

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

FRANQUEO
CONCERTADO

HISTORIAL

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

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

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

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

PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN

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

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

La correspondencia administrativa y giros al administrador.

La científica y profesional al Director.....

Apartado de Correos, núm. 121.

PHOSPHORRENA

ROBERT' Reconstituyente
granular, elixir e inyectable



NATROKITAL

ROBERT' Antidispéptico
granulado y en comprimidos.

ADPHOS ROBERT

Reconstituyente inyectable.

PLURICARDIOL

ROBERT' Tónico cardíaco
Inyectable.

Representante para las provincias de Madrid, Toledo, Avila, Segovia y Guadalejara, D. RAMON MORA
Calle de Echegaray, 15, principal, Ayuntamiento de Madrid

PRODUCTOS FARMACÉUTICOS ESPECIALIZADOS

MAURICIO LEPRINCE

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

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

PARIS, 62, rue de la Tour, PARIS

MEMENTO TERAPÉUTICO

Indicaciones terapéuticas.

Facsimil de los productos.

Dosis y modo de empleo

CASCARINE LEPRINCE

(C¹² H¹⁰ O⁵)

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

Colagogo y copragogo de primer orden.



CASCARINE LEPRINCE

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

GUIPSINE

Principios activos del
muérdago.

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



GUIPSINE

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

Píldoras

del

Dr. Sejournet

á base de Santonina.

Tratamiento de la diabetes sin régimen especial.



Píldoras

del

Dr. Sejournet

Píldoras dosificadas, á 0,02 de Santonina.

Una en cada comida.

RHOMNOL

(C⁴⁰ H⁵⁴ A¹⁴ P⁴ O⁷³)

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



RHOMNOL

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

EUMICTINE

Blenorragia, uretritis, cistitis, etc.

Antigonocócico, diurético, antiséptico, etc.

(Tratamiento completo.)



EUMICTINE

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

NUEVA PREPARACION

NEO - RHOMNOL

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



Completamente asimilable.

NEO - RHOMNOL

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

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

2 comprimidos al día.

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

Depósito en las principales Farmacias de España y del Extranjero.

CAPÍTULO IV

DELITOS DE PIRATERÍA

Art. 142. El delito de piratería, cometido contra españoles o súbditos de otra nación que no se halle en guerra con España, será castigado con la pena de reclusión menor a reclusión mayor en su grado mínimo.

Cuando el delito se cometiere contra súbditos no beligerantes de otra nación que se halle en guerra con España, será castigado con la pena de presidio mayor.

Art. 143. Incurrirán en la pena de reclusión mayor los que cometan los delitos de que se trata en el párrafo primero del artículo anterior, y en la pena de reclusión menor a reclusión mayor en su grado mínimo los que cometan los delitos de que habla el párrafo segundo del mismo artículo:

1.º Siempre que hubieren apresado alguna embarcación al abordaje o haciéndola fuego.

2.º Siempre que el delito fuere acompañado de asesinato u homicidio o de alguna de las lesiones designadas en los artículos 421 y 423 y en los números 1.º y 2.º del 423.

3.º Siempre que fuere acompañado de cualquiera de los atentados contra la honestidad señalados en el capítulo I, Título X de este libro.

4.º Siempre que los piratas hayan dejado algunas personas sin medios de salvarse.

5.º En todo caso, el capitán o patrón pirata.

TÍTULO II

Delitos contra la Constitución.

CAPÍTULO PRIMERO

DELITOS CONTRA EL JEFE DEL ESTADO, CONTRA LAS CORTES, EL CONSEJO DE MINISTROS Y CONTRA LA FORMA DE GOBIERNO

Sección primera.

Delitos contra el Jefe del Estado.

Art. 144. Al que matare al Jefe del Estado se le impondrá la pena de reclusión mayor.

TÍTULO V

Extinción de la responsabilidad y de sus efectos.

CAPÍTULO PRIMERO

DE LAS CAUSAS QUE EXTINGUEN LA RESPONSABILIDAD

Art. 115. La responsabilidad penal se extingue:

1.º Por amnistía, la cual extingue por completo la pena y todos sus efectos.

2.º Por indulto.

El indultado no podrá habitar por el tiempo que, a no haberlo sido, debería durar la condena, en el lugar en que viva el ofendido, sin el consentimiento de éste, quedando en otro caso sin efecto el indulto acordado.

3.º Por el perdón del ofendido cuando la pena se haya impuesto por delitos que no puedan dar lugar a procedimiento de oficio.

4.º Por la prescripción del delito.

5.º Por la prescripción de la pena.

Art. 116. Los delitos prescriben a los quince años, cuando la Ley señalare al delito la pena de reclusión.

A los diez, cuando señalare una pena que exceda de seis años.

A los cinco, cuando señalare cualquiera otra pena.

Exceptuánse los delitos de calumnia o injuria y los cometidos en el art. 559 de este Código, de los cuales los primeros prescribirán al año, los segundos a los seis meses y los últimos a los tres meses.

Las faltas prescriben a los dos meses.

Cuando la pena señalada sea compuesta, se estará a la mayor para la aplicación de las reglas comprendidas en este artículo.

Art. 117. El término de la prescripción comenzará a correr desde el día en que se hubiere cometido el delito.

Esta prescripción se interrumpirá desde que el procedimiento se dirija contra el culpable, volviendo a correr de nuevo el tiempo de la prescripción desde que aquél termine sin ser condenado o se paralice el procedimiento.

Art. 118. Las penas impuestas por sentencia firme prescriben:

La de reclusión mayor, a los treinta y cinco años.

La de reclusión menor, a los veinticinco.

Las demás penas cuya duración exceda de seis años, a los quince.

Las penas superiores a un año y que no excedan de seis, a los diez.

Las restantes penas, con excepción de las leves, a los cinco años.

Las penas leves, al año.

Art. 119. El tiempo de la prescripción de la pena comenzará a correr desde el día en que se notifique personalmente al reo la sentencia firme o desde el quebrantamiento de la condena, si hubiere ésta comenzado a cumplirse.

Se interrumpirá, quedando sin efecto el tiempo transcurrido, cuando el reo cometiere otro delito antes de completar el tiempo de la prescripción, sin perjuicio de que ésta pueda comenzar a correr de nuevo.

Art. 120. La responsabilidad civil nacida de delitos o faltas, se extinguirá del mismo modo que las demás obligaciones, con sujeción a las reglas de Derecho civil.

CAPÍTULO I

DE LA REHABILITACIÓN

Art. 121. Los reos no reincidentes ni reiterantes podrán obtener del Ministerio de Justicia, previo informe del Tribunal sentenciador, la cancelación de la inscripción de su condena en los Registros de antecedentes penales, siempre que hayan observado buena conducta, que hayan satisfecho, en cuanto les fuere posible, las responsabilidades civiles provenientes del delito y que hubieren transcurrido después de la extinción de la condena quince años en las privativas de libertad de duración superior a seis, y diez años en todas las demás.

Se exceptúan las condenas por los delitos definidos en el Título II y en los capítulos I y II del Título III del Libro II

ra que sea la forma de la correspondencia y aunque no hubiere precedido prohibición del Gobierno.

En las mismas penas incurrirá el que ejecutare los delitos comprendidos en este artículo, aunque dirija la correspondencia por país amigo o neutral para eludir la Ley.

Si el culpable se propusiere servir al enemigo con sus avisos o noticias, se observará lo dispuesto en los artículos 124 y 125.

Art. 139. El español culpable de tentativa para pasar a país enemigo cuando lo hubiere prohibido el Gobierno, será castigado con la pena de arresto mayor.

CAPÍTULO III

DELITOS CONTRA EL DERECHO DE GENTES

Art. 140. El que matare al jefe de otro Estado, residente en España, será castigado con la pena de reclusión menor en su grado máximo a reclusión mayor.

El que produjere lesiones graves a las mismas personas, será castigado con la pena de prisión mayor en su grado máximo a reclusión menor, y con la de prisión menor en su grado máximo a prisión mayor en su grado medio si las lesiones fueren leves.

En la última de dichas penas incurrirán los que cometieren contra la misma persona cualquiera otro atentado de hecho no comprendido en los párrafos anteriores.

Art. 141. El que violare la inmunidad personal del jefe de otro Estado recibido en España con carácter oficial, o el de un representante de otra Potencia, será castigado con la pena de arresto mayor en su grado máximo a prisión menor en su grado mínimo.

Cuando los delitos comprendidos en este artículo y en el anterior no tuvieran señalada una penalidad recíproca en las Leyes del país a que correspondan las personas ofendidas, se impondrá al delincuente la pena que sería propia del delito, con arreglo a las disposiciones de este Código, si la persona ofendida no tuviere el carácter oficial mencionado en el párrafo anterior.

STROPHANTIUM

PALLARÉS

XV gotas contienen
 $\frac{1}{2}$ milg. de estrofantina



LAS SEMILLAS SE LAVAN CON ÉTER PARA
SEPARAR EL ACEITE IRRITANTE QUE CONTIENEN

STROPHANTUM

PALLARÉS

TINTURA DE ESTROFANTO ESPECIALMENTE PREPARADA, DESPROVISTA DE SUBSTANCIAS IRRITANTES Y EXACTAMENTE DOSIFICADA

QUINCE GOTAS CONTIENEN
MEDIO MILIGRAMO
DE ESTROFANTINA

VENTAJAS DE LA MEDICACIÓN ESTROFÁNTICA Y SUS ESPECIALES INDICACIONES TERAPÉUTICAS

COMPENDIAMOS a continuación lo que sobre este particular dice el profesor Pfo Marfori en su notable obra "Farmacología y Terapéutica". Señala este autor las positivas ventajas que la tintura de estrofanfo tiene en muchos casos sobre la digital, y dice textualmente:

"Su influencia sobre el corazón y sobre la diuresis se presenta con mucha más rapidez que cuando se administra la digital, y el enfermo no está expuesto a los peligros de una acción de acumulación, ya que el estrofanfo carece de ella, y además la tolerancia del tubo digestivo para el estrofanfo es mayor que para la digital, y tan sólo de un modo muy raro produce náuseas, vómitos, diarrea y los demás trastornos que ésta produce con mucha frecuencia.

"El estrofanfo está indicado de una manera especial en las formas ligeras de insuficiencia del miocardio, y sirve con preferencia a otros medicamentos de este grupo para suprimir los trastornos nerviosos subjetivos que acompañan a las enfermedades cardíacas (estados de angustia, insomnio, etc.), lo que es debido a la influencia calmante que ejerce sobre el sistema nervioso. También merece notarse la favorable influencia que la tintura de estrofanfo ejerce en la función respiratoria en muchos casos de debilidad cardíaca, de modo que en los que están acompañados de disnea, disminuye el número y la amplitud de los movimientos respiratorios, y en general, este efecto se obtiene muy poco tiempo después de la administración del medicamento. Los edemas y la ascitis producida por la estancación sanguínea de la vena porta, mejoran bajo la acción del estrofanfo, bien que no de un modo constante.

"El estrofanfo puede emplearse también en los casos de degeneración incipiente del miocardio, en los que no presenta los peligros de la digital, y pueden obtenerse resultados favorables hasta en casos en que la digital ha sido ineficaz. En las personas débiles y en los niños, la tintura de estrofanfo puede sustituir con frecuencia a la digital de una manera perfecta. Finalmente, el estrofanfo puede ser útil en un gran número de casos para continuar el tratamiento de los enfermos que han tomado digital durante algún tiempo con buenos resultados, y en quienes a la vez que sería arriesgado continuar durante un tiempo mayor la administración de la digital, hay sin embargo la indicación de mantener el corazón bajo la influencia de los medicamentos de este grupo."

DOSIS:

STROPHANTUM SE ADMINISTRA A LA DOSIS DE V A XV GOTAS, VARIAS VECES AL DÍA, HASTA LXXX GOTAS EN LAS 24 HORAS, SALVO VARIACIÓN FACULTATIVA

LABORATORIO DE M. PALLARÉS
PLAZA DE MOSÉN SORELL, 6 * VALENCIA

TERTULIA MÉDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

— AMENIDADES —

28-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.

EL DR. MARCO T. LECCO

1853-1932

En el año que acaba de expirar han desaparecido en el ejercicio de sus funciones varios eminentes representantes de la Cruz Roja. En el mes de Enero, la Cruz Roja francesa tuvo el gran dolor de ver morir a su venerado presidente, el general Paul, y a Liga perdió a su secretario general, Sr. Gordon L. Berry. Muy pocos meses más tarde sucumbía en Viena el activo vicepresidente de la Cruz Roja austriaca, Dr. Karl Ritter von Helly. El 13 de Diciembre moría el Dr. Van Slooten Azn, secretario general de la Cruz Roja holandesa. Y muy recientemente también la Cruz Roja yugoeslava ha debido inclinarse con dolor ante el lecho mortuario del Dr. Marco

El Dr. Lecco, que representó frecuentemente a la Cruz Roja yugoeslava en importantes asambleas de la institución y muy señaladamente en el Consejo de Gobernadores de la Liga, era un trabajador infatigable y un hombre de vasta cultura. Toda su vida dió ejemplo de las

les, el Dr. Lecco, que había obtenido en 1875 el grado de doctor en Filosofía, regresó a Belgrado y se consagró a la pedagogía. Profesor, sucesivamente, de un gran Liceo de Belgrado, de una Cátedra de Química de la Academia y de otra de la misma disciplina en la Universidad, y posteriormente químico oficial, el Dr. Lecco, juzgando su tarea cumplida, abandonó en 1920 el campo de la ciencia. Conservó, sin embargo, relaciones muy asiduas con sus colegas y sus antiguos alumnos y continuó presidiendo con su indiscutida autoridad diversas sociedades científicas de Yugoslavia. En diferentes ocasiones el Gobierno le encomendó su representación en importantes Congresos internacionales y muy señaladamente en la Conferencia de la Sociedad de Naciones para la organización de la Unión Internacional de Socorros.

El Dr. Lecco prestó grandes servicios a su país en el campo de la higiene.

El complejo fósforo vitamínico

Vitophos

polvo - tabletas - jarabe

CHEMIROSA IBÉRICA, S. A.

más altas virtudes morales y cívicas.

Nacido en Belgrado, en 1853, el doctor Marco Lecco hizo en esta ciudad sus primeros estudios, orientados desde los primeros años hacia el campo de la química. Deseando extender sus conocimientos, en 1870 se trasladó a Zurich, donde se consagró a investigaciones de laboratorio, y cuatro años más tarde pasó a Berlín, en cuya Universidad llevó a cabo diversos trabajos científicos. Después de algunos años dedicados en Suiza y Alemania a trabajos industria

OMNADINA

ACTIVO DE LAS DEFENSAS DEL ORGANISMO

T. Lecco, su insigne presidente desde hace varios años.

ANTIPHLOGISTINE

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

Como miembro extraordinario de la Comisión sanitaria en el Ministerio de Sanidad Pública, preparó algunos pro-

sar una estrecha garganta por la cual desembocaron al amplio valle — presentarnos a uno de los dos soldados que han regresado del ejército después de la caída de Napoleón. Si no me engaño, le encontraremos a algunos pasos de aquí cavando en una especie de receptor natural donde se recogen las aguas de la montaña y que un desbordamiento torrencial ha acenagado. Ahora bien, para que comprendáis todo el interés de este hombre es preciso que conozcáis su vida. Tiene por nombre Gondrin y fué alistado en el ejército en 1792, a la edad de dieciocho años, para incorporarle en el Cuerpo de Artillería cuando aquel célebre llamamiento. Sin pasar de simple soldado, se ha encontrado en las campañas que por Italia hizo Napoleón, siguiéndole también a Egipto y volviendo de Oriente cuando se celebró la paz de Apiens; después, incorporado nuevamente en tiempos del Imperio con los pontoneros de la Guardia, sirvió constantemente en Alemania; y en la última temporada, el pobre obrero asistió a las campañas de Rusia.

—Entonces somos algo hermanos — dijo Genestas —, porque yo cuento también las mismas campañas. Ha sido necesario disponer de un cuerpo de hierro para resistir a las fantasías de climas tan diferentes. Es indudable que el buen Dios ha dado algún elixir de vida a los que han podido resistir las campañas de Italia, Egipto, Alemania, Portugal y Rusia.

—Ahora podrá usted apreciar un buen ejemplar de hom-

bre — repitió Benassis—. Como usted conoce el derrotero no hay por qué hablarle de él. El hombre de quien tratamos es uno de los pontoneros del Berezina (1) y contribuyó con su personal esfuerzo a la construcción del puente por el que atravesó el ejército, y en el que para sujetar los primeros sillares tuvo que entrar en el agua hasta medio cuerpo. El general Eblé, bajo cuyas órdenes estaba el pontonero, no pudo encontrar más que cuarenta y dos individuos lo suficientemente arriesgados, como dice Gondrin, para ejecutar aquella obra. Hasta el general entró en el agua para infundirles aliento y consolarlos, prometiendo a cada uno mil francos y la cruz de la Legión de Honor. El primer hombre que entró en el Berezina perdió la pierna a consecuencia del golpe recibido por un enorme témpano de hielo, habiendo también él desaparecido. Pero usted podrá comprender mejor las dificultades de la empresa por los resultados: de cuarenta y dos pontoneros, no queda hoy más que Gondrin. Treinta y nueve perecieron en el paso del Berezina y los otros dos murieron miserablemente en los hospitales de Polonia. Este pobre soldado no pudo volver a Francia, de Wilna, hasta 1814, después de la restauración borbónica. El general Eblé, de quien Gondrin no sabe ha-

(1) Berezina: Río de la Rusia europea, afluente por la derecha del Dnieper. Este río se hizo tristemente célebre por el pasaje del 26 al 29 de Noviembre de 1812, en cuyo día el ejército francés debió su salvación a los abnegados pontoneros que mandaba el general Eblé

yectos de leyes encaminadas a reprimir la falsificación de géneros alimenticios, y cuando formó parte del Consejo municipal de Belgrado hizo adoptar im-

Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.

Alcalá, 88. — Madrid.

portantes reformas para el embellecimiento y saneamiento de la ciudad.

La Cruz Roja debía ser el natural coronamiento de una vida íntegramente consagrada al bien. Desde 1906 formó parte el Dr. Lecco del Comité Central de la Cruz Roja serbia, y en 1924, después de haber prestado durante la guerra grandes servicios a la institución, fué elegido presidente.

La Cruz Roja yugoeslava encomendaba sus destinos a una personalidad con una larga experiencia en las obras sociales. En efecto, era aún muy joven el Dr. Lecco cuando, al terminar sus estudios de Belgrado, fundaba una sociedad de mutua ayuda para los estudiantes. Más tarde se le vió colaborar en

bién familiar a los lectores del Boletín de la Cruz Roja yugoeslava.

El Dr. Marco Lecco falleció en Belgrado en la noche del 3 al 4 de Noviembre último. Su entierro y funerales revistieron una gran solemnidad y fueron honrados con la asistencia de S. M. el Rey Alejandro y los miembros del Gobierno. Asistieron igualmente a la ceremonia el Comité Central de la Cruz Roja en pleno, delegados de numerosos Comités regionales y representantes de la Universidad y de numerosas sociedades científicas y filantrópicas.

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

YODALGON
ARRHENALADO
COMBINACIÓN ORGÁNICA DE YODO Y ARSÉNICO

La cartera de «Decio Carlan»

Cuando trabajes de zapatero, pon tu hito en hacerlo mejor que ningún otro y aspira a la gloria de que tus parroquianos no padezcan callos en los pies.

Unamuno.

La primera educación y enseñanza la adquiere el niño y el adolescente en la

CARABAÑA: el mejor purgante.

conversación y en el trato con las personas discretas y sensatas; la segunda

se adquiere en los libros y en la instrucción organizada que otros han adquirido; este es el momento de los maestros. El tercer grado de la cultura debe

Jarabe Bebé. - Tetradinamo. - Scoticamlol. - Purgantil (Jarabe de Frutas):
Véase anuncio, página XX

buscársele cada cual según sus gustos y necesidades, sin que nadie tenga la pretensión de influir en ellos ni en el modo de adquirirla.

Ich.

La mujer que se pinta el rostro confiesa desconfianza en su belleza; y si ella no cree en tal belleza, ¿por qué ha de suponer que a los demás les engaña el afeitte?

Ich.

Yo he entrado por mi oficio de médico en muchos tocadores o boudoirs de mujeres elegantes; jamás he descubier-

Más de once mil médicos recetan y
recomiendan el
ELIXIR CALLOL

to un afeitte en el tocador de una mujer verdaderamente hermosa.

Ich.

Toda mujer que tortura sus pies apretando el calzado en su juventud, consigue poder dormir en palo como las gallinas en su edad proveyta.

Ich.

SIGUE A LA PÁGINA XVI

blar sin que se le salten las lágrimas, también pereció. El pontonero, habiéndose quedado sordo, encontrándose enfermo y no sabiendo leer ni escribir, no ha hallado apoyo ni sostén por ninguna parte. En París ha mendigado el pan que se comía y ha solicitado varias veces del Ministerio de la Guerra, no ya los mil francos prometidos ni la cruz de la Legión de Honor, sino el sencillo retiro a que le daban derecho sus veinte años de servicios militares y el sinnúmero de campañas con que cuenta en su haber; pero no ha conseguido el retiro que se le debía, ni los gastos del camino, ni pensión alguna compensatoria. Durante un año de inútiles solicitudes, en el cual ha pedido apoyo a todos aquellos que fueron salvados por él, el pontonero tuvo que retirarse a estas soledades desolado, pero con la resignación más ejemplar. Y este desconocido héroe está cavando fosas a diez sueldos la toesa. Acostumbrado a trabajar en los pantanos, como dice él, puede emplearse en obras en las que no es capaz de arriesgarse ningún obrero. Recorriendo las lagunas y haciendo trincheras en los prados inundados, puede ganarse aproximadamente unos tres francos diarios. Su sordera le da un aire triste; es poco hablador por naturaleza, pero tiene un alma nobilita y espontánea. El y yo somos dos excelentes amigos. Le llevo a comer a casa los días de aniversario de la batalla de Austerlitz, del santo del Emperador y del desastre de Waterloo, y le doy un napoleón para sus gastos en vino cada trimestre. El sentimiento

de respeto que tengo para este hombre le comparte conmigo toda la comarca, que no desea otra cosa que mantenerle. Si trabaja, es por voluntad y por orgullo. En todas las casas donde entra se le honra como se merece y se le invita a comer. Yo no he conseguido jamás hacerle aceptar la pieza de veinte francos más que como retrato del Emperador. La enorme injusticia que se ha cometido con él le tiene profundamente afligido, pero su satisfacción se cifra más en la cruz prometida que en la pensión necesaria. Sólo una cosa le consuela: cuando el general Eblé presentó al Emperador los pontoneros que habían sobrevivido a la construcción del puente, Napoleón dió un abrazo a nuestro pobre Gondrin y, seguramente, esta satisfacción es la que hoy le sostiene en el mundo; no vive más que por su recuerdo y por la esperanza de la vuelta de Napoleón; nada ni nadie puede convencerle de su muerte; está persuadido de que su cautividad se debe a un capricho de los ingleses, y con el más nimio pretexto quitaría la vida al primero de los turistas que encontrase.

—¡Vamos, vamos!— dijo Genestas despertando de la profunda atención con que escuchaba al médico—; vamos más de prisa, porque deseo vivamente conocer a ese hombre extraordinario.

Entonces los dos caballeros pusieron sus bestias a trote ligero.

—El otro soldado— dijo Benassis — es también uno de

Jugo de carne Valentine's.

El mejor alimento para convalecientes el
JUGO VALENTINE'S



El mejor jugo de carne el
VALENTINE'S

Cuando el estómago por cualquier causa devuelve los alimentos ó medicinas, el **Jugo de carne Valentine's** demuestra su facilidad de asimilación y el poder que tiene para restaurar las fuerzas. En las formas ligeras de neumonía y extenuación, en la debilidad general con digestiones flojas de los tísicos y en la postración y depresión que sigue á la influenza, es recomendado por muchos prácticos en todo el mundo como insustituible en el tratamiento.

INFLUENZA Y PNEUMONIA

J. E. BUCHANAN M. D., profesor de Ginecología en el Colegio Médico Homeopático de Missouri, St. Louis: «Lo he venido usando con gran éxito en mi práctica y todavía lo recomiendo como el alimento de más valor para los enfermos de influenza.»

JOHN L. DANIELS M. L., médico visitador del Hospital Metropolitano New York: «He venido empleando siempre el **Jugo Valentine's** como ensayo para estudiar sus resultados. Es agradable al paladar y en los casos de debilidad ha sido probado como un buen coadyuvante en nuestros usos terapéuticos. También he podido comprobar que en un caso de neumonía con irritabilidad de estómago, ha tenido buen éxito.»

De venta en farmacias y droguerías en Europa y América.

VALENTINE'S MEAT - JUICE Co.
Richmond, Virginia, U. S. A.

Los señores médicos pueden pedir folletos conteniendo testimonios clínicos.

Agentes generales para España y sus colonias.

E. DURAN, S. en C.

Calle de Tetuán, 9 y 11. — MADRID

Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

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

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

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

FORMAS FARMACÉUTICAS :

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

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

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

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

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

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

**LIPÍODOL
LAFAY**

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

LABORATORIOS CAMPOS FILLOL VALENCIA

LACTOBULGARINA El mejor desinfectante intestinal.

Simblosis 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



SANATORIO NEUROPÁTICO

Calle de Pablo Iglesias, 52.—CARABANCHEL 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.

Vídanse reglamentos a la Administración.

INSTITUTO MEDICO-PEDAGOGICO

CARABANCHEL 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.

Estafeta de partidos.

Se advierte a los señores médicos que piensen solicitar la plaza de Teo (Coruña), que dicha plaza se halla desempeñada, interinamente, por un médico que lleva varios años en dicho lugar, es hijo del mismo y tiene contratadas las igualas de todo el vecindario (10440).

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.

—Se anuncia vacante por concurso de méritos, por renuncia del que las ha desempeñado por espacio de doce años, las plazas de médico titular e inspector municipal de este pueblo de Caltojar y su anejo Bordecote, con el haber anual de 2.200 pesetas, teniendo un censo de población de 1.050 habitantes y sin ninguna familia en Beneficencia.

Las igualas son 5.300 pesetas, satisfechas en el tiempo de la recolección. Las solicitudes al señor alcalde; plazo treinta días.

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD.—La de Darnius (Gerona), partido judicial de Figueras, por oposición, Tribunal especial, cuarta categoría, vacante por renuncia; dotación 1.650 pesetas y ninguna familia de Beneficencia; censo, 1.087 habitantes.

Tribunal: Presidente, D. Emilio Ibáñez Sáinz, inspector provincial de Sanidad.

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

Secretario, el del Ayuntamiento de Darnius, D. Ramón Caribg Sala.

Suplentes: Presidente, el funcionario en quien delegue el inspector provincial.

Vocales y secretario: Serán nombrados por el Ayuntamiento al nombrar los propietarios.

Los aspirantes deberán dirigir sus instancias, en papel de octava clase, al señor alcalde presidente del Ayuntamiento de Darnius, en el término de un mes. (Gaceta del 22 de Enero.)

—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.

(Continúa en la pág. XVI.)

Jarabe “DEYEN” de Manzana Laxant

Utilísimo en los adultos e insustituible en los niños.

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

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

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

¡Cuidado! Pedid el DEYEN pues hay imitaciones.

HIGIENE DE LOS OJOS



OFTALMOL

PODEROSO ANTISÉPTICO DE LAS INFECCIONES DE LOS OJOS
LAVADOS Y BAÑOS OCULARES

INDICACIONES: Conjuntivas, úlceras de la córnea, oftalmías, tracoma (granulaciones), orzuelos, dacriocistitis (fistula lacrimal), blefaritis (inflamación de los párpados), caída de las pestañas, formación de forúnculos, costras, abscesos, etc., etc.

EL FRASCO LLEVA UNA BAÑERITA

Com.: Cl. hidrargyr., 0,02 gr. — Ac. carbazot., 0,01 gr. — Sal. soda. Homberg, 6 gr. — S. Clorenalina, XX gotas. — Ag. bidestilada, 300 gr.

