepresiva como entidad nosológica o síndrome individualizado; los cuadros maníacos y melancólicos no son más que sintomáticos. La mayor parte de los enfermos que reciben ese diagnóstico son esquizofrénicos, como suele comprobar el curso, en los cuales ejerce un predominio la escala diatésica sobre la psicoestésica, en el sentido de Kretschmer. También comprende numerosos casos de neurosis reaccionales, cuadros tóxicos y episodios agudos en psicópatas y degenerados. De ella merece perdurar, como entidad clínica con suficientes caracteres propios, la melancolía de involución, con origen, sintomatología, curso y terminación peculiares.

Enero 1933.

Estado actual de nuestros conocimientos sobre la neurona

POR EL

DR. VICTOR MOET

I

La lectura de un interesante y completísimo trabajo publicado en el pasado mes de Octubre en la veterana revista francesa *Gazette des Hôpitaux*, dedicado al estudio del elemento nervioso primordial, nos ha sugerido la idea del interés que pudiera tener el redactar en castellano una revista de conjunto dedicada a estas cuestiones, en la que sobre el mismo cañamazo de Trelles, autor del trabajo en cuestión, expusiéramos lo más metódicamente que nos fuera dable todo lo que hemos podido estudiar sobre ella en estos últimos tiempos.

Conócese actualmente con el nombre de neurona el complejo integrado por la célula nerviosa, sus dendritas y el axon. Constituye el elemento fundamental del sistema nervioso, habiendo sido demostradas sus unidades anatómica y embriológica por Hiss y Waldeyer, respec-

tivamente, y la unidad fisiológica por nuestro Cajal, y posteriormente por Van Gehuchten.

Las células y las fibras nerviosas han sido descubiertas por Remak en 1833, si bien habían sido ya entrevistadas y mencionadas de un modo incompleto y vago en los trabajos efectuados por Valentín dos años antes.

Hacia mediados del pasado siglo, Stilling descubrió el método de los cortes microscópicos por congelación e inclusión en gelatina y las coloraciones por el carmín y la hematoxilina. En esta época se desarrollan ampliamente los trabajos trascendentales de Remak, Flemming, Deiters, Kolliker, Ramvier, etc.

Deiters, en sus trabajos ha efectuado claramente la diferenciación entre las prolongaciones dendríticas o protoplasmáticas y el cilindroeje, axon o prolongación de Deiters. Entre todas estas prolongaciones descíbese igualmente por entonces una substancia amorfa que sirve de cimientos, donde se pierden estas prolongaciones celulares y que es donde ocurren los fenómenos nerviosos verdaderamente importantes.

En el año 1870 Gerlach utiliza un método de impregnación por el cloruro de oro, y mediante él muestra que la masa nerviosa intermediaria aparece como integrada por una red muy fina de prolongaciones ricamente anastomosadas. Sobre esta base edifica Gerlach su teoría del «retículo difuso», según la cual los axones celulares son motores y no se anastomosan nunca, mientras que las dendritas forman un retículo difuso comparable a los plexos capilares, de donde parten las fibras sensitivas. Gerlach dice, por ejemplo, que en la medula espinal las fibras motoras nacen de las células de las astas anteriores y las sensitivas del retículo de las astas posteriores.

Avance de sumario para el número próximo

(28 de Enero de 1933)

JOSÉ MARÍA DE VILLAYERDE.—Consideraciones sobre la patogenia y la terapéutica del ataque de apoplejía.

VICTOR MOET.—Estado actual de nuestros conocimientos sobre la neurona (II).

DR. PUJUELO SALINAS.—El diagnóstico biológico de la esquizofrenia. (Continuación.)

Bibliografía.

Prensa extractada.

Tres años más tarde, Golgi descubre el método que tradicionalmente lleva su nombre, y que, como nadie ignora, consiste en el fondo en la impregnación por el nitrato de plata de los cortes coloreados, lo cual permite colorear claramente en negro sobre un fondo amarillo de paja algunas células solamente, pero estas células quedan coloreadas íntegramente hasta en sus más ínfimos detalles, efectuando una verdadera disección histológica. Gracias a este método ha podido edificarse la mayor parte de la histología del sistema nervioso y rectificar las conclusiones erróneas de Gerlach. Con sus métodos de coloración ha demostrado Golgi: 1.º Que el retículo de Gerlach no existe, y, por lo tanto, que las dendritas terminan libremente, no anastomosándose nunca. 2.º Imbuído, sin embargo, demasiado por las ideas corrientes en la época, ha descrito otro retículo, que denominó intercilindroaxil. De esta manera existen dos clases de células: una motrices con un largo axón, dando algunas veces colaterales, pero no anastomosándose nunca (células de Golgi tipo 1); otras con un axón corto que termina por un penacho de arborizaciones anastomosadas formando un retículo difuso denominado de Golgi, de donde parten los axones sensitivos. 3.º Únicamente los axones, sean largos o cortos, tienen una función nerviosa, quedando reducidas las dendritas a un papel de nutrición celular.

Entre los años de 1875 y 1885, Cajal, empleando el método de Golgi, efectúa una serie de notables trabajos de investigación, de los que se deduce el hecho trascendentalísimo de que no existe ningún retículo, que todas las prolongaciones terminan libremente, sin tener en absoluto más que relaciones de contigüidad. Con estos fundamentales descubrimientos, nuestro nunca bastante elogiado compatriota permitió años más tarde a Waldeyer la edificación de su magistral teoría sobre la neurona.

Los trabajos de Ehrlich efectuados en el año 1886 por medio de la coloración vital con el azul de metileno, vinieron a comprobar debidamente los descubrimientos del maestro Cajal.

Nills, empleando su método de coloración con los azules básicos de anilina, perfeccionó notablemente los conocimientos sobre la estructura del protoplasma de la célula nerviosa.

En la última década del pasado siglo multiplicáanse los nuevos métodos de coloración y con ellos los progresos en esta rama de la Histología. Aparecen las técnicas de Beth*, del azul de metileno fijado por el molibdato de amonio; de Cajal y Bielschowsky, de la plata reducida, y los de Apathy y Dogiel, que muestran en el interior mismo de la neurona la existencia de neurofibrillas, formando un retículo intracelular. En estas condiciones ábrese de nuevo la discusión sobre la neurona, presentándose rejuvenecida la vieja teoría de Gerlach, gracias principalmente a los trabajos de Bethe y Apathy.

En los comienzos del presente siglo efectúase una minuciosa crítica sobre los conocimientos existentes sobre la neurona, emitiéndose en el orden histológico los argumentos de la existencia de un retículo pericelular e intracelular en los animales inferiores, según pudo descubrir Apathy; desde el punto de vista embriológico, la llamada teoría catenaria de Neurole y Durante, y en el sentido fisiológico, las experiencias de Bethe y Steinach.

En estos últimos tiempos son dignos de mencionarse en esta nota informativa: el estudio de la neurona en vivo, efectuado principalmente por Mott, Marinesco y Harrison; las experiencias histopatológicas efectuadas durante la guerra por Nageotte y Lhermitte, y en último

término, los cultivos de tejido nervioso, que han permitido a Harrison demostrar de un modo concluyente y definitivo la unidad de la neurona.

Citaremos, en último término, la importancia fisiológica que en estos últimos tiempos ha adquirido el tejido de sostén, en el que tanto han trabajado nuestro compatriota Río Hortega, Sherrington y Langley. También son dignas de recordación las admirables investigaciones de Lucas y D'Adrian sobre la fibra nerviosa y la seductora teoría sobre la cronaxia.

FILOGÉNESIS

El sistema nervioso es un aparato de perfeccionamiento orgánico, pero no imprescindible para la vida, como puede verse no sólo en los protozoarios, sino también en los embriones de animales muy elevados y hasta del hombre. La excitabilidad y la conductibilidad son las funciones fundamentales del sistema nervioso, pero son igualmente los caracteres básicos del protoplasma, ya que se observa en los protistas en los que no existe ni el más ligero fundamento de sistema nervioso. Cajal describe bastantes fases en la evolución filogénica del sistema nervioso.

Primera época, o fase de excitabilidad.—En esta etapa, en la que se encuentran los espongiarios, no existe ninguna traza de sistema nervioso, y, sin embargo, estos seres presentan funciones motoras, de lo que parece deducirse que el sistema nervioso aparece con posterioridad al sistema muscular. Entre el receptor epitelial y el realizador muscular no se interpone ninguna clase de tejido, no estando la respuesta más que parcialmente adaptada, y no existiendo, por lo tanto, más que una vaga traza de integración.

Segunda época, o fase de aparición del receptor especializado.—En un estadio superior del desenvolvimiento al que pertenecen las anémonas y los corales, ciertas células epiteliales se diferencian y transforman en células receptoras especializadas (rudimento de células sensoriales) que conducen la excitación por sus prolongaciones profundas a los elementos contráctiles subyacentes y a los segmentos vecinos. Aquí aparece una traza de arco reflejo simple con sus elementos receptores y realizadores reunidos al músculo por sinapsis.

Tercera época, o de aparición de arco reflejo caracterizado por la presencia de una célula nerviosa interpuesta entre el receptor sensitivo y el tejido contráctil.—De este modo las respuestas a los estímulos están mejor adaptadas y coordinadas. El elemento nervioso interpuesto es un «ajustador» o un «conector». El sistema nervioso aparece en estas condiciones como un verdadero sistema de integración.

Cuarta época, o de aparición de los reflejos intersegmentarios. La mayor elevación en la escala impone, como es lógico, una mayor complicación orgánica con sus diferentes metámeras, imponiéndose la necesidad de regular las reacciones a los diferentes segmentos, apareciendo entonces un aparato nervioso de enlace que ha recibido el nombre de neurona de asociación, la cual une el receptor y el realizador de una metámera con los segmentos sub y suprayacentes.

Quinta época, o de la aparición de neuronas suprasegmentarias.—La adaptación biológica hace que en los animales más elevados aparezca una neurona superior de regulación, coordinación e integración completa, la cual está localizada en el ganglio cerebroide, concentrando en sí la actividad asociativa, refleja y psíquica. Trátase de

la neurona psicomotora de Cajal que controla el funcionamiento de todas las demás.

HISTOGÉNESIS DE LA NEURONA

En los primeros días de la vida embrionaria prodúcese una depresión dorsal del ectodermo que ahonda en gotiera y que posteriormente se cierra formando el tubo nervioso. En esta época está tapizado únicamente de un epitelio prismático simple que ha de sufrir modificaciones, alargándose y presentándose una tendencia a la estratificación y diferenciación en cada polo celular de una cutícula, de las cuales una es la limitante externa y otra la limitante interna. En un estadio más avanzado denominado por Hiss «neuroesponja», ciertas células del epitelio se diferencian haciéndose más grandes, más claras y con los núcleos en crecimiento; trátase entonces de las células germinativas. Las otras células se alargan, estirándose y formando los espongioplasmas de primera generación. En el curso del desarrollo los espongioplasmas forman el epéndimo, y según Schaeffer dan lugar igualmente a la neuroglia.

En cuanto a las células germinativas, dan lugar a los neuroblastos y a los espongioblastos de segunda generación. Estos elementos se liberan poco a poco y dan lugar: 1.º, a los astroblastos, que a su vez producen la neuroglia astrocitaria o macroglia, y 2.º, a otros elementos que emigran y que dan lugar más tarde a la oligodendroglia o microglia.

Para Río Hortega, la microglia no tiene un origen ectodérmico y forma parte del tejido reticuloendotelial, que al parecer tiene un origen mesodérmico y que proviene de poliblastos emigrados de la trama vasculoconjuntiva.

Los neuroblastos son los elementos que dan lugar a las neuronas. Trátase de células redondeadas que bien pronto presentan ángulos, aumentan de volumen y se proveen de puntas. Una entre éstas se destaca claramente, dando lugar a lo que ha recibido el nombre de cono de crecimiento de Kupffer, que se alarga rápidamente. Hasta este momento no aparecen las dendritas. La célula crece, cambia de forma, las neurofibrillas se destacan pronto, no apareciendo los cuerpos de Nissl hasta el curso del tercer mes.

Por último, el axon y las dendritas caminando paraarticulares con otras determinadas neuronas. Siguiendo la llamada ley de Flechsig, sólo más adelante es cuando se recubre de mielina. Las leyes a que obedecen las células nerviosas en sus emigraciones y en el camino que han de seguir sus prolongaciones, son aún mal conocidas. El maestro Cajal ha emitido en este sentido su hipótesis de la neurobiotaxis, plena de sugerencias, por cuyo camino han seguido la mayoría de los investigadores modernos, mereciendo destacarse entre ellos Kappers.

HISTOLOGÍA DE LA NEURONA

La forma y dimensiones de la célula nerviosa varían extraordinariamente. Su estructura, sin embargo, es muy constante. Sus caracteres varían notablemente, según sea estudiada en vivo o muerta, lo que quiere decir fijada.

La célula nerviosa fijada está claramente delimitada por una condensación del protoplasma. La membrana marginal de ésta encierra un núcleo grande provisto de un nucleolo perfectamente claro y distinto. Con la ayuda de técnicas histológicas especiales pónense de manifiesto diversos enclavamientos y figuras protoplasmáticas: mi-

tocondrias, lipoides, pigmentos e inclusiones de una substancia cromófila y neurofibrillas.

Del cuerpo de la célula parten prolongaciones y las dendritas y los axones, los cuales forman las fibras nerviosas que estudiaremos más adelante de un modo particular.

El citoplasma es más o menos abundante, según las células, y presenta en las preparaciones teñidas por el método de Nissl una parte muy coloreada, que es lo que ha recibido el nombre de corpúsculos de Nissl, y una parte no coloreada, que es lo que ha recibido el nombre de protoplasma hialino. Según la edad mayor o menor de la célula, así se observa igualmente una porción mayor o menor de pigmento. Por último, en las regiones más claras del protoplasma se observa un aparato reticular que ha sido descrito por algunos autores con el nombre de «trofoesponja».

Los cuerpos de Nissl forman la substancia cromófila, cuyo origen y forma son muy variables, según el tipo de células y la región, pero muy constantes para cada tipo determinado. Se dispone unas veces en bastoncillos, otras en corpúsculos más o menos redondeados u ovulares dispuestos alrededor del núcleo, o más generalmente periféricos, visibles sobre la dendritas y jamás en el axon, de tal modo que sirve para distinguir este elemento de su nacimiento. Tienen estos elementos una importancia fundamental, principalmente en la histopatología.

El pigmento es constante y aumenta, como decimos, con la edad de la célula. Se presenta bajo dos aspectos: lipopigmento, o grasa pigmentada de un color verde o amarillo, que se presenta bajo el aspecto de granulaciones de diverso tamaño, y pigmento negro, integrado por la melanina. En estado normal se encuentran únicamente en determinadas regiones, como el locus niger y el locus cinereum, dando lugar a degeneraciones pigmentarias patológicas aún poco estudiadas.

Los lipoides se encuentran en gran abundancia. Aparte de los existentes bajo la forma de lipopigmento, según acabamos de señalar, obsérvanse los lipoides mitocondriales, los lipoides no pigmentados, existentes principalmente en las células simpáticas, y, por último, los llamados lipoides de imbibición.

Las mitocondrias son únicamente visibles con ayuda de métodos especiales de coloración. Son tanto más abundantes cuanto más joven es la célula y se presentan bajo la forma de bastoncillos o granulaciones.

Las neurofibrillas, para ser observadas, requieren el empleo de las impregnaciones metálicas. Forman una red cerrada en derredor al núcleo. Muchos autores conceden a estos elementos de la conducción el influjo nervioso. Más o menos finas se continúan en las expansiones protoplasmáticas y en el axon. Su existencia es aun hoy día discutida por muchos investigadores.

Los canales de Golgi son igualmente visibles, únicamente con las impregnaciones metálicas y se trata de galerías más o menos profundas que recorren el citoplasma perinuclear formando una especie de aparato circulatorio citoplásmico. Parece que su papel principal es la nutrición de la célula.

El núcleo es muy grueso, vesiculoso, rico en jugo y poco afin a los colorantes y se presenta en la preparación teñida por el método de Nissl como una placa clara centrada por un nucleolo fuertemente coloreado en el que se concentra toda la cromatina nuclear.

Según pudo demostrar en primer término Cajal, y pos-

teriormente comprobar otros muchos autores, la célula nerviosa humana carece de centros, de donde se deduce la imposibilidad señalada de la multiplicación celular.

Observada la célula nerviosa viva al ultramicroscopio, se presenta bajo un aspecto muy diferente de la célula muerta, según acabamos de estudiarla. El citoplasma se presenta brillante sobre el fondo negro, constituido por una acumulación de granulaciones, no pudiéndose señalar la presencia de neurofibrillas, lipoides, mitocondrias, etcétera. El núcleo aparece como una esfera negra sobre el fondo brillante del protoplasma. No ha podido por ningún investigador comprobarse la existencia de movimientos brownianos ni la menor traza de amiboidismo.

(Continuará).

