

# EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

HISTORIAL

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

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

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

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

## PRECIOS DE SUSCRIPCION

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

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

La correspondencia administrativa y giros al Administrador...

La científica y profesional al Director.....

Apartado de Correos, núm. 121.



Reconstituyente muy Enérgico

## CARNINE LEFRANCO

Jugo de Carne de Buey Cruda

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

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

1 ó 2 cucharadas de las de sopa por día

ESTABLECIMIENTOS FUMOUE, 78, Fg Saint-Denis, PARIS



## PRIMERA DENTICIÓN

## JARABE DELABARRE

Facilita la Salida de los Dientes

Calma los Gritos del Niño

Evita los Accidentes de Dentición

En suaves fricciones  
en las Encías

Establecimientos FUMOUE

78, Faubourg Saint-Denis, Paris



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

# 4 PLIEGOS

(sesenta y cuatro páginas)

incluimos con el número presente de la obra **OPOSICIONES**

Y van entregadas en un mes escaso de **224** páginas.

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

FRANQUEO  
CONCENTRADO





EN  
AMPOLLAS  
**5**  
CENTI-  
CUBOS

**Terapeutica Cacodilica Intensiva e Indolora**

# **CYTO-SERUM**

A BASE DE CACODILATOS ALCALINOS  
Una Inyección intra-muscular cada dos días

*Poderoso Estimulante  
de la Hematopoyese y de la Fagocitosis*

**GRIPE  
TUBERCULOSIS  
PALUDISMO  
NEOPLASMA,  
NEURASTENIA  
CONVALESCENCIAS**

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

**Solicítense Muestras Gratis**

Agente G<sup>al</sup> para España: **FERNAND BEJAR**, 20, RUIZ PERELLO, MADRID (9)



EN  
AMPOLLAS  
**5**  
CENTI-  
CUBOS

## **TUBERCULOSIS**

AFECIONES BRONCO-PULMONARES  
**Gripe, Escrófula, Raquitismo**

# **SOLUCIÓN PAUTAUBERGE**

*al Clorhidro-Fosfato de Calcio creosotado.*

La mejor tolerada de todas las preparaciones creosotadas

## **ANTICATARRAL y ANTISÉPTICA**

Saca las Secreciones y Cicatriza  
las Lesiones tuberculosas.

## **EUPÉPTICA, RECONSTITUYENTE**

Reanima las funciones de Nutrición  
y el estado general.

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


Depositarlos para España:

Ilmónez-Salinas y C.<sup>ta</sup>, Barcelona Sagúés, 2 y 4, (S. G.)

# **RADIO**

## *Stewart-Warner*

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



Con menos lámparas obtiene el máximo rendimiento alcanzado hasta el día

Está dispuesto para el adaptador de extra corta.

Posee toma y conmutador de "Pick-up".

Se fabrica en alterna y continua

Dispone de toma para televisión.

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS PARA ESPAÑA

## **VIVÓ, VIDAL Y BALASCH**

P.<sup>o</sup> Recoletos, 16 - MADRID • Cortes, 589 - BARCELONA

AGUAS MINERALES NATURALES  
DE  
**CARABANA**  
"LA FAVORITA"  
PURGANTES - DEPURATIVAS - ANTIBILIOSAS - ANTIHERPETICAS  
PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI  
Ayuntamiento de Madrid  
**MADRID**



se han demostrado deben considerarse como muy interesantes, pero necesitadas de confirmación o de complemento ulteriores. Por otra parte, las lesiones de la medula encontradas por algunos autores no han sido confirmada por otros.

En cuanto al síntoma de Babinski que algunos han descrito de una manera constante en los casos de poliartritis deformante, no lo han podido confirmar otros tampoco, aparte de que no se comprende por qué mecanismo podrían provocar una alteración del fascículo piramidal estas lesiones óseas y articulares; lo único que podrían provocar serían las contracciones musculares. Por último, no faltan quienes atribuyen al histerismo gran parte de culpa en la producción de los trastornos motores de esta enfermedad.

En cuanto a las alteraciones nutritivas que constituyen la base de la diátesis artrítica, son poco conocidas, y las alteraciones que presentan los poliartríticos lo son todavía menos, si bien no cabe duda que en un trastorno como en el que nos ocupa en este momento tiene que haber deficiencia de la alimentación y, sobre todo, retardo de las oxidaciones. Pero son muy insuficientes las pruebas de metabolismo fundamental que se han hecho en esta clase de enfermos. Están reducidas, desde luego, en estos enfermos las eliminaciones de urea y de fosfatos; la cantidad del ácido úrico se encuentra normal o un poco reducida también.

La cantidad de calcio en la sangre se encuentra normal, o a lo sumo, un poco elevada; los casos en que se ha hallado hasta el doble de la cifra normal son muy excepcionales. El número de glóbulos rojos oscila alrededor de cuatro millones, de modo que es un poco reducido; el de glóbulos blancos es normal o hay una ligera leucopenia. El valor globular es normal, y en cuanto a la fórmula leucocitaria, tiene pocas variaciones, pero es corriente que se encuentren ligeramente disminuidos los polinucleares neutrófilos y aumentados los eosinófilos.