LABORATORIO IBERIA.—Rambla Moncada, 29.—VICH (Barcelona)
Ayuntamiento de Madrid

- V -

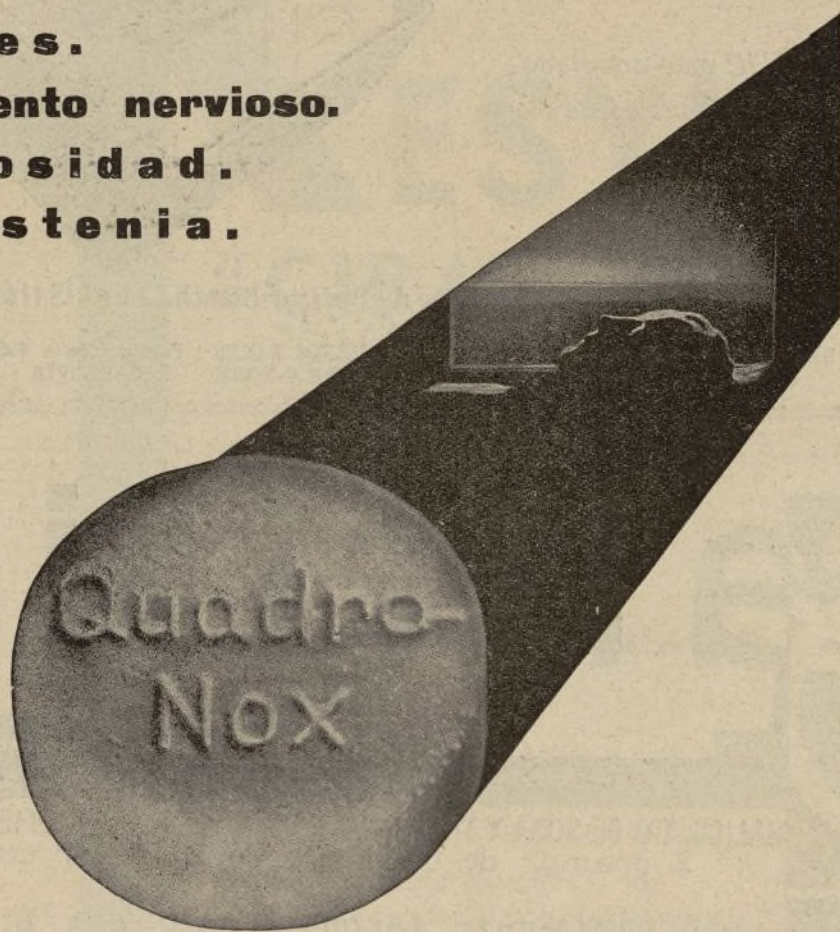
QUADRO-NOX

SUEÑO REPARADOR NORMAL después de Dolores.

Agotamiento nervioso.

Nerviosidad.

Neurastenia.



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

Sustituye con ventaja a la morfina.

Tabletas 0,6 en cajitas de 1 y tubos de 10 y 20 tabletas.

**A S T A , Aktiengesellschaft, Fábrica Química,
Brackwede, Westf. 128.**

Sección científica: Enrique Wernick. — Calle de Córcega, 382, 3.º — BARCELONA

Representante y depositario en España:

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

COLITIQUE

VACUNA CURATIVA ANTICOLIBACILAR

Doble superioridad:

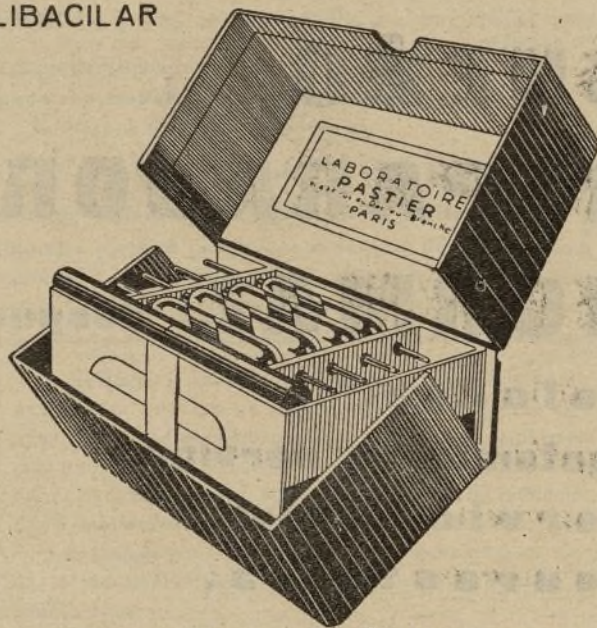
Acción directa sobre el microbio

No produce reacción febril alguna

Forma bucal, la más activa

*El COLITIQUE está adoptado
por los Hospitales de París*

Muestras y literatura



Laboratorios del Dr. P. ASTIER, 45-47, Rue du Docteur-Blanche. - PARÍS (16^e) (Francia)

SUCURSALES

BARCELONA : calle del Bruch, 129
MILÁN — LONDRES

BUENOS AIRES : Potosí, 4058 a 4060
NEW-YORK — VARSOVIA

Salicitiro

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

PERFECTAMENTE TOLERADO POR VIA BUCAL

Evita los trastornos gástricos.

Aumenta la eficacia salicilica.

Normaliza el terreno hipometabólico reumático.

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

MUESTRAS Y LITERATURA - DEPARTAMENTO MEDICO DEL
LABORATORIO JUSTE - Francisco Navacerrada-3-Hotel
Teléfono 55.386-Apartado de Correos 9030-MADRID





RESYL

"CIBA"

Eter glicero - guayacólico soluble

**Expectorante
Antiséptico
pulmonar
de un gusto agradable**

Formas farmacéuticas:

Jarabe Resyl

Frascos de 150 y de 300 grs.

Comprimidos Resyl

Tubos de 20 comprimidos

Pastillas Resyl

Cajas de 24 pastillas

Inyectables Resyl

Cajas de 12 ampollas

Giba Sociedad Anónima de Productos Químicos Barcelona

ANTALGOL DALLOZ

Granulado

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

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



Gardénal
FENIL-ETIL-MALONILUREA
EPILEPSIA
CONVULSIONES
ESTADOS ANSIOSOS
INSOMNIOS REBELDES
EN TUBOS DE COMPRIMIDOS A 0^{gr}10, 0^{gr}05 Y 0^{gr}01
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE "SPÉCIA"
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE, 86, RUE VIEILLE DU TEMPLE, PARIS. 3^e

Agentes para España:

Madrid: D. Julio García Coll, Calle de Caracas, 13.—Barcelona: D. Javier Coll, Córcega, 269.

Las dietas modernas amenudo carecen de minerales

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

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

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

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

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

JARABE *de* FELLOWS DE HIPOFOSFITOS

CONTIENE LOS MINERALES INDISPENSABLES.

MUESTRAS A PETICION

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

LABORATOIRE NATIVELLE

27, Rue de la Procession — PARIS (15°)

NATIBAÏNE

ÚNICA ASOCIACIÓN DE

DIGITALINE NATIVELLE

Y DE

OUABAÏNE ARNAUD

Draeger.

Asociación
altalina-Tab

DIGIBAÏNE

reemplaza con ventaja
Digital y Digitalina.

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

<p>LABORATOIRES DEGLAUDE 6, Rue d'Assas PARIS VI.</p>	<p>Muestras y literaturas: José M.^a Balasch Cuyás. (Farmacéutico) Avenida 14 de Abril, 440.—BARCELONA</p>
---	---

**METODO CITOFILÁCTICO
DEL PROFESOR P. DELBET**

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

DELBIASE

Comprimidos de Sales halogenas de
MAGNESIO

ESTIMULANTE BIOLÓGICO GENERAL
POR HYPERMINERALIZACION
MAGNESIANA DEL ORGANISMO

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

PRINCIPALES INDICACIONES :

- TRASTORNOS DIGESTIVOS
- INFECCIONES DE LAS VIAS BILIARIAS
- PRURITOS Y DERMATOSIS
- TRASTORNOS NEURO-MUSCULARES
- ASTENIA NERVIOSA
- TRASTORNOS CARDIACOS POR HYPERVAGOTONIA
- DESORDENES URINARIOS DEBIDOS A LA HYPERTROFIA DE LA
PROSTATA
- LESIONES DEL TIPO PRECANCEROSO
- PROFILAXIA DEL CÁNCER**

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

Laboratoire de Pharmacologie Générale, D^r Ph. CHAPELLE
8, rue Vivienne, PARIS

Muestra medical sobre pedido.

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



Alimento fisiológico completo

Vino de Vial.

Quina, carne,
lacto-fosfato de cal.

Rigurosamente dosificado
y asimilable, reúne todos los
principios activos
del fosfato de cal, de la quina
y de la carne.

Es el reconstituyente más
enérgico en los casos de
desnutrición y de disminución
de los fosfatos cálcicos.

De venta en todas las farmacias.

Depositario general para España:

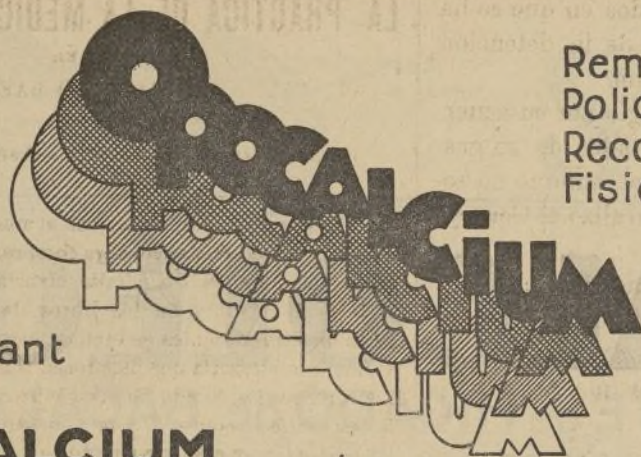
D. ANTONIO SERRA

Apartado 26, Reus (Tarragona).

— 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)



Remineralización
Poliopoterapia
Reconstituyente
Fisiológico....

del Dr. Guersant

1º OPOCALCIUM

Sellos, Comprimidos, Granulados

2º OPOCALCIUM IRRADIADO

Sellos, Comprimidos, Granulados

3º OPOCALCIUM

arseniado — Sellos

4º OPOCALCIUM

guayacolado — Sellos

LABORATORIOS A. RANSON

DOCTOR EN FARMACIA

121, AV. GAMBETTA. PARIS

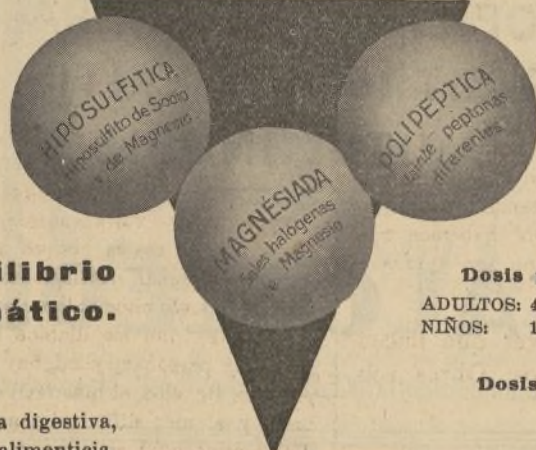
Depósito general en ESPAÑA: MIGUEL SOLER ELIAS.—Muntaner, 191.—BARCELONA

ANTIANAFILAXIA

CITOFILAXIA

PROFILAXIS ANTICANCEROSA

anacclasine
RANSON
(ἀνά-CONTRA, κλάσις-SHOCK)
Asociación antianafiláctica polivalente



**Restablece el equilibrio
humoral y simpático.**

Anafilaxia alimenticia, Intolerancia digestiva,
Deficiencia hepática, Intoxicación alimenticia,
Jaquecas, Insomnios, Vértigos. Eczemas, Ur-
ticaria, Enfermedades de Quinke, Asma, Dis-
nea, Reuma de los henos, Corizas espasmódi-
cas, Taquicardias, Arritmias, Artritis, Tu-
ores benignos, Cáncer.

Dosis para la fórmula granulada:

ADULTOS: 4 a 6 cucharadas de las de café por día.

NIÑOS: 1 a 2 cucharadas de las de café por día.

Dosis para la de comprimidos:

ADULTOS: a 5 por día.

NIÑOS: 1 a 3 por día.

LABORATOIRES A. RANSON

DOCTOR EN FARMACIA

121, Avenue Gambetta, PARIS

Depósito general en ESPAÑA: MIGUEL SOLER ELIAS.—Muntaner, 191.—BARCELONA

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**



POSOLOGIA

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

Niños: Mitad de estas dosis
(entre las comidas)

INDICACIONES

RAQUITISMO

TRASTORNOS del CRECIMIENTO

ESPASMOFILIA DESMINERALIZACION

GASTRO - ENTERITIS

AVITAMINOSIS

CALCOLÉOL

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

Antiateromatoso.
Hipotensor.
Descolorurante.
Diurético.
Modificador de la endoarteria
Modificador mineralo-tejidualar.

MxA
 13-14
 MnA
 7-8

GOTAS: en dosis de 10 a 25.
COMPRIMIDOS: de 1 a 5 por día.
AMPOLLAS: 5 cc. intravenosas cada dos días.

Silicyl

Medicación
 de **BASE** y de **RÉGIMEN**
Estados Arterioesclerosos
 y **Carencias Silíceas**

Agente: PLANS-SINTAS Hijos, 136, Provenza, Barcelona. — Laboratorios CAMUSET, 18, rue Ernest Rousselle, Paris.

PYRÉTHANE

GOTAS

25 a 50 por dosis - 300 por día (agua bicarbonatada)
AMPOLLAS A: 2 cc. Antitérmicas.
AMPOLLAS B: 5 cc. Antineurálgicas.
 1 a 2 al día
 con o sin medicación intercalar por las gotas.

Poderoso Antineurálgico

Genalcaloïdes

POLONOVSKI Y NITZBERG

**NUEVOS ALCALOÏDES
NO TÓXICOS**

Ampollas - Gotas - Gránulos

**EN LA PRÁCTICA
CUOTIDIANA**

GEN

ATROPINE
ESERINE
OSCOPOLAMINE
HYOSCYAMINE
OSTRYCHNINE
OSTHENIQUES
 Cacodilate de Genostrychnine y de Geneserine

HIPERACIDEZ
 DOLORES ABDOMINALES
 HIPOACIDEZ
 SÍNDROME SOLAR
 PARKINSONISMO
 ANESTESIA QUIRURGICA
 TEMBLORES DIVERSOS
 SECUELAS DE ENCEFALITIS
 NEURASTENIA
 PARALISIS
 ASTENIA
 DEPRESION

Los señores Max y Michel Polonovski han designado con el nombre de «Genalcaloïdes» (C. R. Académie des Sciences, Paris, 1925) una serie de compuestos alcaloidicos de función aminóxida en los que se ha reconocido propiedades idénticas a las del alcaloide fundamental de que derivan, pero con la diferencia esencial de que son muy débilmente tóxicos comparados con él.

A M I D A L
 (Fermentos Lácticos)

ENTERITIS
DIARREAS

Laboratorio AMIDO

A. BEAUGONIN, Farmacéutico.
 4, Place des Vosges — PARIS

BACKERINE

(Fermentos Seleccionados)

TUMORES
CANCERES

Muestras y Literatura: E. BOIZOT. — MADRID, Apartado 2082. — BARCELONA, Apartado 17.
 Ayuntamiento de Madrid

LABORATORIO
MIRABENT
BARCELONA



MORRHUÉTINE

EL TÓNICO DE LA INFANCIA
Y DE LA PUBERTAD.

JUNGKEN

MEDICACIÓN YODADA
POR EXCELENCIA

SE USA TODO EL AÑO = SABOR GRATÍSIMO = TOLERANCIA PERFECTA

NURRISOL

RECONSTITUYENTE GENERAL PARA LAS MUJERES QUE CRIAN
FACILITA LA LACTANCIA MATERNA

PAHIRVOL

TÓNICO ESTOMACAL
INSUFICIENCIAS Y ATONÍAS GÁSTRICAS

Las modernas investigaciones confirman el valor terapéutico de la Emulsión Scott

Los descubrimientos científicos modernos referentes a nutrición demuestran la necesidad imperiosa de aportar al organismo las Vitaminas A y D.

El Aceite de hígado de bacalao es de mucho el veneno más rico en dichas Vitaminas.

Si dicho aceite se administra:

- 1º. de las Islas Loffoden, primera calidad;
 - 2º. en forma de emulsión que es la más asimilable;
 - 3º. asociado en justa proporción con las sales indispensables de calcio, sodio y fósforo, y
 - 4º. perfectamente emulsionada,
- los buenos resultados no son dudosos y son los obtenidos y que se obtienen y obtendrán con la



EMULSIÓN SCOTT

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

LABORATORIOS CORBIÈRE - PARIS

SUERO ANTI-ASMÁTICO DE HECKEL

MUESTRAS GRATIS

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

LA EXCITACIÓN DEL NEUMOGÁSTRICO ESPASMA LOS BRONQUIOS Y CAUSA LA CRISIS DE ASMA

SI POR MEDIO DEL SUERO DE HECKEL, SE EXCITA EL GRAN SIMPÁTICO, LA ACCIÓN DEL NEUMOGÁSTRICO QUEDA ANIQUILADA Y EL ESPASMO CESA

FERNAND BEJAR, Agente G^{al} para ESPAÑA, 20, Ruiz Perello, MADRID (19)

POR LAS CLINICAS DE EUROPA (FORMULARIO CRÍTICO)

TOMOS PUBLICADOS

Se encuentran a la venta los siguientes tomos:

- I **A** 7 pesetas (segunda edición).
- II **BC** (agotado y en reimpresión).
- III **DE** 8 pesetas (segunda edición).
- IV **FGH** 7,50 pesetas.
- V **IJKL** 7,50 pesetas.

- VI **MN** 7,50 pesetas.
- VII **O** 7,50 pesetas.
- VIII **P** (hasta **Parto**) 8,50 pesetas.
- IX En impresión.

El número de páginas de cada tomo es variable entre 400 y 900.

Nuestro Formulario Crítico tiene cada día mayor reputación entre los médicos, considerándose como el mejor de los hasta ahora publicados.

Los tomos sucesivos, en cuya confección trabajan varios redactores que conocen y hablan todos los idiomas y disponen de libros de todas las naciones para llevar a la perfección nuestro FORMULARIO, se publica por entregas de ocho páginas encuadernables en nuestra importante Revista **EL SIGLO MEDICO**.

FOSFOTIOLCOL

TOSSES Y CATARROS



Vías respiratorias

JARABE FAMEL
a base de lactococos soluble

**ACCION
RAPIDA
Y
SEGURA**

calma la tos
facilita la expectoración
reanima el estado general

Depósito general para España
Catal y Marsán-Aragón 228 - Bar

—La de Canfranc (Huesca), partido judicial de Jaca, por oposición, Tribunal especial, tercera categoría, vacante por separación; dotación, 2.200 pesetas y 50 familias de Beneficencia; censo, 1.696 habitantes.

Tribunal: Presidente, D. Emilio Vara, inspector provincial de Sanidad.

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

Secretario, el del Ayuntamiento de Canfranc, D. Néstor Gella Estaún.

Suplentes: Presidente, el funcionario en quien delegue el inspector provincial.

Vocales y secretario: Serán nombrados por el Ayuntamiento al nombrar los propietarios.

Los aspirantes deberán dirigir sus instancias, en papel de octava clase, al señor alcalde presidente del Ayunta-

miento de Canfranc, en el término de un mes. (Gaceta del 22 de Enero.)

—La de Cuevas de Velasco y agregados Villar del Maestre y Villar del Saz de Navalón (Cuenca), partido judicial de Cuenca, por oposición. Tribunal ordinario, segunda categoría, vacante por renuncia, dotación, 2.750 pesetas anuales y 10 familias del padrón de Beneficencia; censo, 1.130 habitantes.

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

Vocales: D. Rafael Molina Pina, médico epidemiólogo (encargado) del Instituto Provincial de Higiene; D. Julián de Selgas Guillén, subdelegado de Medicina de Cafieta, D. Dionisio Muñoz Perona y D. Manuel Núñez Martínez, médicos titulares de Motilla del Palancar y La Frontera, respectivamente, y secretario del Ayuntamiento de Cuevas de Velasco.

Suplentes: Presidente, el funcionario en quien delegue el inspector provincial.

Vocales: D. Higinio París Aguilar, médico bacteriólogo del Instituto Provincial de Higiene; D. Félix de la Muela Falcón, subdelegado de Medicina de Cuenca; D. Félix Lozano Montero y D. Petronilo Valero Pérez, médicos titulares inspectores municipales de Sanidad de Torralba y Salvacañete, respectivamente; y secretario, el de uno de los otros Ayuntamientos interesados.

Los aspirantes deberán dirigir sus instancias, en papel de octava clase, al señor alcalde presidente del Ayuntamiento de Cuevas de Velasco, en el término de un mes.

—La de Castrillo de Villavega y su agregado Bárcena de Campos (Palencia), partido judicial de Saldaña, por oposición. Tribunal ordinario, cuarta categoría, vacante por renuncia; dotación, 1.650 pesetas anuales y 35 familias de Beneficencia; censo, 1.148 habitantes.

(Continúa en la página siguiente.)

PARA CLINICA O SANATORIO

En lugar adecuado, a cuatro kilómetros de Oibeles, 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.

¡DOCTOR!... ¿Quiere usted que el alcanfor que ha de inyectar a sus enfermos obre de manera rápida y segura? Pues use siempre el

CANFORETIL B. MARTÍN

(Nombre registrado)

(Solución etéreo-oleosa de alcanfor puro del Japón)

En ampollas de 0,10, 0,20, 0,40, 0,50 y 1 gramo de alcanfor puro.

ANTIASMÁTICO PODEROSO

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES

Jarabe-Medina de Quebracho.

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

Tribunal: 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.

Suplentes: Presidente, el funcionario en quien delegue el inspector provincial.

Vocales: D. Alberto Casas de la Fuente, médico titular de Becerril de Campos (a propuesta de la Inspección provincial de Sanidad, por no haber más que un funcionario médico en el Instituto Provincial de Higiene); D. Mariano Magid y García, subdelegado de Medicina de Saldaña; don Valentín Maté Prieto y D. Juan Fernández del Río, médicos titulares inspectores municipales de Sanidad de Osorno y Salinas de Pisuegra, respectivamente, y secretario, el que designen los Ayuntamientos interesados al nombrar el propietario.

Los aspirantes deberán dirigir sus instancias, en papel de octava clase, al señor alcalde-presidente del Ayuntamiento de Castrillo de Villavega, en el término de un mes, abonando la cantidad de 20 pesetas en concepto de derechos de oposición.

—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 Dirección general convoca a concurso-oposición para la provisión de la plaza de profesor auxiliar de la Sección de Eugenesia y Puericultura intrauterina, vacante en la Escuela Nacional de Puericultura, dotada con el haber anual de 3.000 pesetas.

Las normas que habrán de regir el concurso oposición serán las siguientes:

- 1.ª Los aspirantes habrán de ser españoles, licenciados o doctores en Medicina.
- 2.ª Las instancias se presentarán en el Registro general de esta Dirección hasta las catorce del día 3 de Febrero.
- 3.ª Los aspirantes satisfarán en el acto de la inscripción 25 pesetas en metálico, en concepto de derechos de examen.

Tribunal: Presidente, D. José García del Diestro Escobedo, director de la Escuela Nacional de Puericultura.
Vocales: D. José Luchsinger Centeno, profesor titular de Eugenesia y Puericultura intrauterina, y D. Enrique Jaso Roldán, profesor titular de Fisiología e Higiene infantil de la citada Escuela.

—La Dirección general convoca a concurso oposición para la provisión de tres plazas de profesores auxiliares de las Secciones de Fisiología e Higiene infantil y de Pueri-

(Continúa en la página siguiente.)

JARABE

Cloofosfato
cálcico gelatinoso

ALMERA

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

Superior a todos sus similares, siendo el más activo de todos los reconstituyentes.



Más de 37 años de éxito creciente.

De venta en: Xucúá, 21, Barcelona, en la Farmacia Almira y Laboratorio, Plaza de Guimerá, 14, Vilasar de Mar y en las principales Farmacias y Droguerías.

ALMORRANAS



Producto español a base Hamam-virg.^a. 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.

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.

cultura de la primera y segunda infancia, indistintamente, vacantes en la Escuela Nacional de Puericultura, cada una de ellas dotada con el haber anual de 3.000 pesetas, que se harán efectivas con cargo al capítulo 1.º, art. 16, Sección sexta, Subsección segunda del presupuesto vigente.

Las normas que habrán de regir el concurso-oposición serán las siguientes:

- 1.ª Los aspirantes habrán de ser españoles.
- 2.ª Las instancias se presentarán en el Registro general de esta Dirección hasta las catorce del día 3 de Febrero.
- 3.ª Los aspirantes satisfarán en el acto de la inscripción 25 pesetas en metálico, en concepto de derechos de examen.

Tribunal: Presidente, D. José García del Diestro y Escobedo, director de la Escuela Nacional de Puericultura.

Vocales: D. José Muñoz Seca y don Guillermo Angulo Pastor, profesores de la citada Escuela. (*Gaceta* del 19 de Enero.)

—Ayuntamiento de Ibros (Jaén). Se halla vacante una de las plazas de médico titular inspector municipal de Sanidad, anunciándose su provisión en propiedad mediante concurso ante la Inspección provincial de Sanidad. Plazo treinta días desde la publicación en la *Gaceta*. (*Boletín Oficial* del 14 de Enero.)

(Esto lo damos como avance, puesto

ANALISIS

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

Laboratorio del DR. E. ORTEGA
sucesor del Dr. Calderón

Carretas, 14, Madrid.
FUNDADO EN 1866

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.

Véase Principales farmacias
del mundo.

que aún no ha aparecido en la *Gaceta de Madrid*)

GOBIERNO CIVIL DE VIZCAYA.—COMISIÓN GESTORA DE LUCHA ANTITUBERCULOSA DE VIZCAYA.—Con el fin de reorganizar técnicamente el Dispensario Antituberculoso «Ledo», de Bilbao, se convoca a oposición concurso libre con el fin de proveer para el servicio de dicho Dispensario las siguientes plazas: Un médico director fisiólogo, con el sueldo anual de 8.000 pesetas. Un médico ayudante fisiólogo y radiólogo, con el haber anual de 4.000 pesetas. Un médico pediatra fisiólogo, con el haber anual de 4.000 pesetas. Un médico otorrinolaringólogo, con el haber anual de 3.000 pesetas.

Condiciones.—Las de provisión de estas plazas serán las siguientes:

1.ª Los aspirantes a ellas deberán ser españoles, licenciados en Medicina, aptos físicamente para el desempeño de los cargos expresados y sin antecedentes penales.

2.ª Los que deseen tomar parte en dicha oposición-concurso libre dirigirán sus solicitudes, acompañadas de los documentos que después se expresarán, al excelentísimo señor gobernador civil de Vizcaya, presidente de esta Comisión, dentro del plazo de veinte días hábiles, a contar del de la publicación de este anuncio en el *Boletín Oficial* de Vizcaya; y a las once del día 6 de Marzo deberán personarse los que hubieren presentado en forma la solicitud y documentos exigidos al efecto, para empezar las ejercicios de la oposición concurso libre, objeto de esta convocatoria, en el local del Dispensario Antituberculoso «Ledo», de Bilbao, sito en la calle Licenciado Pozas, esquina a la Alameda de Recalde (B. O. del 18 de Enero).

Para más detalles, diríjense a la Comisión reorganizadora, Licenciado Pozas, etc.

IODASA BELLOT

Solución titulada de IODO-PEPTONA-BELLOT
SIN IODISMO

Cada V gotas contienen un centigramo de iodo combinado con la peptona.

XX gotas obran como un gramo de yoduro alcalino.

DOSIS MEDIA: Niños, de V a XX gotas. Adultos, de X a L gotas.

Escrófula, raquitismo, artritis, reumatismo, arterioesclerosis, enfermedades del corazón y de los vasos, asma, enfisema, linfatismo, bocio, infartos glandulares, obesidad, sífilis.

LA IODASA se prepara en España desde el año 1907.