EL DIAGNÓSTICO BIOLÓGICO DE LA ESQUIZOFRENIA (1)

POR EL

DR. ENRIQUE PUYUELO SALINAS

En cuanto a la práctica de dos series de investigaciones, una con suero activo y otra con suero inactivo, al que reactivan con complemento fresco (más la tercera serie que dicen haber empleado con suero activo y complemento), hemos preferido reducirlas, empleando sólo la primera, pues así creemos descartar numerosos errores debidos a la pérdida de actividad de la hemolisina por calefacción y pérdida de su capacidad de reactivación por el nuevo complemento añadido, y, sobre todo, los debidos a añadir una dosis arbitraria de complemento sin valorar a contenidos diferentes de suero sanguíneo de conejo, en los que, por lo tanto, el contenido de hemolisinas habría de ser diferente; suponemos, pues, que el suero activo del conejo contiene un exceso de complemento sobre el necesario para la producción de un sistema hemolítico con la hemolisina que habría en el suero y los glóbulos que añadimos posteriormente. Esta ha sido la técnica que hemos empleado en nuestras determinaciones. Respecto a los resultados obtenidos con ella y a los comentarios que su empleo nos haya sugerido, es cuestión que exponremos a la terminación del presente trabajo conjuntamente con los referentes a la reacción de que ahora vamos a hablar.

Es ésta con la que determinaremos la relación que venimos haciendo de los métodos de diagnóstico biológico de los estados esquizofrénicos, la aplicación a este punto de los estudios publicados primeramente por Macht y Livinston (22) en 1923 sobre el efecto fitotóxico de determinadas sustancias.

Estos autores descubrieron que, cuerpos que no producen ningún efecto tóxico sobre los organismos animales, podrían ejercer, en cambio, experimentalmente aplicados, una toxicidad manifiesta sobre algunos vegetales, demostrable por un retardo de su desarrollo en comparación con otras plantas testigos que no sufrían el contacto de dicha sustancia.

Primeramente describen esta acción, a la que llamaron fitotóxica con la cocaína y sus productos derivados, que no son tóxicos para las plantas y, en cambio, lo son para los animales, comparando su acción con la del benzoato sódico, muy tóxico para las plantas e inofensivo en los animales.

(1) Véase el número anterior.

Ya desde el principio de sus investigaciones eligieron como sujeto de la experimentación la semilla del altramuza corriente (*Lupinus albus*), por germinar muy fácilmente. Comparando el crecimiento de las semillas sembradas en un medio con suero de un enfermo y el de las plantas testigo, sembradas en un medio análogo exento de suero, deduce el retardo del crecimiento en aquel medio y crea así el concepto de índice fitotóxico.

Más tarde Schick, Macht y Lubin (23) demuestran la existencia de una sustancia tóxica en la sangre, orina y sudor de las mujeres menstruantes, a la que llamaron menotoxina, y después Macht y Goldstein la demuestran y comprueban en la anemia perniciosa, haciendo notar la particularidad de persistir su efecto aun después de gran mejoría del cuadro clínico y hematológico hasta su normalidad por el tratamiento.

Pels y Macht, en diferentes trabajos, comprueban también esta acción fitotóxica del suero de los enfermos de lepra, pémfigo y en la otosclerosis.

Siempre fué, como ya apuntamos al principio de este trabajo, objeto y aspiración de los investigadores la de mostración en la sangre o líquidos orgánicos de los enfermos esquizofrénicos de alguna sustancia tóxica, y las reacciones que antes hemos citado, a ese fin encaminadas, buena prueba son de ello; por ese motivo, al conocerse esta acción fitotóxica de los sueros de determinados enfermos, cuyo tóxico no había podido ser puesto de manifiesto por ningún otro procedimiento, no es de extrañar que se pensara en utilizarlo para el estudio biológico del esquizofrénico.

Ya antes de recurrir a este medio y desde muy antiguo, se había procurado poner de manifiesto alguna sustancia en estos enfermos con los procedimientos que en cada época se disponían, y así vemos que Bouchard, el fundador del coeficiente urotóxico, inyectaba orina de psicópatas a animales y comparaba su acción con la producida por inyección de orina de personas sanas, demostrando por este procedimiento un aumento de la toxicidad urinaria en los esquizofrénicos, y Weichbrodt (32) inyecta intraperitonealmente ratones con sangre de enfermos de psicosis endógenas, comprobado así que su sangre se hacía tóxica, cosa que no ocurría si la sangre inyectada era de otros enfermos mentales o de personas sanas. Tales experimentos han sido discutidos y su comprobación resulta de gran dificultad, probablemente porque de existir este tóxico sería de muy débil actividad sobre los organismos animales.

Los primeros investigadores que emplearon el método del fitodiagnóstico en el estudio de las enfermedades mentales fueron Herz y Weichbrodt (16), y más tarde Macht y Looney (21), quienes comprobaron la existencia en el suero de dichos enfermos de una sustancia a la que llamaron hemotoxina, que conformaron de una manera clara Tscherkes y Mangubi (30).

La técnica empleada para la investigación de esta acción fitotóxica es diferente, según los diversos investigadores. Macht emplea, según ya dijimos antes, la semilla del *lupinus albus*, por encontrarla más ventajosa a otras utilizadas con el mismo objeto por dar origen a una raíz única que crece bastante rápidamente en dirección rectilínea, siendo su separación del cuerpo de la semilla muy apreciable, condiciones todas estas que facilitan extraordinariamente la medida de su crecimiento.

Lo más interesante para la buena marcha de la experimentación es que la semilla germine fácilmente; para conseguir este objeto, Macht entierra las semillas en una

especie de musgo llamada sphagnumpos, picado y húmedo, y una vez así sembrada guarda los recipientes en la oscuridad a la temperatura ambiente. En cuanto al grado de humedad del musgo, cree debe ser de un 70 a un 80 por 100 de su peso total. Bömer coloca las semillas en placas de Petri sobre papel de filtro, que humedece de cuando en cuando con el líquido nutritivo. Hay autores que recomiendan antes de hacer la siembra imbibir la semilla en agua durante algunas horas, y otros aconsejan después de germinada, sea cualquiera el procedimiento que se haya adoptado, separar el perispermo para facilitar el crecimiento.

Tscherkes y Mangubi aconsejan sencillamente poner la semilla, una vez imbibida en agua, en serrín de madera lavado y hervido, en cuyo medio asegura obtener una excelente germinación. Arcas (2) prescinde de la imbibición antes de la siembra y adopta para medio de germinación uno compuesto de tres partes de tierra vegetal y una de arena, regando la mezcla en el momento de la siembra, y sólo algunos días calurosos vuelve a regar el medio antes de extraer los brotes.

Después de haber conseguido la germinación suelen esperar los autores citados a que la raíz tenga una longitud de 20 a 40 milímetros, en cuyo momento las separan del medio y lavan antes de trasladarlas al líquido nutritivo definitivo de Shive.

Para que crezcan en este medio emplea Macht tubos de ensayo corrientes, que llena de la solución nutritiva en conveniente grado de dilución, quedando la semilla apoyada en el borde del tubo y la raíz en su interior bañada por el líquido. Arcas emplea el procedimiento de Joanning, que consiste en sembrarlas por grupos de 10 en cristalizadores, en los que las sujeta por medio de láminas de corcho con orificios para el paso de la raíz del *Lupinus*.

El líquido citado de Shive, en que se verifica la siembra después de la germinación de la semilla, puede ser de diversa composición, según los diferentes investigadores, pero en lo esencial siempre está formado por los elementos necesarios para el desarrollo de la planta en mayor o menor grado de concentración molecular.

Al cabo de cierto tiempo de estancia de las semillas en la dilución de este líquido nutritivo, se extraen para medir el crecimiento de la raíz, refiriendo a 100 el crecimiento medio de las semillas empleadas como testigo. La relación entre el crecimiento de éstas y el de las depositadas en la dilución del suero de enfermo a estudiar, es la cifra correspondiente al índice fitotóxico.

Es de notar que los sueros de las personas normales tienen una cierta acción frenatriz del desarrollo de las plantas, como ya hizo notar Macht; de modo que si consideramos el crecimiento de las semillas testigo como un 100 por 100, el de las sembradas en suero de persona normal es sólo de 70 a 80 por 100, y, en cambio, en los sueros de acción fitotóxica manifiesta esta cifra es mucho menor, viendo así que el trabajo de Macht y Lubin en la anemia perniciosa encuentra un índice de 44 por 100, estableciendo en trabajos posteriores una cifra constantemente menor de 50 por 100. Tscherkes y Mangubi también la encuentran menor de 50 por 100 en la anemia perniciosa, admitiendo casos en que desciende hasta 25 y 20 por 100, y en los sueros de las mujeres menstruantes encuentran Macht y Lubin un índice fitotóxico medio de 51 por 100.

En cuanto a la cifra de dicho índice en las alteraciones mentales, anotaremos la citada por Tscherkes de 61 a 70 por 100 en la demencia parálitica y en las demás enfermedades del sistema nervioso un promedio de 60 a 74.

Consecuencia de ello es que estas enfermedades no pueden agruparse con aquellas que poseen una clara fitotoxemia, pues estos índices de crecimiento no se diferencian gran cosa con los de los sueros de las personas normales. En cambio, en la esquizofrenia encuentra una cifra que oscila entre 30 y 69 por 100, deducida de sus investigaciones en 41 enfermos, y en la mayor parte de estos casos encuentra un índice menor de 50 por 100, aunque reconoce existen casos de esquizofrénicos en que la cualidad fitotóxica no ha podido ser manifestada, no apreciando tampoco diferencias en los resultados obtenidos con este método en las diversas variedades de esquizofrenias.

No mencionan ninguno de los autores que a este estudio se han dedicado dato alguno respecto a la naturaleza de la substancia fitotóxica. Se ha pensado que fuese algún tóxico circulante en la sangre y hasta se ha llegado a suponer que en la anemia perniciosa fuese la acción fitotóxica debida a la histamina, lo cual no ha sido comprobado, estando más bien oscurecido este punto por otros experimentos que conducen a conclusiones contradictorias.

En terminos generales, sólo diremos que es una substancia termostábil, puesto que resiste sin que se destruya su acción por el calentamiento a 40° durante veinte minutos y a 60° durante cinco minutos.

Macht e Hill han observado que tratando los sueros por rayos ultravioleta no varía su poder tóxico si son de personas normales, pero, en cambio, en los de enfermos de anemia perniciosa disminuye la actividad por la acción de dichas irradiaciones.

Por lo que llevamos dicho de esta reacción, se puede deducir que, a semejanza con la reacción pleohemolítica, se apoya en la teoría tóxica como patogénica de la esquizofrenia, aunque empleando procedimientos diferentes para llegar al mismo fin, pues como ya dijimos antes, cree poner más fácilmente de manifiesto dicha toxicidad sobre los protoplasmas vegetales que sobre los organismos animales.

También hemos estudiado en nuestros enfermos la acción fitotóxica, aprovechando los sueros obtenidos para la investigación de la reacción pleohemolítica. El procedimiento que para ello hemos empleado es parecido al que describen Tscherkes y Mangubi, al que hemos introducido ligeras variantes.

Para obtener la germinación de la semilla empleada (*Lupinus Albus*), la mantenemos doce horas en agua para su imbibición y a continuación la sembramos en recipientes con serrín de madera bien lavado, hervido y escurrido por presión para separar el exceso de agua, plantando las semillas en posición adecuada para que la raíz forme cuando se desarrolle un ángulo recto con el cuerpo de la semilla. Advertiremos que también hemos sembrado en ocasiones las semillas en serrín que no ha sufrido ninguna manipulación anterior, con sólo la precaución de regarle en el momento de la siembra, habiendo conseguido también de este modo una buena germinación, con la única diferencia de que el desarrollo alcanzado por la planta en el mismo tiempo es menor que el obtenido cuando el serrín había sido previamente preparado.

Una vez depositadas en el medio de germinación, las dejamos permanecer cuarenta y ocho horas a 20° de temperatura y a la luz ambiente, al cabo de las cuales germinan, obteniéndose una raíz de unos 40 milímetros de longitud sin colateral alguna, rectilínea y fácilmente delimitable del cuerpo de la semilla. Extraemos entonces ésta del serrín con cierta precaución para evitar que la

raíz, que es muy frágil, pueda fraccionarse por su extremidad y las lavamos en agua templada para desembarazarlas del serrín y otras substancias que puedan llevar adheridas. En este momento separamos el perispermo de la planta, lo que se obtiene fácilmente haciendo una ligera compresión entre los dedos pulgar e índice de la extremidad de la semilla opuesta a la emergencia de la raíz.

Entonces elegimos aquellos *Lupinus* que más se asemejan entre sí por su tamaño, longitud de raíz, etc., y descartamos aquellos que hayan mostrado un crecimiento excesivamente rápido o lento, o bien aquellos que tienen aspecto de anormalidad, para eliminar en el mayor grado posible el factor individual de la semilla, que podría inducirnos a error en la interpretación de los resultados, separando así las raíces propias para ser transportadas al medio definitivo de desarrollo.

El medio que hemos empleado en nuestras investigaciones tenía la siguiente composición:

Nitrato cálcico 0,5 mol.....	12	c. c.
Sulfato magnésico 0,5 mol....	30,2	—
Difosfato potásico 0,5 mol....	36	—
Agua destilada. C. s. para....	1.000	—

Este líquido o solución de Shive es diluido al 50 por 100 en agua destilada, siendo el líquido resultante el que empleamos para plantar las semillas que nos han de servir como testigo.

Aquellas en las que queremos apreciar el efecto fitotóxico son sembradas en una solución de Shive al 50 por 100, en la que se ha disuelto previamente el suero a investigar en proporción de 1 por 100.

Este suero lo obtenemos por punción venosa del enfermo en ayunas, dejando retraerse el coágulo y separando el suero con pipeta capilar estéril, después de centrifugación.

Para la disposición de la reacción hemos empleado, como aconseja Macht, tubos de vidrio, sembrando una semilla en cada uno; pero, en vez de emplear tubos de ensayo corrientes o de hemólisis, hemos usado tubos parecidos a los indicados para cultivos en patata en los que la distancia entre la parte estrechada y el fondo es de unos 12 centímetros, siendo el diámetro del tubo de 1,5 centímetros.

Para cada caso estudiado, preparamos un lote de diez tubos, que llenamos de la solución de suero problema hasta el angostamiento, con objeto de que el cuerpo de la semilla quede fuera del líquido y la raíz, introducida totalmente en él. Una vez preparados los tubos medimos la longitud de la raíz de otras tantas de las semillas escogidas e introducimos una en cada tubo, manteniendo el lote a la temperatura de 20° y fuera del alcance de la luz solar directa, pero sin llegar a resguardarlas en la obscuridad.

Simultáneamente preparamos otro lote de diez tubos, en los que ponemos la solución del líquido de Shive que ha de servir de patrón para comparar el crecimiento de estas semillas con las del lote anterior. Al cabo de veinticuatro horas extraemos las semillas y medimos la longitud de sus raíces, comparándolas con la que tenían en el momento de ser plantadas y obtenemos la cifra del índice fitotóxico por la aplicación de la siguiente fórmula:

$$\frac{Ct. \dots \dots \dots 100}{Cp. \dots \dots \dots X}$$

En la que Ct es la media aritmética del crecimiento experimentado por las raíces en la solución testigo; Cp la

del crecimiento de las raíces sembradas en la solución problema, siendo X el valor del índice fitotóxico.

Para facilitar la observación en la práctica, solemos hacer la determinación simultáneamente en cinco o seis sueros, con los que preparamos otros tantos lotes de diez tubos, lo cual tiene la ventaja de que un solo lote testigo nos sirve de control en dichas determinaciones.

* *

Con la descripción del método fitodiagnóstico de la esquizofrenia damos fin a la exposición de las reacciones biológicas que pueden ser aplicadas a dicho fin.

Hemos fijado expresamente, como puede verse, la atención en las dos últimas reacciones citadas (Reacción pleohemolítica y índice fitotóxico), pues éstas han sido las que nosotros hemos empleado de un modo sistemático para deducir su utilidad al diagnóstico psiquiátrico.

Los enfermos en que hemos practicado este estudio biológico son un total de 50, pertenecientes al Sanatorio de Ciempozuelos y al de la Diputación provincial, establecido en Alcalá de Henares.

Antes de referirnos a los resultados obtenidos en estos enfermos, vamos a hacer una exposición sumamente reducida de sus historias clínicas, por si entre este cuadro y el biológico pudiera establecerse alguna relación.

Los casos que constituyen nuestro protocolo son los siguientes:

Caso 1.º Ciempozuelos, 6.198. Ingresó 10-IV-1928. Veintidós años. Soltero. Tranquilo. Inmóvil. Templor generalizado de reposo. Envaramiento de la musculatura. Sudores. Bradilalia. Cara enebada. Ptialismo. Hipertonía.

Diagnóstico: *Enfermedad de Parkinson.*

Caso 2.º Ciempozuelos, 3.045. ingresó 13-IV-1908. Cuarenta y seis años. Soltero.

A su ingreso mal orientado en el tiempo, no en espacio. Alucinaciones de vista y oído. Contenido de la inteligencia disminuido. Mal de memoria. Perseveración. Indiferencia. Ideas de grandeza. Muy demenciado.

En la actualidad sigue con distraibilidad de la atención. Profunda indiferencia afectiva. No responde a las preguntas. Tranquilo. Algunos días se muestra negativista.

Diagnóstico: *Esquizofrenia. Demencia final.*

Caso 3.º C. 6328. Ingresó 29-XI-1928. Treinta y cuatro años. Soltero.

A su ingreso está envarado. Marcha a pequeños pasos. Rigidez facial. Ptialismo. Temblor estático. Cara engrasada. Hipertonía. Mentalmente no ofrece ninguna alteración.

Más tarde se presentan alteraciones en su estado psíquico. Confuso. Actos impulsivos, con amnesia de lo que a ellos se refiere. Estos accesos desaparecen más tarde.

Análisis de líquido cefalorraquídeo: Albúmina, 0,10 gramos por 1.000. Glucosa, 0,10 gramos por 1.000. Cloruros, 8,10 gramos por 1.000. Reacción de Nonne negativa. Reacción de Wassermann negativa. Lange, 1111000000. Benjui coloidal, 00000111000000.

Diagnóstico: *Enfermedad de Parkinson postencefálica.*

Caso 4.º C. 4.940. Ingresó 7-VII-1920 Treinta y cinco años. Soltero.

A su ingreso bien orientado en tiempo y espacio. Conciencia de situación. Indiferente. Triste. Alucinaciones ópticas y acústicas. Ideas delirantes de perjuicio. Ideas de superioridad. Perseveración. Manierismo. Estereotipias. Coherente. Pérdida de memoria. Robo de pensamientos.

to. Dice se le hace obrar y pensar en contra de su voluntad.

En la actualidad sigue indiferente y autista. Actitudes extrañas y persistentes. Estereotipias. Hocico catatónico. Ideas de disgregación de la personalidad.

Diagnóstico: *Esquizofrenia. Demencia final.*

Caso 5.º C. 5.503. Ingresó 23 VI 1925. Veintisiete años. Soltero.

Estado a su ingreso: No es posible fijar su atención. Movimientos automáticos, estereotipados. Risa inmotivada. Habla ininteligible y a veces musita. Inquieto. Aspecto de estupidez.

En la actualidad, inaccesible e indiferente. Disgregación del pensamiento. Autista. Risa inmotivada. Incoherente.

Análisis de líquido cefalorraquídeo: Albúmina, 0,24 gramos por 1.000. Reacción de Nonne negativa. Reacción Wassermann negativa. Meinicke negativo. Lange, 000000000000. Benjui, 00000.

Diagnóstico: *Esquizofrenia. Estado demencial.*

Caso 6.º C. 6.569. Ingresó 16 VI 1930. Veinte años. Soltero.

A su ingreso, expresión fisionómica estúpida. Indiferencia afectiva. Risa inmotivada. Mal orientado en tiempo y espacio. Manierismo. Incoherente. Disgregado. Inabordable.

En la actualidad, negativista. Extravagancias. Mutacista. Sacio. Impulsividad agresiva.

Diagnóstico: *Esquizofrenia hebefrenocatatónica.*

Caso 7.º C. 5.955 Ingresó 3-V-1927. Treinta y un años. Casado.

A su ingreso muy decaído física y mentalmente. Imposible hacer interrogatorio. Se le ha tratado con malaria. Actualmente se encuentra muy demenciado. Agitado. Incoherente. Perseveración.

Análisis de sangre: Wassermann positivo. Meinicke y Sachs positivos.

Análisis de líquido cefalorraquídeo: Albúmina, 0,50 gramos por 1.000. Nonne positivo. Wassermann positivo 0,1 c. c. Lange, 5555543310. Benjui, 22220.

Diagnóstico: *Demencia parálitica.*

Caso 8.º C. 6.776. Ingreso último, 18 III 1931. Cincuenta y dos años. Casado.

A su ingreso muy abordable. Eufórico. Hipervigilancia. Bien orientado en tiempo y espacio. Conciencia de situación y enfermedad. Logorreico. Fuga de ideas hasta llegar a la incoherencia en algunas ocasiones. Coprolalia. Asociaciones del pensamiento por asonancia Chistoso. Movimientos activos aumentados.

Ha tenido otros dos periodos de reclusión en el Sanatorio con anterioridad al actual, y sintomatología semejante.

Análisis de líquido cefalorraquídeo: Albúmina, 0,15 gramos por 1.000. Pandy débilmente positivo. Nonne negativo. Wassermann negativo. Lange, 1100000000.

Diagnóstico: *Psicosis maniacodepresiva*

Caso 9.º C. 6.780. Ingresó 27-XII-1930. Veintiocho años. Casado.

A su ingreso, agitado. Se lesiona. Movimientos activos aumentados e inadecuados. Euforia. Labilidad afectiva. Bien orientado. Agitación psicomotriz de tipo maniaco. Curso del pensamiento facilitado hasta llegar a veces a la fuga de ideas. Ideas de grandeza. Hipervigilancia.

Se le ha tratado con sulfosin e intracisternalmente con salvarsanes. Líquido cefalorraquídeo: Células, 6 por metro cúbico. Albúmina, 0,48 gramos por 1.000. Nonne

positivo fuerte. Wassermann positivo 0,1 c. c. Lange, 5555543330. Benjui, 22220.

Análisis de sangre: Wassermann y Meinicke positivo fuertes.

Diagnóstico: *Demencia parálitica. Forma expansiva agitada.*

Caso 10. C. 6.239. Ingresó 26 V 1928. Veintiocho años. Soltero.

Bien orientado. Interpretaciones absurdas de los hechos. Indiferencia afectiva. Según va transcurriendo tiempo de reclusión, va estando más sucio. Contesta con monosílabos. Negativismo. Automatismo al mandato. Reacciona sólo a estímulos muy intensos. Amaneramiento y estereotipias. Mutismo.

Diagnóstico: *Esquizofrenia. Forma catatónica.*

Caso 11. C. 6.026. Ingresó 20 VII-1927. Veintisiete años. Soltero.

A su ingreso, tranquilo. Deprimido. Desorientado. Manierismo. Automatismo al mandato, alucinaciones. Indiferencia; actitudes catatónicas.

En la actualidad, después de haber sido malarizado, sufriendo 10 accesos febriles de 41º, sigue negativista y estuporoso. Mutacismo. Hocico catatónico.

Análisis de líquido cefalorraquídeo: Todos los datos son normales.

Diagnóstico: *Esquizofrenia catatónica.*

Caso 12. C. 6.760. Ingresó 18 III 1931. Treinta y nueve años. Soltero.

Expresión fisionómica de tristeza. Movimientos activos, disminuidos en número y extensión. Movimientos pasivos, facilitados. Afectividad ligeramente deprimida. Buena modulación afectiva. Orientación auto y alopsíquica normal. Conciencia de enfermedad. Adaptado. Tranquilo. Crítica y memoria normales. Ha estado recluido repetidas veces desde los veinte años.

Cuando le acomete el acceso, se pone triste, pierde memoria y se disgregan sus ideas; tiene alucinaciones visuales que percibe como en una cinta cinematográfica. Anda errabundo, sin comer ni dormir. Cuando pasa el acceso, se arrepiente de lo hecho durante aquel estado. Durante su última estancia se presentan dos de estos accesos.

Diagnóstico: *Psicosis maniacodepresiva (?)*.

Caso 13. C. 6.767. Ingresó 18-III-1931. Treinta y dos años. Soltero.

A su ingreso se muestra tranquilo. Algo amanerado. Desorientado ligeramente en tiempo y espacio. Desorientado autopsíquicamente. Curso del pensamiento típicamente esquizofrénico. Disgregado. Incoherente. Ideas delirantes. Probables alucinaciones visuales y auditivas. Disgregación de la personalidad. Ambivalencias. Autismo. Interceptaciones.

En la actualidad se encuentra en el mismo estado.

Diagnóstico: *Esquizofrenia hebefrenocatatónica.*

Caso 14. C. 6.702. Ingresó 31-X-1930. Cincuenta y dos años. Casado.

Ha tenido otros tres periodos anteriores de reclusión en este Sanatorio.

En su primer ingreso (año 1918) estaba bien orientado auto y alopsíquicamente; bien de memoria. Deprimido. Sin ideas delirantes. Pobreza de movimientos. Autismo. Indiferencia. Manierismo. Lúcido. Coherente.

En los periodos siguientes sigue en el mismo estado, con alternativas de remisión. En la actualidad está poco accesible. Incoherente. Disgregación esquizofrénica. Actitudes estereotipadas. Indiferente.

Diagnóstico: *Esquizofrenia catatónica* (?).

Caso 15. C. 6.926. Ingresó 9 I 1932. Treinta y seis años. Casado.

Sífilis a los veintidós años, mal tratada.

En la actualidad, verborreico. Exploración imposible de la orientación. Euforia tranquila. Tiene delirio de grandezas absurdo. Incoherente. Lleno de ideas delirantes. La ausencia de disartria asemeja el cuadro a una parafrenia fantástica.

Análisis de sangre: Wassermann y Meinicke positivos fuertemente.

Análisis de líquido cefalorraquídeo: Células, 6 por milímetro cúbico. Albúmina, 0,22 gramos por 1.000. Nonne positivo. Wassermann positivo 0,2 c. c. Meinicke positivo. Lange, 555555444000. Benjui, 5555555510000.

Diagnóstico: *Demencia parálitica*.

Caso 16. C. 6.718. Ingresó 11-XI 1930. Sin filiación.

Le falta la pierna derecha, pero se opone a usar muletas. Algo amanerado. Delirio de grandezas y persecución, por envidia de su inteligencia. Ideas de perjuicio. Ha inventado una nueva ciencia: la «enemetría».

Durante su estancia continúa con autismo. Disgregado. Sobrevaloración del yo. Ideas de persecución. Indiferente.

Análisis de líquido cefalorraquídeo: Células, 0,33 por milímetro cúbico. Albúmina, 0,24 gramos por 1.000. Nonne negativo. Wassermann y Meinicke negativos. Lange, 0000000000. Benjui, 00000.

Diagnóstico: *Esquizofrenia paranoide*.

Caso 17. C. 6.930. Ingresó 9 I-1932. Veintisiete años. Soltero.

Indiferente. Ambivalencias. Inquietud motora. Sin conciencia de situación ni de enfermedad. Estúpido. Pensamiento esquizofrénico. Hace cuatro años tuvo un brote agudo, con camino rápido a la demencia actual.

Diagnóstico: *Esquizofrenia, estado demencial*.

Caso 18. C. 2.388. Ingresó 25-IV 1908. Cuarenta años. Soltero.

A su ingreso, desorientado en espacio y tiempo. Triste, desconfiado. Contesta con monosílabos. Afectividad disminuida. Inteligencia disminuida. Alucinaciones visuales y auditivas. Automatismo al mandato.

En la actualidad, indiferente. Mutacista. Negativista. Tranquilo. Adaptado.

Análisis de líquido cefalorraquídeo. Todos los datos son normales.

Diagnóstico: *Esquizofrenia. Estado final*.

Caso 19. C. 6.757. Ingresó 8-XI 1931. Treinta años. Casado.

Tranquilo. Conciencia de enfermedad. Autista. Risa inmotivada. Probables alucinaciones auditivas. Ideas de influencia. Indiferencia afectiva. Bien orientado auto y allopsíquicamente. Psicomotricidad retardada.

En la actualidad domina el cuadro, el autismo. Actitudes catatónicas. Extragavancia. Amanerado. Profunda indiferencia.

Análisis de líquido cefalorraquídeo: Todos los datos son normales.

Diagnóstico: *Esquizofrenia catatónica*.

Caso 20. C. 6.914. Ingresó 31-XII 1931. Treinta y cinco años. Soltero.

Estado a su ingreso: Lenguaje coherente. Movimientos adecuados. Accesible. Afectividad normal. Bien orientado. Conciencia de situación y de enfermedad anterior. No hay pseudopercepciones ni ideas delirantes.

Anteriormente ha tenido dos episodios que empiezan

por agitación y terminan con apatía y decaimiento, no teniendo ganas de trabajar.

Actualmente, curso del pensamiento normal, así como la memoria e inteligencia. Ciclotímico.

Diagnóstico: *Psicosis maniacodepresiva*.

Caso 21. C. 6.856. Ingresó 8-VIII 1931. Sin filiación.

Ingresó agitado. Al día siguiente, negativista.

En la actualidad, movimientos inadecuados. Indiferente. Bien orientado. Conciencia de situación y enfermedad. Pararrespuestas. A veces incoherente y disgregado. Sonriente. Accesible. Afectividad fundamental de euforia estúpida. Alucinaciones de oído, a las que se muestra indiferente.

Anteriormente tuvo otro periodo de reclusión con análoga sintomatología a la actual. Acusa robo del pensamiento.

Diagnóstico: *Esquizofrenia catatónica*.

Caso 22. C. 6.769. Ingresó 18 IV 1931. Treinta y cinco años. Soltero.

A su ingreso está lúcido. Bien orientado en tiempo y espacio. Conciencia de situación. No de enfermedad. Hipotensión afectiva. Indiferente. Niega pseudopercepciones. No aparecen alteraciones del curso ni del contenido del pensamiento. Memoria, inteligencia y crítica normales. Algo bobo. Intenta varias veces fugarse, continuando en la actualidad en el mismo estado.

Diagnóstico: *Esquizofrenia hebefrénica*.

Caso 23. C. 6.820. Ingresó 10-VI 1931. Veintiocho años. Soltero.

Inaccesible. Mutacista. Negativista. Sitiofóbico. Sucio. Automatismo al mandato. Hay que obligarle a sentarse, haciéndolo de medio lado y permaneciendo inmóvil toda la exploración. Alucinaciones de oído.

Más tarde, pararrespuestas. Incoherente. Disgregado. Inhibido.

Análisis de líquido cefalorraquídeo: Todos los datos son normales.

Diagnóstico: *Esquizofrenia catatónica*.

Caso 24. C. 6.775. Ingresó 18 III-1931. Diecisiete años. Soltero.

Estado a su ingreso: Correcto. Tranquilo durante la exploración. Afectividad adecuada. Conciencia de situación y de enfermedad. Bien orientado en espacio y tiempo. Dice haber padecido ataques con pérdida de conocimiento, mordedura de lengua, micción involuntaria y estado comatoso postaccidental. Otras veces ataques de excitación.

Egoísta. Ceremonioso. No tiene ideas delirantes ni pseudopercepciones. Conocimientos elementales escasos. No realiza las operaciones aritméticas más sencillas. Conceptos morales muy deficientes. Escasa capacidad crítica. Parece haber padecido un proceso encefalítico.

Diagnóstico: *Oligofrenia con ataques epilépticos* (?).

Caso 25. C. 3.098. Ingresó 26-VII 1908. Cuarenta y nueve años. Soltero.

A su ingreso se mostraba catatónico. No habla. Sialorrea. Movimientos estereotipados. Risa inmotivada. Fases inexpressivas. Bien orientado en espacio y tiempo. Inabordable.

Se le hace análisis de líquido cefalorraquídeo, descubriéndose la existencia de un proceso de parálisis general progresiva, verificándose proteíno-terapia con leche, inyecciones de vacuna antitífica y malarización y tratamiento intracisternal.

Después de este tratamiento continúa en actitud estereotipada. Mutacismo. Algunos días disgregado. Sigue

con risa inmotivada. Cuando se le interroga enérgicamente parece va a romper el mutismo.

Análisis de líquido cefalorraquídeo: Primer análisis: Células, 2,3 milímetros cúbicos. Albúmina, 0,36 gramos por 1.000. Nonne y Pandy positivos. Wassermann y Meinicke positivos. Lange, 444440000, Mastic: 32222555555555.

Sexto análisis (16 II 1932): Células, 1,33 por milímetro cúbico. Albúmina, 0,72 gramos por 1.000. Pandy y Nonne positivos muy débiles. Wassermann negativo, Meinicke dudoso. Lange, 0000000000.

Diagnóstico: *Esquizofrenia catatónica en un demente paratítico.*

Caso 26. C. 6.899. Ingresó 7 XI 1931. Sin filiación.

Ordenado. Accesible. Afectividad levantada y estúpida. Bien orientado auto y allopsíquicamente. Incoherencia. Disgregado. Neologismos. Escritura especular. Risa inmotivada.

Diagnóstico: *Esquizofrenia hebefrénica.*

Caso 27. Alcalá. 321. Ingresó 8 XI-1931. Treinta y cuatro años. Casado.

Ingresa con agitación psicomotriz directa. Fuga de ideas. Logorrea. Muy accesible. Niega sífilis.