F. BELLOT.—Antonio López, 163.—MADRID

Ayuntamiento de Madrid

A VUELTA AL MUNDO EN HORA Y MEDIA (1)

(Retazos de una charla con proyecciones.)

Nuestro desembarco en Alejandría después de dos días invertidos en el viaje de Atenas a Egipto, apenas nos

STROPHANTUM

PALLARÉS

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

dió lugar a ver el famoso faro. El tren nos aguardaba para conducirnos al Cairo, y las cuatro horas que invertimos en este recorrido nos resultaban angustiosas. Tal era nuestra impaciencia por conocer la población más importante de este, por su historia, remoto país.

Los trabajos de interpretación de jeroglíficos realizados por Champollion y sus discípulos y por los egiptólogos Brugsch, Lepsius, Wilkinson, Mariette, Rougé, Chabas y Masperó, y, en los últimos años, las excavaciones de lord Carnarvon y Mr. Carter, han tenido y tienen en constante actualidad el libro, el folleto, la conferencia y hasta el parte periodístico referentes al descubrimiento y reconstitución de la historia

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

antigua de Egipto, del Misraim de los hebreos, del Mars de los árabes, del Chemi de los captos.

(1) Véase el número anterior.

El Cairo, la vieja Mars el Khairá de los árabes, encierra tal diversidad de civilizaciones, de barrios pintorescos y de templos, que en su descripción invertiríamos mucho más del espacio fijado en esta conferencia. Resulta, pues, obligado limitar nuestras proyecciones y comentarios a lo más conocido y genuino del país.

A las pirámides de Giseh se llega en poco más de una hora desde el Cairo. La vegetación se interrumpe con brusquedad para dar comienzo al inmenso desierto.

Las pirámides que contemplamos en esta nuestra primera excursión son las más conocidas y son por orden de su tamaño la de Kheops, la de Khefren y la de Micerino. Las tres fueron construidas cuatro mil años antes de nuestra era, y cada una de ellas no guarda más que el sepulcro de un faraón, el que le da su nombre.

Su aspecto, que en los primeros instantes no nos impresiona tanto como

Contra las neuralgias aconsejamos CEREBRINO MANDRI

merecen su grandiosidad y el esfuerzo que representa un trabajo tan penoso y desproporcionado con la época remotísima en que se realizó, va apoderándose de nuestra atención e interés según las apreciamos más de cerca. La Gran Pirámide tiene un volumen de veinticinco millones de metros cúbicos de piedra, que tuvo que ser transportada desde regiones remotas por procedimientos desconocidos, y constituye un enterramiento que con gran acierto dice Blasco se halla en la misma proporción con el resto del monumento que una pepita de manzana con el resto de este fruto. ¡A tal extremo llegaba el orgullo de los

faraones y sus anhelos de inmortalizarse!

La más pequeña de las pirámides, la de Micerino, que es la mejor conservada y la más pulida de ellas, conserva una leyenda en torno suyo que la hace

Testogan^{max}
"Humming"
Neurastenia sexual,
Impotencia etc.

más digna de la atención del viajero Nitokris, «la bella de las mejillas de rosa», esposada con su hermano Micerino, incesto muy frecuente entre los faraones para conservar la pureza de estirpe, conoce en funesta fecha el asesinato de su esposo, llevado a cabo por los principales magnates de la corte que aspiraban al gobierno indirecto del país sometido a unas manos femeninas. Nitokris manda construir una gruta subterránea en las inmediaciones del Nilo para observar más rigurosamente su luto y convoca a los magnates comprometidos en el asesinato de su esposo a

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

visitar e inaugurar la estancia. Una vez reunidos éstos en el subterráneo, mandó levantar una disimulada compuerta que comunicaba con el río, y en esta forma supo hacer justicia por su mano sobre

esos hombres de hierro que han rodado con los ejércitos por todo el mundo. Ha vivido como viven los soldados franceses: de balas, de batallas y de victorias; ha sufrido mucho, pero nunca ha conseguido llevar sobre sus hombros más que charreteras de lana. Su carácter es jovial y ama con fanatismo a Napoleón, que le concedió la cruz del legionario en el mismo campo de batalla cuando se dió la de Valoutina. Como verdadero delphiné, tuvo buen cuidado de poner todas las cosas en regla y por eso recibe su pensión de retiro y el trato de legionario. Es un soldado de Infantería llamado Goguelat que estuvo en la Guardia en 1812. En ciertos aspectos es el ama de casa de Gondrin. Los dos viven juntos en casa de la viuda de un buhonero, a la que dan cuanto dinero tienen; la buena mujer les da habitación, los mantiene, los viste y los arregla como si fuesen sus hijos. Goguelat desempeña el cargo de peatón de Correos. En cierto modo es el introductor de las nuevas en el cantón, y el hábito de contarlas le ha convertido en el orador de las veladas; por ello Gondrin le considera como un genio superior y como un astuto. Cuando Goguelat habla de Napoleón, el pontonero parece que adivina sus palabras con sólo verle mover los labios. Si fueran esta tarde a la velada que se celebrará en una de mis granjas, donde podríamos verlos sin ser apreciados por ellos, os concedería el espectáculo de esta escena. Pero henos aquí ante la fosa, y no se ve por ella a mi amigo el pontonero.

El médico y el comandante miraron a los alrededores atentamente y no vieron otra cosa que la pala, el pico, la carretilla y la guerrera militar de Gondrin al lado un montón de leña; pero no se divisaba el menor vestigio humano en todos aquellos caminos pedregosos que conducían las aguas hasta aquel apartado, formando canales caprichosos y casi cubiertos por los pequeños arbustos de las orillas.

—No puede encontrarse muy lejos — dijo Benassis a la vez que gritaba: ¡Eh, Gondrin!

Genestas percibió en aquel momento el humo de una pipa que salía de entre el follaje de unos matorrales, y mostrándose con el dedo al médico, éste repitió su grito en aquel sentido. En seguida, el pontonero levantó la cabeza, y reconociendo a su alcalde, bajó hasta él por un sendero estrecho y tortuoso.

—Qué hay, buen viejo — le gritó Benassis formando una especie de corneta acústica con la palma de la mano —; aquí tiene usted un camarada, un egipcio, que ha mostrado deseos por conocerle.

Gondrin levantó con rapidez la cabeza hacia Genestas y le echó esa mirada profunda e investigadora que los viejos soldados han sabido conquistar a fuerza de medir el peligro que les acechó tan repetidas veces. Después de haber visto la cinta roja del comandante, se llevó con rapidez el dorso de la mano a la frente para saludarle militarmente.

—Si el pequeño pelón viviese aún — dijo el oficial —,

las vidas que le habían arrebatado la de su ser más querido.

A corta distancia de las pirámides puede contemplarse la famosa esfinge, que en el momento en que nos colocamos ante su presencia tiene la cara cubierta de una máscara de andamios en los que se trabaja para arrancar la arena acumulada en sus arrugas por los huracanes violentos del desierto. Estos huracanes han cubierto muchas veces la mayor parte de la gigantesca figura de la esfinge, pero nosotros la podemos

SARNA

Cápsula con SULFURETO CABALLERO

admirar hasta las manos, que desde hace muchos años no estaban visibles.

Este raro monumento, cuya antigüedad se hace remontar hasta siete mil años, es la imagen de la divinidad Harmakhis, personificación del sol naciente, y está tallada en una inmensa roca existente en estos primeros lugares del desierto. Su cabeza es de hombre, para representar la sabiduría; su cara, de mujer, para representar la memoria, y su cuerpo, de león, para representar la fuerza. Esta divinidad tiene sumergido en el profundo mar de las arenas un

EL CHOCOLATE ZORRAQUINO

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

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

encillo y austero templo, del cual se conservan algunos sólidos vestigios.

De las proporciones de este monstruo divino os pueden dar idea las dimensiones de su cabeza, que tiene de

altura 19 metros, y de su oreja visible, que mide uno.

Algo todavía de mayor antigüedad

CATARROS. TOS JARABE MADARIAGA, benzocinámico.

que estos monumentos os podemos ofrecer sobre la pantalla como resultado de nuestra expedición a Menfis, la ciudad más antigua de Egipto, que perdió su importancia cuando los musulmanes fundaron el Cairo y llevaron a él las posiblemente transportables riquezas de la antigua capital.

Menfis fué fundada por Menes, el faraón más antiguo de que dan cuenta los jeroglíficos egipcios, traducidos gracias al esfuerzo e inteligencia del gran Champollión.

A corta distancia de las escasas rui-

"MALTOPOL"

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

nas que quedan de esta ciudad, puede admirarse esta otra esfinge, más reducida de tamaño que la de Gizeh, pero más bella y mejor conservada. Más al Poniente da comienzo de nuevo la inmensa llanura del desierto, y tras penosa marcha podemos realizar nuestra visita al subterráneo e imponente sepultura del Buey Apis y de otros dioses y magos cuyos deudos buscaron en las soledades del mar de arena un refugio seguro a los restos adorados, que sólo el ansia de conocimientos despertada por la civilización moderna pudo conducir a su descubrimiento y a la interpretación de su significado en el lejano

mundo de la primera dinastía de los faraones y de la mitología que precedió a los hechos compulsados:

La más antigua de las pirámides de Egipto es una de las de Sakkara, anterior al reinado de Menes, construida en forma de gradas carcomidas por la acción del tiempo. Por su misma sencillez es quizás el monumento que excita más intensamente la melancólica reflexión de nuestra insignificancia y el caso valor de la sucesión de los siglos.

(Continuará.)

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

EN LA PASADA convocatoria de Septiembre, un profesor, pesadilla de esos escolares que acometen los estudios con alguna «timidez», suspendió a uno de sus alumnos.

El alumno suspendido se encaminó a casa del riguroso catedrático.

—¿Don Fulano de Tal?

—Sí, [señor — respondió una doncellita.

Cuando la sirvienta paso el recado, el estudiante escuchó perfectamente la voz de su martirizante profesor que,

Solución salicilato sódico Domingo.

Cada cucharada contiene dos gramos de salicilato sódico puro.

J. DOMINGO CHURTÓ

C: Libertad, 14, BARCELONA

malhumorado, decía: «¡Diga que no estoy en casa!»

—El señor no está en casa...

—Pues dígame usted ¡que no he venido! —repuso enérgico el alumno.

tendrías tu cruz y un modesto retiro, porque has salvado la vida a todos los que llevan sobre sus hombros las charreteras por haber pasado el puente en 1812; pero, amigo mío —añadió el comandante apeándose de su caballo y estrechándole la mano con súbita efusión—, yo no soy aún ministro de la Guerra.

Al oír estas palabras, el viejo pontonero se cuadró, y después de haber sacudido cuidadosamente las cenizas de su pipa y de habérsela guardado, dijo moviendo la cabeza:

—Nunca he hecho otra cosa que cumplir con mi deber, mi comandante; son los demás los que no han cumplido con el suyo, a lo que yo entiendo. ¡Me piden siempre mis papeles!... ¿Mis papeles?, les he contestado yo. ¿No se encuentran todos en el Boletín veintinueve?

—Es preciso reclamar de nuevo, camarada. Sin una recomendación es imposible que hoy alcances justicia para tus aspiraciones.

—¡Justicia!... —dijo el pontonero con un tono que hizo estremecer al comandante y al médico.

Siguió a esta expresión un momento de silencio, durante el cual los dos caballeros contemplaron a aquel residuo de los soldados de bronce que Napoleón había mandado durante tres generaciones. Gondrin representaba un hermoso ejemplar de aquella masa indestructible que se quebró sin romperse. Este viejo tenía apenas cinco pies; su busto y sus hombreras estaban prodigiosamente ensanchadas; su

cara curtida, surcada de arrugas, pero musculosa, conservaba algunos vestigios de marcialidad. En él todo su porte denunciaba un carácter de rudeza; su frente parecía un cuartel de piedra y sus cabellos raros y grises caían débiles sobre su cara, como si faltase ya la vida en aquella cabeza fatigada; sus brazos, cubiertos de pelo como su pecho, del que una parte se podía apreciar por la abertura de la camisa desabrochada, anunciaban en el viejo la fuerza extraordinaria con que Dios le había dotado. En fin, que campaba sobre unas piernas tan sumamente fuertes que hacían de él un hércules.

—¡Justicia! —repitió nuevamente—; jamás podremos nosotros contar con ella. No tenemos ya personas arriesgadas que se atrevan a pedir nuestra deuda, y como es preciso que comamos cada día —dijo golpeándose en el pecho—, no tenemos tiempo de esperar a ser atendidos. Por otra parte, como las palabras de los que pasan su vida calentándose en las chimeneas de las oficinas no tienen la virtud de las legumbres, me vine a ganar mi sueldecito en el fondo común —dijo señalando el cieno con su enorme pie.

—Antiguo camarada, no siempre va a ocurrir lo mismo —dijo Genestas—. Yo te debo la vida, y me tendría por muy ingrato si no te echase una mano en tu justa solicitud. Yo recuerdo haber pasado alguna vez por el puente del Bezina y conozco a algunos de aquellos veteranos que tienen muy buena memoria y me han de secundar en la em-

SANGRE NORMAL



SANGRE HEMOFÍLICA









La presencia del ion calcio es indispensable para que la sangre posea la propiedad normal de su coagulación.

El ion calcio, llevado a la intimidad de los tejidos, fija el ácido fosfórico procedente de la desintegración de las lecitinas y nucleínas de los alimentos.



ION-CALCINA

ION ♦ CALCINA

FRASCO:


CLORURO DE CALCIO SECO EN ESPECIAL ASOCIACIÓN
SINTÉTICA AL EXCIPIENTE ORGÁNICO (0,30 gramos por cucharada).

AMPOLLAS:

CLORURO DE CALCIO SECO EN SOLUCIÓN ESTERILIZADA
AL 5 % (Ampollas de 5 c. c. Para inyección intravenosa)



SEÑOR DOCTOR:



La grande y extraordinaria importancia que el **cloruro de calcio** está adquiriendo en la terapéutica como normalizador del funcionamiento de la sangre y del sistema nervioso. Su papel anti-hemolítico y antianafiláctico, fundamento de numerosas aplicaciones terapéuticas puestas de manifiesto, con resultados plenamente satisfactorios, en ANEMIAS, HEMOFILIAS, HEMORRAGIAS DE TODAS FORMAS, urticarias y trastornos anafilácticos en general.

Su notable acción moderadora de la excitabilidad nerviosa y muscular, comprobada en la TETANIA, ESPASMOFILIA, EPILEPSIA, NEURASTENIA, ASMA BRONQUIAL, etc.

Su marcada propiedad recalificante en el RAQUITISMO, OSTEOMALACIA, TUBERCULOSIS y demás procesos consuntivos.

Su poderosa acción diurética, declorurante y antialbuminúrica en la NEFRITIS, en la PULMONÍA, en las afecciones cardíacas.

Y, finalmente, los brillantes resultados obtenidos mediante las inyecciones intravenosas de **cloruro de calcio** en las DIARREAS y VÓMITOS DE LOS TUBERCULOSOS, en la epilepsia, en los edemas, en los DERRAMES PLEURÍTICOS SEROSOS y derrames serosos en general.

Todo ello fué motivo para preparar la **ION-CALCINA**, salvando con especial cuidado los inconvenientes que la administración de esta sal cálcica presenta en las fórmulas magistrales para uso interno, y presentando, además, la forma inyectable para aquellos casos en los que se crea necesaria o esté más indicada su aplicación.

Están a su disposición cuantas muestras necesite para su ensayo, con la seguridad de que quedará satisfecho de sus resultados.

LABORATORIO DE M. PALLARÉS
PLAZA DE MOSÉN SORELL, 6 * VALENCIA

EL SIGLO MÉDICO

AÑO I NOTICIARIO GRÁFICO NÚM. 2

28 DE ENERO DE 1933



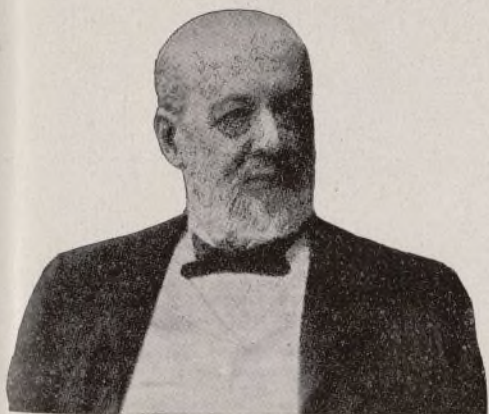
“EL EMPERADOR DE LAS HURDES”

He aquí la figura médica de la semana: El Dr. José María Albiñana y Sanz, a quien su largo y duro confinamiento en el desolado paraje jurdano ha perturbado la salud física sin restarle su proverbial gracejo, manifestado una vez más en el título pomposo con que ahora firma sus escritos:

¡EL EMPERADOR DE LAS HURDES!

HONOR A LOS ESTUDIANTES PATRIOTAS

EL CENTENARIO DE LEON LABBE



La Academia de Medicina de París acaba de celebrar el centenario del ilustre cirujano francés, muerto el año 1916 y nacido en 1832 en la villa de Merlerault (Normandía).

«Después de Pean — ha dicho en su elogio el profesor Faure—, León Labbé es acaso el único de talla suficiente para medirse con su obra genial.»



Bellísimo monumento elevado por la Universidad de Bonn a los estudiantes muertos en la guerra.

Ayuntamiento de Madrid

EN LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA



El Dr. D. Joaquín Decref y Ruiz, que ha leído un notable discurso sobre tratamiento del mal vértebral de Pott, rodeado de la Junta directiva y numerosos académicos el día de la inauguración del curso de 1933.

LOS NUEVOS LOCALES DE LA ESCUELA PASTEUR



El prefecto de la Gironda acompañado de la señora Gonnouilhau, presidenta de la Asociación de Damas Francesas, y del coronel médico Dr. Direks-Dilly, presidiendo en Burdeos la inauguración de los nuevos locales de la Escuela Pasteur, uno de los más notables centros de formación de enfermeras que tiene Francia gracias al concurso de la Cruz Roja, la Unión de Damas y la Sociedad de Socorros a los Heridos Militares.

RECUERDOS DEL TIEMPO VIEJO



A finales del siglo XVIII presentó Félix Vicq d'Azyr este notable caso en la Real Sociedad de Medicina de París.

Se trataba de un zapatero, llamado Dolpierre, de treinta y nueve años de edad, que al afeitarse se produjo una herida entre la oreja y ojo derecho. Ocho días después volvió a herirse en igual forma y sitio, y, poco después, comenzó el crecimiento del cuerpo extraño que reproduce el grabado y que Vicq d'Asyr llama en su historia *cuerno humano*, el más voluminoso de los registrados en la casuística médica hasta 1783. Cada vez que tocaban *el cuerno* al pobre Dolpierre, veía las estrellas. ¡Se comprende la sensibilidad del desgraciado zapatero!

LOS PREMIOS, RECOMPENSAS Y SOCORROS DE LA ACADEMIA



El presidente de la Corporación, profesor Gimeno y Cabañas, en el acto celebrado el domingo último entrega los premios y recompensas acordados por la Academia en el concurso de 1932.

LOS ESTUDIANTES SEVILLANOS EN MADRID



Los alumnos del sexto año de la Facultad de Medicina de Sevilla al salir de su visita al Hospital de Infecciosos de Madrid.

NOTA CÓMICA SEMANAL



- He venido a Madrid a trabajar
- ¿Te han quitado la titular del pueblo?
- No; pero me han quitado los ahorros, y, si no me vengo, me quitan el tipo.

OPOSICIONES

a las vacantes de Inspectores
— Municipales de Sanidad. —

Una obra de la mayor utilidad práctica.

CONTESTACIONES al PROGRAMA

oficial vigente para opositar las vacantes de Inspectores Municipales de Sanidad.

== MEDICINA, CIRUGÍA ==
HIGIENE Y LEGISLACIÓN

GRATIS

una obra de más de

800 páginas.

GRATIS

la

LEGISLACIÓN

la

HIGIENE

la

CIRUGIA

la

MEDICINA

las

**PRACTICAS
DE LABORATORIO**

Una obra

de utilidad increíble.

GRATIS

para los suscriptores de

EL SIGLO MEDICO

TRAQUEA: BRONQUIOS: PULMONES
EUBRONQUIOL

nes, se le impondrá, además de las penas señaladas en ellos, la de inhabilitación absoluta.

Art. 134. El que con actos ilegales o que no estén autorizados competentemente provocare o diere motivo a una declaración de guerra contra España por parte de otra Potencia, o expusiere a los españoles a experimentar vejaciones o represalias en sus personas o en sus bienes, será castigado con la pena de reclusión menor, si fuere funcionario del Estado, y no siéndolo, con la de prisión mayor.

Si la guerra no llegare a declararse ni a tener efecto las vejaciones o represalias, se impondrán las penas respectivas en el grado inmediatamente inferior.

Art. 135. Se impondrá la pena de reclusión menor al que violare tregua o armisticio acordado entre la Nación española y otra enemiga, o entre sus fuerzas beligerantes de mar y tierra.

Art. 136. El funcionario público que, abusando de su cargo, comprometiére la dignidad o los intereses de la Nación española de un modo que no esté comprendido en este capítulo, será castigado con las penas de prisión mayor e inhabilitación para el cargo que ejerciere.

Art. 137. El que sin autorización bastante levantara tropas en la República para el servicio de una Potencia extranjera, cualquiera que sea el objeto que se proponga o la nación a quien intente hostilizar, será castigado con la pena de prisión mayor.

El que sin autorización bastante destinare buques al corso, será castigado con la pena de reclusión menor.

Art. 138. El que en tiempo de guerra tuviere correspondencia con país enemigo u ocupado por sus tropas, será castigado:

1.º Con la pena de prisión mayor, si la correspondencia se siguiera en cifras o en signos convencionales.

2.º Con la de prisión menor, si se siguiese en la forma común y el Gobierno la hubiere prohibido.

3.º Con la de reclusión menor, si en ella se dieran avisos o noticias de que pueda aprovecharse el enemigo, cualquier-

de este Código, los cometidos por medio de la imprenta, los de imprudencia o los perpetrados por menores de dieciocho años, cuya inscripción podrá ser cancelada a los cinco años.

Art. 122. Si el rehabilitado cometiere un nuevo delito comprendido en el mismo título que el que originó la inscripción cancelada, recobrará ésta su vigor para los efectos de la reincidencia.

LIBRO SEGUNDO

Delitos y sus penas.

TÍTULO PRIMERO

Delitos contra la seguridad exterior del Estado.

CAPÍTULO PRIMERO

DELITOS DE TRAICIÓN

Art. 123. El español que indujere a una Potencia extranjera a declarar la guerra a España o se concertare con ella para el mismo fin, será castigado con la pena de reclusión mayor si llegare a declararse la guerra, y, en otro caso, con la de reclusión menor en su grado medio a reclusión mayor en su grado mínimo.

Art. 124. Será castigado con la pena de reclusión mayor:

1.º El español que facilitare al enemigo la entrada en la República, la toma de una plaza, puesto militar, buque del Estado o almacenes de boca o guerra del mismo.

2.º El español que sedujere tropa española o que se hallare al servicio de España, para que se pase a las filas enemigas o deserte de sus banderas estando en campaña.

3.º El español que reclutare en España gente para hacer la guerra a la Patria bajo las banderas de una Potencia enemiga.

Art. 125. Será castigado con la pena de reclusión menor en su grado máximo a reclusión mayor en su grado medio:



1.º El español que tomare las armas contra la Patria bajo banderas enemigas.

2.º El español que reclutare en España gente para el servicio de una Potencia enemiga, en el caso de que no fuese para que aquélla tome parte directa en la guerra contra España.

3.º El español que suministrare a las tropas de una Potencia enemiga caudales, armas, embarcaciones, efectos o municiones de boca o guerra, u otros medios directos y eficaces para hostilizar a España, o favoreciere el progreso de las armas enemigas de un modo no comprendido en el artículo anterior.

4.º El español que suministrare al enemigo planos de fortalezas o de terrenos, documentos o noticias que conduzcan directamente al mismo fin de hostilizar a España o de favorecer el progreso de las armas enemigas.

5.º El español que en tiempo de guerra impidiere que las tropas nacionales reciban los auxilios expresados en el número 3.º o los datos y noticias indicados en el 4.º

Art. 126. La conspiración para cualquiera de los delitos expresados en los tres artículos anteriores se castigará con la pena de presidio menor en sus grados medio y máximo, y la proposición para los mismos delitos, con la de presidio menor en sus grados mínimo y medio.

Art. 127. El extranjero residente en territorio español que cometiere alguno de los delitos comprendidos en los artículos anteriores, será castigado con la pena inmediatamente inferior a la señalada en éstos, salvo lo establecido por Tratados o por el Derecho de gentes acerca de los funcionarios diplomáticos.

Art. 128. Los que cometieren los delitos expresados en los artículos anteriores contra una Potencia aliada de España, en el caso de hallarse en campaña contra el enemigo común, serán castigados con las penas inferiores en un grado a las respectivamente señaladas.

Art. 129. Incurrirá en la pena de reclusión mayor el Presidente de la República que, con infracción del art. 77 de la Constitución, firmare Decreto:

1.º Declarando la guerra sin las condiciones previstas en el Pacto de la Sociedad de las Naciones y sin agotar previamente los medios defensivos que no tengan carácter bélico y los procedimientos establecidos en los Convenios internacionales de que España fuere parte.

2.º Declarando la guerra sin haberse autorizado por una Ley.

En la misma pena incurrirán los ministros que refrenden el Decreto.

Art. 130. Incurrirán en la pena de prisión mayor a reclusión menor el Presidente de la República, los ministros y las Autoridades que cedieren a las regiones autónomas algunas de las facultades que, según el art. 14 de la Constitución, son de la exclusiva competencia del Estado.

CAPÍTULO II

DELITOS QUE COMPROMETEN LA PAZ O LA INDEPENDENCIA DEL ESTADO

Art. 131. El ministro eclesiástico que en el ejercicio de su cargo publicare o ejecutare bulas, breves o despachos de la corte pontificia u otras disposiciones o declaraciones que atacaren la paz o la independencia del Estado o se opusieren a la observancia de sus leyes o provocaren su inobservancia, incurrirá en la pena de extrañamiento. El lego que las ejecutare incurrirá en la de prisión menor en sus grados mínimo y medio.

Art. 132. El que introdujere, publicare o ejecutare en la República cualquier orden, disposición o documento de un Gobierno extranjero, que ofenda a la independencia o seguridad del Estado, será castigado con las penas de prisión menor en sus grados mínimo y medio, a no ser que de este delito se sigan directamente otros más graves, en cuyo caso será penado como autor de ellos.

Art. 133. En el caso de cometerse cualquiera de los delitos comprendidos en los dos artículos anteriores por un funcionario del Estado, abusando de su carácter o funcio-

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. Pedro Gil González.—Pagado fin Junio 1933.
D. Manuel Vizoso.—Id. fin Diciembre 1933.
D. Alberto Manchón.—Id.
D. Luis Collado.—Id.
D. Miguel Zubizarreta.—Id.
D. Gerardo González del Castillo.—Id.
D. José Alonso Rodríguez.—Id.
D. Maximiano Milano Gago.—Id.
D. José Segarra y Segarra.—Id.
D. José María Martínez-Arnau.—Id.
D. Juan Petschen.—Id.
D. Jesús Cadahia López.—Id.
D. Miguel González Merino.—Id.
D. Antonio Bencomo Macía.—Id.
D. Salvador Soler.—Id.
D. Emilio Marín Murcia.—Id.
D. Domingo Adán Pérez.—Id.
D. Fernando Mesa González.—Id.
D. Manuel Martín.—Id.
D. Domingo Quinquier Cortés.—Id.
D. José Palá Soteras.—Id.
D. Mariano Álvarez García Jove.—Id.
D. Pedro Álvarez Sanz.—Id. fin Diciembre 1934.
D. Antonio Yarza.—Id. fin Diciembre 1933.
D. Néstor Calvo Sierra.—Id.
D. Dionisio Sinova.—Id.
D. Antonio Coello-Triviño.—Id.
D. Manuel Cárdenas Conde.—Id.
D. Roberto de Castro Ruiz.—Id.
D. José María Campo.—Id.
D. Galo Elía E.—Id.
D. Florentino Álvarez Blanco.—Id.
D. José Linares.—Id.
D. Adolfo Romero.—Id.
D. Juan José Zatarain.—Id.
D. Julián Castañedo.—Id.
D. Daniel Burgos.—Id.
D. Inocencio Gutiérrez Sánchez.—Id.
D. Juan Vicente.—Id.
D. Ernesto del Pozo Rodríguez.—Id. fin Diciembre 1933.
D. Pedro Ambite Polo.—Id.
D. Víctor Bustamante.—Id.
D. Luis Mateos Cedrun.—Id.
D. Perfecto Getino Santamaría.—Id.
D. Antonio Revilla Gala.—Id.
D. Santos Rubio Rebolledo.—Id.
D. Miguel Giménez Vargas.—Id.
D. José Sanmartín.—Id.
D. Mariano Pizarro López.—Id.