Análisis de líquido cefalorraquídeo: Todos los datos son normales.

Diagnóstico: *Psicosis manícodepresiva.*

Caso 28. C. 6.836. Ingresó 11 VII-1931. Treinta y dos años. Soltero.

Accesible. Bien orientado auto y allopsíquicamente. Amanerado. Risa inmotivada. Parestesia de genitales y recto. Bobería. Cara rígida e inexpressiva. Alucinaciones visuales y auditivas. Disgregado.

Diagnóstico: *Esquizofrenia hebefrénica.*

Caso 29. C. 6.884. Ingresó 14 X-1931. Cuarenta y nueve años. Casado.

Muy locuaz. Accesible. Eufórico. Pérdida de conciencia, de situación y de enfermedad. Multitud de ideas de grandeza que expone incoherentemente, mostrando abundantes fabulaciones. Lenguaje rápido. Movimientos aumentados. Aparte de sus fantasías parece existen alucinaciones auditivas. Tono afectivo destruido.

Diagnóstico: *Parafrenia fantástica.*

Caso 30. C. 6.927. Ingresó 9 I-1932. Dieciocho años. Soltero.

No tiene conciencia de situación. Indiferencia afectiva. Desorientado. Autista. Apenas accesible. Disgregación del pensamiento típicamente esquizofrénico. Musitación incoherente.

Diagnóstico: *Esquizofrenia hebefrénica.*

Caso 31. C. 5.886. Ingresó 8-II-1927. Ochenta y dos años. Casado.

Desorientado en tiempo. No tiene conciencia de situación. Pérdida de memoria, de fijación y evocación. Tranquilo. Adaptado. Pueril. Aqueja insomnio.

En la actualidad sigue en el mismo estado.

Diagnóstico: *Demencia senil.*

Caso 32. C. 5.495. Ingresó 25-VI-1925. No tiene filiación.

Locuaz. Abordable. Conocimientos elementales normales. Bien orientado. Labilidad afectiva. Ataques epilépticos frecuentes de preferencia nocturnos. Irritable. Actos impulsivos. Bien de memoria.

Ultimamente presenta algunos ataques de pequeño mal.

Diagnóstico: *Epilepsia esencial.*

Caso 33. C. 6.920. Sin filiación de ingreso. Treinta y seis años. Casado.

Ordenado. Tranquilo. Movimientos adecuados. Ligera euforia estúpida. Bien orientado auto y allopsíquicamente. Conciencia de situación. No de enfermedad. No tiene ideas delirantes ni pseudopercepciones. Labilidad afectiva. Déficit crítico.

Análisis de líquido cefalorraquídeo: Células, 3,6 por milímetro cúbico. Albúmina, 0,43 gramos por 1.000. Pandy y Nonne positivos. Wassermann y Meinicke positivos. Lange, 4444000000. Benjuf, 111555500000.

Diagnóstico: *Demencia paratítica.*

Caso 34. A. 245. Ingresó 22 IV-1931. Treinta y cuatro años. Soltero.

A su ingreso se muestra bien orientado en espacio y tiempo. Conciencia de situación. Afectividad adecuada. Bebedor intenso con pituitas desde la época de su servicio militar. Cuando se embriaga pierde la conciencia de lo que le sucede. No acusa alucinaciones visuales.

En la actualidad está tranquilo. Orientado. Ligera y moderadamente inhibido. Ligera disartria. Adaptado.

Análisis de sangre. Wassermann, Meinicke y Mahn negativos.

Análisis de líquido cefalorraquídeo: Todos los datos son normales.

Diagnóstico: *Psicosis alcohólica.*

Caso 35. A. 90. Ingresó 16 IX 1922. Treinta y un años. Casado.

Sifilitico bien tratado. A su ingreso, alucinaciones visuales y auditivas, de colorido paranoide estas últimas. Medianamente orientado. Comenzó con agitación de tipo esquizofrénico. Muy autista. En la actualidad negativista. Levantisco. Indiferencia afectiva. Ha remitido el cuadro estuporoso.

Análisis de líquido cefalorraquídeo: Todos los datos son normales.

Diagnóstico: *Esquizofrenia hebefrenocatatónica.*

(Se continuará.)

SESIONES CLINICAS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE TISIOLOGÍA

Sesión del 22 de Diciembre de 1932.

EL EQUILIBRIO ÁCIDOBÁSICO EN LA TUBERCULOSIS PULMONAR

Presidencia: Dr. Codina Castellví.

Dr. Martínez Bruna.— Dado el papel que el pulmón desempeña en el mantenimiento del equilibrio ácido-básico hemático, resultaría lógico suponer que un pulmón enfermo e inutilizado en mayor o menor parte para cumplir su misión diera lugar a variaciones en el indicado equilibrio o cuando menos hiciera que el organismo echara mano de los restantes procedimientos de regulación de que dispone. Si a esto añadimos que en la tuberculosis existen modificaciones metabólicas de importancia y que, conforme ha demostrado Mantoux, la combustión de los ácidos grasos se encuentra disminuida, y que Delore encuentra ácidos grasos en las zonas caseificadas del pulmón, y hasta en los esputos de algunos tuberculosos, resulta todavía de mayor interés en este estudio. Puede suponerse igualmente que la extensión del proceso, y acaso su naturaleza, tenga alguna influencia en este punto.

A continuación pasa revista a la bibliografía, encontrando una notable divergencia entre los resultados hallados por los diferentes autores, discrepancias que se ex-

plicarian en parte por el hecho de que todos los autores, con excepción de Dautrebande, han realizado simplemente la determinación de la reserva alcalina, y hoy se sabe que un estudio del equilibrio ácido-básico no puede realizarse por la determinación de uno de los muchos factores que le integran, y mucho menos si éste es la reserva alcalina, ya que un aumento de ella lo mismo puede indicar una alcalosis (no gaseosa) que una acidosis (gaseosa), esto es, los dos estados opuestos. Estos estudios deben abor darse, cuando menos, con la determinación simultánea de dos factores, y los dos más estrechamente ligados son el pH y la reserva alcalina, con los que podremos no sólo darnos cuenta del estado del equilibrio, sino que también podemos orientarnos y en ciertos casos juzgar con perfecta exactitud de los medios que el organismo pone en juego para la lucha contra la causa que trata de modificar su equilibrio.

En los estudios que ha efectuado ha determinado conjuntamente con el pH y la reserva alcalina hemáticos la acidez actual y potencial y la cantidad de amoníaco urinario, para investigar el papel desempeñado por el riñón en esos casos. Para la determinación de la reserva alcalina se ha servido del aparato y técnica antiguos de Van Slyke. La determinación ha sido hecha saturando siempre a la tensión de su anhídrido carbónico alveolar todas las muestras, ya que trabajando con el plasma recogido bajo aceite de parafina lo que se determina es el anhídrido carbónico total, que no es precisamente la reserva alcalina, según el criterio de Van Slyke. El pH ha sido determinado con la técnica colorimétrica de Coolen Bigwood, cuyos tampones han sido controlados electrométicamente. Todos los días se ha comprobado la concordancia entre los resultados de las técnicas colorimétrica y electrométrica. El pH urinario ha sido determinado con el ionoscopio de Michaelis y la titulación de acidez potencial y amoníaco con la técnica de Ronchese, de una aproximación suficiente para el objeto de sus estudios.

Los enfermos permanecían en reposo y en ayunas desde quince horas antes de la prueba, haciéndose ésta a las nueve de la mañana; la sangre se recogía bajo parafina; la orina de la micción inmediata se recogía con las mismas precauciones, y las determinaciones se realizaban dentro de la hora que seguía a la extracción.

Los enfermos fueron estudiados detenidamente, teniendo cada uno, además de la exploración clínica radiográfica, determinaciones de velocidad de sedimentación y hemogramas de Schilling, etc.

En los resultados obtenidos en el estudio de 36 enfermos se aprecia que el valor medio del pH hemático en los tuberculosos corresponde exactamente con el valor medio normal, siendo pocos los casos en que los valores llegan a los límites fisiológicos extremos, de lo que puede deducirse que en el tuberculoso no existe ni acidosis ni alcalosis descompasadas.

El valor medio de la reserva alcalina es también próximo al valor medio normal, y en ninguno de los casos se aparta de la zona y límites fisiológicos, pero en ocho casos se encuentran cifras próximas a la zona límite superior, mientras que doce presentan cifras próximas a la zona límite de la acidosis. Si se examinan estos casos puede verse que no son siempre precisamente los que presentan reserva alcalina alta los que tienen una cifra de pH más elevada, ni tampoco los de reserva alcalina baja los que presentan una cifra de pH inferior, sino que con frecuencia sucede lo contrario.

Cree que con esto quedan explicadas en parte las dis

crepancias de opinión de los autores, ya que realizando simplemente la determinación de la reserva alcalina todos los casos de disminución de su cifra son tomados como acidosis y por alcalosis los de aumento de la misma, y acabamos de ver que no es así tampoco en la tuberculosis. Por otra parte, esto indica que el organismo lucha contra la causa que trata de hacer variar su equilibrio de un modo que no es siempre el mismo y cuya interpretación es clara si estudiamos el factor renal.

El pH urinario muestra una concordante tendencia de cifras bajas (si bien mucho más marcadas en unos casos que en otros), lo que expresa un aumento de la función renal en la eliminación de valencias ácidas, que es en general corroborada por el aumento de la acidez potencial.

Comparando los cuatro factores hasta ahora comentados, se observa que hay algunos casos en que la reserva alcalina es alta, la cifra del pH urinario baja y está incrementada la acidez de titulación; otros casos, por el contrario, presentan reserva alcalina baja, pH urinario alto y acidez potencial baja. Parece como si el organismo del tuberculoso empleara para mantener su equilibrio, o bien, como en el primer caso, al riñón que aumentaría su función eliminadora de valencias ácidas, que es lo que provoca el descenso de la cifra de pH urinario, incrementa la acidez potencial de la orina y hace ascender la reserva alcalina, o bien se defiende por una hiperventilación que provoca una pérdida de anhídrido carbónico o por intercambio iónico de Hamburger entre plasma y glóbulos, una disminución de la reserva alcalina, en cuyo caso el riñón eliminaría menor cantidad de valencias ácidas.

Fácilmente se comprende que no es forzoso que el organismo siga de modo aislado uno de estos dos caminos, sino que podrán darse todas las combinaciones, que es lo que probablemente sucede en aquellos casos en que no hay variaciones marcadas de ninguno de los cuatro factores estudiados.

Respecto al amoníaco, su cifra media coincide con la cifra media normal y los valores de cada caso no se apartan mucho de este valor medio, y casi siempre cuando lo hacen es en el sentido de una disminución, por lo que se puede sacar la consecuencia de que las alteraciones del equilibrio ácido-básico no son de tal importancia que justifiquen la necesidad de que el organismo eche mano de la formación sintética de amoníaco por el riñón, admitida por Mase y Benedict.

De un examen superficial puede sacarse ya la consecuencia de que ninguna relación existe entre la forma y extensión del proceso y el estado del equilibrio ácido-básico, en lo que coincide con la opinión de Lopo y Ferreira.

Conclusiones.—En los casos estudiados no puede apreciarse una modificación notable del equilibrio ácido-básico hemático, sino únicamente una ligera tendencia a la acidosis, evidenciada por una disminución de la cifra de pH urinario y un aumento de la acidez de titulación.

La reserva alcalina no puede constituir, estudiada aisladamente, un proceder de investigación del equilibrio ácido-básico en el organismo del tuberculoso, ya que según las condiciones del sujeto el mantenimiento del expresado equilibrio se hace perfectamente por la puesta en juego del factor renal o del pulmonar, y el comportamiento de la reserva alcalina es opuesto en uno y otro caso.

Para este estudio han de realizarse, por tanto, las determinaciones de pH y reserva alcalina hemáticos cuando

menos, y será necesaria la determinación del pH y de la acidez de titulación urinarios, si se quiere tener idea exacta del estado del equilibrio y del modo mediante el cual el organismo lucha con la causa que trata de modificarle.

No existen variaciones de importancia en la cifra de amoniaco urinario.

No hay ninguna relación entre la forma anatomopatológica y la extensión del proceso tuberculoso, por una parte, y el estado del equilibrio ácido-básico, por la otra, y quizá éste pueda ponerse en relación con las alteraciones metabólicas de cada caso.

Dr. Carbajo.—Hace referencia a unos estudios de la reserva alcalina en la tuberculosis pulmonar, presentados en Junio pasado, de los que deducía que la determinación de la reserva alcalina no tiene ningún valor clínico en estos casos. Se refiere a los trabajos de Delore sobre el equilibrio ácido-básico en la tuberculosis pulmonar, que considera fundados en datos científicos muy poco corrientes, pues en sus conclusiones hace deducciones considerando que la reserva alcalina se encuentra aumentada en aquellos tuberculosos en que pase de 55, cosa que no es cierta, y de esa manera hace una relación de hechos que a primera vista parece que son concluyentes, considerando que la reserva alcalina se encuentra aumentada en un tanto por ciento grande de tuberculosos pulmonares.

Considera, de acuerdo con el Dr. Martínez Bruna, que para estudiar el estado del equilibrio ácido-básico hay que estudiar los demás factores.

Dr. Díez.—Recuerda sus estudios acerca de la reserva alcalina hechos en cierto número de casos, de los cuales sacó la convicción de que esta determinación no tiene la más mínima utilidad.

Dr. Martínez Bruna.—Insiste en las conclusiones, y hace referencia a unos trabajos que está efectuando acerca del equilibrio ácido-básico, pero no en las condiciones artificiales de reposo y ayuno, sino haciendo un estudio comparativo con controles, en las veinticuatro horas, en ayunas, antes y después de la comida, antes y después de realizar ejercicio, etc., de cuyos trabajos llega a conclusiones de orden muy particular, y es que mientras en el sujeto de control las modificaciones del equilibrio ácido-básico son siempre de la misma dirección, no variando más que en la intensidad, en cambio, en la tuberculosis pulmonar nunca coinciden las variaciones que se presentan con las que ocurren en los sujetos normales.

Considera que haciendo un estudio de la reserva alcalina, conjuntamente con la cifra de pH, estudiando la función renal, etc., quizá pueda llegarse a tener un conocimiento perfecto del equilibrio ácido-básico en la tuberculosis y quizá algún detalle, aunque no sea de importancia, pueda explicarse por su mediación.

BIBLIOGRAFIA (1)

LE TRAITEMENT DES TOXICOMANES ET LA PHLYCTENOTHE-
RAPIE, por el Dr. P. Modinos, médico jefe del Hospital
Europeo de Alejandría, delegado sanitario de Suecia en
el Consejo Cuarentenario de Egipto. Un volumen en octa-
vo, 107 páginas, 24 francos. J. B. Baillière et Fils, edit.
Paris.

Si hemos de juzgar el alcance nocivo de un azote social por la consideración de las consecuencias nefastas que aca-

rra, existe uno de mucho mayor alcance que la más grande de las guerras, por el número de víctimas que ocasiona diariamente y a las que ataca para de modo insidioso envejecerlas, depauperarlas, degradarlas sin perdonar jamás a una.

Este azote social es el estupefaciente, que hoy día se propaga de manera terrible.

El opio y sus derivados, en particular la heroína y el haschis, así como la cocaína, causan formidables estragos.

El Dr. P. Modinos da en esta obra, en primer término, un estudio sobre las principales sustancias tóxicas euforogénicas: opio, morfina, heroína, cocaína, hachiche, para después abordar el estudio de su tratamiento modernísimo, la flictenoterapia, que constituye el principal objeto de este tratado.

Al final de la obra dedica un capítulo a la lucha contra los estupefacientes.

Creemos de gran interés práctico en las actuales circunstancias la lectura de este tratado, aun cuando por fortuna para España el problema de las toxicomanías no tenga entre nosotros las amplitudes que en otros países de Europa y América.

X. X.

L'ÉTAT RÉACTIONNEL; ÉVOLUTION DU TISSU LYMPHOÏDE EN RÉACTION, por A. Guieysse Pellissier. Volumen de 224 páginas, con 54 figuras. Librería de Félix Alcan. París, 1932.

Denomina el autor estado reaccional al que separa el de salud perfecta del patológico, que, según él, interesa principalmente al tejido linfóide. Con este motivo hace un estudio de conjunto de dicho tejido y de sus reacciones más importantes, considerándole como una reacción del conjunto contra las causas irritativas. Constituido el tejido linfóide, se desarrolla tan exageradamente, que si en un principio ha podido ser útil para la vida, se convierte pronto en un estorbo y se hace capaz de provocar trastornos serios en el funcionamiento de los demás órganos, comportándose como un parásito que perturba la armonía de los tejidos vecinos. No defiende al organismo, sino que es nocivo para él.

Cuando regresa deja en los puntos que invadió degeneraciones esclerosas, y es el tejido cuyas reacciones pueden ser más funestas, por lo que acaso fuese un bien limitar su desarrollo, mejor aún que suprimir los focos linfoides cuando son accesibles, cosa esta última que es la que hacen los cirujanos cuando intervienen en las vegetaciones faríngeas, en las amígdalas y en el apéndice. Se ha recurrido para limitar su crecimiento a diversos medios: rayos X, radio, benceno, sueros leucocitotóxicos y, sobre todo, a la tripaflavina, procedimientos todavía poco eficaces, insistiendo el autor en la conveniencia de proseguir estos estudios, ya que quien logre idear un medio eficaz para limitar el crecimiento del tejido linfóide habrá prestado a la Humanidad un servicio tan grande como el que la prestó Pasteur al descubrir las causas de las enfermedades inflamatorias.

Todas estas ideas las va desarrollando Guieysse-Pellissier en varios capítulos, en los que da cuenta de sus estudios histológicos sobre los tejidos y órganos linfoides, de los experimentales, de los comparativos, y finalmente, de las relaciones entre la presencia normal del tejido linfóide y las inflamaciones llamadas intersticiales.

Consideramos digno de lectura y meditación el libro que nos ocupa

GONZÁLEZ CAMPO

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

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

E. Gaing. LA LECHE ÁCIDA HIPERGRASA EN LA PRIMERA INFANCIA. CONSIDERACIONES ACERCA DE 160 CASOS NUEVOS.—En 1921 hemos publicado un trabajo figurando 160 niños alimentados únicamente con leche ácida hipergrasa, con buenos resultados.

La leche ácida hipergrasa no es un alimento transitorio y de excepción para la primera infancia; debe ser considerado como alimento normal, único y duradero, sobre todo en el primer semestre de la vida. Es una leche muy ácida y muy gorda; con acidez entre 30 a 40° Soxhlet-Henkel, y manteca entre 50 a 80 por 1.000; es de aspecto de leche coagulada con finos grumitos.

De preferencia la damos en el primer semestre de la vida; también más tarde, si el estado de nutrición está en condiciones defectuosas o si el desarrollo se encuentra detenido. En estos casos la leche ácida hipergrasa es preciosa, ya que levanta rápidamente el estado de nutrición y el desarrollo se reanuda.

La dosificación de la leche agria hipergrasa es fácil. Un litro contiene mil calorías (incluyendo el 5 por 100 de azúcar). La dosis máxima a dar es un décimo del peso, dividido en seis raciones.

Un niño de 6.000 gramos recibirá seis de 100 gramos; conviene empezar por seis de 80 gramos.

Un niño de 4.000 gramos recibirá seis de 65 gramos.

Un niño de 3 kilos tomará seis de 50 gramos.

Un niño de 2 $\frac{1}{2}$ kilos, seis de 40 gramos.

Se puede y debe darse la leche ácida hipergrasa desde la edad temprana; único modo de aprovechar sus grandes ventajas. Numerosos niños la han tomado desde los primeros días y aun desde las primeras horas.

No hay inconveniente ordenarla después del primer semestre. Hay que tener en cuenta que estos niños acostumbrados a una alimentación, por lo general, dulce, extrañan los primeros días la acidez propia de la nueva leche; a menudo concluyen por tomarla y con gusto.

A veces el niño que ha tomado semanas o meses la leche ácida hipergrasa, un día deja parte de ella y acaba, por último, por rechazarla; repulsión transitoria o definitiva.

Al comienzo de la alimentación con leche hipergrasa, con frecuencia se observan vómitos. Pronto los niños se acostumbran al sabor ácido y a los grumitos. También puede haber vómitos «como agua», largo tiempo después de la comida.

Las deposiciones son, por lo general, una vez al día, de color amarillento claro, y a menudo cilíndricas, pastosas y aun ligero estreñimiento. Este defecto se corrige dando por la mañana en ayunas zumo de naranja y aun compota de manzana por la tarde.

Si aparecen deposiciones frecuentes y flojas es por anomalía de acidez; exceso o disminución. Predomina lo primero. En este caso se administra carbonato cálcico puro; tres veces al día una punta de cuchillo, disuelto en líquido azucarado.

La preparación de la leche ácida hipergrasa es fácil. Partiendo de la leche común, comprende: el enriquecimiento de grasa y la acidez. Para lo primero, recordemos que la leche común tiene 3 por 100 de grasa y la leche ácida hipergrasa 6 por 100; basta, pues añadir 3 por 100; 30 gramos de manteca por litro de leche, que están contenidos en 60 gramos de crema de leche del comercio.

Para la acidez se deja coagular espontáneamente la leche. En el invierno se agrega una cucharada de la leche anterior y se entibia dos o tres veces al día, manteniéndola en local resguardado del frío. En el verano hay que mantener el recipiente en sitio fresco; coagulada, rodearla con hielo. A la mañana siguiente se hierva la mezcla agitándola continua y enérgicamente con un batidor de manteca, para desmenuzar en lo posible los grumos producidos por la fermentación.

Para apreciar los resultados de la leche ácida hipergrasa hay que tener en cuenta: aspecto, color, estado general y peso del niño, así como inmunidad a las enfermedades intercurrentes. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 24 de Noviembre de 1932, año XXXIX, núm. 2.028, pág. 1.518).—M. A. C.

L. Spitzer. TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS CON GRANDES CANTIDADES DE CULTIVOS DEL ESPIROQUETA PÁLIDO.—He aquí el resumen que da el autor de este interesante trabajo: En una serie de enfermos de sífilis muy grave, cuyo estado de caquexia generalizada dificultaba el tratamiento y cuyos síntomas locales se habían mostrado refractarios a la terapia corriente, se ha mostrado muy activo y eficaz el tratamiento con una emulsión de cultivos de espiroquetas, previamente destruidos.

En todos estos casos se consiguió, en primer término, mejorar el estado general, elevar las fuerzas del enfermo y devolverle el apetito.

En tres casos de cefalalgia continua, que apenas podía dominarse por dosis extraordinariamente intensas de neosalvarsán, se obtuvo un éxito completo con las inyecciones de esta vacuna, quedando los enfermos aptos para el trabajo mental.

Del mismo modo se consiguió modificar favorablemente con la vacuna los síntomas locales más graves y refractarios a otros tratamientos.

Más llamativo fué el resultado obtenido con la rigidez pupilar, síntoma que hasta la fecha se consideraba como inmodificable y que dejó de serlo después de este tratamiento.

Los análisis e investigaciones serológicas confirmaron los buenos éxitos del tratamiento por las vacunas.

Bien dosificadas no se observan efectos desagradables. La dosis para las vacunas mixtas es de 0,5 c. c., y para las autovacunas, de 0,25 c. c. Con las últimas son más intensas las reacciones generales y las locales, obligando muchas veces a rebajar las diluciones de 1 : 1000 a 1 : 10 000.

El tratamiento de la sífilis por este procedimiento es, a juicio del autor, el tratamiento ideal.

Los éxitos principales se obtendrán probablemente en los casos recientes. (*Muench. med. Woch.*, núm. 50, 1932).—F. G. D.

S. Morris, L. Schiff, J. Foulger, L. Rich y E. Sherman. ACCIÓN HEMATOPOYÉTICA DEL JUGO GÁSTRICO CONCENTRADO (ADDISINA) EN LA ANEMIA PERNICIOSA.—El empleo del hígado y de sus preparados en el tratamiento de la anemia perniciosa significó un verdadero progreso en la Medicina. Ulteriormente se empleó el estómago de ciertos animales con el mismo fin. De antiguo es conocido que la aquilia gástrica se asocia y precede a la anemia perniciosa, y Castle y sus colaboradores demostraron que la alimentación de los anémicos con carne cruda de vaca sometida previamente a la acción del jugo gástrico normal provoca un estímulo del sistema citoreticular análogo al provocado por la administración del hígado. Si se da sólo carne cruda de vaca, carne

tratada con jugo gástrico artificial o carne mezclada con jugo gástrico de otro enfermo de anemia, los resultados son nulos. Dando diariamente 300 c. c. de jugo gástrico normal, sin carne, se provocaba también una reticulocitosis. De ahí parece deducirse que en el jugo gástrico de los enfermos de anemia perniciosa falta una substancia intrínseca, que unida a otra extrínseca suministrada por la carne cruda estimula la hematopoyesis. Los autores de este trabajo pensaron que esta substancia del jugo gástrico normal tendría una eficacia mucho más considerable administrada por vía parenteral, y concentrada y evaporando al vacío el jugo gástrico obtuvieron una substancia al parecer muy eficaz en el tratamiento de las anemias perniciosas. El principio activo contenido en el jugo gástrico y estimulador de la hematopoyesis es, según ellos, termolábil, dializa a través de colodión y tiene todas las características de una hormona. Los autores lo bautizaron con el nombre de addisina. Hasta la fecha no ha sido posible dosificarla con exactitud. Se toma como unidad la cantidad de addisina obtenida con 100 c. c. de jugo gástrico de cerdo, y como dosis para inyectar la de 30 unidades; mas como los distintos jugos gástricos contienen cantidades muy variables de todos sus componentes, de ahí que el valor de la unidad de medicamento sea muy variable.

Los autores recomiendan dar grandes dosis de jugo gástrico, obtenido del cerdo, dosis que oscilan entre 30 y 60 unidades aproximadamente. Con jugo gástrico procedente de hombre dan sólo de 2,5 a 5 unidades y la dosis mayor que dieron fué de 9, obteniendo muy buenos resultados.

La addisina se encuentra en el jugo gástrico de los omnívoros, carnívoros y herbívoros, pero el animal que mejor se presta, según ellos, para obtener principio activo es el cerdo.

Basta, según ellos, con una sola inyección intramuscular para obtener una remisión muy marcada de las anemias, debiendo repetirse el tratamiento al cabo de dos meses. Posteriormente pueden espaciarse todavía más las inyecciones. (*Muench. med. Woch.*, 1932, núm. 52).—F. G. D.

F. Coller y W. Maddock. LA DESHIDRATACIÓN EN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.—Los autores han llevado a cabo un intenso estudio sobre la eliminación acuosa de los operados, tanto en el acto de la intervención como en las horas cercanas que le preceden. La pérdida de agua sufrida durante la operación es muy variable, dependiendo en gran parte, de los vómitos y la hemorragia que el enfermo tenga; a más de esta deshidratación existe siempre, es decir, de una manera constante, una muy considerable que se efectúa por el sudor y la respiración, y que se puede evaluar, por lo general, en un litro. Se ha visto que esta deshidratación continúa con el mismo ritmo en las dos horas que siguen a la operación, llegando hasta dos litros en las primeras veinticuatro horas. La deshidratación disminuye mucho haciendo usar al operado ropas muy ligeras después de la operación. (*The Journal of the Medical Association*, 1.º de Septiembre 1932).—J. H. SAMPELAYO.

Maurice Looper. LA OPOTERAPIA RENAL.—La opoterapia renal parece que vuelve a ocupar en la terapéutica opoterápica el lugar que le correspondía desde hace ya años y que tras breve ocupación de uno dejó desierto—nos dice el Dr. Looper—; éste en su interesante artículo pasa revista a ella desde un punto de vista biológico, médico y terapéutico, dándonos las siguientes e importantes conclusiones como resumen no sólo de este artículo, sino también de sus muy importantes trabajos sobre este punto:

1.ª El riñón parece bien dotado de una función endocrina.

2.ª El extracto de riñón actúa sobre éste con elección y su opoterapia es útil en sus afecciones. Aunque la existencia de una hormona renal diurética no ha sido aún probada, parece, a pesar de ello, que los productos renales son diuréticos y pueden actuar en ciertas nefritis.

3.ª Todos estos extractos pueden ser inyectados. Para evitar que actúen tóxicamente deben ser cuidadosamente desalbuminizados.

4.ª El riñón actúa sobre la nutrición general y la anemia, tanto en las enfermedades de éste como en las de más diversa etiología, siendo, a pesar de todo, su acción inferior a la producida por la de los extractos del hígado.

5.ª Es totalmente imposible en el momento actual decir a qué substancia el extracto de riñón debe su acción secretoria y tampoco podemos explicar a qué ácidos amínicos debe la acción reparadora. (*Le Progres Medical*, 8.º Diciembre 1932).—J. H. SAMPELAYO.

M. C. Gorven. UN CASO DE SOMNOLENCIA ASOCIADO A UNA CAQUEXIA HIPOFISARIA INFLUENCIADO MUY FAVORABLEMENTE POR LA OPOTERAPIA HIPOFISARIA.—Se trata de una joven de veintidós años con una caquexia hipofisaria muy acusada; uno de los síntomas más marcados en ella era una somnolencia totalmente invencible, que se producía por crisis; éstas se verificaban varias veces al día con una duración de cinco a treinta minutos. La enferma presentaba además anorexia, adelgazamiento, dolores de vientre, estreñimiento, oligomenorrea, depresión muy intensa, sequedad de la piel y caída de pelo; todos estos síntomas se notaban desde hacía ya ocho meses, pero la enferma había ya tenido una crisis semejante a la edad de once años.

Durante cuatro meses se le hizo a la paciente un tratamiento a base de inyecciones de extracto hipofisario, desapareciendo en ella la somnolencia y los trastornos psíquicos, recobró el peso perdido y la actividad volvió a ser la en ella habitual; igualmente se normalizaron las reglas. La interrupción, tan sólo momentánea, del tratamiento opoterápico producía una regresión muy acentuada en su síndrome. A los tres meses de comenzado el tratamiento opoterápico le fueron extirpadas las amígdalas, que se encontraban infectadas, y a partir de este momento se operó sobre la paciente una mejoría de carácter general muy ostensible, pudiendo pasar un lapso de tiempo más largo que [antes sin tratamiento sin que volviese la aparición de] síntomas. (*Endocrinology*, tomo XVI, Julio 1932).—J. H. SAMPELAYO.

L. Blavier. OSCILOMETRÍA; INTERPRETACIÓN DEL OSCILOGRAMA.—En este trabajo nos hemos servido de un oscilógrafo sin el menor escape y gran sensibilidad.

La sensibilidad de la cápsula oscilométrica nos ha permitido comprobar fenómenos imposibles de observar con aparatos existentes en el comercio.

El «grito de la presión media» no existe solamente para esta compresión. Es debido a un éxtasis sanguíneo por debajo del manguito.

El volumen del brazo cambia durante la toma de presión. El segmento del miembro comprimido disminuye de volumen en las compresiones superiores a la máxima. El segmento por debajo del manguito aumenta de volumen por las contrapresiones inferiores a la máxima, hasta que la presión media de la sangre acumulada en la periferia vence la contrapresión ejercida por el manguito. Este fenómeno se observa en el manómetro del oscilómetro de Pachon por descenso de la aguja para las presiones superiores a la má

xima; la aguja asciende hacia presiones superiores a nivel de la máxima; ascenso de la aguja hacia presiones superiores para las contrapresiones por debajo de la máxima.

El manguito doble de Gallavardin es muy útil para las investigaciones de la presión máxima.

La amplitud del índice oscilométrico varía proporcionalmente al apretar el manguito; de manera que en las medidas comparativas de presión lo que importa no es sólo operar con contrapresión constante, sino también utilizando el mismo volumen comprimido.

La curva oscilométrica sufre ondulaciones de tres órdenes. La amplitud de las ondulaciones de origen cardíaco varía en razón inversa de la frecuencia del corazón. Las variaciones de origen respiratorio existen para todas las contrapresiones, aun en las supra e inframaximales; la inspiración provoca elevaciones; la espiración, descenso de presión a la inspiración la altura de las oscilaciones disminuye por aumentar a la espiración; existen variaciones en la curva oscilométrica con la prueba de Valsalva y con la de Müller. Mediante técnica especial hemos evidenciado curvas de Traube-Hering, lo que permite confirmar los trabajos de Mougeot.

La cantidad de tejido interpuesto entre arteria y manguito juega un papel en oscilometría: la altura de la oscilación es tanto más pequeña cuanto mayor la capa tisular.

Para juzgar de la forma de la oscilación, precisa tener en cuenta la cantidad de aire insuflado en el manguito. (*Revue Belge de Sciences Medicales*, Louvain, Octubre de 1932. Tomo IV, núm. 8, pág. 559).—M. A. C.

Kraft. ASMA Y CÁLCULOS BILIARES.—Se trata de una enferma, mujer de unos cincuenta años aproximadamente, que desde hace ya siete tiene crisis asmáticas de bastante gravedad; ha permanecido dicha paciente varias temporadas en diferentes servicios hospitalarios, donde se le han aplicado tratamientos muy diversos, los cuales le han reportado una mejoría a la par ligera que efímera. La enferma ha podido comprobar que cada una de las crisis disneicas era antecedida de una sensación dolorosa en el hipocostrio derecho, y que la absorción de algunos alimentos de difícil digestión (grasas sobre todo) la volvían a producir esta penosa sensación después de haberse producido la crisis asmática. Se le practicó un detenido reconocimiento de zona de hígado, no encontrándose nada digno de mención, tan sólo una ligera sensibilidad a la presión profunda en el epigastrio. Pero la radiografía nos dió la imagen de un cálculo solitario del tamaño de una almendra en una vesícula de conformación totalmente normal.