- D. Rufino Pifuel.—Id.
D. Juan Martínez Cano.—Id.
D. Francisco Porras.—Id.
D. Andrés Martínez Tello.—Id.
D. Manuel Latorre.—Id.
D. J. Cusi.—Id.
D. Antonio Tomasa Domenech.—Id.
D. José Reymundo.—Id.
D. Jacinto Palomo.—Id.
D. Lucas Rodríguez Romero.—Id.
D. Eduardo Ruiz.—Id.
D. Fausto Hernández Antonio.—Id.
D. Antonio Herrero.—Id.
D. Lauro Castañedo.—Id.
D. Esteban Gimeno Minguela.—Id.
D. Fernando Rincón.—Id.
D. Carlos Vargas Moreno.—Id.
D. Joaquín Baeza.—Id.
D. José Asplache.—Id.
D. Apolinar Muriel Gallo.—Id.
D. Manuel Romero Aballo.—Id.
D. José Álvarez Novoa.—Id.
D. Valeriano Cid López.—Id.
D. Rafael Ramos Capaz.—Id.
D. Emilio Romero.—Id.
D. Victoriano García.—Id.
D. Sabino Rodríguez.—Id.
D. José Antonio Fraile.—Id.
D. José Luis Viñuela Herrero.—Id.
D. Luis Serra Coronas.—Id.
D. Daniel Jarabo.—Id.
D. Eladio Miguel.—Id.
D. Anselmo Gofí.—Id.
D. Juan Velasco.—Id.
D. Joaquín Ibáñez García.—Id.
D. Ramón Iglesias Dorado.—Id.
D. Luis Bueno Sánchez.—Id.
D. Silverio Abad.—Id.
D. Marcelino Hernández.—Id.
D. José Amiburu Villaverde.—Id.
D. Valentín López.—Id.
D. Bruno Lloret Bufort.—Id.
D. Francisco Martínez Martínez.—Id.
D. Francisco Bezos y Bezos.—Id.
D. Antonio Carros Torres.—Id.
D. José Repeto.—Id.
D. Felipe Miedes Remón.—Id.
D. Perfecto Cabanas.—Id.
D. Antonio Martínez.—Id.
D. Pedro Higuera Martín.—Id.
D. Rafael Garrido Lestache.—Id.
D. Julio Balbuena.—Id.
D. Amancio González Grigelmo.—Id.
D. Vicente Arranz y Quevedo.—Id.
D. Atilano Baraut Gantorré.—Id.
D. Jacinto González.—Id.
D. Miguel Carreras.—Id.
D. Juan José Pradas Barrio.—Id.
D. José Magdalena Villamil.—Id.
D. Emiliano Sanz Rubio.—Id. fin Marzo 1934.
D. Jesús Estévez.—Id. fin Diciembre 1933.
D. Eugenio Peralta.—Id. fin Diciembre 1932.
D. José Raviña Turnés.—Id. fin Diciembre 1933.
D. Guillermo Jiménez Soto.—Id.
D. Tomás Ribón.—Id.

- D. Manuel Martínez Valdés.—Id.
D. Hipólito García Ochoa.—Id.
D. Saturnino Giner Ripoll.—Id.
D. Francisco Hernández Puerta.—Idem fin Diciembre 1932.
D. Ramón García.—Id. fin Diciembre 1933.
D. Pedro Gil González.—Id.
D. Constantino Arranz.—Id.
D. Bernardo Pérez Cano.—Id.
D. Augusto del Castillo.—Id.
D. Juan María Molina Fernández.—Id.
D. Eduardo Baeza.—Id.
D. Francisco Suárez.—Id.
D. José María López Malla.—Id.
D. Arturo Ibáñez Faura.—Id.
D. Fermín Gutiérrez Muro.—Id.
D. José Pastor Miralles.—Id.
D. Ramón Pérez Gracia.—Id.
D. Mariano Lorenzo Plaza.—Id.
D. Celestino Velayos Rico.—Id.
D. Jesús García Gallego.—Id. fin Enero 1934.
D. Luis de Boiri.—Id. fin Diciembre 1933.
Sociedad «El Sitio».—Id.
D. Martín Aramburo.—Id.
D. Juan Darán Sánchez.—Id.
D. Melchor Laso González.—Id.
D. Gabriel Medina Fernández.—Id.
D. Gregorio Nieto.—Id.
D. Benjamín Ugón.—Id.
D. Salvador Zaera.—Id.
D. Antonio Herráez García.—Id.
D. Eusebio Lirón de Robles.—Id.
D. José Jordana.—Id.
D. Bartolomé Camacho.—Id.
D. Fernando de la Puente y Solsona.—Idem.
D. Isaac Mena.—Id.
D. Germán Lozano.—Id.
D. José Redondo Flores.—Id.
D. Eufonio García Alba.—Id.
D. Antonio Rodríguez Sánchez.—Id.
D. Arturo González Muñoz.—Id.
D. Angel Benavente del Pino.—Id.
D. Emilio Pelarda Cacho.—Id.
D. Jesús Vidal Prieto.—Id.
D. Pablo Sánchez Tomé.—Id.
D. José Romero Cerdeiría.—Id.
D. José A. López.—Id.
D. Miguel Escamilla y Escamilla.—Id.
D. José María Arcelus.—Id.
D. José Bugallo Bouza.—Id.
D. Francisco López González.—Id.
D. Eduardo Mallo.—Id.
D. Miguel Montero Peramos.—Id. fin Diciembre 1932.
D. José Sines.—Id. fin Diciembre 1933.
D. Florentino Gómez Álvarez.—Id.
D. Aurelio Vallejo.—Id.
D. Romualdo Villarroya.—Id.
D. Emilio Vidal Foz.—Id. fin Diciembre 1934.
D. José Olangueren.—Id. fin Diciembre 1933.
D. Honorio Urbano Alonso.—Id.

(Continuará)

Los **DIABETICOS** ya pueden comer **DULCE**
gracias a

DULCIMIDA

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

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

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

Sabor agradable, tolerada perfectamente, inocua por completo.

Prescribese en: **Diabetes, Obesidad, Diarreas infantiles**; para todos los colutorios, gargarismos y dentífricos, **Artritis**, etc.

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

Laboratorio MORATO.—Paseo República, 87.—**BARCELONA**

Recuerde siempre

DULCIMIDA

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

Si desea comprobar su sabor agradable pida una muestra.

LABORATORIO FARMACÉUTICO

PONS, MORENO Y C.^ª

DIRECTOR: D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA
ESPAÑA

Jarabe Bebé

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

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

Tetradínamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

Mutasán

(INYECTABLE)

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

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

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

PROGRAMA CIENTIFICO:

Lema: Progressi sumus, progredimus, progrediemur.

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

SUMARIO: Sección científica: Consideraciones sobre las causas del ataque de apoplejía, por José María de Villaverde.—Estado actual de nuestros conocimientos sobre la neurona (II), por Victor Moet.—El diagnóstico biológico de la esquizofrenia (continuación), por el doctor Puyuelo Salinas.—Bibliografía.—Periódicos médicos.

Consideraciones sobre las causas del ataque de apoplejía

POR

JOSÉ M. DE VILLAVARDE

A pesar de tratarse de una materia tan interesante por lo frecuente, como es el ataque de apoplejía, suele escribirse muy poco de ella. Y esto debe llamarnos muchísimo más la atención si no olvidamos que, como el ataque de convulsiones, la apoplejía fué de lo primero que debió interesar a los médicos de toda época: tal es la manera súbita y dramática de presentarse. Por eso, leyendo las descripciones que del mismo se hacen, encontraremos, hasta en los autores más distinguidos, gran número de errores y un sinnúmero de interpretaciones falsas de sus características más salientes.

Durante el pasado siglo, en varias ocasiones, se ha pretendido desentrañar lo que en la apoplejía podría ser de especial interés; pero en seguida parece como si la atención de los clínicos, que a esta materia iba a dedicarse, encontraba otro campo más brillante. Constituyen prueba de ello los estudios de los autores franceses, que, aunque hoy día en gran parte dejados a un lado, sirvieron de excelentes hipótesis de trabajo para fecunda investigación, que condujo a descubrir hechos del mayor interés. A fines del pasado siglo y comienzos del actual, la escuela de C. von Monakow—que la mayor parte del material que empleó para el estudio de la patología focal del cerebro estaba constituido por hemorragias y reblandecimientos—, así como el inglés Beevor, que hizo una excelente descripción de la distribución en extensión y profundidad de cada una de las arterias cerebrales y de sus ramas, pusieron de nuevo este tema de actualidad. Pero nuevamente pasó a segundo término, y ha sido después de la guerra cuando ha vuelto a estudiarse por varios investigadores de valía. El progreso de la técnica; el disponerse de más material anatómico y clínico; la disciplina del trabajo, que

cada vez es mayor, y las adquisiciones modernas en el terreno de la dinámica circulatoria han permitido poner de manifiesto particularidades desconocidas y analizar muchas teorías e hipótesis con los datos que ha ido deparando una experiencia cada día creciente. Y así en este terreno observamos lo que en otros muchos de la ciencia médica: teorías antiguas vuelven de nuevo a ser de actualidad, mientras que algunas más modernas, que parecían más brillantes, se desmoronan. Lección elocuente de cómo lo que se ha observado bien tiene derecho perdurable de ciudadanía; las investigaciones ulteriores lo que hacen es confirmarlo más y más.

LAS LESIONES DE LA APOPLEJÍA

Hemos de empezar por manifestar—para no fomentar equívocos—que *el concepto de la apoplejía es clínico*. Anatómicamente, este síndrome corresponde a afecciones de lo más variado, y esta manera de ver las cosas, sostenida por todos ya en el pasado siglo, sigue siendo hoy el sentir general. Sin embargo, desde que el médico suizo Jacob Wepfer (1620-1695) puso de manifiesto que la hemorragia cerebral es la causa habitual de la apoplejía, casi todos los médicos emplean ambos términos como sinónimos. El suponer tácitamente, ante un caso de estos, que se trata, si no de la citada, de otras alteraciones circulatorias es algo frequentísimo. No olvidemos, empero, que otras causas, aunque no tan frecuentes, pueden ser culpables de una apoplejía.

De 1.000 cadáveres de adultos que los dos últimos años ha tenido ocasión de autopsiar Carl Böhne—en el Instituto Patológico del Marienkrankenhaus, de Hamburgo—, 78 fueron con el diagnóstico de apoplejía. De éstos, 57 presentaban lesiones de encefalomalacia blanca o hemorrágica, siete mostraron una hemorragia, en tres casos se trataba de un tumor del cerebro, en dos había un absceso, en tres existía una hemorragia en las meninges blandas o entre las dos hojas de la dura, en otros dos casos se observaba una meningitis y, por fin, en cuatro cadáveres no se halló la lesión que justificara la apoplejía ni cómo

pudo influir en su producción la diabetes padecida en vida.

Que las alteraciones de la circulación del cerebro constituyen la causa principal de la apoplejía es indudable. Por ello, en este escrito, es a lo que únicamente nos referiremos.

El suponer que la causa de la hemorragia del cerebro es la rotura de un vaso debida a un aumento de la tensión arterial constituye la hipótesis más antigua. Sin embargo, aunque su fortuna ha sido muy diversa en unas y en otras épocas, es la que siempre tiende a imponerse.

Ordinariamente, los vasos del cerebro presentan alteraciones de importancia y la hipertensión obra en condiciones particularmente favorables para producir la hemorragia. Si, en cambio, una hipertensión elevada puede producir la rotura del vaso sin que sus paredes se hallen preparadas para esto, es asunto muy discutido. De un modo claro, aún no ha podido resolverse esta cuestión.

Es un error el creer que la hemorragia cerebral, producida en las condiciones que acabamos de señalar, es patrimonio de la edad madura y de la vejez. Y es otro error también el suponer que las alteraciones de las paredes de los vasos sólo se han de ver en edades ya avanzadas. Por eso, hablar de la «herrumbre de la vida» al referirse a la arterioesclerosis sólo de cierta manera debe hacerse, pues los conocimientos anatomopatológicos han avanzado muchísimo en estos últimos tiempos cambiando bastante la antigua manera de ver las cosas.

Hoy día no es ya raro hablar de arterioesclerosis en la infancia y en muchísimos casos esto puede apreciarse incluso clínicamente con toda claridad. Por otro lado, en la aorta de los recién nacidos no es raro ver esteatosis de la íntima, y, para muchísimos autores, ello no es sino una verdadera fase de la arterioesclerosis. Mucho se ha discutido si esta interpretación es o no correcta; pero, para una autoridad como Jores, en la mayor parte de los casos de esta naturaleza puede con toda corrección hablarse de una arterioesclerosis, pues se hallan los dos componentes de ésta: los fenómenos de esteatosis de la íntima y la proliferación a este nivel.

Schmidtman ha estudiado recientemente los cadáveres de 644 niños cuya edad oscilaba entre los catorce días y los dieciséis años, y ha hallado lesiones con todas las características de la arterioesclerosis en la aorta ascendente, en la descendente, en el sitio donde emergen las arterias intercostales, en las abdominales y en las periféricas. Estas observaciones, de grandísima importancia, vienen a confirmar hechos ya hace tiempo observados aunque no se les hubiera dado el valor que merecían, pues en 1903, Smitzky las halló en cadáveres de niños, aunque las atribuyó a diversas infecciones e intoxicaciones.

Para Jores, en el segundo decenio de la vida no es nada infrecuente que en la aorta y en los grandes vasos haya lesiones de arterioesclerosis. En el tercero esto se suele ver con mayor frecuencia, y si, por

cualquier circunstancia, existe un riñón retraído, las lesiones suelen ser mayores, presentándose ya en los vasos periféricos. Las lesiones arterioescleróticas de las arterias coronarias no son en los niños ninguna cosa rara. Por otro lado, la ocasión que se ha tenido de hacer la autopsia de gran número de cadáveres de individuos jóvenes, sin al parecer ninguna enfermedad, durante la guerra europea, ha permitido ver a Benda y a Moenckeberg lo nada infrecuentes que son las lesiones de arterioesclerosis a una edad en la que hace unos decenios no se hubieran sospechado.

Todos estos datos han sido confirmados y comentados por L. Aschoff, que recientemente se ha ocupado de esta cuestión, llegando a unos resultados que el médico no debe desconocer. Para el sabio patólogo alemán hay que distinguir: una *atherosis presclerótica*—la esclerosis de los niños recién nacidos y de la pubertad—y una *atherosis esclerótica*, que sería la de los adultos y la de los viejos. Sobre esto insistiremos más adelante, pues su importancia es enorme.

Los casos graves de arterioesclerosis, evolucionando con todas las manifestaciones que suelen acompañarla—hipertrofia cardíaca, hipertensión arterial, hemorragia cerebral, etc.—, suelen verse algunas veces en los niños. Bernard ha reunido en una excelente monografía de conjunto los casos de esta naturaleza que se han descrito en los diversos países.

G. Herzog ha publicado últimamente un caso de éstos seguido de autopsia. Se trataba de una niña de doce años que entró en el hospital con el cuadro de una nefritis aguda, una hipertensión de 22/16, y que murió. En la autopsia pudo verse que en la aorta había una gran cantidad de manchas amarillas sobre cuya naturaleza no cabía la menor duda.

Es clásico el suponer que la hemorragia cerebral tiene lugar al nivel de una de las arterias que se desprenden de la silviana y que están destinadas a los ganglios centrales. En estas arterias radicarían los llamados «aneurismas miliares», que al romperse por el exceso de presión de la sangre originarían la hemorragia. Esta teoría ha sido muy discutida y hoy día está poco menos que abandonada del todo.

Estos pequeños aneurismas fueron descubiertos por Cruveilhier (*aneurysmes sous la forme d'ampoules*) y por Virchow (*ampullaere Ektasie*). La importancia que pudieran tener como causa de la hemorragia cerebral fué puesta de manifiesto por Charcot y Bouchard, que aseguraron hallarse constantemente en los casos de hemorragia del cerebro. Para los patólogos alemanes, entre ellos Benda, este hecho fué primeramente señalado por A. von Koelliker.

Los aneurismas miliares son de color rojizo; algunos apenas son visibles a simple vista, mientras que otros, los mayores, pueden alcanzar el tamaño de una cabeza de alfiler. Suelen ser numerosos, y se hallan no sólo en los individuos muertos de una hemorragia cerebral, sino en muchos fallecidos a consecuencia de otras enfermedades. Este último hecho sería, para los autores citados, una prueba de que los citados individuos estaban propensos a padecer una hemorragia

del cerebro. La circunstancia de ser muy raros antes de los cuarenta años y encontrarse con cierta frecuencia después de esta edad, explicaría asimismo el porqué las hemorragias cerebrales es precisamente en esta época de la vida cuando suelen casi siempre hacer su aparición.

Para Charcot y Bouchard, el proceso anatómico que conduciría a la formación de estos aneurismas sería una «periarteritis crónica». Al mismo tiempo proliferarían los núcleos de las tunicas media y adventicia, engrosándose unas veces ésta y otras no. Por otro lado, existirá simultáneamente un proceso de atrofia de la túnica muscular que, si no coincide con un aumento de grosor de la adventicia, conduce directamente a la formación del aneurisma miliar. El aumento de tensión de la sangre no hace más que exagerar el adelgazamiento de la pared del vaso al nivel del aneurisma. Por último, la rotura de la bolsa diminuta y la extravasación sanguínea sería la consecuencia obligada de este largo proceso.

Lo más importante de la manera de ver de Charcot y Bouchard—sobre lo que debemos fijarnos para ver lo diferente que era su manera de ver las cosas, de lo que los modernos estudios de anatomía patológica han demostrado—, es que para ellos la arterioesclerosis nada tenía que ver con las lesiones de los vasos que conducían a su rotura. Claro está que al atribuir a los aneurismas la producción de la hemorragia, las demás lesiones de los vasos eran del todo secundarias.

Con los aneurismas miliares se han confundido en más de una ocasión los llamados aneurismas disecantes descubiertos por Virchow, en los que no se trataría de un verdadero aneurisma, sino de algo que exteriormente, hasta cierto punto, podría simularlo. Las lesiones aquí, en vez de consistir fundamentalmente en un adelgazamiento de la pared del vaso, serían debidas a un derrame sanguíneo entre las tunicas media y adventicia. También sería no raro ver en el espacio perivascular de los pequeños vasos acumulos de restos de glóbulos sanguíneos, células grasas, pigmento, etc., acompañado o no de una periarteritis. Esto contribuiría a dar la impresión de que el vaso en algunos sitios se hallaba dilatado, cuando en realidad esto no tenía lugar.

El valor de los aneurismas miliares como causa productora de las hemorragias del cerebro, aunque admitida en algún tiempo por muchísimos clínicos, no ha disfrutado entre algunos de éstos y, desde luego, entre la mayoría de los patólogos, del mismo prestigio. Así vemos que en todo momento ha sido combatido con gran número de razones de peso. En estos últimos tiempos, la teoría clásica tiene en contra de sí un sinnúmero de hechos descubiertos por los patólogos y ya casi ha pasado a la historia.

Eppinger, L. Pick, su discípulo Ellis y W. Unger son quienes han empezado en este siglo a estudiar esta cuestión de un modo más sistemático y con gran acopio de datos. L. Pick, por añadidura, ha ideado una técnica especial para estudiar con todo detalle los vasos sospechosos de haber dado origen a la hemorragia. De todas sus investigaciones ha llegado a la conclusión de que para que se produzca una hemorragia cerebral mortal sólo deben interesarnos, por lo que en su producción pueden influir, los «aneurismas supermiliares» (*uebermiliare Aneurysma*). Microscópicamente—para L. Pick—los aneurismas supermiliares y una parte de los miliares no son más que aneurismas espúrios, y en cuanto a la otra parte de los miliares, serían disecantes y restos de pequeños derrames sanguíneos en los espacios linfáticos de los vasos. No se puede destruir de un modo más definitivo, desde un punto de vista anatómico, la individualidad que los autores franceses han querido dar a los supuestos aneurismas miliares.

W. Unger, después de estudiar los pretendidos

aneurismas miliares de las inmediaciones de los focos hemorrágicos grandes, que, en el sentir de muchos, serían debidos a la rotura de uno de aquéllos, ha llegado a conclusiones que no dan ciertamente la razón a los que de tal manera piensan. «Como resultado de mis investigaciones—ha escrito—creo que todas las alteraciones vasculares existentes en las proximidades de las grandes hemorragias—«apoplejías

capilares» de ciertos autores, los puntos rojizos situados a este nivel, etc.—no son debidas a la absorción del contenido de los focos apopléjicos, ni tampoco se trata de aneurismas verdaderos, sino son hematomas producidos por rotura (*Rupturhaematome*) o hematomas debidos a desaparecer la solución de continuidad de las paredes del vaso sin haber existido precedentemente un aneurisma. Según sean sus características, el hematoma puede quedar localizado al interior de la pared, extenderse a los «espacios linfáticos perivascuales» o—pareciéndose a una diminuta hemorragia—extenderse algo al parénquima cerebral». Por eso, en vez de hablarse de aneurismas debe emplearse el término de «hematomas miliares a submiliares.» Aquí W. Unger hace notar que este término lo emplea dándole la significación de Benda. Por otro lado, tal diferenciación es de importancia suma: la formación de un hematoma es aguda; la de un aneurisma, crónica.

Arthur Ruehl ha dado recientemente una interpretación parecida de estos aneurismas en un trabajo hecho bajo la dirección de Aschoff, y C. Neuburger se ha adhe-

Avance de sumario para el número próximo

(4 de Febrero de 1933)

DR. D. JOAQUÍN DECREF Y RUIZ.—Mi experiencia en el tratamiento de la espondilitis tuberculosa o mal vertebral de Pott.

DR. D. JOAQUÍN LOPE ONDÉ.—Estado actual del tratamiento de la eclampsia puerperal.

VÍCTOR MOET.—Estado actual de nuestros conocimientos sobre la neurona (III).

DR. PUYUELO SALINAS.—El diagnóstico biológico de la esquizofrenia. (Conclusión.)

Bibliografía.

Prensa extractada.

rido a esta manera de entender el valor de los llamados aneurismas miliares.

Sobre la verdadera significación de los aneurismas miliares conviene insistir. El error de que estas lesiones son condición indispensable para la producción de una hemorragia cerebral está aún demasiado extendido.

Hoy día la opinión dominante es que para que una «hemorragia cerebral de las llamadas compactas (*Kompakte apoplektische Hirnblutung* de los patólogos alemanes) se produzca son precisas dos condiciones: la lesión de las paredes de los vasos y una hipertensión arterial.

Que exista una hipertensión arterial para la producción de una hemorragia del cerebro es condición conocida de antiguo, aunque sea en estos últimos tiempos cuando se han averiguado detalles de interés. En contra de lo afirmado por algunos clínicos franceses—empezando por Widal y a lo que no todos se han adherido—, atribuyendosiempre a la hipertensión arterial un origen renal, hoy parece que su mecanismo se explica de otra manera. Hay, evidentemente, casos en los que las lesiones renales ejercen un papel causal; pero en otros muchos esto no ocurre. De todas maneras, la hipertonía esencial tiende a ir a la larga acompañada de síntomas evidentes por parte del riñón, reveladores, en muchísimos casos, de un riñón retraído. Claro está que en estas circunstancias, si no ocurre una hemorragia cerebral, que el enfermo sucumba—como con no rara frecuencia ocurre—en un ataque de uremia se explica fácilmente.

Los patólogos alemanes han estudiado con todo género de detalles, estos últimos años, las relaciones de la hipertensión con las lesiones de los vasos de ciertos órganos poniendo en relación los datos suministrados por los internistas con lo hallado en un material enorme de autopsias. La opinión dominante en este problema es la de que el aumento de la tensión arterial—primitiva en muchísimos casos—trae como consecuencia la esclerosis de las arterias de determinados órganos. En este sentido, las primeramente afectadas son las del bazo; después, con una frecuencia enorme, las del riñón, y a éstas siguen las del páncreas. Las alteraciones de los vasos de otros territorios ocurren con una inconstancia grande, variando enormemente de un caso a otro. Boehe ha descrito casos de hipertensión en los que en la autopsia no ha hallado hipertrofia del ventrículo izquierdo ni «arterioloesclerosis» del riñón, creyendo, con mucha razón, que se trataba de casos incipientes de aquella enfermedad.

Sobre el valor que deba alcanzar la hipertensión para que una hemorragia cerebral se produzca sabemos muy poco, pues ésta depende, además, de otros factores que de un caso a otro son completamente diferentes. Por añadidura, no se dispone de observaciones en las que inmediatamente antes de producirse el accidente se había tomado la presión de la sangre. Vemos, a veces, que personas con una tensión alta acaban con una hemorragia del cerebro; pero no es infrecuente el caso de que con valores iguales y aun superiores viven otras muchísimo tiempo, acabando su vida en una enfermedad intercu-

rrente. Por otro lado, lo contrario tampoco es ninguna rareza: individuos con una hipertensión, al parecer ligera, inesperadamente son víctimas de un ataque de apoplejía.

Los autores franceses—y nos referimos a ellos porque en España los aparatos que se usan para medir la tensión están hechos con arreglo a sus instrucciones—distinguen tres grados de hipertensión. En la primera, la máxima es inferior a 20, siendo la mínima de 10 o de 11. En el segundo grupo incluyen los casos con una máxima de 20 a 25 y una mínima de 12 a 13. Por fin, en los casos más graves, la máxima oscilaría entre 25 y 30, y la mínima por encima de 13. En estas circunstancias que los clínicos franceses hablan de «gran hipertensión», es donde el pronóstico es más grave, y que, después de una sintomatología de lo más variada, se presente una hemorragia cerebral, terminando con la vida del enfermo, no debe extrañarnos.

Debemos hacer constar, al llegar a este punto, que las cifras que expresan la tensión deben entenderse de cierta manera. Es cosa sabida que al hablarse de presión máxima—particularmente interesante para la patología del cerebro—debemos fijar nos mucho en lo que decimos. Usando el oscilómetro de Pachon—que es el aparato que muchísimos clínicos prefieren—, la máxima se determina mal, y este aparato suele dar—aun haciendo la observación del modo más escrupuloso— $\frac{1}{2}$ ó 1 centímetro más que si nos valemos del método auscultatorio. Y si esto se ha observado en clínicas en las que todo se lleva con el mayor rigor, ¿qué no ocurrirá en la práctica corriente, en la que, en muchísimos casos, de cómo se hace todo más valdrá no hablar? Que en estas circunstancias usando el oscilómetro se aprecien los valores de la máxima con un exceso de 4, 6 y aun más centímetros es detalle que debe ser subrayado.

La naturaleza de la hipertensión arterial también se ha invocado últimamente por C. Boehe, pues el que sea producida por una causa o por otra no sería, en el sentir de este autor, indiferente para que se originara o no una hemorragia compacta del cerebro. Por el momento, las que nos conviene retener son las hipertensiones que aparecen en la insuficiencia aórtica, las del riñón retraído secundario y las hipertensiones esenciales.

En los casos de insuficiencia aórtica, la tensión máxima está aumentada, pero no la mínima. Hay divergencia entre estos dos valores, lo que a veces conduce a que con máximas de 22 y 23 se observen mínimas de 7 y 8 milímetros. Schwartz—autor de una de las mejores monografías actuales sobre las alteraciones circulatorias del cerebro—concede grandísima importancia a este hecho, y ha hablado de una «irritación traumática» de las paredes del vaso que por efecto de estas sacudidas y oscilaciones bruscas de la presión acabaría haciéndose más friable. Sin embargo, esta manera de ver las cosas, que en teoría no puede ser más sugestiva, no ha recibido confirmación en la práctica. C. Boehe, que ha dispuesto de todo el material del Instituto patológico de Ham-

burgo, en ningún caso de insuficiencia aórtica de los que hizo la autopsia pudo hallar el menor indicio de hemorragia del cerebro.