El Dr. Kraft procedió a la extirpación de la vesícula y del cálculo; posteriormente a la intervención la enferma no volvió a presentar crisis asmáticas. El tiempo de duración total de esta observación ha sido de cuatro meses. (*Zentralblatt für Chirurgie*, 19 de Marzo de 1932).—J. H. SAMPELAYO.

Correa. ÚLCERAS CRÓNICAS ELEFANTIÁSICAS DE LA VULVA Y DEL ANO Y SUS RELACIONES CON LA ENFERMEDAD DE NICOLÁS Y FAVRE.—El profesor bonaerense Correa lleva hasta la fecha publicadas unas 33 observaciones, 15 de ellas perfectamente estudiadas, de úlceras crónicas elefantíacas de la vulva y del ano. En 25 de los casos por él vistos, los edemas se acompañaban de trastornos rectales, tales como rectitis, fisuras, estenosis; tan sólo en ocho enfermos no había complicaciones de esta índole. La gonococia no tiene papel importante en el desenvolvimiento de estas lesiones, tampoco, y tan sólo muy rara vez, podemos incri-

minar de ello a la sífilis; de 21 enfermos en los que se practicó la reacción de Wassermann, hubo 17 casos negativos y 4 positivos.

Estas lesiones se encuentran con una gran frecuencia en las prostitutas, y parece algo ya indiscutible que el factor venéreo y la contaminación sexual son factores muy dignos de tener en cuenta. En todos los casos que se practica la reacción de Frei (nueve de los vistos por el Dr. Correa) es ésta positiva, por lo cual el autor termina su artículo haciendo ver el papel que juega la enfermedad de Nicolás y Favre en los edemas crónicos, bien con síndrome anorrectal o bien sin él. (*Revista de Gynecologia et D'Obstetricia*, Río de Janeiro, Mayo 1932).—J. H. SAMPELAYO.

E. Lesné EL VALOR NUTRITIVO DE LOS HUEVOS.—El huevo es un alimento de valor nutritivo indiscutible; conviene, salvo excepciones, a los niños, adultos y ancianos.

La yema de huevo contiene materias grasas, lecitina, colessterina, nucleoproteidos ricos en triptófano, gran proporción de fósforo y de hierro asimilables, y sales de sodio, de potasa, de cal y de magnesio. La yema de huevo es muy rica en vitasterinas liposolubles (factor A de crecimiento y factor D antirraquítico), y en vitaminas B y B' de crecimiento antineurítico. Contiene, además, cierta cantidad de vitamina G antipelagrosa.

La clara de huevo está exclusivamente compuesta de substancias albuminoideas, de agua y sales. La ovoalbúmina es rica en aminoácidos y principalmente en lisina y triptófano, indispensables al equilibrio de la nutrición y crecimiento.

El huevo posee estas cualidades solamente cuando está fresco y si proviene de gallinas correctamente alimentadas y viviendo lo más posible al aire libre. La alimentación y la aireación de los animales tienen influencia manifiesta sobre la composición del huevo, sobre sus cualidades nutritivas y especialmente sobre su contenido en vitaminas.

Se puede introducir de manera progresiva el huevo en la alimentación del lactante entre el noveno y décimo mes; sobre todo, en los niños que digieren mal la leche y en algunos hipotróficos. La yema de huevo será ensayada primeramente cocida e incorporada a sopa o puré. El huevo bien cocido es mejor tolerado que el huevo crudo.

Este alimento está a veces contraindicado en los hepáticos y en los enfermos con trastornos gastrointestinales (enterocolitis, apendicitis crónica) o con manifestaciones cutáneas (eczema, estrófulus, prurigo); tomando precauciones, el huevo, aun en estos casos, terminará siendo tolerado y útil al régimen.

Existen, excepcionalmente, casos de intolerancia más o menos absoluta. Esta sensibilización congénita o adquirida, especialmente para la clara de huevo, se manifiesta a veces desde la toma de muy escasa cantidad de este alimento por la aparición de eczema, urticaria estrófulus, edema de Quincke, asma. Estos accidentes, en general ligeros, pueden revestir la sintomatología de la gran anafilaxia. En la mayoría de los casos se pueden desensibilizar estos enfermos por el método de las pequeñas dosis de huevo muy cocido, progresivamente aumentadas. (*Bulletin de l'Academie de Medicine*, París. Año 96. Serie 3.^a, tomo CVII, núm. 29, página 1,597).—M. A. C.

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 en 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.—La práctica de la Medicina en el Rif, por el Dr. Mariano Buesa.—Academias, Sociedades y Conferencias.—Academia Nacional de Medicina.—Colegio Oficial de Médicos.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Por las Clínicas de Europa.—Tertulia médica.—Anuncios.

Boletín de la semana.

Cosas de estos días.

Un dignísimo compañero, médico titular inspector municipal de Sanidad, nos relata hechos que tienen particular trascendencia en los actuales momentos, en que se pretende presentar ante la opinión nacional una obra sanitaria de *envergadura*, palabreja esta que sirve ahora de colutorio a tanta boca hecha agua frente a los escaparates llenos de esperanzas en galantina.

Parece ser que un Ayuntamiento, cuyo nombre no hace al caso, consiguió dotar hace unos años con 1.500 pesetas el abono de servicios de dispensario antipalúdico y otros benéficos sanitarios, no incluidos como obligatorios de la titular. La consiguiente presupuestaria se hizo con carácter permanente y por el pleno del Ayuntamiento, conforme consta en acta, debidamente certificada al interesado.

Pues bien: el Ayuntamiento actual suprime esta dotación y cuantos derechos creó en favor del titular que la disfrutaba. ¿Por qué?

Esto es lo que no consta. Sólo sabemos que unos servicios sanitarios, oportunamente establecidos y bien módicamente recompensados, se suprimen con daño del interés público y del derecho individual de un médico. ¿Hay faltas en el desempeño del cargo? ¿Han cesado las circunstancias que impusieron la creación de esos servicios?

Ni lo uno ni lo otro parece aducido, ni menos demostrado. Lo que sí demuestra tal actitud de una Corporación municipal es que la Sanidad continúa siendo materia de dócil molde al calor de luchas políticas y papeleos administrativos.

No creemos nosotros que puedan abandonarse los deberes sanitarios de ese Ayuntamiento ni los derechos sagrados de ese médico; pero bueno será que todos estemos enterados de cómo se procede por las autoridades municipales frente a las complacencias del poder gubernativo en estas cuestiones sanitarias.

* * *

También nos consta que nada tiene que envi-

diar, paralelo a este problema, el que plantea la lucha incalificable de los compañeros.

No puede admitirse que un titular veterinario desempeñe al propio tiempo la titular de médico. Es justo reconocer el esfuerzo que supone conseguir ambos títulos profesionales; pero no es menos justa la crítica de quien no se decide en la elección de un ejercicio en el aspecto de ocupar dos plazas con daño evidente de un compañero.

Puede un médico ejercer libremente la profesión veterinaria, para la cual conquistó el diploma del Estado; mas la ética profesional se rebela ante un propósito acaparador de dos actividades oficiales que tienen por la fuerza de los hechos que crear situaciones de incompatibilidad evidente en la gestión inspectora sanitaria. No se concibe que esto se permita; y ante la denuncia que se nos hace de tales hechos en un municipio vizcaíno, llamamos la atención de los organismos directivos de la Sanidad nacional, antes de puntualizar el estado anárquico que tales cosas crearían en el medio rural, aparte del problema de parados, que impone cada vez más la enérgica puntualización de las incompatibilidades.

* * *

La prensa extranjera viene tratando de encauzar una protesta de índole *profesional* por el trato que sufre desde hace muchos meses el Dr. Albiñana. También, según dicen los periódicos de estos días, algunos Colegios Médicos españoles se mueven en igual sentido. Nosotros, por nuestra parte, creemos haber cumplido con nuestro deber y no serle a nadie sospechosa nuestra actitud en este asunto.

Sería de desear que las últimas declaraciones del jefe del Gobierno tendieran un puente por donde pudiese pasar algo de cordialidad y rectificación, siquiera fuese para evitar campañas que lleven el nombre de España en compañía de juicios nada beneficiosos para su buen crédito.

Nuestra parquedad actual sobre este tema obedece, como no es secreto, a que no podemos consentir que ciertas interpretaciones tendenciosas nos presenten como maniobreros políticos cuando creemos permanecer, como siempre, en la justa actitud

a que nos obliga el deber de defensa del compañero médico, defensa de que tan alto ejemplo nos dió a todos, en muchas ocasiones, el propio Dr. Albifana.

DECIO CARLAN

LA PRACTICA DE LA MEDICINA EN EL RIF

POR EL

DR. MARIANO BAEZA

INTRODUCCIÓN

Dos años de ejercicio profesional al frente del consultorio indígena de Midar, en la kabila de Beni-Turin, una de las más refractarias a nuestra penetración y, por tanto, de las que mejor conservan sus costumbres, sentires y creencias, nos han proporcionado algunos datos en relación con el título que encabeza estas líneas, que creemos pueden resultar interesantes al público y al médico, no por lo que tienen de nuevos y trascendentales, sino por lo poco divulgados que están. Quisiéramos atraer la atención de uno y otro hacia los problemas marroquíes, que parecen no preocuparles mucho, cuando aquí hay un campo virgen donde pueden volcarse muchas actividades faltas de empleo en la metrópoli. Estas notas, fruto de la observación directa de hechos vividos, para cuya confección no se ha utilizado bibliografía alguna, tendrán un interés concreto para aquellos médicos que piensen venir a Marruecos a ejercer la profesión.

I

IDIOSINCRASIA DEL CLIENTE.—DATOS GENERALES

Antes de pasar adelante creemos oportuna una advertencia previa. En la escritura de los nombres indígenas hemos utilizado la ortografía fonética, representando cada sonido, tal como lo hemos oído pronunciar, por la letra de nuestro alfabeto que mejor lo expresa. Sin embargo, haremos constar que la mayoría de los escritores colocarían una «h» allí donde nosotros ponemos una «j».

En un consultorio indígena, el médico se encuentra frente al enfermo en una situación que se diferencia mucho de la que es habitual en las consultas públicas de los países civilizados.

En primer lugar, el moro no concibe la igualdad de trato, como no concibe la línea recta. Así como es tortuoso en sus veredas, en sus escrituras, en sus construcciones, en sus cultivos, en sus vestidos, en sus ideas y en sus proceder... es señor o siervo, déspota o esclavo, según la suerte que el destino le deparó; pero nunca un hombre igual a otro hombre.

Abierta una consulta, en España, por ejemplo, habría protestas, aunque solo fuesen internas, si se dispensara trato de favor a alguien, si por atender a una persona de viso se postergaba a los demás. Aquí ocurre todo lo contrario. Seríamos censurados si hiciésemos guardar turno al *mokaden* (1) o al *chej* (2), aun por los mismos favorecidos con que esperasen. El que se atiende a los enfermos por el orden de llegada a la consulta, no les cabe en la cabeza; prefieren que sea por orden de categoría. Cualquiera jefecillo que espera por un anónimo, se considera postergado y ofendido; igual

(1) *Mokaden* es el jefe de una agrupación de caseríos que recibe el nombre de *yemá*, cuyo número de habitantes suele oscilar alrededor de mil.

(2) *Chej* es el jefe de una de las fracciones en que se divide la *kabila* siendo ésta en su extensión y población algo así como un partido judicial de España o menos.

ocurre al rico que espera por un pobre. Cualquiera hombre obscuro al que se le tiene una pequeña consideración, procura hacerla ostensible a los presentes, y se cree elevado en categoría. Es por esto que quieren ser atendidos en horas extraordinarias o visitados a domicilio. Es por lo mismo que todo el que llega al consultorio y se cree alguien, entra muy decidido en la sala de curas sin preocuparse de si está o no ocupada por otro, exponiéndose a que le invitemos a salir, con lo cual se retira amoscado, y es motivo de risas, escándalo o pesadumbre en los circunstantes, según la categoría que al intruso concedan. Si logra quedarse, se vuelve hacia los que aguardan, y con aire de satisfacción y una mirada de superioridad, parece decirles: «Para que veáis quién soy yo».

Una de nuestras preocupaciones ha sido infiltrar entre los indígenas las ideas de igualdad, atendiendo por orden de presentación. A pesar de todo, hacemos excepción en la visita al *kaid* (1), *kadí* (2), *jalifa* (3), y cuatro o cinco notables más, y ello por consideración a la acción política, no porque como médicos lo creamos justo.

El psiquismo del moro le lleva a tomar una posición anómala ante la enfermedad y ante el médico.

Pocas veces se puede tener absoluta confianza en que sea cierto aquello de que se queja: exagera, oculta, miente...

¿Por qué? Temperamento, pudor... Acaso pretende entablar una demanda, hacer una reclamación como herido de guerra, no trabajar, justificar su presencia en el consultorio, al que vino sólo por ver; tal vez quiere curar, con la medicina que pretende obtener, a un familiar suyo que es el efectivamente enfermo... Sobre este extremo se dan casos verdaderamente pintorescos. Sujetos que se nos presentan quejándose de una serie de dolores y molestias, casi siempre terribles, que sospechamos falsos, a juzgar por el examen objetivo, y que al ser descubiertos en su treta, nos presentan únicamente un granito o una erosión, diciendo tranquilamente: «bueno, pues curarme esto». Si en vez de ponerles ante los ojos su patraña optamos porque ellos la manifiesten, les invitamos a tomar en nuestra presencia un medicamento o a sufrir una pequeña intervención... y en seguida se confiesan: «*Mi teniente, no ser yo; estar hijo mío mucho malo...; favor... baracalouci...*»

Pero no siempre las falsedades del moro, o el negativismo a respondernos cuando le interrogamos, tienen una finalidad; no. Es sencillamente que no sabe, que olvida, que no se observa, y si algo sabe no lo localiza en el tiempo, porque no tiene idea de él: lo mismo le da decir hace un año que hace diez, que hace una semana. No cuenta lo que vive; vive y nada más. El presente es todo. A lo sumo, tiene en su vida unos cuantos jalones que le sirven de referencia. «*Cuando entrar españoles en Tiza, cuando el desastre, cuando españoles entrar por Tetuán...*»

La reacción lógica, equilibrada y sensata ante el dolor y la enfermedad es difícilísima de encontrar. El moro reacciona casi siempre de modo extremista. Se queja aparatosamente, por comedia, y aguanta aparatosamente «por fantasía», por comedia también: siempre está en escena, su actitud dependerá del papel que se asigne.

Entre el que con una pequeña herida en un dedo llega a la consulta quejumbroso, haciéndose conducir entre dos,

(1) *Kaid* es la primera autoridad políticogubernativa de la kabila.

(2) *Kadí* es la primera autoridad judicial.

(3) *Jalifa* es el suplente del *kaid* en ausencia de éste o segunda autoridad políticogubernativa.

respirando trabajosamente, con la capucha de la *chilaba* (1) echada por la cara, los ojos entornados...; y el que se presenta tranquilo y sonriente diciendo «*estar como nada*», cuando una granada que se encontró en el campo le destrozó ambas manos al explotar, mientras jugaba con ella. Entre el que se marea al extraerle una gota de sangre para un frotis, o al ponerle una inyección...; y el que aguanta sin anestesia, porque no la quiere, la reducción de una luxación o fractura; entre el que con un pequeño forúnculo se tumba y se hace alimentar y velar por la familia y nos hace ir a su casa porque dice que se muere...; y el que llega a nosotros diciendo que está «*un poco malo*» y tiene 39 o 40° de temperatura; entre el que al tocarle el epigastrio para hacer una exploración, en un caso de hiperclorhidria, da un alarido y se encoge, se arruga...; y el que aguanta a pie firme la extracción de un proyectil, porque «*no querer dormir*» (no quiere anestesia), no hay términos medios. En general, abunda más el impresionable y timorato entre los hombres, y el valiente y sufrido entre los niños con uso de razón.

Pero aun los que ante el dolor material tiemblan, son verdaderos estoicos ante el dolor moral. Aquí no hemos visto excepciones: ni una lágrima, ni un gesto de desesperación o dolor ante el cadáver de un hijo. Creemos que esto lo condensa todo.

Los hombres no sufren; al menos no lo aparentan. Las mujeres cantan su llanto.

* *

La ignorancia coloca al moro en una situación de suspicacia defensiva que le hace ser embustero.

Hay enfermos que nos dicen un nombre falso por temor a tener que pagar alguna cosa cuando termine su curación. (Sabemos que algunos abandonan la consulta por este temor cuando se consideran fuera de peligro, sin esperar a que se les dé el alta.) Cuando ya ven que no se paga nada y hemos llegado a granjearnos su confianza, se presentan con su nombre verdad, y como a veces no confiesan el nombre primero con que se les fichó, es difícil hallar su historia clínica para continuarla.