Tampoco tratándose del riñón retraído secundario ha sido más afortunado Boehne, y los focos de hemorragias compactas no han aparecido por parte alguna. Ha visto sí, en muchos cadáveres de individuos muertos en el curso de aquella enfermedad, lesiones circulatorias del cerebro, pero su naturaleza era diferente. Tratábase de diminutos puntos hemorrágicos en la protuberancia, en los ganglios centrales, en la sustancia blanca y en algunas regiones del centro oval del lóbulo frontal, respetando la sustancia gris. Casi todos estos individuos sucumbieron en un ataque de uremia.

Por último, de los 72 casos de hipertensión arterial esencial que ha autopsiado Boehne, 35 habían presentado clínicamente los síntomas de una hemiplejía. De ellos, siete mostraron en la autopsia una hemorragia compacta, y 24, reblandecimientos blancos o rojos.

Se deduce como consecuencia de todo esto que para la producción de una hemorragia compacta del cerebro—de los otros tipos de alteraciones circulatorias luego hablaremos—, la hipertensión arterial que la produce es la llamada esencial, al ser precisamente ella la que en relación más estrecha se halla con determinadas alteraciones de los vasos. Y esto merece consignarse para que se vea cómo el tipo apoplético—que es el que guarda relación con la citada variedad de hipertensión—es el que de antiguo ha sido calificado como el verdaderamente propenso a la hemorragia cerebral. O dicho de otra manera: que las observaciones, cuando se hacen bien, siempre tienen valor, aunque momentáneamente pasen por épocas de relativo olvido, en gran parte debido a que las exploraciones modernas parecen haber dejado en un lugar secundario la observación inmediata en la forma que la entendían los médicos antiguos.

La naturaleza de las lesiones de los vasos del cerebro, el sitio donde radican, etc., son asuntos de la mayor importancia para poder comprender la manera como se produce una hemorragia compacta. Aunque de ello, en líneas generales, se ha hablado hace mucho tiempo ya, de un modo sistemático investigando sus particularidades con detalle, no se ha hecho por los patólogos hasta estos últimos años.

Aun hay algunos autores—los menos—que sin alteraciones de los vasos creen que una gran hipertensión arterial puede originar una hemorragia del cerebro. De esta manera, sin embargo, opina ya casi nadie. El que una hemorragia del cerebro se presente en edades en las que ordinariamente ello no suele tener lugar, nada quiere decir. Como en el comienzo de este trabajo hemos expuesto, las alteraciones de los vasos ocurren, en ocasiones, muy pronto.

Boehne, que de esta cuestión se ha ocupado con gran detalle, es terminante. Para él, tratándose de una hemorragia compacta, las lesiones de los vasos del cerebro han sido halladas siempre, pues en el único caso de hemorragia de la sustancia blanca en que esto no se vió, según pudo averiguar después, se trataba de un accidente postraumático.

Una vez más repetiremos que las alteraciones arterioescleróticas empiezan muchísimo más pronto que lo que se había supuesto. Sólo que al principio son ordinariamente de poca importancia, y para que alcancen cierto grado es necesario que pase bastante tiempo. El hallarse fijos ciertos troncos arteriales, no poder desplazarse con facilidad y el guardar relaciones demasiado estrechas con el esqueleto—que hacen esto más ostensible—, se ha inculcado de que sea precisamente en esos sitios donde hacen precozmente su aparición las primeras alteraciones de la pared del vaso. La arteria vertebral en el trayecto que sigue dentro del conducto formado por los agujeros de las apófisis transversas cervicales—desde la sexta hasta el axis inclusive—y la carótida interna dentro del conducto carotídeo se hallarían en este caso. En una fase más avanzada, las alteraciones de la red arterial aparecen en el origen de las ramas que nacen en el polígono de Willis. En los gruesos troncos de la convexidad y en las ramas de la cerebral media y posterior también se ven lesiones de ateroma casi al mismo tiempo. Estas, que en el comienzo son aisladas, se unen, y la consecuencia es que el vaso, en extensiones más o menos grandes de su curso, se halle alterado.

Boehne ha señalado, como detalle curiosísimo digno de ser tenido en cuenta, que estas alteraciones de las paredes de los vasos no repercuten de un modo igual sobre ellos en el sentido de modificar su diámetro interior. La arterioesclerosis del tronco basilar conduciría—según Boehne—a que su luz fuera mayor que en condiciones ordinarias, mientras que en la cerebral media o en sus ramas las mismas lesiones traerían como consecuencia el estrechamiento del diámetro interno de las mismas. Por añadidura, ya macroscópicamente, en las últimas arterias citadas puede verse cómo el proceso de arterioesclerosis da lugar a la producción de espolones que avanzan dentro de la luz de las mismas y que se extienden, a lo largo de ellas, a trayectos a veces largos, adoptando una disposición espiral. La importancia que esto tiene para la formación de un trombus merece ser subrayada. De todos modos, la disminución del calibre de los vasos suele aparecer primeramente en los de pequeño calibre.

Sobre la naturaleza de las lesiones arteriales también empiezan a ponerse los patólogos de acuerdo, viéndose cómo aquélla puede ser de lo más variado. No hace aún muchos años, para los patólogos alemanes tenía valor la frase de Paul Ernst, que constituía un verdadero aforismo: «La esclerosis y el ateroma de los grandes vasos y la degeneración hialina y la calcificación de los pequeños es lo que hace que las arterias se rompan.» Esta manera de pensar ha servido de tema para que se profundice en el estudio de las lesiones de los vasos.

El proceso involutivo de las arterias en general lo ha resumido en 1930 Aschoff de una manera que es aceptada por los patólogos. La «Arteriopathia chronica deformans» de este autor sería «un proceso involutivo de las arterias que duraría toda la vida unido a la acumulación en ellas de determinados productos del metabolismo que conduciría a su deformación». Habría, en este larguísimo proceso, una primera fase, preesclerosa, en las edades juveniles de la vida, en la que se depositarían lipoides y sales de cal, seguida de otra esclerótica, verdadera involución del vaso, en la que los procesos hiperplásicos serían los dominantes localizándose de un modo preferente en la íntima. El concepto de arterioesclerosis, que se confundirá con el que acabamos de citar, no es algo bien definido, sino que engloba en sí toda una serie de procesos que son diferentes aunque tengan de común el aparecer en la misma época, evolucionar unos al lado de otros y guardar entre sí más de una relación por lo que a su origen se refiere. Los más importantes de estas alteraciones serían: la infiltración grasa de la materia fundamental, la esteatosis, el depósito de cuerpos proteicos de la sangre, la albuminosis, la hialinosis, la amiloidosis, la calcificación primaria y secundaria. Unido a estas alteraciones iría unida una proliferación de fibras en la íntima.

Todo esto lo hace notar Boehne como indispensable para comprender las alteraciones de los vasos del cerebro. Asimismo insiste sobre el hecho de que en este órgano no exista una diferencia clara entre las lesiones de las prearteriolas y arteriolas tal como en el riñón es hoy corriente admitir. Por eso en el cerebro ni aun intentarse puede basarse una patología sobre datos de tal naturaleza.

En general, las lesiones vasculares son bastante parecidas, trátase de las arterias extracerebrales o de las que penetran en la sustancia nerviosa. Sin embargo, hay algunas diferencias que conviene conocer. Boehne ha insistido sobre este punto. A las lesiones de las arterias destinadas a los ganglios centrales ha dedicado Kurt Wolff gran parte de una recentísima monografía hecha en el Instituto patológico de la Universidad de Kiel, bajo la dirección de Jores.

En las arterias de los ganglios centrales se suele ver ordinariamente que hay una infiltración grasa y una imbibición de sustancias proteicas en una o varias capas del vaso al mismo tiempo que una proliferación con formación de tejido conjuntivo en la íntima.

Tal proceso varía de caso a caso y de unos vasos a otros, pero es, en líneas generales, lo que se ve.

Las arterias de los núcleos centrales presentan depósitos de sustancias lipoides que se continúan con los de la cerebral media. La íntima suele hallarse engrosada y por haber además proliferado ligeramente el endotelio la luz del vaso se halla estrechada. La membrana elástica interna se halla degenerada con grasa. La media está adelgazada y se ha dejado distender en algunos sitios. La adventicia muestra a veces células con infiltraciones grasas. La distinción entre la media y la íntima no es posible apreciarla en vasos más delgados. A veces, en éstos todas las células de las paredes parecen haber perdido su estructura por los depósitos lipoides y sólo en la adventicia se distinguen con claridad algunos nú-

cleos. Los depósitos grasos no faltan en ningún caso y, usando el Sudan III como colorante, se los pone de manifiesto fácilmente.

Estas alteraciones a veces se hallan en algunos vasos y en los de sus inmediaciones no se ven. También puede ocurrir que una rama de una arteria las presente mientras que la otra no. En la sustancia blanca de los hemisferios y en los de la corteza es donde son más raras.

Los procesos de proliferación son en las pequeñas arterias destinadas a los ganglios centrales muchísimo menos marcadas que en las grandes extracerebrales. En las primeras se extienden a toda la circunferencia del vaso o de un modo concéntrico estrechan su luz. En el seno de la íntima se forma un tejido fibroso que limita por el lado de la luz del vaso los depósitos de sustancias lipoides. Las células endoteliales aumentan en número y, al lado de esto, hay otras alteraciones que son su consecuencia, tales como el que la media se atrofie y la adventicia degenera. Los depósitos de sustancias lipoides forman a veces masas muy bien definidas, en cuyo caso debe hablar se de «ateroma», o bien se presentan como masas difusas en el tejido laxo de la íntima entre el endotelio y la elástica interna. Este proceso ataca con el máximo de intensidad a las arterias destinadas a los ganglios centrales; pero jamás se extiende a las prearteriolas.

En ocasiones, toda la pared de una de estas arterias destinadas a los ganglios centrales se halla tan alterada, que de su estructura primitiva no nos es dado reconocer el menor detalle. El método de van Gieson sólo nos pone de manifiesto alguna particularidad del endotelio y una disposición en forma de laminillas concéntricas en las regiones más externas de la adventicia. El resto de la pared se muestra como una masa teñida en amarillo pardo, en la que no es posible apreciar la menor estructura. Kurt Wolff ha hablado en estos casos de una «necrosis» de la pared del vaso.

Por otro lado, Wolff ha visto también en estos vasos que las lesiones de proliferación de la íntima pueden alcanzar unas proporciones enormes obturando casi la luz del mismo. Al mismo tiempo la proliferación conjuntiva es laxa y entre sus mallas se hallan depósitos de grasa muy extensos. Esta lesión suele coincidir con una atrofia considerable de las otras tunicas del vaso.

En estos últimos años se han descrito lesiones degenerativas que se localizan en la media. Aunque se diferencian de las arterioesclerosis porque aquí las lesiones principales son en la íntima, en cuanto al mecanismo de su producción no deben estar muy alejadas de ella. La media se muestra como hinchada, edematosa y la coloración con el azul de toluidina pone de manifiesto una masa difusa en la que sólo se aprecian indicios de fibras y algunos núcleos. La desaparición de la estructura de la media se observa en la degeneración hialina o en el edema y aquella está hinchada al mismo tiempo que la adventicia mues-

tra proliferación celular y algunos leucocitos entre sus mallas.

La infiltración grasienta de la media suele observarse con gran frecuencia. Al principio diminutas gotitas de grasa hacen su aparición en el seno de la sustancia fundamental, entre las fibrocélulas, van haciéndose mayores y se unen entre sí, formando, a veces, acúmulos importantes. Las fibrocélulas pasan por fases regresivas, se hinchan de un modo irregular, palidecen y, por fin, en el seno de ellas son visibles gotas de sustancias lipoides.

El depósito de sales calcáreas en las paredes de los vasos de los ganglios centrales ha sido estudiado por Wolff. A veces, trátase de depósitos de sales de cal verdaderos en forma de bloques rodeados de células cargadas de hemosiderina. En otras ocasiones se ha hablado de los «falsos depósitos calcáreos» (*Pseudalkalkkonkrementen* de los autores alemanes), cuya diferenciación de los verdaderos es difícil. Por fin, Wolff ha descrito alteraciones de este tipo que se extienden a toda la pared del vaso y desde la adventicia hasta el endotelio y parecen haber interrumpido la continuidad de todas las tunicas arteriales.

De todos modos las citadas alteraciones conducen a la ruptura del vaso y a la producción de una hemorragia compacta del cerebro. Como Ruehl ha hecho notar, con gran exactitud, las alteraciones de las paredes de los vasos del cerebro no se acomodan de la misma manera que las de otros órganos a la hipertensión. Que se rompan, en estas circunstancias, no nos debe extrañar.

* *

Desde hace muchos años siempre que se habla de la hemorragia del cerebro se inculpa a la rotura de la arteria llamada de Charcot o arteria de la hemorragia cerebral. Este vaso pertenece al grupo de las llamadas arterias estriadas externas, se desprende de la silviana poco después de su origen y penetrando en uno de los orificios del espacio perforado anterior llega a la región de los núcleos centrales. Ascende, al nivel del segmento posterior de la cápsula interna, por la superficie exterior del putamen—entre éste y la cápsula externa—, atraviesa la cápsula interna en sus regiones más superiores y va a terminar al núcleo caudado. En caso de producirse una hemorragia a este nivel, la lesión del sistema motor corticomedular originaría una hemiplejía del otro lado del cuerpo. Sin embargo, a esta manera de ver las cosas le han puesto algunos reparos las investigaciones más modernas. Por otro lado, no es ése el único sitio donde puede producirse una hemorragia del encéfalo.

La localización más frecuente, y desde luego la más importante de la hemorragia del cerebro, tiene lugar en la región del «putamen y del antemuro» (*Putamenclaustrumapoplexie*, de Schwartz). La extravasación sanguínea tiene lugar en la mitad externa del putamen y en el antemuro, y según Schwartz, primitivamente, hay dos focos separados que en fases más avanzadas se unen. La destrucción del tejido

nervioso de la citada región es la consecuencia obligada. La cápsula interna, el globus pallidus, la corteza de la insula de Reil y el núcleo amigdalino suelen hallarse indemnes. Ordinariamente se halla destruida la sustancia blanca situada por delante y encima del putamen. El foco hemorrágico se extiende hacia atrás alcanzando la región del epéndimo avanzando hacia el ventrículo, en el que no penetra más que en algunas ocasiones.

La irrupción de la sangre en los ventrículos se observa de vez en cuando, así como que alcance la superficie del cerebro y salga al exterior. Esto, empero, no ocurre en cualquier sitio, sino en regiones hoy día perfectamente conocidas que suelen ser siempre las mismas. Las regiones más anteriores y superiores del ventrículo lateral al nivel de la cabeza del núcleo caudado es una de ellas, y para Boehne la verdaderamente característica y más constante siempre que los focos hemorrágicos sean grandes y se extiendan hacia adelante. La penetración de la sangre en el sistema ventricular a otros niveles, que ha sido descrita por Schwartz, ya no es tan constante.

Si existe un derrame ventricular, el síndrome descrito por O. Foerster puede aparecer: hipertermia enormemente rápidamente instaurada, convulsiones intensísimas tónicas con extensión extrema con rotación interna y adducción de los brazos, etc., y la muerte es la regla.

El foco hemorrágico puede extenderse hacia afuera, y en este caso destruye el antemuro y la cápsula extrema llegando a la corteza de la insula haciendo que ésta presente un saliente.

Es de advertir que siempre que se habla de estas hemorragias y de la hemiplejía que dejan, si el enfermo no sucumbe, se habla de las fibras motoras al nivel de la cápsula interna. Esto no es verdad, pues la cápsula interna, como acabamos de ver, está en la mayoría de los casos fuera del foco hemorrágico. Lo que sí ocurre es que al progresar éste hacia arriba y tender a avanzar hacia la línea media para alcanzar la región del ventrículo, lesiona las fibras del haz piramidal en las lesiones más caudales del centro oval donde aquéllas van a desembocar en la cápsula interna.

Las hemorragias de la región de la protuberancia suelen ocurrir en su región dorsal, en las inmediaciones del cuarto ventrículo, al que pueden llegar y hasta penetrar en él. Prolongaciones del foco hemorrágico se extienden en todos sentidos y algunas de ellas pueden alcanzar la superficie de este centro nervioso a lo largo de la vaina linfática de una arteria media. Los reblandecimientos del puente, en cambio, se localizan en las regiones del pie a ambos lados, en las inmediaciones de las masas grises que a ese nivel existen.

Por último, las hemorragias del cerebelo suelen acaecer en el centro del mismo, en las proximidades del núcleo dentado. En algunos casos alcanzan el cuarto ventrículo y hasta irrumpen en él.

Que la hemorragia cerebral se produzca por la rotura de un vaso que origina el derrame de la sangre en el tejido nervioso, es una hipótesis a la que casi todo el mundo se ha adherido y que las últimas investigaciones muestran como algo evidente. Sin embargo, no todos son de la misma opinión y para la producción de una hemorragia compacta se han invocado otros mecanismos. Como los hechos no parecen dar a éstos la razón, sólo de un modo circunstancial los citaremos:

Rosenblath se ha fijado de un modo especial en los pequeños focos hemorrágicos situados en las inmediaciones del principal, y no cree que serían producidos como consecuencia de éste. El gran foco hemorrágico no se produciría por la extravasación sanguínea secundaria a la ruptura de un vaso, sino sería debido a la fusión de muchos de estos diminutos focos. Una causa química de naturaleza desconocida, quizás en relación estrecha con las lesiones renales, produciría una necrosis arterial en territorios bastantes extensos del cerebro.

Para Westphal y Baer sería una necrosis arterial en el territorio del cerebro, que luego se presentaría como un foco compacto, la causa que produciría éste. Esto nada tendría que ver con la arterioesclerosis.

Como ya hemos dicho, estas teorías no son admitidas por la inmensa mayoría de los patólogos.

* *

La segunda clase de alteraciones circulatorias del cerebro que pueden originar una apoplejía se halla constituida por las embolias de aquel órgano. Sobre esto se ha precisado mucho en estos últimos tiempos. Schwartz, sobre todo, ha puesto de manifiesto particularidades que el médico debe conocer porque lo ha hecho a base de un material de estudio considerable, ya que se eleva a unos 400 casos.

En el cerebro, lo mismo que en cualquier otro órgano, si una arteria terminal se oblitera, la desorganización del tejido que irrigaba es la regla. Como en el cerebro abundan las arterias terminales y, por añadidura, el tejido nervioso muestra quizás mayor avidez que otro cualquiera para la sangre, la formación de un infarto se realiza con rapidez.

Desde hace muchos años se ha hablado de las anastomosis de unas arterias cerebrales con otras, y ello nos interesa aquí de un modo especial, ya que se halla en íntima relación con el problema de si es o no posible el que se establezca una circulación colateral. Que existen anastomosis entre las arterias que irrigan en cerebro—incluso en ramas de importancia relativa—antes de introducirse en la sustancia nerviosa, es particularidad de la que se ha hablado en varias ocasiones. Pero no lo es menos que el concepto de «arteria terminal», en el sentido «funcional» de Conheim, en el cerebro, clínicamente no puede ser más digno de tenerse en cuenta. Si Pfeifer, en estos últimos años, ha hablado después de continuadas investigaciones de una red continua extendida no sólo a los capilares, sino también a arterias de calibre mayor, clínicamente ello no tiene importancia. A diario vemos cómo la experiencia muestra que las cosas ocurren como si se tratara de arterias terminales. La acción vicariante de las pretendidas

anastomosis juega en la práctica un papel insignificante.

Casi siempre la embolia se produce en la arteria cerebral media o en sus ramas, y no olvidemos que entre éstas se encuentran la mayoría de las destinadas a los ganglios centrales.

Cuando el émbolo se fija al nivel del punto de emergencia de una de las primeras ramas de la cerebral media, el reblandecimiento que se produce es enorme. Las dos circunvoluciones rolándicas, la región de la ínsula, parte de las temporales, la segunda y tercera frontales y una parte de las parietales con una región extensa de la sustancia blanca subyacente, se desorganizan. Ordinariamente estos destrozos, incompatibles con la vida, no suelen originarse y la lesión se circunscribe a una extensión mucho más pequeña.

Es al nivel de los ganglios centrales donde estos focos de reblandecimiento debidos a una embolia se localizan. Suelen producir, en este caso, lo que se conoce con el nombre de «apoplejía embólica de la región del estriado» (*embolische Striatumapoplexie*), de Goldstein y Schwartz. La lesión se extiende a las regiones laterales y superiores del putamen, la cabeza del núcleo caudado, la región anterior de la cápsula interna—que se halla situada entre ambas masas grises—y una región más o menos extensa del centro oval situada en las inmediaciones. Las regiones internas e inferiores del cuerpo estriado se hallan indemnes, y la región de la ínsula sólo en raras ocasiones la vemos afectada.

Obsérvese que la localización de estos infartos no concuerda con el sitio donde ordinariamente se producen las hemorragias compactas.

La apariencia macroscópica de estos focos de reblandecimiento es distinta de los hemorrágicos, y varían según el tiempo que haya transcurrido desde que la lesión se ha producido. Trátase al comienzo de una disminución de consistencia del tejido con tendencia edematosa que, en fases más avanzadas, conduce a su desorganización y hasta a la formación de una cavidad.

Lo más característico de estos focos de reblandecimiento es su tendencia a que en su seno se produzcan pequeñas hemorragias que les dan un aspecto rojizo. Esto, empero, sólo ocurre en la sustancia gris, sin que se vea en la blanca aunque haya sido afectada por la lesión. En ciertas circunstancias—como Schwartz ha descrito—, si esto no ocurre, el color es no blanco, sino ligeramente rojizo.

La manera como se produce este tono rojizo en los focos del estriado ha sido descrita por Schwartz y pasaría por varias fases. En la primera existiría una tonalidad rojiza muy ligera y difusa. Más adelante podrían verse un sinfín de hemorragias puntiformes, y, por último, el enrojecimiento sería homogéneo y mucho más intenso. Por una porción de características, sobre las que no entraremos aquí, este tipo de lesiones se diferencia grandemente de lo que se ve en una hemorragia compacta.

La última variedad de alteraciones circulatorias del cerebro, que puede originar una apoplejía, es la obstrucción de un vaso por un trombus con el reblandecimiento que trae como consecuencia.

Es la arterioesclerosis la causa que suele conducir a este orden de cosas. La luz de los vasos se va estrechando más y más y la nutrición de tejido languidece. Sin embargo, no hay una relación directa en todo caso entre lo que en el tejido se observa y el grado de estrechamiento de la luz arterial. Como Boehne y Neuburger han puesto de manifiesto, puede ocurrir que existan territorios caídos en necrosis sin que haya una obstrucción total del vaso, por lo que a la lesión de éste no podemos inculpar de un modo absoluto de ello. Quizás las oscilaciones en la presión sanguínea—que por añadidura es ordinariamente alta—y el uso inmoderado de todo género de drogas para hacerla bajar es la causa de ello.

Pero estas lesiones pequeñas, generalmente extendidas a diversos territorios del cerebro, entre ellos la región del estriado, tienen por el momento, para nosotros, poca importancia. Trátase de pequeños focos ya antiguos—la primera variedad de alteraciones arterioescleróticas descrita por Schwartz—extendidas a la sustancia blanca o la gris que acaban formando cavidades en cuya pared hay depósitos de hemosiderina.

Más importantes son los insultos producidos por la arterioesclerosis que conducen a la producción de un infarto hemorrágico y que clínicamente se manifiestan de un modo brutal, si son ya de cierta importancia. Si no son muy intensos estos focos, suelen ser varios, apareciendo en diversas épocas y repitiéndose con frecuencia mayor conforme se avanza en edad. Ordinariamente no dan la sintomatología de una hemorragia o de un reblandecimiento. Y sólo raramente dan lugar a una hemiplejía.

Los focos de reblandecimiento, si son de cierta importancia, se localizan en una forma parecida a la apoplejía embólica de Schwartz y Goldstein. Pero esto sólo ocurre en los casos en que la arterioesclerosis es grave y muy extendida a las arterias de la base.

En otras regiones del cerebro existen también con gran frecuencia focos de reblandecimiento y las circunvoluciones son afectadas, bien en su totalidad o parcialmente. Cuando los focos se hallan en la superficie, en los cortes frontales adoptan una forma triangular con la base dirigida hacia la superficie y el vértice avanzado más o menos en la sustancia blanca.

Hemos tenido ocasión de estudiar anatómicamente algunos casos con reblandecimientos de este tipo en la región del pliegue curvo debidos a trombosis de la rama terminal de la silviana. La zona destruida avanzaba profundamente hacia la prolongación posterior del ventrículo lateral lesionando, en más de una ocasión, las radiaciones ópticas. Esto produjo, si el enfermo salió del estado comatoso, una hemianopsia total o parcial. Si la lesión radicaba en el hemisferio izquierdo se presentaron, además, síntomas agnósicos.

Es curioso hacer notar que aun tratándose de la región perioccipital—que es donde se han descrito más anastomosis entre las arterias de la superficie del ce-

rebro—el reblandecimiento se produce igualmente. Esto quiere decir que, o son insuficientes o la circulación colateral tarda más tiempo en establecerse que el que emplea el tejido nervioso en desorganizarse. Probablemente, el hecho de que los vasos se hallen con lesiones de arterioesclerosis y con su luz disminuida, hace más difícil que puedan servir para aquel fin.

También en los reblandecimientos producidos por una trombosis vemos en su interior que ocurren modificaciones. Hay una eritrodiapedesis por virtud de la que la sustancia gris se presenta rojiza. En la sustancia blanca tampoco aquí se observa el mismo fenómeno. Sobre la explicación de esto no insistiremos, ya que las hipótesis en tal sentido emitidas distan mucho de satisfacerlos.

Estado actual de nuestros conocimientos sobre la neurona

POR EL

DR. VICTOR MOET

II

VARIEDADES CELULARES

Las células nerviosas pueden describirse con arreglo a muy diversos criterios fundamentales. Según las características de sus prolongaciones: en unipolares (células de los ganglios raquídeos), bipolares, multipolares y apolares (células embrionarias en época del crecimiento). Con arreglo a su topografía se distinguen las células corticales, radicales anteriores y posteriores, ganglionares, células de Purkinje, etc.

Según la sustancia cromática, Nissl las ha clasificado en kariocromas y somatocromas. Las primeras son las que tienen concentrada toda la sustancia cromática en el núcleo, y se encuentran principalmente en la sustancia gelatinosa de Rolando y formando lo que ha recibido el nombre de granos de cerebelo. Las células somatocromas poseen una rica red cromática en el protoplasma, y han sido a su vez divididas en cuatro subgrupos: células arquicromas, en las que los cuerpos de Nissl están dispuestos en filamentos y en retículos y que constituyen las células piramidales; células esticocromas, cuyos cuerpos de Nissl adoptan la forma de bastoncillos o estrias y que forman las células radicales de las astas anteriores; células arquiesticocromas, cuyos cuerpos de Nissl adoptan una disposición en retículo y en bastoncillos, y, por último, las células girocromas, cuyos cuerpos de Nissl están dispuestos en círculos concéntricos, constituyendo las células de los ganglios raquídeos y simpáticos.

Cajal ha emitido en este sentido la siguiente clasificación, que nos parece más clara y ajustada a la realidad: Las divide en células estrelladas con prolongaciones en forma de rayos, que son las células de las astas anteriores; células de axon grueso terminado por un penacho de ramificaciones y emitiendo colaterales (células piramidales); células con penachos opositopolares y ramificados (células del asta de Ammon), y, por último, células con penacho unipolar y axon destacándose en el lado opuesto (células de Purkinje).

La fibra nerviosa.—Las dimensiones de la fibra ner-

viosa varían notablemente, midiendo los más cortos (dendritas y axones) solamente algunas micras, y los más largos, como, por ejemplo, los axones de las células gigantopiramidales del lóbulo paracentral o los axones de las células radicales de la medula lumbar que miden más de un metro.