Los hay que verdaderamente no saben, a punto fijo, de donde son ni cómo se llaman, y no digamos los años que tienen, porque eso no lo sabe casi ninguno. El nombre es algo incierto, carece de la fijeza que entre nosotros tiene; aun cuando lo normal es que el primer apellido sea el nombre del padre y el segundo el del abuelo paterno, ellos combinan sus nombres y apodos de modos muy variados. Si les hacemos notar que este cambio constante, esta incertidumbre es una falta de seriedad porque nos equivocan, contestan invariablemente: «*quis quis*» (es igual, lo mismo da), como diciendo: ¡qué cosas tienen estos españoles, a lo que dan impor-

tancia! El moro no se la da a nada, como no sea a la guerra. Para todo lo demás tiene siempre una sonrisa uniforme y una flexibilidad que hace que por nada se inmute, ante nada se azore; sobre todo, que nada se revele en su semblante.

Midar, Junio 1932.

(Continuará esta serie de artículos en el número próximo.)

Academias, Sociedades y Conferencias

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del 9 de Enero de 1933.

EL DIAGNÓSTICO FITOTÓXICO DE LA ESQUIZOFRENIA

(Comunicación del Dr. Puñuelo. — Discusión.)

Dr. Antonio Piga: Al tratar este tema hubiera sido conveniente preguntarse: ¿es posible el diagnóstico fitotóxico de la esquizofrenia? Hoy por hoy los trabajos sobre la cuestión vienen demostrando que no se puede llegar a este diagnóstico porque el índice fitotóxico carece de especificidad.

En la iniciación de los estudios del índice fitotóxico se creyó en la existencia de una sustancia específica en ciertas enfermedades; se ha demostrado que existe en varias y sin tal especificidad.

Además, la cuestión del índice fitotóxico relacionada con las modificaciones que en el suero sanguíneo realizan los rayos ultravioleta nos permite apuntar un problema de cierto interés. En unión de nuestro hijo estamos realizando

NOTA CÓMICA SEMANAL



—¿Conque a Deifin le quitan los destinos?

—Pues la gente dice que es él quien los ha puesto sobre la mesa.

(1) *Chilaba*: prenda exterior que usan todos los moros.

estudios sobre fenómenos fotoeléctricos que nos hacen pensar, en cuanto al índice fitotóxico, sea esta expresión fotoeléctrica del suero sanguíneo. Es por lo que creemos necesaria una investigación del índice fitotóxico y coetáneamente de los tipos fotoeléctricos en diferentes procesos.

MIOMECTOMÍA VAGINAL

Dr. Vital Aza: Los casos clínicos motivo de esta comunicación son justiciables de haber sido intervenidos por vía vaginal. No llevan a la discusión sobre conveniencia de la intervención vaginal o abdominal. En ningún modo, tampoco queremos plantear agrias discusiones sobre indicaciones de la vía vaginal o laparotómica en ginecopatía, ni tampoco a la dureza con que se ha llevado este tema en la Academia de Cirugía de Buenos Aires.

El primer caso que vamos a exponer ha motivado un error diagnóstico por no haber procedido al tacto vaginal. En verdad, se trataba de una señorita de cincuenta años de edad con historia menorragia acentuada que en los últimos años ha tomado caracteres de verdaderas hemorragias patológicas. Es vista por un ginecólogo, y al encontrarse ante la existencia de himen no cree pertinente el tacto vaginal; sienta un diagnóstico de útero miomatoso. Cree conveniente terapia física y por un fisioterapeuta es irradiada con dosis de castración. La enferma no mejora; sus hemorragias se hacen más profusas y se transforman en intensas metrorragias. Es cuando fué vista por nosotros; un tacto vaginal, con los cuidados del caso, encuentra un pólipo uterino que llega hasta la apertura vaginal.

Como hemos dicho, error diagnóstico posible y sólo por no haber llegado al tacto vaginal.

La situación de nuestra enferma la resolvemos por una simple polipectomía por vía vaginal.

Otro caso, también resuelto por miomectomía vaginal, se refiere a una señora que, después de un parto con feto muerto, tiene un aborto al que siguen menorragias cada vez más intensas. La exploración nos acusa un útero grande; en su cuello una tumoración redondeada del tamaño de una mandarina; tumoración sesil; diagnosticamos mioma submucoso de tipo sesil. Proponemos miomectomía previa histerotomía. Obtenemos excelente resultado; en la actualidad esta cirugía conservadora ha hecho posible que la mujer se encuentre embarazada.

Los dos casos que siguen son semejantes clínicamente, pero muy diferentes en su evolución por la diferente técnica quirúrgica seguida. Uno de ellos es el de una mujer con una tumoración rellena toda vagina y ascendiendo hasta rebasar el ombligo; tiene flujo hemorrágico muy fétido con anemia intensa. Este enorme mioma proponemos sea intervenido por miomectomía vaginal; la enferma, siguiendo los consejos de un cirujano, acepta ser intervenida por él por histerectomía abdominal. Esta se realiza y la enferma fallece a las treinta horas de ser operada.

El último caso se refiere a una señora con sintomatología ginecológica análoga: metrorragias intensas; no puede adoptar la posición sentada; aqueja grandes molestias vesicales y la micción se hace solamente por rebosamiento. A la exploración se encuentra útero rebasando el ombligo; no hay cuello uterino y todo él está ocupado por una tumoración que también rellena totalmente la vagina. Como en el caso anterior, proponemos la extirpación miomatosa por vía vaginal, ya que la histerectomía nos estaba vedada por la existencia de dos millones de glóbulos rojos y 38 por 100 de hemoglobina. Es aceptada la intervención vaginal bajo raquí anestesia con novocaina. En el acto operatorio encontramos primeramente ciertas dificultades; pero finalmente pu-

dimos extraer hasta dos kilos y medio de material miomatoso.

En esta clase de enfermas con hemorragias de cierta duración contrasta su cuadro clínico con su admirable tensión arterial; por ello resulta de cierta benignidad la intervención por vía vaginal bajo raquí anestesia; a pesar de su grado de anemia y exigua cantidad de hemoglobina.

Dr. García Orcyoyen: Hemos de reconocer que los casos clínicos presentados están totalmente dentro de las indicaciones de la vía vaginal. Son miomectomías por mioma submucoso seguramente con base de implantación no muy acentuada. Ahora bien: digamos que, aparte de las dificultades técnicas que en estas enfermas se puedan presentar en el acto operatorio, la vía vaginal lleva a ciertos fracasos cuando el mioma uterino tiene base de implantación y crecimiento en capas más profundas del útero y nos veamos obligados por ello a intervenciones no conservadoras.

El estudio clínico de las enfermas que sangran hace variar los datos hallados cuando se trata de mujeres que sangran de poco tiempo y de manera aguda o lo vienen haciendo de manera crónica. En aquéllas el volumen sanguíneo está disminuido; en cambio la cantidad de hemáties y hemoglobina están poco alteradas, y por ello son situaciones modificables favorablemente con las inyecciones de suero. No sucede tal con las mujeres que sangran meses y meses; su volumen sanguíneo está poco modificado; pero en cambio, su grado de anemia y limitación de hemoglobina llegan a grados extremos. Es por lo que al ser intervenidas se tiene que realizar previa transfusión sanguínea.

ESTADO ACTUAL DE LAS NEGATIVAS DE PAPEL EN RADIOLOGÍA

Dr. Alonso Canalejas: Hace dos años presentábamos una comunicación sobre radiografías con negativas de papel. El tiempo nos ha corroborado sus ventajas, y hoy podemos hablar de los resultados satisfactorios que alcanza actualmente esta clase de negativos.

Las radiografías en papel las hemos conseguido siempre con la misma técnica que se emplea corrientemente para la película. Ahora bien; para la utilización de estos negativos precisa recurrir a buena técnica, ya que un regular negativo de papel es menos admisible que un negativo de película efectuado de la misma manera. Estas radiografías en papel precisan dominio técnico, pues al tener que repetir la radiografía, echa por bajo su gran ventaja, que es la economía.

El negativo en papel nunca puede afirmarse que sea mejor que el de película. Los resultados del negativo en papel son lo suficiente para el diagnóstico y utilizables en situaciones que el presupuesto no haría posible de otra clase. Es método a realizar en organizaciones con limitados presupuestos radiológicos.

Una de las particularidades de los negativos de papel es el no mostrarnos de manera clara los detalles como lo hace la película, si bien al positivarlos por medio de reproducción fotográfica consigue más visualidad y detalles, si bien se disminuye su ventaja económica.

Dr. Antonio Piga Pascual: El problema técnico de los negativos en papel consiste en dominar la curva del ennegrecimiento de éste; lo que está dominado; y además teóricamente debemos decir que no hay posibilidad de obtener en la película lo que no es posible obtener en el papel, si bien en aquélla la visibilidad es mejor por la observación a transparencia.

Interesa que hay explicaciones radiológicas, como las de lesiones craneales; que los resultados obtenidos son mayores con el papel que con la película; los positivos de pa-

pel son mejores que los de película, si bien el realizarlo exige técnica que requiere aprendizaje no realizado todavía por todos; dificultades técnicas que con cierto interés se salvan fácilmente, en cuyo caso el papel nos puede dar buenas observaciones.

El negativo de papel en la exploración de procesos torácicos nos parece que por ahora no es posible sustituya a las exploraciones con película, si bien el papel también permite diapositivas del negativo, pero con ello ya desaparece la ventaja económica de la radiografía en papel.

Dr. Valdés Lambea: Limitándonos a la radiología de procesos respiratorios, no creemos hoy por hoy de utilidad los negativos en papel. Es cuestión que por el momento no debe salir de los laboratorios y de las salas de experimentación; no se debe poner en manos del público médico; no es posible que el negativo de papel sustituya a las observaciones por transparencia.

Hemos visto muchas radiografías en papel de aparato respiratorio y de ninguna manera hemos podido sacar el partido que la clínica exige y permite la radiología con película.

Dr. Abelló Pascual: La radiografía en papel debémosla observar con rayos diagonales, manera de apreciar más contraste y más luz y con ello mejor observación. En las radiografías de aparato respiratorio hay una serie de lesiones, las más interesantes clínicamente, como son las de diagnóstico inicial, y que por dar menores contrastes son más difíciles de ver en papel que en película. Igual sucede con los campos indurativos de tipos infiltrativos tuberculosos; son lesiones de interés etiológico y de gran valor para fijar la marcha clínica del proceso; lesiones que son más difícilmente apreciables en negativos de papel que en los de película.

Lo expuesto no quiere decir que se desplace de la práctica la radiografía en papel; podemos obtener una primera radiografía en película; las sucesivas en papel y de vez en cuando una en película, para así, con cierta economía, seguir la evolución de lesiones pulmonares.

Dr. Felipe García Triviño: A lo dicho nada es posible aportar en cuanto al diagnóstico de tuberculosis. Si queremos marcar las diferencias diagnósticas a que nos puede llevar el empleo de negativos en papel en cierto proceso pulmonar. Nos referimos a la sicilosis pulmonar; en ésta los nódulos silicóticos vistos en película son de fácil diagnóstico. En cambio en negativos de papel dichos nódulos silicóticos cuando adquieren regular tamaño dan la completa impresión de granulía pulmonar. Es como un negativo de papel nos conduce a un error diagnóstico cuando el negativo de película nos lleva al verdadero.

Dr. Alfonso de la Peña: Al tratar de los negativos en papel en Urología, recordemos la necesidad de la observación a cierta inclinación en procesos urológicos y en especial de lesiones ureterales. Se comprende que esto y la necesidad de la observación del negativo por transparencia nos limite el empleo de los negativos en papel.

Dr. Bravo Díaz Cañedo: Conforme con lo expuesto sobre algunas ventajas de los negativos en papel, pero en cirugía ósea no podemos utilizarlos cuando precisamos el examen del negativo por transparencia.—*M. Aceña.*

Sesión del 16 de Enero de 1933.

CASO CLÍNICO

Dr. Jules Voncken (de Lieja): Trátase de una mujer con pasado digestivo que ingresa en nuestro servicio con el cuadro de «abdomen agudo»; se cree indicada la intervención de urgencia. En ésta, después de un reconoci-

miento de estómago, vesícula biliar y apéndice, así como de duodeno, encontramos en la cara posterior de este último una perforación, sin signos que nos hicieran pensar en la causa.



Dr. Jules Voncken.

Tratada la perforación y realizada gastroenterostomía, el curso postoperatorio transcurrió sin incidentes. De alta la enferma, procedimos a una exploración radiológica de aparato digestivo; en la porción duodenal que habíamos tratado la perforación vimos un nicho.

LIPODISTROFIAS LOCALES DE ORIGEN INSULINICO

Dres. Izquierdo (M.) y Palacios (A.): Los tratamientos prolongados de insulina llegan, en algunos enfermos, a producir alteraciones locales en la zona de inyección. Tema que se viene estudiando desde 1926, si bien se ha adelantado poco en cuanto a su patogenia.

Lipodistrofia que toma dos aspectos: hipotrófico e hipertrófico de la región inyectada. En ésta, el estudio histológico muestra signos manifiestos de hipertrofia del tejido adiposo con reacción conjuntival; grasa, bioquímicamente, con caracteres normales.

Alteración lipodistrófica con gran interés desde el punto de vista clínico, se ha atribuido a la acción local de la insulina por su contenido en tricresol o por sí propia; no faltan autores que lo atribuyen a la acción traumática ejercida por la aguja de inyección o a la pequeña cantidad de alcohol que pueda conservar la jeringa en el momento de la inyección, cuando se conserva introducida en alcohol. Lo cierto es que ninguna de estas causas explica suficientemente la alteración.

Ahora bien: hemos llegado a la conclusión que la insulina inyectada en región con lipodistrofia ejerce acción más lenta y menos intensa sobre la glucemia que cuando lo es en región normal. Hecho muy a tener en cuenta al valorar en estos enfermos las dosis de insulina y la conveniencia de adoptar lo que hemos llamado el «mapa de la insulina»,

o sea inyectar en regiones diferentes y de manera sucesiva.

Dr. La Portilla: La lipodistrofia insulínica nos recuerda las alteraciones cutáneas que se presentan con motivo del empleo de sustancias grasas sobre la piel; creemos deben merecer idéntica interpretación a la que se ha dado para los oleomas, vaselinomas o parafinomas. La literatura se muestra oscura desde el punto de vista patogénico al hablar de los vaselinomas o parafinomas u oleomas en enfermos que han recibido inyecciones subcutáneas con vehículo oleoso.

En toda esta clase de enfermos con oleomas parece que se destaca un factor personal en cierta relación con fondo tuberculoso. Este creemos debe investigarse en los diabéticos y enfermos que reciben insulina y presentan lipodistrofias.

HIPOTENSIÓN DEL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO EN CIRUGÍA

Dr. Bravo y Díaz Cañedo: El año 1925, en mi tesis doctoral, estudié 25 casos de traumatismos de cráneo, la tensión del líquido cefalorraquídeo; pude comprobar, observado por otros autores, en algunos casos con lesiones anatómicas poco graves, un síndrome aparatoso de vómitos, cefalalgias, bradicardia y elevación de la temperatura coincidiendo la mayoría de los casos con una tensión elevada del líquido cefalorraquídeo; en otros casos, al contrario, se demostraba una hipotensión del líquido.

En este curso he visto tres casos con hipotensión; he podido ensayar con éxito el método de tratamiento propuesto por Leriche. Se puede aceptar como valor fisiológico de la presión del líquido cefalorraquídeo las cifras entre 6 y 20 c. c. de agua en el manómetro de Claude, estando el enfermo en posición horizontal.

Para obtener resultados comparables en clínica es necesario medir siempre la presión bajo las mismas condiciones: estando el enfermo en igual posición y estado de reposo corporal y psíquico. Las cifras de presión por bajo de 6 c. c. o por encima de 20 c. c. en el manómetro de Claude deben estimarse como patológicas.

Su exageración en un sentido o en otro constituyen esos síndromes que se ha consentido en llamarles, empleando terminos generales, hiper o hipotensión.

Numerosos trabajos experimentales se han ocupado del mecanismo de la presión liquidiana en general y han demostrado los diferentes factores de ella: caja ósea y membrana prácticamente indilatable, cantidad más o menos grande de líquido y, sobre todo, variaciones de volumen del encéfalo con posible edema cerebral, de importancia considerable. Cuando alguno de estos tres factores varía, la presión del líquido será inmediatamente modificada.

La hipotensión traumática ha parecido siempre despreciable en el complejo que representa, en general, un traumatismo de cráneo.

No tiene importancia cuando existen contusiones múltiples, difusas, rápidamente mortales o cuando hay compresiones. Pero en algunos traumatismos, anatómicamente poco graves, originan una sintomatología clínica bastante ruidosa, y lo que aún tiene más importancia es que cuando se realiza una terapéutica conveniente permite obtener curaciones rapidísimas de los traumatizados.

La sintomatología de la hipertensión no es característica, pero para el que tenga alguna experiencia de los traumatismos de cráneo puede casi siempre por ella sola sugerir la idea de la hipertensión.