Con arreglo a su estructura hay que considerar las fibras amielínicas o de Remak y las fibras mielínicas. Entre estos dos tipos de fibras no existen diferencias histológicas bien claras, distinguiéndose únicamente por la presencia o no de una vaina envolvente. De igual modo que hicimos con la neurona, estudiaremos los caracteres de las fibras fijadas, o sea muertas, y de las fibras vivas.

Fibras fijadas.— Las fibras amielínicas descubiertas por Remak en el año 1833 aparecen pálidas y grises, muy finas e incurvadas si se las compara con las otras.

Durante muchos años se ha creído que estaban formadas por un cilindro desnudo. Actualmente se sabe que constantemente existe en el nacimiento del axon una zona de tránsito, el «cuello», en la cual el cilindro está completamente desnudo, disposición que se encuentra también en las fibras con mielina. Sin embargo, bien pronto se cubre de una vaina de naturaleza neuróglia. Durante su paso por el eje cerebromedular, esta vaina está formada por un sincitium de neuroglia central. En los nervios esta vaina está formada por un sincitium de neuroglia periférica llamada vaina de Schwann, que la gran mayoría de los autores consideran como de origen microglial. Aparece como una delgadísima capa anista integrada por un protoplasma finamente granuloso en el seno, del cual y de cuando en cuando aparecen los núcleos.

La vaina de Schwann ofrece la particularidad que forma una serie de anastomosis con las fibras vecinas, dando lugar a un trenzado muy compacto, de donde se deduce la imposibilidad de seguir las fibras y las grandes dificultades que hay que vencer en su estudio topográfico, de tan gran importancia en histopatología. Estas anastomosis interesan únicamente las vainas, nunca los axones.

Las fibras mielínicas se distinguen fácilmente por su aspecto brillante, blanco nacarado, debido a la existencia de una cubierta de una substancia refrigente especial conocida con el nombre de mielina.

Sobre un corte transversal coloreado adecuadamente, se reconocen las tres partes siguientes:

- 1.^a El nervio central (axon o dendrita).
- 2.^a Todo alrededor la vaina de mielina.
- 3.^a En la periferia la vaina de Schwann, que no presenta en este lugar ninguna anastomosis.

El axon es visible sobre los cortes coloreados con las técnicas especiales; se presenta como un tallo protoplasmático cilíndrico, uniformemente calibrado, recto, en el que se encuentran neurofibrillas.

Es, desde luego, mucho más grueso de lo que aparece, ya que las diferentes manipulaciones (fijación y deshidratación) le hacen perder toda su agua de constitución. Este es mucho más grueso en la fibra que a su emergencia de la célula, aumentado a medida que se aleja de su nacimiento.

La vaina de mielina se colorea en negro por los métodos de Marchi y de Weigert y sus derivados. Sobre los cortes trasversales la mielina se presenta bajo la forma de varias capas laminares concéntricas más o menos deformadas, en el centro de las cuales se reconoce el cilindro retraído. Su disposición en hojas perfectamente limitadas se debe a la hidratación. El espesor de la vaina de mielina está en relación con el grosor del cilindro. So-

bre los cortes longitudinales y con la ayuda de delicadas técnicas especiales se ponen de manifiesto formaciones especiales particularmente estudiadas por Nageotte. Son éstas:

Las estrangulaciones de Ranvier.— De cuando en cuando la fibra presenta estrangulaciones anulares, a nivel de las cuales la mielina se incurva para insertarse por intermedio de un doble brazaete espinoso sobre la parte adelgazada del axon central. Entre éstas dos estrangulaciones está comprendido un segmento interanular. Trátase, por lo tanto, de estrangulaciones que interrumpen completamente la vaina de mielina, a nivel de las cuales las vainas de Schwann se ponen en contacto directo con el axon.

Las llamadas cisuras de Schmidt Lantermann son cisuras oblicuas muy delgadas que cortan la mielina dividiéndola en segmentos cónicos imbricados unos en otros, insertándose a su nivel el aparato de Rezzonico, que es un dispositivo filamentosos en espiral que está extendido regularmente alrededor de las cisuras de Schmidt Lantermann.

La mielina es en realidad una diferenciación lipóide de la capa superficial del axon. Es una grasa fosforada constituida por una mezcla compleja de lipóides, principalmente colessterina y lecitina y de albúminas.

La fibra nerviosa viva.— La mielina es una capa superficial del axon diferenciada para una mejor conductibilidad. Forma parte del axon mismo, y no de la vaina de Schwann, como han pretendido algunos autores. De aquí se deduce que la diferencia que existe entre las fibras de Remak y las mielínicas no se refiere tanto a la presencia de mielina como a la naturaleza misma de la fibra.

Las diferentes formaciones que presenta la mielina, sobre cuya naturaleza real se discute mucho, tienen posiblemente una significación particular: las estrangulaciones de Ranvier serán zonas de absorción y de expulsión de los desechos, o sea el punto donde la fibra toma contacto directo con las fuentes de nutrición; las cisuras de Schmidt-Lantermann sería una membrana especial de sostén del aparato de Rezzonico, el cual tendría la significación de un condensador eléctrico, un papel de reforzamiento en la conducción del influjo. Es preciso considerar la fibra nerviosa como un complejo histológico integrado por el axon y la vaina de Schwann.

Terminaciones nerviosas.— Son las arborizaciones terminales nerviosas dispositivos especiales que se encuentran en la extremidad de todas las prolongaciones. Trátase de lo que Sherrington denominó aparato sináptico, y Langley, tejido de unión, y cuyo papel cada día va considerándose como más importante en la fisiología de la neurona.

En los centros los axones y dendritas se arborizan por filamentos agrupados en ramo, unidos en botón, en vasos en cálices, etc.

Existen tres clases de sinapsis centrales: las axosomáticas, axodendríticas y dendrodendríticas.

En la periferia, la arborización nerviosa está libre en el tejido epitelial, rodeada de una vaina neuróglia en los tejidos mesodérmicos, en los que se rodea por lo general de una envoltura conjuntiva, formando un corpúsculo.

Las terminaciones se distinguen según se trate de terminaciones motrices o sensitivas.

Sensitivas y sensoriales.— Dan lugar a tres clases de terminaciones:

- 1.^a Botones. Dilatación en forma de botón en el seno o en contacto con una célula epitelial.

En la córnea existe un verdadero plexo intraepitelial superficial.

En el epidermis y en las mucosas los botones no alcanzan nunca la superficie. En la retina, el laberinto, las papilas gustativas y la pituitaria, estos botones se encuentran en las células sensoriales.

2.^a Meniscos. Arborizaciones en nido o en cesto cuyo fondo está ocupado por una célula epitelial (meniscos táctiles).

3.^a Terminaciones hederiformes. Se dividen a su vez en:

Mesenquimatosas, que son los diferentes corpúsculos de Golgi, Manzoni, Ruffini, Vater-Paccini, Dogiel, Wagner-Meisner, etc., y también el neuromuscular.

Motrices.

Epiteliales de las células glandulares.

En el tejido conjuntivo, en el seno de las células pigmentarias.

En el tejido muscular, la unión myoneural es la placa motriz cuyo estudio fisiológico está de palpitante actualidad. Su estructura está perfectamente precisada; la arborización terminal nerviosa es un punto protoplasmático de origen neuróglia llamado teloplasma. En el seno de este teloplasma existe un condrioma abundante, formado de telostomas, testigos de la actividad catabólica de la sinapsis neuromuscular.

NUTRICIÓN DE LA NEURONA

La neuroglia es el elemento anatómico encargado de las funciones de nutrición del elemento celular nervioso. Representa, por lo tanto, el tejido neuróglia en el sistema nervioso el mismo papel que en otros lugares efectúan los tejidos de origen mesenquimatoso. Forma esta neuroglia un sistema de nutrición interpuesto entre los vasos nutritivos y las células. De este modo todos los cambios que el metabolismo complicado del tejido nervioso requiere se efectúan por intermedio de este tejido neuróglia. Por ella llegan las sustancias necesarias para la vida de la neurona, e igualmente acarrea los elementos de desecho de las funciones digestivas y generales del elemento histológico.

La neuroglia representa igualmente otro papel importante en la anatomía y fisiología del sistema nervioso, sirviendo como tejido de sostén sobre el que reposan las neuronas.

(Continuará).

EL DIAGNÓSTICO BIOLÓGICO DE LA ESQUIZOFRENIA (1)

POR EL

DR. ENRIQUE PUYUELO SALINAS

Caso 36. C. 6 943. Ingresó 26-I-1932. Dieciocho años. Soltero. Mudo.

Ingresó por su rebeldía a los profesores y familiares y negarse a aprender oficio alguno. No conoce el alfabeto manual. No manifiesta ninguna acción impulsiva. Adaptado. Tranquilo.

En la actualidad sigue tranquilo y adaptado. Trabajador.

Diagnóstico: No se comprueba ningún trastorno mental.

Caso 37. C. 6 965. Ingresó 4-II-1932. Veintisiete años. Soltero.

(1) Véase el número anterior.

A su ingreso, correcto, tranquilo. Lenguaje lento y coherente. Orientado auto y allopsíquicamente. Conciencia de situación y enfermedad. Afectividad superficial con tendencia a la bobería. Mala modulación afectiva. Ideas delirantes de persecución e influencia. Pseudoalucinaciones visuales, de contenido simbólico. Alucinaciones auditivas. Parestesias.

En la actualidad persisten las ideas delirantes, pero no las alucinaciones.

Diagnóstico: *Esquizofrenia paranoide.*

Caso 38. C. 6.991. Ingresó 20-II-1932. Treinta y nueve años. Casado.

A su ingreso, correcto, tranquilo. Movimientos normales. Afectividad ligeramente levantada con tendencia a la euforia. Bien orientado en espacio y tiempo. Conciencia de situación y enfermedad. Adaptado. No hay verdaderas ideas delirantes. Conserva algunas ideas de grandeza. No hay pseudopercepciones.

En la actualidad está totalmente remitido.

Análisis de líquido cefalorraquídeo, antes de su ingreso: Células, 12 por milímetro cúbico. Albúmina, 1,17 gramos por 1.000. Nonne positivo fuerte. Wassermann positivo fuerte con 0,2 c. c. Lange, 5543332100000.

Diagnóstico: *Demencia parálitica en remisión.*

Caso 39. C. 6.559. Ingresó 6-VI-1930. Setenta y cinco años. Casado.

A su ingreso manifiesta labilidad afectiva. Sugestible. Consciente. Orientado en el espacio y mal en el tiempo. Ideas de grandeza pueriles. Muy demenciado. Tuvo anteriormente otro período de reclusión con análoga sintomatología de ideas delirantes de grandeza y cierto grado de agresividad.

Diagnóstico: *Demencia senil*

Caso 40. C. 6.371. Ingresó 25-II-1929. Cincuenta y seis años. Casado.

Parece haber tenido una hemorragia cerebral, y, como consecuencia de ello, padece un déficit mental, al que acompaña una intensa sordera. No se puede relacionar con él por esta causa.

Hasta el día de la hemorragia cerebral no ha manifestado ningún síntoma de déficit intelectual. Parece más bien tratarse de un caso de enfermedad de Alzheimer.

Análisis de líquido cefalorraquídeo: Células, 0. Albúmina, 0,43 gramos por 1.000. Nonne positiva. Wassermann y Meinicke negativas. Lange, 0133300000. Mastic, 111115535555.

Diagnóstico: *Muy dudoso (¿Oligofrenia?).*

Caso 41. C. 6.959. Ingresó 26-I-1932. Cuarenta y ocho años. Casado.

Sífilis a los diecisiete años. A su ingreso, bien orientado especial y temporalmente. Labilidad afectiva. Psicomotilidad exagerada. Disartria. Ideas delirantes de grandeza (?).

Análisis de líquido cefalorraquídeo: Células, 1,33 por milímetro cúbico. Albúmina, 0,48 gramos por 1.000. Nonne positivo. Wassermann positivo con 0,2 c. c. Lange, 4444422000000. Benjui, 1144411100000.

Diagnóstico: *Demencia parálitica.*

Caso 42. A. 240. Ingresó 31-I-1931. Cuarenta y ocho años. Soltero.

Parece haber ingresado en estado de alcoholismo agudo.

Pasado este episodio, aparece bien orientado en espacio y tiempo. Pérdida de memoria de fijación. Memoria de evocación normal. Afectividad adecuada. Bebedor intenso sin puitas.

En la actualidad, tranquilo, adaptado, lúcido. Cons-

ciente. Tono afectivo normal. No hay trastornos del curso ni del contenido del pensamiento. Juicio y crítica normales.

Diagnóstico: *Psicosis alcohólica*.

Caso 43. A. 234. Ingresó 31-I-1931. Treinta y tres años. Viudo.

A su ingreso, confuso, desorientado en tiempo y espacio. Perplejo. Incontinencia de esfínteres. Tiene alucinaciones. Bebedor con pituitas.

En la actualidad, bien orientado. Algo autista. Indiferente. Mala modulación afectiva. En algunas ocasiones se muestra irritable.

Análisis de líquido cefalorraquídeo: Todos los datos son normales.

Diagnóstico: *Psicosis alcohólica en un enfermo esquizoide*.

Caso 44. A. 213. Ingresó 19 X-1930. Sesenta y nueve años. Casado.

A su ingreso se muestra tranquilo, orientado, sin conciencia de enfermedad. Alucinaciones auditivas de tipo paranoide. Regular memoria.

En la actualidad, accesible, orientado, con conciencia de enfermedad anterior. Critica sus anteriores ideas paranoideas. Afectividad adecuada. Curso del pensamiento normal sin pseudopercepciones. Memoria débil.

Análisis de líquido cefalorraquídeo: Todos los datos son normales.

Diagnóstico: *Demencia senil*.

Caso 45. Madrid. 841. Ingresó 6 IV-1932. Veinte años. Soltero.

Ingresó agitado con verbigeración. Al remitir queda desorientado, poco accesible, pérdida de conciencia, de situación y de enfermedad. Orientado aproximadamente en tiempo. Pararrespuestas. Disgregado. Incoherente.

En la actualidad tiene conciencia de enfermedad y situación. Orientado en tiempo y espacio. Conserva la forma de lenguaje. Regular modulación afectiva. Alucinaciones visuales abundantes de tipo maniaco.

Antes de su reclusión ha sufrido otros accesos análogos al presente, de evolución cíclica, que comenzaban con una fase de depresión a la que sucedía otra de excitación psicomotriz.

Diagnóstico: *Psicosis maníacodepresiva*.

Para la realización de nuestro trabajo hemos completado el estudio de los 45 casos de enfermos descritos con el de cinco sujetos sanos, escogidos en el consultorio del Hospital Clínico, los cuales nos han de servir como control por tratarse de personas que no acusan ningún trastorno mental y en las que la enfermedad que les ha llevado al consultorio (lesión valvular de origen reumático en dos de ellos, un caso de colitis y dos de bronquitis crónica) no es probable ejerza ninguna influencia en las reacciones objeto de nuestro estudio.

Haciendo un examen de conjunto de nuestra casuística, observamos al hacer la clasificación los siguientes grupos. (Véase el cuadro final.)

1.º Veintiún casos de esquizofrenia, que a su vez podemos considerar divididos en:

- a) Siete casos de esquizofrenia catatónica.
- b) Cuatro de esquizofrenia hebefrénica.
- c) Dos de esquizofrenia paranoide.
- d) Tres de esquizofrenia hebefrenocatatónica; y
- e) Cinco de esquizofrenia en período de demencia final.

2.º Cinco casos de psicosis maníacodepresiva.

3.º Seis de demencia parálitica.

4.º Uno de parafrenia fantástica.

5.º Tres de psicosis alcohólica.

6.º Tres de demencia senil.

7.º Uno de epilepsia genuina.

8.º Dos de enfermedad de Parkinson.

9.º Dos enfermos de diagnóstico dudoso; y

10. Seis sujetos normales como control de las investigaciones.

En estos individuos, como ya hemos dicho anteriormente, hemos verificado el estudio del comportamiento de sus sueros sanguíneos en lo relativo a su acción fitotóxica y también a su capacidad para la formación de hemolisinas en los animales de experimentación, inoculados conforme a lo descrito al tratar de la reacción pleohemolítica.

Sintetizaremos, pues, ahora los resultados obtenidos con ambos métodos de diagnóstico en cada uno de los grupos antes mencionados, exponiéndolos en los enfermos esquizofrénicos también, de un modo ordenado, según la forma de esquizofrenia de que se trate, ateniéndonos para ello a la clasificación de Kraepelin.

Siete han sido los casos de esquizofrenia catatónica, correspondientes a los números 10, 11, 14, 19, 21, 23 y 25 de nuestro protocolo, en los que la práctica de la reacción pleohemolítica sólo en un caso ha dado un resultado francamente positivo (caso núm. 21), con 4 grados de diferencia después de la inoculación del conejo; el caso 25 también ha dado un resultado positivo (3 grados de diferencia), y en el núm. 10 aparece tan sólo una diferencia de un grado entre el contenido en hemolisinas del suero del conejo, antes y después de la inoculación con suero de dicho enfermo. En los cuatro enfermos restantes el resultado de la reacción es totalmente negativo por no haber ninguna diferencia entre el comportamiento del suero antes y después de las inyecciones.

En cuanto al índice fitotóxico de los sueros de estos enfermos, encontramos una cifra máxima de 69 por 100 y una mínima de 27 por 100, siendo la cifra media hallada en los siete enfermos de un 43 por 100.

En los cuatro casos de esquizofrenia hebefrénica (números 22, 26, 28 y 30) del protocolo sólo encontramos una reacción pleohemolítica intensamente positiva en uno de ellos (caso núm. 22), con una diferencia de 5 grados, y otro débilmente positivo (caso núm. 28), en el que la diferencia fue de 2 grados, siendo negativa en los restantes enfermos.

El índice fitotóxico más alto de estos enfermos ha sido de 56 por 100, y el mínimo de 41, con un promedio de 47 por 100.

En los casos de esquizofrenia paranoide hallamos uno, el núm. 37, en el que el resultado de la reacción pleohemolítica fué débilmente positivo, por aparecer un grado de diferencia en el poder hemolítico del suero del conejo después de las inoculaciones, y otro (núm. 16) en que esta reacción dió un resultado francamente negativo.

Los índices fitotóxicos de los sueros de estos enfermos han sido de 38 y 51 por 100, respectivamente, con una media aritmética de 44,5 por 100.

En los enfermos estudiados de forma hebefrenocatatónica de la esquizofrenia (casos números 6, 13 y 35) hallamos también un solo caso, el primero de ellos, en el que la reacción pleohemolítica es francamente positiva, con un aumento de 3 grados en la formación de hemolisinas; en cuanto a la acción fitotóxica de estos sueros, diremos que el máximo índice obtenido ha sido de 56

por 100, y el mínimo de 43, siendo el índice medio de 49,5 por 100.

Terminaremos el estudio de este grupo mencionando los resultados obtenidos en los esquizofrénicos en el período de demencia final. Cinco han sido los casos estudiados (2, 4, 5, 17 y 18), y sólo en uno nos demuestra la reacción pleohemolítica una mayor formación de hemolisinas tras las inyecciones preparadoras del animal objeto de experimentación, con tan sólo un grado de diferencia, siendo los índices fitotóxicos máximo, mínimo y medio de 56, 33 y 41 por 100, respectivamente.

Por tanto, estudiando ahora conjuntamente todas estas variedades de la esquizofrenia, veremos que de los 21 enfermos de nuestra casuística sólo ha habido un resultado francamente positivo en cinco de los enfermos; ha sido muy dudoso, o reacciones débilmente positivas (sólo un grado de diferencia en el contenido en hemolisinas), en tres casos, y han sido totalmente negativos los trece casos restantes.

Esto es, en un 61,9 por 100 de la totalidad de enfermos investigados, la reacción pleohemolítica no nos ofrece ningún apoyo en que fundamentar un diagnóstico diferencial, pudiéndonos orientar con seguridad, desde este punto de vista, tan sólo en un 23,8 por 100 de los casos.

En cambio, los resultados de la aplicación a los sueros de estos enfermos del estudio del índice fitotóxico nos proporciona resultados más alentadores, pues las cifras obtenidas sólo en cinco casos exceden de 50 por 100, número al que podemos considerar como cifra a partir de la cual se entra en el terreno de lo patológico. Aparte de estos casos en que podemos considerar el resultado de la reacción como negativo, clasificaremos los datos obtenidos según la cifra del índice fitotóxico, apreciando que en diez casos está comprendida entre 40 y 50 por 100, en cinco casos es menor de 40 y mayor de 30, y en un caso es menor de esta última cifra.

Así pues, haciendo la media aritmética de estas cantidades, hallamos un índice fitotóxico medio en nuestros enfermos de esquizofrenia de un 45 por 100, o sea dentro del terreno considerado como patológico, y expresando porcentualmente este resultado, diremos que la reacción puede considerarse como positiva en un 80,6 por 100 de los casos estudiados, tanto por ciento notablemente más elevado que el que hemos encontrado con la reacción pleohemolítica.

Veamos ahora los resultados obtenidos con ambas reacciones diagnósticas en las demás enfermedades mentales estudiadas y las deducciones que en vista de ello podamos establecer.

En la psicosis maniaco-depresiva, enfermedad en la que están catalogados los cinco enfermos números 8, 12, 17, 20 y 43 del protocolo, la reacción pleohemolítica ha sido constantemente negativa, y con el método diagnóstico de Macht encontramos un índice fitotóxico máximo de 67 y mínimo de 52, con un promedio total de 59,5 por 100, cifras todas estas superiores a 50 por 100 y análogas, aunque más reducidas, que las de las personas normales.

En la demencia paralítica hemos estudiado también seis casos (números 7, 9, 33, 15, 38 y 41), habiendo observado un caso en que la reacción pleohemolítica ha dado resultado débilmente positivo, con una diferencia de un grado, siendo negativos los cinco casos restantes y ofreciendo un índice fitotóxico máximo estos sueros de 63 por 100 y un mínimo de 51, con una cifra media en conjunto de 59 por 100, pudiendo a propósito de estas cifras hacer

análogas consideraciones a las expuestas al tratar de los resultados de esta reacción en la psicosis maniaco-depresiva.

En los tres casos de demencia senil ha sido la reacción pleohemolítica negativa y los índices fitotóxicos son bastante discordantes, pues en el caso núm. 31 este índice es de 41 por 100, en el 39 de 56 por 100 y en el 44 de 57 por 100, siendo la media aritmética de estas cifras un 51 por 100.

En el único caso que hemos podido estudiar de parafrénia fantástica, la reacción pleohemolítica ha sido positiva, con 3 grados de diferencia, y el índice fitotóxico de 61 por 100, cifra ésta notablemente más elevada que la considerada como media en la esquizofrenia.

En los psicópatas alcohólicos, grupo al que pertenecen los enfermos números 34, 42 y 43 también es negativo el resultado de la reacción pleohemolítica y normales los valores de sus índices fitotóxicos (77, 68 y 58 por 100), respectivamente, con un promedio de 67,5 por 100).

En los casos números 1 y 3, de enfermos parkinsonianos, el resultado de la reacción de Thurzó es negativo y la acción fitotóxica es, como en el caso anterior, análoga a la de los sueros de personas normales (86 y 77 por 100, con un promedio de 81,5 por 100).

En el caso de epilepsia genuina incluido en nuestro protocolo con el núm. 32, hallamos por medio de la reacción pleohemolítica un aumento de un grado después de practicadas las inoculaciones y un índice de 36 por 100, revelador de una clara fitotoxemia.

Hemos practicado también estas reacciones en dos sujetos, reclusos en el Sanatorio de Ciempozuelos, en los que, como puede deducirse del examen de sus historias clínicas, el cuadro sintomatológico es muy confuso (historias números 24 y 40), pues en el primero, diagnosticado primeramente de epilepsia, no se ha observado durante su reclusión ningún ataque de dicho mal y, en cambio, ofrece alteraciones del psiquismo, difícilmente catalogables en tal proceso, y en cuanto al otro enfermo, normal hasta hace poco tiempo, no hay motivo claro para considerarlo como un oligofrénico, no habiendo conformidad de pareceres respecto a su catalogamiento.

De estos enfermos, el primero presenta una superproducción de hemolisinas de 5 grados de intensidad, pero tan sólo frente a los glóbulos rojos pertenecientes a persona normal, y el segundo ofrece una absoluta normalidad de dicha reacción siendo sus índices fitotóxicos de 40 en el presunto epiléptico y 56 en el otro enfermo dudoso.

En los cinco enfermos no mentales, estudiados como testigos de estas investigaciones, a los que se puede añadir el núm. 36 del protocolo, que como se ha dicho, resultó no padecer ninguna alteración mental, aparte de su mudez, ha sido la reacción pleohemolítica constantemente negativa y las cifras obtenidas con el método diagnóstico de Macht, aunque variables de unos casos a otros, han sido también de un modo constante superiores al 50 por 100, considerado como punto de separación entre los procesos normales y patológicos.

Dichas cifras han sido de 86 como máximo y 56 como mínimo, con un promedio de 70 por 100, o sea análogas a las encontradas en los sujetos sanos por los demás investigadores.

Para poder deducir consecuencias prácticas de todos los datos enumerados, creo conveniente separar en el conjunto de las enfermedades estudiadas determinados procesos en los que no encontramos con una ni otra de las

reacciones empleadas la menor separación de la normalidad de aquellos en que más o menos marcada aparece esa separación.

Aquellos procesos en los que la reacción pleohemolítica no acusa existencia de ningún antígeno especial y en los que no puede demostrarse por el método de fitodiagnóstico ninguna substancia tóxica son los siguientes:

Psicosis alcohólica.

Oligofrenia.

Psicosis maniácodepresiva.

Enfermedad de Parkinson; y

Demencia parálitica.

En esta última ya dijimos se ha encontrado en un caso una reacción pleohemolítica positiva, pero sólo con ciertas reservas puede darse valor a esta positividad.

Aparte de este grupo, encontramos el de los esquizofrénicos, en los que, como ya analizaremos, estas reacciones, aunque no con constancia, nos demuestran una variable desviación de la normalidad.

Análogo resultado a los de este grupo obtenemos en el caso estudiado de epilepsia, pues más o menos intenso es patente un resultado patológico con ambas reacciones, aunque no nos atrevemos a dar un valor absoluto a este hecho por el exiguo número de casos estudiados, creyendo debe procederse a una revisión en este sentido.

A continuación, entre los dos anteriores, tenemos los resultados obtenidos en los enfermos de demencia senil en los que la reacción pleohemolítica ha sido siempre negativa, y, en cambio, el método fitodiagnóstico de muestra un aumento del poder tóxico de sus sueros.

Resultados inversos a los anteriores, con positividad de la reacción pleohemolítica y negatividad de la reacción de Macht, encontramos en el caso de parafrenia fantástica estudiado, lo cual también sería de gran utilidad poder comprobar en mayor número de casos por tratarse de enfermos en los que es difícil la diferenciación con los esquizofrénicos.

Refiriéndonos ahora particularmente al valor práctico de la reacción de Benedek y Thurzó en la esquizofrenia, creemos que, si bien interesante como particularidad en determinados casos, carece de toda utilidad diagnóstica, pues como ya hemos anotado más arriba, es totalmente negativa en un 61,9 por 100 de los casos, y sólo positiva en un grado suficiente para su aprovechamiento como método diferencial en un 23,8 por 100 de los casos, aparte de poder en otros procesos no esquizofrénicos aparecer enfermos con dicha reacción positiva, como ha ocurrido en un caso de los por nosotros estudiados de demencia parálitica, uno de epilepsia, y el enfermo de diagnóstico inseguro de que hemos hablado.

Esto considerando que pueda darse el valor de una reacción positiva a este aumento de las hemolisinas; pues si bien es cierto que a veces se puede demostrar esta hiperformación, no lo es menos que, en otras ocasiones, lejos de aumentar se produce una disminución en el contenido de hemolisinas después de las inoculaciones, lo que parece indicar que la hemólisis que se demuestra en la reacción no depende tan sólo del contenido en hemolisinas del suero, sino también, y esto es natural, del complemento y de la mayor o menor fragilidad de los hematíes.

Para dilucidar este asunto hemos repetido nosotros los experimentos de Benedek, trabajando con suero inactivado, al que añadíamos complemento, en la dosis indicada por dicho autor, no habiendo podido por este medio demostrar la menor producción de hemólisis, de donde

deducimos que la cantidad de complemento precisa para la reacción ha de ser notablemente mayor que la por nosotros añadida, demostrando esto de un modo indudable la importancia de la cantidad de complemento, que no será la misma en los sueros de los diferentes conejos.

Respecto a la influencia de la resistencia globular de los hematíes en los resultados de la reacción, es un dato importante el que con sueros de diferentes conejos, puestos frente a suspensión de unos mismos hematíes de hombre normal, por ejemplo, aparezcan altos grados de hemólisis, y, en cambio, frente a los hematíes de otros sujetos, esquizofrénicos, por ejemplo, los índices hemolíticos sean bajos.

Esto es lo que ocurre en los casos 2.º, 3.º, 4.º y 5.º en los que la reacción pleohemolítica es negativa, esto es, no hay diferencia apreciable entre el contenido en hemolisinas antes y después de la inoculación; pero, en cambio, muestran una mayor lisis los hematíes de persona normal procedentes en los cinco casos de un mismo sujeto, en comparación con la de los hematíes de enfermos esquizofrénicos o parálíticos.

Esta objeción la hacemos dejando aparte el gran error que puede tener un método de valoración del contenido de un suero de hemolisinas, como el de Thurzó, pues los grados que marca en su nomenclatura son tan poco diferenciados y tan expuestos a una distinta apreciación subjetiva que limita extraordinariamente su aplicación a la práctica.

Otra observación que hacen los autores del trabajo que comentamos es la demostración más sensible de este aumento del grado de hemólisis, cuando se opera frente a los glóbulos de enfermos esquizofrénicos, ya hayan sido preparados los conejos con suero de éstos o de otros enfermos. Tanto valor llega a dar a esta observación, que cree encontrar en él un segundo método de diagnóstico de la esquizofrenia, observando la hemólisis producida con un suero de conejo previamente preparado, frente a glóbulos del enfermo que se quiera diagnosticar y utilizando como control hematíes de un sujeto normal.

BIBLIOGRAFIA ⁽¹⁾

LA POLYPOSE RECTO-COLIQUE, por Pierre Augier. Libro de 282 páginas y 23 grabados, con prólogo de Bensaude. Librería de Bailly Ballière & Fils. París, 1932.

A nadie se le oculta la importancia del conocimiento de la poliposis del intestino, facilitado en la época actual mediante la investigación rectoscópica y radiológica, del mismo modo que se ha beneficiado su tratamiento con la electrocoagulación y con los progresos de la cirugía intestinal.

Todos estos asuntos, así como el estudio de la poliposis esencial, de la parasitaria y de la inflamatoria de causas imposibles de precisar; la anatomía patológica de cada una de ellas, sus relaciones con los tumores benignos y con el carcinoma; la patogenia, el diagnóstico directo y el diferencial, están perfectamente desarrollados en esta monografía. A un capítulo dedicado a la terapéutica sigue la exposición de numerosas observaciones muy detalladas, terminando el autor con unas conclusiones que compendian bien cuanto se trata a lo largo del texto.

Como dice el eminente prologuista, este trabajo es uno de los más completos que poseemos acerca del asunto.

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

Augier no sólo revisa las publicaciones francesas y extranjeras referentes a la poliposis, sino que ha llevado a su obra el fruto de las investigaciones que ha hecho en el servicio de Bensaude, por sí solo y con la colaboración del maestro y con Hillemand. Por todo esto el libro merece ser conocido.

GONZÁLEZ CAMPO

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

J. S. Schwarzmänn. BIOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE LOS ESTADOS ANGUSTIOSOS.—Desde sus primeras comunicaciones sobre la acción favorable del mioston (extracto muscular) en la angina de pecho y en los diversos síndromes neurovegetativos, indicó el autor que este remedio ejercía asimismo una acción manifiesta sobre el psiquismo. Ulteriormente y en otro trabajo insistió en que el principio activo del extracto muscular obra sobre el sistema nervioso en conjunto, disminuyendo la hiperexcitabilidad de la corteza cerebral, de los centros vegetativos y, en una palabra, de todos los componentes del sistema nervioso, y que, efecto de esto, inhibía hasta cierto punto la exteriorización de los impulsos, las reacciones afectivas y las sensaciones internas desagradables. El autor lo explicaba admitiendo que en el extracto muscular de los enfermos psíquicos faltaba alguna substancia capaz de amortiguar las ondas excitantes de las células nerviosas.

Además de la acción del extracto muscular sobre la excitabilidad nerviosa, insiste el autor en la eficacia del mioston para combatir el estado angustioso que siempre va asociado al dolor en las anginas de pecho y en una porción de trastornos cardíacos. Insiste, además, en que algunos de estos enfermos que padecen estados de palpitaciones o de taquicardias con sensación de angustia, mejoran de esta última por la acción del mioston, mientras que la taquicardia apenas se modifica, lo que, a su juicio, indica que las sensaciones de angustia son puramente subjetivas y no consecuencia del trastorno cardíaco. Con el mioston no puede modificarse la velocidad de los impulsos que hacen contraer el miocardio, pero sí desaparecen las sensaciones subjetivas molestas debidas a una hiperexcitabilidad nerviosa del individuo.

Enumera el autor diversas historias clínicas que comprueban sus afirmaciones, y cita algunas en las que la angustia no iba asociada a las lesiones cardíacas, sino al laringoespasmo o a la hiperexcitabilidad de otros segmentos del sistema nervioso vegetativo. En todas ellas el éxito fué manifiesto.

Por último, da cuenta el autor de casos de angustia motivados por la aparición de recuerdos de sucesos desagradables, mejorados asimismo por el mioston.

A juicio del autor, estos resultados comprueban una vez más la concepción moderna de que las emociones son debidas a procesos biológicos, y piensa que el trastorno del quimismo de la musculatura puede ser una de las causas esenciales de la angustia inconsciente que experimentan los enfermos de angina de pecho, muchos cardíacos y otra porción de individuos afectos de neurosis vegetativas. (*Muench. med. Woch.*, núm. 53, 1932).—F. G. D.

Lazar Vassileff. TRATAMIENTO DE LOS VÓMITOS INCOERCIBLES DE LA GESTACIÓN POR EL SUERO DE JUMENTO.—El autor, en la primera parte de su tesis, hace un dete-

nido estudio de la clínica y la patogenia de los vómitos incoercibles del embarazo, admitiendo para ellos los dos mecanismos siguientes:

a) Desbordamiento por la placenta en la sangre materna de substancias nuevas (puestas en evidencia por la reacción de Abderhalden).

b) Formación por la madre de diastases antiplacentarias.

Si estas diastases no se forman en cantidad suficiente, los vómitos incoercibles aparecen, afirma el Dr. Vassileff.

Por lo cual, lógicamente y para suplir esta carencia de diastases maternas, se le suministran a ésta, bien por transfusión de sangre de mujer embarazada que no tenga en absoluto vómitos, o por inyección de suero de animal en estado de gestación.

Este último método es el que ha sido estudiado en su tesis por el autor; le ha dado magníficos resultados y cita 12 casos por él vistos y curados con inyecciones de suero de jumento gestante.

Termina el profesor Vassileff su trabajo exponiendo la técnica del tratamiento y las condiciones farmacológicas en que debe ser fabricado el suero. (*Thèse de Montpellier*, Avignon, 1932).—J. H. SAMPELAYO.

N. Kisthinos. TRASTORNOS PRODUCIDOS POR LA MENOPAUSIA Y SU TRATAMIENTO EN LA ACTUALIDAD.—Los trastornos a que da lugar la menopausia, bien sea fisiológica, bien sea quirúrgica o radioterápica, se pueden reunir en tres grupos, que son:

1.º Trastornos del metabolismo (disminución del metabolismo basal, hipocalcemia, hipocolesterinemia).

2.º Trastornos endocrinos y neurovegetativos (taquicardia, cefalalgia, hipertensión, trastornos vasomotores).

3.º Perturbaciones psíquicas (ansiedad, irritabilidad, delirios, obsesiones, alucinaciones, melancolía y psicastenia).

El autor insiste muy reiteradamente en su trabajo acerca de la relación existente entre las glándulas endocrinas, pero principalmente entre las existentes entre el ovario y las suprarrenales, hipófisis y tiroides.

El páncreas y el ovario, o sean las glándulas que todos los autores reconocen como simpaticodepresoras y vagotonizantes, forman un antagonismo fisiológico frente a aquellas cuya secreción produce la excitación del simpático y que la ausencia del funcionamiento de los ovarios produce trastornos de orden simpático; contra éstos actúa y lucha en la escasa medida de sus fuerzas el único agente vagotonizante de que disfruta el organismo, o sea el páncreas.

De todos estos datos de orden patológico el profesor Kisthinos hace sus deducciones terapéuticas, por lo que a opoterapia ovárica suele asociar el tratamiento pancreático.

Preconiza con gran intensidad el empleo del extracto pancreático desinsulinado en inyecciones por vía intramuscular, practicadas diariamente a la dosis de 20 a 40 unidades hipotensivas; el tratamiento debe durar veinte días. Este debe repetirse todos los meses, o al menos cada dos; en el lapso que transcurre entre uno y otro el autor da de dos a tres cucharadas diarias del producto comercial «Angioxyl».

Dice, por último, que esta medicación es capaz para obtener bellos éxitos en donde todos los otros medios hayan ido al fracaso. (*Crónica Médica Mexicana*, tomo 31. Méjico, 1932).—J. H. SAMPELAYO.

S. Haas. LA ENFERMEDAD CELÍACA, SU TRATAMIENTO ESPECÍFICO Y SU CURACIÓN TOTAL Y SIN SECUELAS.—Se designa con el nombre de enfermedad celíaca a una enfer-

la reunión del Colegio de Abogados en que se ha tratado este asunto en unión del de la detención gubernativa del conde de Vallengano.

Felicitemos a la Junta del Colegio por su acuerdo y esperamos conocer los resultados de su gestión, que no parece ser la primera, aunque no se pamos hasta ahora lo que antes realizó el Consejo de Colegios.

Nosotros nos limitamos a recomendar a los médicos españoles que miren el termómetro y piensen lo *confortablemente* que *habrá pasado estos días* un compañero enfermo al que se dice que *defendemos por maniobras políticas*.

* *

Copiamos de nuestro querido colega *Voz Médica*:

Ha sido absuelto, con toda clase de pronunciamientos favorables, del delito de desobediencia por el que se le instruyó causa, D. Lázaro García, médico titular en Santibáñez Zarzaguda (Bargos). Informamos a nuestros lectores que nuestro compañero fué concejal, por mayor contribuyente, y alcalde por unanimidad en el año 1930. Su gestión municipal fué acertadísima, y tan a satisfacción del vecindario, que éste le votó para concejal y por aclamación designado para regentar nuevamente la alcaldía en las elecciones de 1931. Después de llevar dos años en el desempeño del cargo, se promovió expediente de incompatibilidad que resolvió la destitución, y, pugnando el Ayuntamiento por conservar a su alcalde, se dió margen a la instrucción de querrela a instancia del fiscal.

Un comentario merecen los hechos. Fácilmente se comprende que los médicos titulares y otros universitarios pueden prestar servicios inestimables en las pequeñas poblaciones en el orden político y mejor en el administrativo, pero les tienen privados de toda intervención pública menudas sutilezas legales, que la realidad enseña, como en este caso, que debieran removerse para beneficio del interés comunal. Nosotros creemos que existe un daño público cuando una localidad elige con resolución, libertad y competencia en los comicios a la persona que estima en aquel momento más capacitada y solvente para dirigir la vida municipal; pero este sano afán choca con restricciones legales, privando a una Corporación de un valioso auxiliar y quebrándose en flor una ordenación de cosas y acontecimientos animados por anhelos vehementísimos de los electores que así fueron concebidos, para encaminarlos a la mejor consecución de sus fines corporativos. ¿No pudiera hallarse una fórmula legal igualmente respetuosa con la voluntad popular y con el derecho positivo? Sabemos que algunos ilustres colegas parlamentarios no son ajenos a esta cuestión de ostensible trascendencia.

Pues, añade Decio Carlan, a ver qué hacen esos ilustres colegas parlamentarios. Obras son amores.

DECIO CARLAN

LA PRACTICA DE LA MEDICINA EN EL RIF

POR EL

DR. MARIANO BAEZA

II

IDIOSINCRASIA DEL CLIENTE.—ASPECTO RELIGIOSO.

El fanatismo religioso coloca al musulmán en una situación de obtusa resistencia para comprender y asimilar nuestros conocimientos. No admite ciencia superior a la contenida en el Korán y en los libros de sus interpretadores. Ante nuestra mecánica se inclina; pero en lo que afecta a la vida y a la Filosofía nos desprecia. Nada es verdad fuera de los libros santos. Ni aun los hechos les convencen. Ni siquiera la Geografía es cierta. Y como por añadidura las doctrinas koránicas llegan al pueblo, a través del pueblo, por intermedio de cuentos y leyendas y a través de *fokajs* (1), fanáticos e ignorantes de esas mismas doctrinas, tanto más fanáticos cuanto más ignorantes, más que doctrinas resultan fábulas anticristianas y anticivilizadoras.

El pueblo nos mira con prevención. Así, por ejemplo, se resiste a la vacunación antivariólica (según ha llegado a nuestros oídos) no por la vacunación en sí, puesto que ya se practicaba entre ellos, de pústula de enfermo a brazo sano, sino porque la interpretan como señal indeleble que los cristianos les ponemos para que nunca puedan negar que han estado bajo nuestro dominio, y como un espíritu maligno que les infiltramos para desmahomizarlos o deokorizarlos (valgan las palabras), para apartarlos, en suma, del camino de la verdad y de Dios.

* *

La religión, su ignorancia y su fanatismo, hacen que los moros tengan tal conciencia de la realidad de los diablos y espíritus malignos y de su modo, casi humano, de intervenir en las cosas humanas, que hace que les atribuyan toda suerte de acciones sobre el cuerpo y la salud.

Distinguen dos clases de diablos: uno, al que llaman *Xyitán* o diablo de la intención, incorpóreo o espiritual, que actúa sobre los hombres de modo inmaterial, y otro, al que llaman *Xyenún*, corpóreo o material, que actúa sobre los hombres de modo tangible, por ejemplo, matando o dando una paliza. Los *Xyitán* andan sueltos por el mundo en todas las épocas del año y pueden en cualquiera hacer presa en los mortales. Los *Xyenún* nacen de las charcas, viven en sitios determinados y, generalmente, en puntos solitarios poco accesibles, donde hay grutas y piedras negruzcas y de donde no se alejan más que en determinadas épocas del año, tal la terminación del *ramadán* (cuaresma de los maho metanos), o en relación con acontecimientos extraordinarios, de tal manera que, fuera de estas épocas, no atacan más que a los que se acercan a sus guaridas. Estos diablos *Xyenún* adoptan formas varias: perros, gatos, jabalíes..., que se distinguen de los reales porque no proyectan sombra, tienen la pupila alargada verticalmente como los gatos y sólo son visibles cuando ellos quieren serlo.

Admiten que los diablos tienen nacionalidad y raza, como las personas, y así, hay diablos hebreos, moros y españoles. De ellos, el más fácil de echar del cuerpo es el hebreo, y el más difícil el español. A la muletilla de que el diablo es español se agarran los curanderos cuando, por tratarse de una enfermedad orgánica, no pueden echarle.

(1) *Fokajs* es el plural de *fakij*, hombre que se dedica a los estudios koránicos, y que debe distinguirse de *fakír*, hombre que profesa en una secta religiosa.

Entonces mandan al poséido al hospital, en el que, por ser español, le sacarán el diablo español (le curarán su enfermedad). El enfermo cura y «el diablo sale»; pero aun entonces sigue atribuyendo su curación no al médico, sino al fakij que le marcó el camino a seguir.

Y claro está, desde el momento en que el indígena admite que la enfermedad no es de la materia, no puede acudir a la materialidad de una droga para hacerla desaparecer, sino que buscará la «virtud» maravillosa de esa misma droga, y con más motivo la de oraciones y sortilegios. Y si el moro cree que el mal está en que el espíritu maligno o diablo se le metió en el cuerpo, y el médico empieza por negar la realidad del diablo y, por tanto, del hecho, es lógico que no recurra a él y se ponga en manos del que afirma y mantiene su creencia, y a la vez le asegura tener, como delegado de Dios, poder sobre los demonios para hacerles abandonar los desgraciados mortales que poseen. Este es el fakij.

Por esto que el mayor obstáculo que el médico encuentra en su camino (seguramente pasa igual a todos los que hacen civilización) para hacer: primero, comprender; segundo, desear, y tercero, buscar las ventajas que la ciencia médica proporciona, es esta pseudoreligiosidad y pseudociencia, desvirtuada más cada día por estos pseudoconocedores (y sospechamos que con frecuencia farsantes) de la ciencia madre contenida en el Korán, que son los fokajs.

El mayor éxito del médico estaría en limpiar a su clientela de estas falsas creencias y dejar así libre el campo para poder actuar en forma científica sobre él.

Ahora bien: el médico no puede ni debe intentarlo en serio. Puede bordear el problema con frases tan eficaces como quiera; pero siempre con la máxima prudencia, exquisitez y delicadeza, porque en cuanto los clientes se dieran cuenta de sus propósitos le cerrarían los oídos y le dejarían solo. La ciencia no puede ascender encarnando en el pueblo para llegar a las alturas: ha de tomar las alturas para descender al pueblo. Hay que ir a la conquista de los selectos, menos fanáticos, menos intransigentes, porque mejores conocedores del Korán, saben que éste no está reñido con la cultura, para que de ellos la verdad, en forma de conocimientos, pase a otros menos escogidos y de éstos al pueblo.

Al pueblo rifeño se le prepara para recibir esta buena nueva, europeizándole a la vez que se le desarabiza. (Esta opinión es mantenida en otros sectores por prestigiosas figuras de la política marroquí). Puesto que es bereber y habla cheija, no hacerle sentir la necesidad de aprender la lengua árabe, por la que recibe las trabas y costumbres árabes. Hablando y escribiendo en español estará capacitado para pensar en occidental y volverá los ojos desde Fez y el Korán hacia las Universidades de Europa, de donde ha de venirle la única medicina que puede curarle.

Fruto de estas creencias y de este fanatismo es un estado neurótico colectivo que se manifiesta individual y colectivamente cuando menos se espera. El moro, como buen fanático, tiene un desequilibrio mental que le impide ponderar las razones.

Los enfermos reaccionan brutalmente ante cualquier choque psíquico. El médico tiene en la psicoterapia, que debe hacer con gran ceremonial, un eficaz procedimiento curativo. Al cliente le subyuga lo oculto, lo maravilloso, lo inexplicable. ¡Bien lo saben los que explotan su credulidad! Al que maneja procedimientos, frases, oraciones..., de los que se dice que tienen virtud, le coloca en un plano intermedio entre lo divino y lo humano. En este plano están sus grandes cherifs y fakijs. La divinidad misma la trasladan,

en cuanto al poder, a personas y cosas. De unción divina rodean a los encantadores de serpientes, que encantan entre oraciones e imprecaciones que el público contesta a coro. De poderes sobrenaturales están dotados árboles y piedras, que nadie puede tocar, so pena de morir, y de los que huyen. Virtudes curativas de orden divino o de gracia (no químicas, ni físicas) tienen muchas fuentes... Y como el moro para curarse busca las «virtudes», y estas virtudes Dios sólo las deposita en sus siervos o creyentes y en las cosas que él ama, no pueden estar en los que no han abrazado el Islam, que desconocen a Dios, sino solamente en los representantes en la tierra de su verdadera doctrina, la predicada por Mahoma el enviado, es decir, en el fakij. Y esto a pesar de su proverbio: «no fíes en el mulo por detrás, en la mujer por delante, y en el fakij, ni por delante ni por detrás».

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

Academias, Sociedades y Conferencias

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del 23 de Enero de 1933.

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

(Comunicación del Dr. Pastor.—Discusión.)

Dr. Mestre (hijo), de Barcelona: Voy a describir los estudios que hemos realizado sobre prostatectomía en enfermos del Hospital de la Santa Cruz y de San Pablo. Desde hace varios años veníamos realizando la prostatectomía suprapúbica, siendo entusiastas de este método. Es cuando, hace un año, se puso en boga la práctica de esta operación por vía perineal. Al principio la recibimos con algún recelo, en especial al considerar los resultados que en años ya pasados se obtuvieron por vía perineal y que a la generalidad de los autores obligó a dejarla en el olvido. La aparición de nueva técnica para realizar la prostatectomía por vía perineal, es decir, los trabajos de Gil Vernet, de Barcelona, así como situarnos al lado de este urólogo, nos han llevado a realizar la prostatectomía perineal, según esta técnica, en 40 casos durante 1932.

Para realizar la prostatectomía perineal a lo Gil Vernet precisa ante todo conocimientos anatómicos finos de esta región, que todos los urólogos la consideran peligrosa. Aprovechando los estudios de Gil Vernet, después de haberle visto operar y adiestrado a su lado, la hemos realizado. Esta técnica de prostatectomía es sencillamente una pequeña incisión de unos tres centímetros de longitud, de forma curva, de concavidad posterior y a un centímetro de las márgenes del ano, pasando por encima del esfínter externo; llegamos a seccionar el rafe, y con el dedo en el recto se diseña la parte hasta llegar a la próstata. Es cuando se hace una disección obtusa, pasando por entre las fibras circulares y las fibras longitudinales del recto hasta llegar a la aponeurosis que cubre la próstata. Aparece el relieve prostático, y con un bisturí largo se hace una incisión media de un centímetro de profundidad hasta la uretra prostática, que también se secciona. Anteriormente se ha puesto sonda en uretra para mostrarla en relieve. Descubierta la sonda, ésta se retira de uretra, y es el momento en que se inicia la enucleación del adenoma. Enucleada la próstata se deja colocada una sonda de Petzer, de grueso

calibre, dentro de la vejiga. Se termina con taponamiento de la fosa prostática y dos puntos en periné, dándose por terminada la intervención. A los dos días se quita taponamiento y sonda, dejando colocada una sonda uretral. Es el momento que encontramos un inconveniente a la técnica; resulta difícil la colocación de la sonda uretral; inconveniente que solventamos colocando en el acto operatorio, en vez de sonda de Petzer, una sonda de malecón con mandril que nos sirve para llegar hasta la vejiga. Terminamos poniendo un tubo de desagüe en pico de flauta, perforado varias veces en el extremo, de manera que coincida con la fosa prostática. Esta modificación realiza un desagüe perfecto de la fosa prostática y libra de proceder a la colocación de la sonda uretral al retirar el taponamiento.

La principal ventaja de esta técnica de Gil Vernet es que los enfermos casi no tienen *choc* operatorio, y por ello permite operar enfermos en mal estado que acaso otra operación estaría contraindicada, en especial los prostáticos cardíacos. Es como hemos operado un cardíaco prostático, si bien bajo anestesia troncular parasacra, a pesar de que todas las prostatectomías las hacemos bajo raquianestesia. También permite operar enfermos con 60 y aun 70 centigramos de urea, y en un caso con 90 centigramos sucedió que a las cuarenta y ocho horas de la operación tenía 60 centigramos, y al cuarto día, 40 centigramos de urea en sangre.

Dr. Leonardo de la Peña: Al discatir el trabajo presentado fijamos la atención en el nombre de hipertrofia prostática que se da al título. Título que pasó a la historia; título que es hoy solamente para el vulgo urológico; hoy entendemos la enfermedad prostática: es el prostatismo, llamado así por los autores que conocen la anatomía patológica de esta enfermedad, que es varia, y tan varia que muchas veces no hay ni hipertrofia de la próstata. Hoy lo de hipertrofia de la próstata es nombre vulgar y está desechado. Hay que hablar de la enfermedad prostática para precisar las indicaciones de cada uno de los recursos con que se puede contar en esta enfermedad.

Puede decirse que el trabajo presentado queda reducido a parafrasear el del Dr. Gil Vernet, de Barcelona, acerca de su *modus faciendi* sobre prostatectomía perineal. Se nos ha presentado varios dibujos copia de los del autor citado. Se nos aporta una estadística de 17 prostatectomías sin referir resultados.

Fijándonos en lo de prostatectomía pararectal, digamos que esto es un mito. Bien cierto que el nombre no altera la cosa, y ésta es la vía perineal. Prostatectomía por vía perineal que se viene empleando hace muchos años, y son los trabajos de Proun, Gossett y Albarrán que resaltaron su importancia. En la época de estos autores era técnica corriente; la aprendimos a hacer a su lado; para su realización se precisaban conocimientos anatómicos verdaderos y habilidad quirúrgica.

La prostatectomía llamada pararectal por Gil Vernet es lo mismo que llamarla perirrectal o perineal; es actuar entre la capa de fibras circulares del recto y la capa de fibras longitudinales exteriores. ¡Ahí es nada! La pared del recto todo el mundo sabe que es muy fina; sus capas se ven fácilmente cuanto se trabaja sobre piezas induradas, pero al intervenir en el enfermo no es posible hacer su diferenciación; muy difícil fijar el camino en este campo, sobre todo cuando está lleno de sangre. Es una especie de mito que no se puede negar de una manera anatómica. Aparte de lo dicho, es una prostatectomía perineal como las demás. ¿Cuál es la característica de la prostatectomía según Gil Vernet? Es la incisión y algo de su *modus faciendi*. Todos hemos visto la prostatectomía perineal a lo Albarrán. Gil Vernet

hace la incisión un centímetro o centímetro y medio por encima del esfínter del ano y actúa lo más cerca posible al recto separándose de la uretra; son sus características; lo restante de la intervención es igual que en la técnica de Albarrán. Recordemos también la prostatectomía perineal realizada por Yung y Wilbott.

El procedimiento pararectal de prostatectomía no es más que denominación de una técnica especial que se realiza algunas veces. En el acto operatorio he rogado a Gil Vernet que me fijara las fibras circulares y las fibras longitudinales del recto; son fibras que no es posible diferenciar, y menos en el campo operatorio lleno de sangre.

Respecto a los resultados, no me extraña presentar éste o aquél enfermo. Todos tenemos algo que puede venir y también todos tenemos que no pueden venir. El mismo Wilbott en el año 1920 daba para la vía perineal una mortalidad del 6 por 100. Puedo decir que he ido a Barcelona a ver operar a Gil Vernet; durante mi estancia se pudieron preparar hasta cinco enfermos; uno de ellos murió el día de la operación; bien que me dijo que no se le había muerto ninguno de los 140 anteriormente operados. También, de los que vi operar tuvieron hemorragia intensa que precisó volver por la tarde para hacer un taponamiento; y fue una verdadera lucha cohibir la hemorragia. Es lo mismo que nos dice el Dr. Pastor. También ha tenido un caso de intensa hemorragia: claro que no en sus manos, sino en las de una asistente en la clínica que, al salirse la sonda de Petzer, trató de introducir otra sonda y es cuando se produjo la hemorragia.

Me permito indicar al Dr. Pastor que cuando se trae una comunicación a una Academia científica se debe acompañar historia clínica detenida, documentos gráficos, pieza operatoria, así como detalles técnicos y en especial los referentes a estadística y accidentes posibles operatorios. Sabemos que la prostatectomía por vía perineal tiene sus accidentes, unas veces es una fistula; otras, una estrechez infranqueable de uretra y aun la formación de cloaca. Es la manera de fijar las excelencias de un método.

La prostatectomía transvesical es una operación que se lleva practicada en tal número de enfermos que está aceptada su técnica bien precisada, como la manera de evitar los inconvenientes, y que da una mortalidad pequeña aunque también muestra accidentes (hemorragias, infecciones, etcétera). Es operación a realizar en enfermos relativamente jóvenes, de pared abdominal delgada, sin infección urinaria. En cambio, en los individuos gruesos, de abdomen abultado, con fenómenos congestivos, con trastornos de corazón, en los intoxicados por infección urinaria, se puede apelar al método peritoneal de Gil Vernet, pues es intervención menos grave y método bueno funcionalmente y que puede dar buenos resultados separándose algo más del recto, única manera de evitar las heridas del recto.