El herido con hipotensión no está en general en coma profundo. En muchos casos, después de estar en coma, salió de él, pero quedó somnoliento, semicomatoso, «ente-

rrado» en la cama, reflejado sobre sí mismo, en decúbito lateral, huyendo de la luz y del ruido, no hablando sino para responder a las preguntas que se le hacen con insistencia, diciendo brevemente que tiene una violenta cefalalgia frontal, vértigos y náuseas. Con frecuencia presenta bradicardia y la temperatura se eleva algunas veces de 38°,5 a 39°.

El herido está menos comatoso, menos congestionado, menos «embrutecido» que un hipertenso. No hay estertor; la respiración es más bien superficial; el pulso pequeño; no hay contractura ni resolución muscular.

Se encuentran en la literatura de estos últimos veinte años pruebas del papel nocivo de la punción lumbar evacuadora repetida por sistema ante una sintomatología cada vez más alarmante. De punción en punción la situación se agrava, el coma se hace completo, algunas veces con la aparición de signos de focos; puede seguir la muerte.

La hipotensión parece debida a una congestión meníngea «a vacuo». Fuera de los casos en que hay pérdida abundante de líquido por el oído o por la nariz, es muy probable que la hipotensión primitiva sea el resultado de una brusca contracción de los vasos cerebrales y más especialmente de los vasos de los plexos coroideos.

La hipotensión secundaria se explica verosímilmente por la pérdida de líquido al nivel de los agujeros de punción (raquianestesia evacuadora).

Actuando sobre uno de los tres elementos principales que intervienen en la producción de la tensión del líquido, parece probable poder modificar la hipotensión del mismo. Esquemáticamente podemos dividir nuestros métodos terapéuticos en tres grupos:

1.º Los que actúan sobre la actividad de los plexos coroideos. Extracto glicerinado de plexos coroideos y allylteobromina.

2.º Actuando sobre la presión venosa encefálica: la adrenalina y acetilcolina.

3.º Actuando sobre el volumen del cerebro. Es la manera como parece actuar el agua destilada en las venas; es corrientemente utilizada para combatir los accidentes de hipotensión desde que Leriche vulgarizó su empleo.

La inyección intravenosa de agua destilada se compone de tres fases: una primera, hipertensiva, que dura tanto como la inyección; otra segunda, hipotensiva, transitoria, y una final, caracterizada por un ascenso progresivo de la tensión del líquido, duradera, pero tardía (se manifiesta a los veinticinco o treinta minutos) y proporcional a la cantidad de líquido inyectado.

Observación 1.ª Enfermo operado de hernia inguinal con raquianestesia. Hipotensión tardía. Curación en seis días con el método de Leriche.

Observación 2.ª Enfermo con hipotensión postraumática (por traumatismo de cráneo). Curación con la inyección de agua destilada en vena, dos días consecutivos.

Observación 3.ª Traumatismo de cráneo con hipotensión. Curación con una sola inyección de 30 c. c. de agua destilada.

En todo traumatizado de cráneo cuya sintomatología no corresponda con las lesiones anatómicas apreciables, debe pensarse en la posible existencia de una hipotensión, la que deberá probarse con la medida de la tensión del líquido.

Si se comprueba la hipotensión es excelente el método de Leriche: inyección de 20 ó 30 c. c. de agua destilada y de 500 ó 1.000 c. c. de suero fisiológico subcutáneo; inyecciones que se podrán repetir en días sucesivos, si el estado del enfermo así lo exige, comprobando manométricamente

la medida de la tensión, no olvidando que una terapéutica exagerada podría llevarnos a un síndrome de hipertensión.

Dr. Castillo de Lucas: Con alguna frecuencia observamos el síndrome de hipotensión de líquido cefalorraquídeo en cirugía; cuadro muy de tener en cuenta y ante el cual debemos valorar todos sus síntomas para llegar a una concepción patogénica única y así tratarle bajo una directriz.

En nuestra práctica, en los enfermos que suponemos el síndrome de hipotensión de líquido cefalorraquídeo realizamos una exploración de la tensión raquídea al ingreso en la clínica, repetida a las pocas horas, e igualmente al día siguiente para en caso de existir hipotensión proceder a terapéutica conveniente, y a normalizar su tensión antes de la intervención quirúrgica necesaria.

Dr. Oliver Pascual: El síndrome estudiado es de trascendencia práctica; en su interpretación debe tenerse muy en cuenta la fisiología vasocerebral y de plexos coroideos; poco se sabe sobre ella.

Digamos que en todos los *choc*, y por consiguiente en el operatorio, hay un trastorno fundamental del recambio tisular con liberación histamínica. Es hoy como el choque anafiláctico se considera choque histamínico. Hiperproducción de histamina que también se observa en las infecciones bruscas en relación estrecha con la disregulación circulatoria, en la cual se halla con frecuencia un cuadro de hipotensión de líquido cefalorraquídeo.

Si lo dicho lo relacionamos patogénicamente, acaso se llegue a dar un gran paso en la patogenia y tratamiento de la hipotensión de líquido cefalorraquídeo; en especial si consideramos la farmacología que regula la movilización sanguínea (grupo adrenalínico). Este y sus antagonistas son sustancias modificadoras de los depósitos de sangre del organismo y, por ende, del bazo y del hígado; órganos incluidos en dicho grupo.

Dr. Vital Aza: En el cuadro de la hipotensión de líquido cefalorraquídeo merece cita especial la cefalalgia consecutiva a raquianestesia. Cuadro que observamos con alguna frecuencia por haber generalizado la raquianestesia en ginecología por vía vaginal, así como en caso de cesárea. Aunque de día en día vemos disminuir esta cefalalgia, es lo cierto que sus interpretaciones patogénicas, por hipotensión o por hipertensión, no conducen al éxito terapéutico cuando en uno o en otro sentido actuamos en su tratamiento. Digamos que en clínica, con una u otra conducta, vemos o no ceder la cefalalgia en nuestras operadas bajo raquianestesia.

Dr. Vallejo Nágera: A lo dicho nada se puede objetar en el terreno clínico; la cefalalgia que sigue a la punción lumbar es, para los autores franceses, por hipotensión raquídea. En su tratamiento hemos llegado hasta la inyección epidural de 80 a 100 c. c. de suero; no es raro observar una agudización de la cefalalgia durante los primeros veinte o veinticinco minutos de tal inyección epidural; agudización que obliga a inyectar pantopón, si bien con muy limitada mejoría. Nos falta decir que estas cefalalgias unas veces ceden por una terapéutica y otras se fracasa. En algunos enfermos el tratamiento, hasta entonces eficaz, agrava el síntoma.

LA PROSTATECTOMÍA PARARECTAL, EL FORAGE Y EL PUNCH
OPERATION EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTROFIA
DE LA PRÓSTATA

Dr. Pastor E.: Lee una comunicación sobre este tema.
M. Aceña.

(En el número próximo publicaremos esta comunicación extensamente.)

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

ADJUDICACIÓN DE PREMIOS

Examinados por esta Corporación los trabajos y expedientes presentados al concurso de premios, socorros y recompensas que deberán adjudicarse en la sesión inaugural del curso académico de 1933, la Academia acuerda su concesión en la forma que seguidamente se determina:

Premio de la Academia, tema II: Se concede a la Memoria que lleva por lema «Nosce te ipsum».

Premio Rubio: Se concede a D. Benigno Lorenzo Velázquez, por su obra titulada «Terapéutica, con sus fundamentos de farmacología experimental».

Premio Roel: Se concede accésit a la Memoria que lleva por lema «Esculapio».

Premio Sarabia y Pardo: Se concede a D. Estanislao Lluerna Uranga, por su trabajo «Apendicitis infantil».

Premio Calvo y Martín: Se concede a D. Pedro Laín La Casa, por su estudio descriptivo de una epidemia de sarampión.

Premio López Sánchez: Se concede a D. José Pérez Llorca, en atención al mérito de su tesis acerca del origen y naturaleza del cuerpo vítreo.

Premio Obieta: Se concede a D. Fernando de Castro.

PREMIOS, SOCORROS Y RECOMPENSAS DE LA FUNDACIÓN SAN NICOLÁS

Una recompensa de 300 pesetas al periodista D. Manuel Fernández-Cuesta Merelo.

Un premio de 1.000 pesetas para pago de los derechos del título a los licenciados en Medicina D. Manuel Blanco Otero, de Santiago de Compostela; D. José Antonio Escudero Valverde, de Valladolid, y D. Ignacio Fanjul Sedeño, de Madrid.

Un premio de 1.500 pesetas a D. Ciriaco Laguna Serra, por su tesis de doctorado.

Una cartilla de 200 pesetas del Monte de Piedad, Caja de Ahorros, a cada uno de los alumnos de las Escuelas públicas del distrito de Buenavista, de Madrid: Carmen Ramos Martín, Candelaria Gil Rodríguez, Mercedes Simón Martínez, Julia Álvarez Mínguez, María Teresa Pérez Quesada, Aurora Aranguren Otondo, Encarnación Ruiz Tocel, Antonia Durán de la Torre, Isabel Torrijo Llopis, María Luisa Senac Gil, José Serrano Núñez, Federico Díez Redondo, Emilio Sahuquillo Lorence, José Álvarez Aguado, Fernando Martínez Figueras y Félix Moreno García.

Una cartilla de 250 pesetas del Monte de Piedad, Caja de Ahorros, a cada uno de los alumnos del Colegio de Huérfanos de Médicos: Francisco Bellvert Bort, Ildefonso López Puebla, Romualdo Lacorte Armendáriz, María Sancho del Palacio, Justo García Salvatierra, Javier Martínez Inza, José Romero Marqués, Ignacio Arienza Valcárcel, María Luisa Descalzo Moreno, Julia María Fernanda González Palacio, María de la Concepción Estevan Gómez, Antonia Romero Marqués, María Presentación Puerta Pérez y María del Pilar Martín Gil.

Un socorro de 2.000 pesetas a cada uno de los médicos imposibilitados y en precaria situación económica: D. Alejandro José Martínez Hidalgo y Langa, D. Angel Valhondo y Holguín, D. Ildefonso Laó Romero y D. Serafín Barreiro y Bastillo.

Una pensión de 5.000 pesetas para estudios en el extranjero a cada uno de los licenciados en Medicina D. Angel Domínguez y D. Remigio Saldaña.

Los interesados deberán concurrir el domingo día 22 de Enero de 1933, a las cuatro y media de la tarde, al local de

la Academia Nacional de Medicina, calle de Arrieta, número 12, donde se celebrará la sesión inaugural del curso académico, y a la terminación de la que se hará entrega de los mencionados premios y recompensas.

Los interesados ausentes o imposibilitados de asistir se harán representar por persona autorizada debidamente en documento donde el juez municipal garantice la firma del poderdante.

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS

Se pone en conocimiento de los señores colegiados que el jueves, día 26 de Enero de 1933, a las siete en punto de la tarde, celebrará este Colegio Junta general extraordinaria, para tratar en ella de los asuntos consignados en la siguiente orden del día:

1.º Acta anterior.—2.º Boletín.—3.º Tribunal profesional.

Por la importancia de los temas se ruega a los señores médicos concurran a dicho acto puntualmente.

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 715; ídem mínima, 711; temperatura máxima, 11º,1; ídem mínima, -4º; vientos dominantes, SE., N. y NO.

La inclemencia del tiempo se ha hecho sentir en la agravación de los procesos de aparato respiratorio, habiéndose producido derrames pleuríticos en numerosos enfermos de bronquitis crónicas.

En cuanto a la gripe, que parecía acantonada en Inglaterra, ya se ha manifestado en Madrid, especialmente en casas donde viven gran cantidad de personas. La forma es benigna, abundando tanto los síntomas abdominales como los respiratorios, si bien estos últimos son los que se consideran como más característicos de la gripe.

En los niños dominan los mismos procesos, resultando tanto más graves cuanto más pequeños son.

CRONICAS

Médicos de los guardias de asalto.—Ante las reiteradas preguntas que se nos hacen respecto a la provisión de plazas de médicos de los guardias de asalto, hemos de responder, según los datos que poseemos, que aún no se sabe en la forma ni fecha cómo se han de cubrir las referidas plazas por estar pendiente de disponerlo el señor ministro de la Gobernación y el señor director general de Sanidad. Por lo tanto, en cuanto tengamos noticias de ello lo comunicaremos a nuestros lectores en estas mismas columnas.

Sociedad Española de Higiene. Premios.—El premio del ministro de la Gobernación asignado al tema «Factores económicos y sociales que influyen a la salud y la enfermedad» se ha otorgado a D. Joaquín Espinosa Ferrándiz, de Madrid; el accésit, a D. Mariano Bellogin, de Valencia, y las menciones, a D. Enrique Montañés del Olmo, de Almazán (Soria), y a D. Vicente Arroba Juzgado, de Toledo.

El primer premio Roel, asignado al tema «Modernos sistemas de depuración de aguas residuales. Normas de aplicación en España», quedó desierto, acordándose su división en dos de 250 pesetas para los trabajos de don Aniceto Bercial, inspector provincial de Zaragoza, y don José Vega Cillalonga, inspector provincial de León. Se otorga mención honorífica a un trabajo de D. Manuel Gallego, de Gijón, y D. Samuel Capera, de Barcelona.

El segundo premio Roel, asignado al tema «Preventorios, dispensarios y sanatorios antituberculosos. Modificaciones ventajosas susceptibles de adoptar para que llenen mejor sus humanitarios fines», ha sido otorgado a don José Codina Suqué, de Madrid, y el accésit a D. Joaquín Espinosa Ferrándiz, de Madrid.

De la «Gaceta».—12 de Enero.—Gobernación.—Orden otorgando las recompensas que se indican como resultado

del concurso de premios convocado por el Consejo Superior de Protección de Menores.

10 de Enero.—Marina.—Decreto disponiendo que el general médico de la Armada D. Nicolás Rubio Argüelles y Salcedo cese como presidente de la Comisión designada para la elección de la localidad donde ha de ser instalado dicho Sanatorio.

14 de Enero.—Gobernación.—Orden declarando desierto el concurso-oposición libre anunciado para proveer la plaza de jefe de la Sección de Medicina del Instituto Nacional del Cáncer.

Noticias.—El día 13 dieron fin los ejercicios para cubrir la plaza de médico de El Molar, que obtuvo brillantemente el Dr. Mariano Payada Sánchez.

—La Diputación provincial de Lugo establece un impuesto sobre las aguas medicinales en los balnearios de la provincia.

Los usuarios habrán de abonar cinco pesetas o incurrirán en penalidad.

No sabemos hasta qué punto puede ser legal un arbitrio de esta índole tratándose de asunto que afecta directamente a la utilidad pública.

—El ministro de Sanidad francés, M. Justin Godart, ha inaugurado hace pocos días los nuevos pabellones y las instalaciones magníficas que hacen del Hospital de Petit-Quevilly un establecimiento modelo.

Acompañado del prefecto del Sena Interior, M. Demars, y de las notabilidades civiles y militares del departamento, el ministro recorrió todos los servicios, reorganizándolos según los últimos adelantos y provistos de las instalaciones más perfectas.

—Por la Dirección general de Sanidad se convoca a concurso oposición para proveer una plaza de practicante, vacante en la Escuela Nacional de Puericultura, y una plaza de matrona, vacante en la Escuela Nacional de Puericultura.

—También se anuncia tres plazas de enfermeras visitadoras, vacantes en la Escuela de Puericultura.

—Por disposición del 14 de los corrientes se determina el material mínimo necesario para que los inspectores farmacéuticos municipales puedan atender su cometido.

Forensias.—En el Juzgado de primera instancia e instrucción de Campillos se halla vacante, por defunción, la plaza 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 Granada, por conducto del juez del partido en que presten sus servicios, hasta el 13 de Febrero.

Homenaje al Dr. Soler.—Se ha celebrado en el domicilio del eminente Dr. D. Luis Soler y Soto un acto en extremo simpático y cordial.

Agradecida la Dirección, Redacción y Administración de la *Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas* a las continuadas pruebas de incondicional adhesión y sincero apoyo que dicho ilustre maestro viene prestando a esta publicación, el personal que la integra acordó, por unanimidad, conferirle el título de director honorario. A este fin, el día señalado acudió a su domicilio una Comisión que hizo entrega al festejado del correspondiente diploma, obra del notable calígrafo D. Manuel Llorente, que ha sabido dar al pergamino una bella expresión de gran mérito artístico.

El acto resultó muy simpático.

SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados).

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Único preparador en España: **DOCTOR GIRAL**
Catedrático y Académico.—Atocha, 35.—Teléf. 19.928.—Madrid

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

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

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

BARDANOL

Compuesta de extracto de raíces de LAPPA MAJOR L., y Estano coloidal
LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 54.—Valencia.

IMPRENTA DEL SUOBSOR DE ENRIQUE TRODORO
Glorieta de Santa María de la Cabeza, 1.—Madrid. Teléfono 70488.