En cuanto al «forage», digamos que es la operación de Luyt, siempre difícil de realizar; es la tunelización del adenoma prostático y que no realiza nadie más que su propio autor.

En cuanto al «punch operation» en la orden del día consta una comunicación sobre este tema del Dr. Peña Pineda. Podemos decir que es la resección endouretral; tiene sus indicaciones precisas; son los enfermos graves que no se pueden operar por arriba ni por abajo; el «punch operation» los coloca, en dos a cuatro días, en condiciones de orinar mejor; esto, aun en los individuos con cáncer prostático que permite aliviar grandemente el estado del enfermo y en especial las molestias de los sondajes repetidos. Son los casos de esclerosis de cuello vesical, de con-

tractura de cuello vesical; los enfermos con pequeño o regular adenoma prostático. En todos estos casos el «punch operation» permite levantar al enfermo a los dos días de la operación y los resultados justifican su empleo. Ya oiremos la comunicación sobre este asunto.

Dr. Miraved: Después de lo oído sobre enfermedad prostática hay poco que hablar. Quería presentar una comunicación sobre prostatectomía perineal cuando hubiera reunido más casos. Nuestro primer caso de prostatectomía por el procedimiento de Gil Vernet es de Febrero de 1932. Desde entonces sólo hemos intervenido en siete casos: cinco de prostatectomía y dos de absceso prostático. De esta estadística diré que en el primero el resultado fué ideal; antes de los quince días orinaba por su cuenta. En el segundo operado hubo rotura de uretra, no por los instrumentos, sí por necrosis de recto. Cuando vi la necrosis de recto recordé las cosas que nos decía Olóriz sobre la estructura de los órganos y del cómo se distribuyen las fibras longitudinales y las fibras circulares del recto. Sabemos que antes de llegar al esfínter están las fibras longitudinales que se entremezclan con las circulares y al tratar de despegarlas no se puede por menos de herir, a veces, fibras circulares, y cuando esto sucede, necrosis segura.

Nuestro tercer enfermo de esta intervención es de absceso prostático. Estos, sabemos que siempre se operaron por vía perineal; todo consiste en llegar al foco supurado y darle salida; en el enfermo operado, a los catorce días fué alta y todo sin poner sonda, pues no se rompió la uretra. Otro enfermo se refiere a un hombre que nos llegó de Asturias con sonda permanente metálica, infectado, muy grueso y con hemorragias. Como era muy grueso hicimos el primer tiempo de la prostatectomía transvesical. Sin embargo, después le operamos por vía perineal. Este enfermo, a los doce días marchó curado a su casa y cicatrizando rapidísimamente la herida hipogástrica.

Otro enfermo operado de prostatectomía por técnica de Gil Vernet lo fué hace un mes; marchó curado a los quince días con incontinencia, de la que también ha curado.

En toda esta clase de trabajos lo importante es la estadística; la verdad de la estadística; me refiero a la estadística de mortalidad. En cuanto a Gil Vernet, en Barcelona tiene dos muertos; en Madrid otros dos muertos, uno de ellos con cloaca y otro con rotura de recto que murió a las doce horas de la intervención. No puedo decir más de la prostatectomía de Gil Vernet que cuando sale bien es cosa de maravilla, sobre todo en enfermos infectados o con urea alta. Creo que esta técnica sigue como antes, viviendo de las contraindicaciones de la prostatectomía transvesical.

Dr. Cifuentes: Me creo obligado salir en defensa de la prostatectomía hipogástrica, a pesar de que mi actuación urológica empezó en los años de auge de la vía perineal.

Las grandes estadísticas de la prostatectomía perineal, anteriores a la hipogástrica, refieren roturas de uretra y aun casos de operados que no orinaban después de la intervención, e igualmente operados con pérdida de la función sexual. Este último hecho, para algunos urólogos, es de escasa importancia; sabemos que aun tratándose de esta clase de enfermos, generalmente de edad avanzada, a todos nos preguntan antes de la operación que cómo quedarán de su función sexual. Es asunto que si bien para el urólogo no tiene importancia primordial, si la merece para muchos enfermos.

Hemos asistido a la evolución y marcha ascendente de la operatoria prostática por vía hipogástrica; hemos visto complicaciones, fracasos, perfeccionamientos técnicos y llegado a dominarla técnicamente y a conseguir estadísticas que, si en 1912 acusaban el 15 por 100 de mortalidad, en la

actualidad es de 5 a 6 por 100. Cifras que varían en la estadística hospitalaria y en la privada; aquélla es superior; en los hospitales nunca llegan los enfermos en las condiciones ni podemos aconsejar las prácticas, siempre posibles, en los de clínica privada. A pesar de todo, la estadística media de mortalidad en prostatectomía hipogástrica no pasa del 6,7 por 100.

No dudo que el procedimiento de prostatectomía perineal extirpe toda la próstata; no dudo de sus resultados. Digamos que hay cirujanos como Young y Wilbott que la practican desde hace años. La mayoría de los urólogos intervienen por vía hipogástrica; son muchas sus ventajas; ha llegado a su perfeccionamiento técnico; no hay fistulas; no hay el peligro de supresión de la función sexual.

Puestos a defender la prostatectomía perineal, comprendo su utilización en los que han fracasado en la prostatectomía hipogástrica; ésta, en su principio, hasta conseguir el adiestramiento técnico necesario, da elevada mortalidad.

Defender la vía perineal porque acorta el postoperatorio, nada supone una diferencia de ocho a doce días más de postoperatorio cuando empleamos la vía hipogástrica; sobre todo en un enfermo con un padecimiento ya de bastante tiempo.

Está demostrado que el volumen del adenoma no influye en la retención vesical del prostático. No es el volumen del adenoma ni la compresión de la uretra lo que la origina; por donde pasa una sonda del 20 ó 22 puede pasar la orina, y no sucede así. Hoy la retención vesical del prostático se considera un trastorno de la fisiología del cuello vesical; éste no se distiende; no se dilata para favorecer la micción. Es como Legueu ha agrupado todos estos procesos con el nombre de enfermedad de la próstata; no sólo incluye el adenoma sino también las lesiones del cuello vesical. Este autor, después, ha definido estos trastornos con el nombre de disastia del cuello vesical: falta de dilatación del cuello de la vejiga. Si la micción en el prostático está alterada, es porque su cuello vesical no se distiende. Igualmente hemos de pensar por qué orina el prostático después de operado; pues porque se extirpa el cuello vesical; esto está comprobado, en especial por los trabajos de Lendorf. Este autor ha demostrado que el cuello vesical en los operados de prostatectomía aparece abierto y son continentes por su esfínter membranoso. Es así, y la prueba la tenemos en que algunos operados son incontinentes horas y semanas después de la operación. Todo se modifica a medida que se educa su esfínter ureteral de la región membranosa. Estos datos de anatomía y fisiología urinaria los explican las reproducciones de la retención vesical en antiguos operados. Se citan casos de reproducción del adenoma prostático. Es la sintomatología de un adenoma pequeño que se dejó en la intervención.

En la prostatectomía perineal se dan casos que después de suprimido el adenoma tienen retención vesical como antes de operados. Sucede esto porque la intervención por vía perineal no extirpa el cuello vesical.

En cuanto al «forage», nunca lo hemos practicado; a él no nos referimos. Las restantes intervenciones endouretrales se vienen realizando desde hace años; el resistirnos a su utilización está motivado por la influencia que sobre nosotros ejerce la urología francesa, y ha bastado que uno de entre nosotros, el Dr. Alfonso de la Peña, nos haya aportado sus observaciones recogidas en las clínicas americanas, e igualmente la ponencia al Congreso de Urología de Coimbra del Dr. Fonseca sobre patología del cuello vesical, para fijar nuestra atención y dar la merecida importancia a las actuaciones endouretrales en los casos de enfermedad prostática.

Desde Octubre pasado hemos realizado actuaciones so-

bre cuello vesical en 13 casos. Lo recogido no nos permite conclusiones definitivas, pero sí decir que es un tratamiento a practicar y a perseverar en él. Con la «punch operation» hemos visto, en algunos enfermos, resultados excelentes; enfermos con retención de 300 c. c. de orina que después del «punch» orinaban bien; un enfermo que a los quince días del «punch» vuelve con retención urinaria; seguramente es un caso a repetir el «punch operation».

Nuestros primeros casos de actuación sobre cuello vesical lo fueron con el aparato de Mac Carty corriente y una sonda de electrocoagulación. Hoy ya llevo tres casos tratados con el aparato de Kirwing, que es una modificación del Mac Carty. Cada día tiene más aceptación el «punch operation», sobre todo desde que se ha aconsejado la electrocoagulación. El completo de ésta es una gran ventaja y hace del «punch operation» un procedimiento muy interesante.

En un principio, sólo se aplicó a los casos de esclerosis de cuello vesical; a los de barras de esta región. Debemos llamar la atención que, en la actualidad, autores americanos y alemanes lo llegan a emplear hasta en enfermos con hipertrofia prostática.

En los momentos actuales consideramos que la prostatectomía debe persistir; es operación indiscutible y procedimiento radical en la hipertrofia prostática; siempre por vía hipogástrica, aunque en algunas de sus contraindicaciones se realice por vía perineal. Acaso dentro de pocos años estos últimos casos serán tratados por las operaciones endouretrales.

Dr. Ferrero Velasco: Creo que la prostatectomía hipogástrica quedará como operación por excelencia para tratar el adenoma o hipertrofia de la próstata; que la prostatectomía perineal quedará relegada a los casos de contraindicación de la vía hipogástrica; que el «punch» es técnica interesante, muy de tener en cuenta y a realizar todos los urólogos, pero que por ahora debe limitarse a las esclerosis de cuello vesical y a las pequeñas hipertrofias prostáticas, dejando los enfermos de grandes hipertrofias prostáticas para la operación por vía hipogástrica.—*M. Aceña.*

Asociación Oficial de Médicos Titulares Inspectores Municipales de Sanidad.

Durante los días 10, 11 y 12 del corriente la Comisión permanente del Comité ejecutivo de la Asociación Oficial de Médicos Titulares Inspectores Municipales de Sanidad ha estado reunida en Madrid, ocupándose de diferentes asuntos que afectan a la clase y a la Asociación, acordando dar la siguiente nota a la Prensa para conocimiento de los médicos titulares:

Reglamentos.—Están pendientes de aprobación el de la ley de Provisión de vacantes y las reformas acordadas en la última Asamblea sobre el de la Asociación.

El director general de Sanidad manifestó, en conversación detenida celebrada el día 12, que el primero estaba hacía algún tiempo en la Dirección general de Administración Local, y que si ésta aprobaba la propuesta de la de Sanidad, cree muy rápida la aprobación del ministro y su publicación en la *Gaceta*.

Sobre el Reglamento de la Asociación manifestó que estaba pendiente de estudio y propuesta del inspector general de Sanidad Interior.

Ley orgánica de Sanidad.—Va muy adelantado el proyecto, y antes de su presentación al Gobierno habrá un período de información pública, al que deben acudir los

médicos titulares. Cree el señor director que la ley de Sanidad será aprobada por el Parlamento a fin de año.

Seguro social de Enfermedad.—Por la complejidad y volumen de este problema, el proyecto del seguro no podrá estar terminado antes de dos años, y su estudio por el Gobierno y presentación a las Cortes dilatará algún tiempo más el establecimiento de este importante servicio. Cree posible que se implante en dos tiempos, empezando por las zonas urbanas y terminando por el medio rural, suponiendo que no perjudicará al médico rural, antes al contrario. Aconsejó el señor director que se estudie este problema con el propósito de colaborar, huyendo de una oposición sistemática, pues la implantación del seguro obedece a leyes de la mecánica social, cuyo cumplimiento es tan ineludible y fatal como las de la gravitación universal.

Limitación de médicos.—El señor director aconsejó que se haga una fuerte campaña de opinión para ir rápidamente a la limitación de los estudiantes de Medicina, pues el exceso actual de médicos es la causa principal del mal-estar de la clase. Aseguró que el señor ministro de Instrucción pública está bien dispuesto en relación a este problema, y cree que los Colegios y la Asociación deben empezar una campaña intensa en este sentido.

Impaciencia de los titulares.—El Comité hizo saber al director de Sanidad el estado de aguda impaciencia de los médicos titulares por la tardanza en la aprobación del Reglamento de provisión de vacantes, pues los Ayuntamientos siguen faltando descaradamente a lo dispuesto y aun a los propios anuncios de sus concursos. El ejemplo más elocuente es el del Ayuntamiento de Jerez de la Frontera. Urge, pues, que se publique el tan esperado Reglamento para que de una vez y para siempre termine la escandalosa arbitrariedad de los Ayuntamientos en la provisión de las plazas de médicos titulares. Urge además que se obligue al pago puntual de las modestas dotaciones y que se haga uso del recurso ministerial que autoriza la ley de 15 de Septiembre, dando efectividad a las órdenes de gobernadores y ministro que son frecuentemente incumplidas por los Ayuntamientos, siendo de esto ejemplo notable los casos de Cuevas de Almanzora y Mojácar, de la provincia de Almería, cuyos Ayuntamientos no han cumplido las órdenes de reposición en sus cargos de los titulares, del gobernador y ministro de la Gobernación.

El Sr. Pascua dijo que atendía y cursaba todas las reclamaciones y que, aun no estando publicado el Reglamento, se habían admitido varios recursos que ya estaban en tramitación, insistiendo en que cree muy próxima la publicación de dicho Reglamento, hasta el punto de que no se habían publicado los anuncios en la *Gaceta* de muchas vacantes para ajustar su provisión a lo que el Reglamento determine.

Por las circunstancias actuales no fué posible celebrar la proyectada entrevista con los Sres. Casares Quiroga y Azaña; pero el Comité está dispuesto a promover una fuerte campaña de opinión si transcurre este mes sin la publicación del Reglamento.

PLEITO DE TALLERES POLIGRÁFICOS CON LA ASOCIACIÓN

Antecedentes.—En Octubre de 1928 el Pleno del Comité ejecutivo de la Asociación Nacional de Médicos Titulares Inspectores Municipales de Sanidad aprobó las bases para sacar a concurso la edición de *La Sanidad Municipal*, la primera de las cuales establecía: «El periódico sería editado y repartido durante el plazo de dos años gratuitamente entre todos los médicos titulares inspectores municipales de Sanidad de toda España, sin que para el gasto de edición,

reparto, administración, propaganda, impuestos, contribución, etc., etc., tenga que aportar cantidad alguna la Asociación ni abonar suscripción los inspectores municipales de Sanidad. Estas bases se publicaron en la Prensa.

Al concurso acudió, entre otros, D. Francisco García Pérez, a quien le fué adjudicada por la Permanente del Comité ejecutivo de la Asociación, cuyo acuerdo ratificó el Pleno el 13 de Diciembre, otorgándose el contrato el día 6 de dicho mes, el cual avalaron el Sr. Boet y otro más. Adjudicada la edición de *La Sanidad Municipal* al Sr. García Pérez en términos aún más favorables para la Asociación que los establecidos en las bases del concurso, se encomendó la impresión del periódico a Talleres Poligráficos, en cuyas negociaciones intervinieron, al parecer, los Sres. Torres Alonso y Boet, quienes en ningún momento ostentaron la representación de la Asociación.

Emprendida la impresión del periódico por Talleres Poligráficos, los pagos se hicieron normalmente, durante algún tiempo, por el Sr. Boet, delegado de la Sociedad Fuensanta, en la que estaba empleado el Sr. García Pérez.

Dejadas de pagar las facturas correspondientes a los números del 58 al 77, ambas inclusive, cuyo importe le hace ascender a 15.252,50 pesetas, Talleres Poligráficos se negó a continuar la impresión del periódico y entonces el Sr. Sanmiguel, director, obtuvo de la Sociedad impresora que se tirasen dos números más a fin de terminar la publicación del Escalafón, cuyos dos números pagó por cuenta de la Asociación.

Posteriormente, Talleres Poligráficos, viendo que no le pagaba el Sr. Boet la impresión de los números a que acaba de hacerse referencia, demandó a la Asociación partiendo del supuesto que ésta contrató con dicha Sociedad por mediación de los Sres. Boet y Torres Alonso.

A fin de Noviembre ha dictado sentencia el juez de primera instancia, titular del Juzgado núm. 19, de Madrid, condenando a la Asociación a pagar a la Sociedad Talleres Poligráficos la suma de 15.252,50 pesetas, con el interés legal del 5 por 100 desde la reclamación judicial y sin hacer expresa condena de costas, con reserva de toda clase de acciones a la entidad demandada para repetir contra el concesionario de la publicidad del periódico o quien estime responsable para con la Asociación si así le conviniese.

El Comité dió cuenta a las Juntas provinciales de la Asociación de este enojoso asunto. Por consejo del letrado de la Asociación se ha apelado de la sentencia, pero además el Comité ha encargado al Sr. Gascón y Marín, cuyo prestigio no necesita recordarse, un informe escrito sobre dicho pleito, para mayor garantía de los intereses y derechos de la Asociación.

La copia de la instancia está en la Secretaría de la Asociación a disposición de la prensa médica que quiera reproducirla y de cuantos asociados deseen conocerla, no dándose en esta nota más que el fallo anteriormente descrito para no hacerla excesivamente larga.

Como consecuencia de la sentencia, el Comité admitió la dimisión que presentó de su cargo el vocal Sr. Torres Alonso, aludido en dicha sentencia por la parte demandante y por el juez, si bien no ha sido llamado a declarar. El Comité no condena ni absuelve al Sr. Torres Alonso, limitándose a admitirle la dimisión para que quede en absoluta libertad de movimientos y se defienda de la interpretación que los Talleres Poligráficos dieron a su intervención cerca de los mismos al iniciarse la publicación de *La Sanidad Municipal*. Cree que la sentencia es injusta y sólo espera conocer el informe del Sr. Gascón para decidir firmemente su conducta, que en ésta como en todas las cuestiones de importancia

sólo será trazada después de consulta amplia a todas las Juntas provinciales que integran la Asociación.

La Permanente se complace en hacer pública su satisfacción por el tono de las primeras contestaciones de las Juntas provinciales a la circular de la Presidencia, en el que resplandece la íntima solidaridad entre el organismo directivo central y provinciales que debe caracterizar a la Asociación. El presidente de la Junta provincial de Madrid ha pedido conocer la sentencia antes de dar opinión definitiva, petición naturalísima que fué atendida inmediatamente por el presidente, que comunicó al Sr. Cirajas la estancia de la Permanente en Madrid durante tres días, en los que estaría a su disposición para facilitarle cuantos datos y explicaciones quisiera respecto al pleito, ofreciéndose además a venir desde Mérida el día que los asociados de Madrid deseen reunirse en Asamblea y conocer ésta y cuantas cuestiones le interesen. Porque el Comité podrá errar o acertar en su actuación, tan erizada de dificultades fuera y dentro de la Asociación, pero actúa entre cristales, agradece la colaboración, el consejo y la crítica y no rehuye—antes al contrario—, le complace el contacto con los médicos titulares, que sólo triunfaremos manteniendo un espíritu de unión activo, vigilante y entusiástico y una perseverancia inteligente y esperanzadora a prueba de tropiezos y escollos, errores y desafectos. Luchamos por una causa justa y para vencer sólo necesitamos unión y constancia.

CURSILLO DE HEMATOLOGIA CLINICA ORGANIZADO POR F. MAS Y MAGRO

Lección 1.^a Técnica hematológica. Histología de la sangre.

Lección 2.^a Hematopoyesis. Sistemas celulares mesenquimatosos.

Lección 3.^a Fisiopatología de los eritrocitos. Sedimentación globular. Resistencia globular. Grupos sanguíneos.

Lección 4.^a Leucopenia. Leucocitosis. Leucemia.

Lección 5.^a Fisiopatología de los granulocitos y de los tejidos mieloides.

Lección 6.^a Fisiopatología de los linfocitos y de los tejidos linfoides.

Lección 7.^a Fisiopatología del sistema retículoendotelial. (S. R. E.)

Lección 8.^a Esquemas hematológicos de las diátesis hemorrágicas.

Lección 9.^a Anemia. Poliglobulia. Eritremia.

Lección 10.^a Anemia perniciosa. Anemia aplásica. Anemia hemolítica.

Lección 11.^a Alenquia, agranulocitosis y leucemia aguda.

Lección 12.^a Mielosis. Esquemas hematológicos.

Lección 13.^a Linfosis. Esquemas hematológicos.

Lección 14.^a Linfogranulomas. Linfosarcoma. Esquemas hematológicos.

Lección 15.^a Esplenomegalias. Esquemas hematológicos.

Lección 16.^a Esquemas hematológicos de las distonias neurovegetativas y de la anafilaxia.

Este cursillo, fundamentalmente práctico, se dedica a los médicos. Empezará en los primeros días del mes de Febrero y constará de dos lecciones semanales. Cada lección consistirá en un trabajo personal de laboratorio y en una conferencia con proyecciones de dibujos y microfografías. Sólo se admitirán seis inscripciones, que podrán hacerse antes del 20 de Enero en la plaza del 14 de Abril, 13. Derechos de inscripción: 25 pesetas.

Alicante y Enero de 1933.

DON AMBROSIO ESPAÑA Y MONGE

Víctima de rápida dolencia ha fallecido nuestro querido amigo el Sr. España y Monge, quien durante muchos años regentó la Administración de EL SIGLO MEDICO.

Ambrosio España era persona estimabilísima, de honradez y laboriosidad impecables, de trato cordialísimo y en extremo afable.

Cuantos de nuestros suscriptores pasaron en alguna ocasión por nuestras oficinas de la calle de la Magdalena, en tiempos de D. Ramón Serret y de Pulido, no olvidarán la acogida que a su visita y pretensiones diera siempre el hombre bueno y simpático que acabamos de perder en la muerte.

Con profunda pena comunicamos esta luctuosa noticia a nuestros lectores, y testimoniamos aquí nuestro duelo a los familiares de Ambrosio España, en modo especial a su hermano Ubaldo, con quien nos unen lazos de muy antigua y firme amistad.

F. JAVIER CORTEZO

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 711; ídem mínima, 708,9; temperatura máxima, 10°,9, ídem mínima, -5°,1; vientos dominantes, SE. y N.

Toda la actividad médica de la semana ha estado ocupada por la epidemia de gripe. En cuanto a sus caracteres, únicamente tenemos que insistir en que al lado de los procesos bronquiales y pulmonares, solamente graves en las edades extremas de la vida, se manifiestan síntomas de dolores y trastornos funcionales abdominales.

En los niños abundan las anginas y catarros bronquiales. En los barrios del Norte, algo de tos ferina.

CRONICAS

Epidemia gripal en Lisboa.—Debido al frío intenso se han registrado muchos casos de gripe, mereciendo especial referencia los acaecidos en la Marina de guerra. En la fragata *Don Fernando*, en un solo día enfermaron 36 marinos, que fueron internados en un hospital. Llegó a prepararse por este motivo un buque hospital para recibir a los marinos atacados de gripe, pero se desistió de ello al ver que la enfermedad declinaba, no habiendo ningún caso mortal.

Escuela Nacional de Sanidad.—*Curso de especialización sanitaria para ingenieros industriales.*—A petición de la Asociación Central de Ingenieros Industriales, y de acuerdo con ella, ha organizado la Escuela Nacional de Sanidad un curso de especialización sanitaria para ingenieros de la mencionada rama, que comenzará el día 6 del próximo Febrero, con arreglo a las bases siguientes:

Primera. El número de alumnos no pasará nunca de 30, y la selección de ellos la hará la Asociación peticionaria, a la que deberán dirigirse las solicitudes.

Segunda. El importe de la matrícula será de 250 pesetas, que deberá hacerse efectiva en la Administración de la Escuela Nacional de Sanidad antes del comienzo del curso.

Tercera. Se darán dos clases diarias acerca de las materias siguientes: Microbiología, Estudio del agua y de los terrenos, Desinfección, Desinsectación, Abastecimiento de aguas, Alcantarillado y depuración de aguas residuales, Higiene industrial, Higiene del obrero, Legislación sanitaria y Psicotecnia.

Estarán a cargo de los profesores siguientes: Doctores Manzanete, Cortezo (V. M.), Oller y Germain; doctora De la Vega, y Sres. Lázaro Urra, Escario, Martínez Roca, Bastos, Gallego, Villar y Serrano.

Se verificarán visitas y excursiones a los canales y depósitos del Lozoya, Instituto de Luminotecnia, de Reducción de Inválidos, de Orientación Profesional, colectores de Madrid, etc.

Noticias.—Por orden del Ministerio de la Gobernación se ha declarado excedente voluntario a D. Luis de Velasco Belausteguigoitia, médico ayudante fisiólogo de los Dispensarios antituberculosos de Madrid.

Vacante. por oposición, la de Santa María del Rey (León). 2.750 pesetas. 17 Febrero. 940 habitantes.

Estadística demográfica 1932—La sección de Estadística del Ayuntamiento de Madrid ha publicado con la puntualidad de costumbre un avance del resumen anual demográfico del año que ha terminado, y del que entre sacamos como datos más interesantes los siguientes:

Clasificación de natalidad y mortalidad por distritos: Centro, nacieron 503, fallecieron 596; Hospicio, 703 y 695; Chamberí, 2.846 y 1.782; Buenavista, 2.746 y 1.973; Congreso, 4.284 y 2.119; Hospital, 2.019 y 2.083; Inclusa, 3.987 y 1.583; Latina, 2.275 y 1.420; Pacífico, 1.284 y 1.143; Universidad, 2.898 y 1.988. Total, 23.545 nacimientos y 15.392 defunciones, o sea una proporción por cada 1.000 habitantes en nacimientos del 26 por 100 y del 17 en defunciones.

La proporción de los sexos en la natalidad y en la mortalidad es la siguiente: nacieron en 1931, 22.344, y la diferencia en 1932 es de 1.205; fallecieron en 1931, 16.822, y la diferencia en 1932 es de 1.470.

El aumento fisiológico de la población, por tanto, ha sido de 8.153.

Menores de un año fallecieron 2.414; de uno a cuatro años, 1.290; de cinco a diecinueve años, 982; de veinte a treinta y nueve, 2.289; de cuarenta a cincuenta y nueve, 3.138; de sesenta a setenta y nueve, 4.276; de ochenta en adelante, 991.

De entre las principales causas de defunción señalaremos las siguientes: fiebre tifoidea y paratifoidea, 54; tífus exantemático, dos; viruela, uno; sarampión, 131; gripe, 101; tuberculosis del aparato respiratorio, 1.177; cáncer, 875; diabetes, 109; hemorragia cerebral, embolia o trombosis cerebrales, 993; enfermedades del corazón, 2.695; neumonía, 1.994; apendicitis, 45; muertes violentas o accidentales, 243.

El aumento fisiológico de la población ha sido el mayor habido en el decenio, acusando la mortalidad un coeficiente que resulta el más inferior de aquél. Las defunciones por tífus exantemático y viruela han sido casos esporádicos que no revisten importancia.

Academia Española de Dermatología y Sifilografía. Celebrará sesión el miércoles 1.º de Febrero de 1933, a las siete de la tarde, en el Dispensario Olavide, Sandoval, 5, con el siguiente orden del día: Dr. Sáinz de Aja: Dermatitis medicamentosa. Epidermolisis.—Dr. J. Bejarano: La queilitis glandularis como afección precancerosa.—Dres. Bejarano y E. Enterria: Sobre el liquen atípico.—Dres. M. Hombria y M. S. Carbonero: La reacción de aclaramiento de Meinicke modificada por su autor (K. M. R. II).

Oficina especializada en asuntos sanitarios envía por mediación de nuestro periódico una tarifa que le interesa conocer.

Vacunas haptinógenas.—Con el presente número incluimos una circular respecto a este producto que deben leer todos los médicos.

Pallarés.—Con el presente número adjuntamos prospecto de los productos del Dr. Pallarés, recomendando su lectura y pedido de muestras.

SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados).

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Único preparador en España: DOCTOR GIRAL

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

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

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

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

SIL - AL Silicato de aluminio, fisiológicamente puro
Laboratorio Gámir, Valencia. — J. Gayoso, Madrid.

IMPRENTA DEL SUCESOR DE ENRIQUE TEODORO
Glorieta de Santa María de la Cabeza, 1.—Madrid. Teléfono 70458.