En la provocación de esta enfermedad, cualquiera que sea la parte que tomen los trastornos nerviosos y los de la nutrición, es evidente que el frío húmedo desempeña un

mienzan las lesiones por el hueso, al mismo tiempo o antes de que se presenten las de las articulaciones; las lesiones pueden entonces adoptar tres modalidades, que son: la atrófica, la destructiva y la hipertrofica.

En la primera, al mismo tiempo que se estrecha la línea articular, o antes de que haya comenzado a estrecharse, se inician los fenómenos de absorción en las extremidades de los huesos. Estos se achican por aplastamiento, ocurriendo más tarde la penetración recíproca. En la forma destructiva hay efusivamente brotes subagudos con empastamiento y dolor en las articulaciones y una relajación anómala de los ligamentos de la misma.

Radiográficamente las partes laterales de las cabezas de los metacarpianos y las de las bases de las falanges presentan escotaduras muy marcadas, y esto desde el principio, cuando la articulación parece todavía que se encuentra intacta. Esta destrucción va avanzando hacia el cartilago, y cuando éste ha desaparecido, quedan las extremidades desnudas y adelgazadas, una en contacto con otra, y se confunden. En virtud de esta destrucción quedan los huesos expuestos a todo género de deformidades, a que los han de someter las retracciones de los músculos y del tejido fibroso. Por último, en la forma hipertrofica llama la atención que los espacios articulares quedan intactos, en tanto que las extremidades de los huesos, que se encuentran una cerca de otra, han aumentado muchísimo de volumen. El tejido esponjoso conserva un aspecto normal, pero ha aumentado mucho de volumen; los contornos de los huesos destacan muy bien, pero presentan fuertes prominencias. Alrededor de las falanges se producen exóstosis en forma de hongos. Solamente más tarde, y como en una segunda fase, llega la osteítis hipertrofica a invadir la articulación y a producir las anquilosis, que son el término común de esta enfermedad. Se puede combinar el proceso de hipertrofia con el de neoformación. A nivel de las articulaciones grandes, las extremidades de los huesos adquieren un volumen enorme; la osificación de los tendones y de los ligamentos determina la fiexa de dichas articulaciones, y al mismo tiem-



po, la osificación también de las franjas sinoviales hace que se presenten como una serie de escamas superpuestas a la superficie articular.

*La poliartritis deformante seca.*—Debemos comenzar por advertir que no siempre conviene el nombre de poliartritis a esta enfermedad, porque hay muchos casos en los que solamente afecta a una articulación. Desde luego prefiere las articulaciones grandes, y cuando afecta a más de una, nunca son muchas. El primero que describió las lesiones de esta artritis seca fué Adams, a mediados del siglo pasado, tratando de la morbus corae seniles, porque él suponía que no se presentaba sino excepcionalmente antes de los cincuenta años, pero más tarde tuvo que modificar su opinión sobre este particular.

El comienzo del proceso se hace unas veces de modo insidioso, por molestias muy confusas, como dolores ligeros o estorbo, y otras veces de un modo algo más agudo, con hinchazón dolorosa producida por hialartrosis. Este trastorno cede al cabo de unas semanas, pero la articulación no vuelve a ser completamente normal, sino que queda siempre en ella un poco de torpeza, y es fácil descubrir chasquidos en los movimientos pasivos un poco extensos. Pasado este primer período se entra en el de alteraciones, que pueden consistir en hipertrofia o en atrofia. En la forma hipertrofica hay aumento de volumen de la articulación, con hialartrosis, la movilización produce muchos chasquidos y los movimientos se encuentran limitados, por lo menos los que en aquella articulación tienen normalmente mayor extensión, como son los de flexión en la cadera y en la rodilla.

Cuando se han formado cuerpos extraños articulares, la incapacidad funcional puede ser absoluta y se presenta con motivo de los movimientos de la marcha, y a veces sin causa apreciable, según la situación de dichos cuerpos extraños. En la forma atrofica se trata de la artritis seca común. El aspecto exterior de la articulación suele haber cambiado poco; pero se van produciendo nuevas capas de hueso y osteofitos, de modo que la capacidad funcional de la articulación se puede llegar a modificar bastante. Los

las alteraciones de la piel y de las uñas, y, por último, los trastornos secretorios.

Las deformidades que adquieren los miembros parece que se deben a la contracción de los músculos que se encuentran en la proximidad de las articulaciones y no de posiciones adoptadas para combatir el dolor, puesto que los enfermos no buscan precisamente esas posiciones, sino que luchan contra ellas y tratan de corregirlas. No cabe duda de que la producción de estos espasmos influye en las deformidades, pero sería un error atribuirles totalmente la producción de las mismas, porque también contribuyen a ocasionarlas las alteraciones de la estática a consecuencia de las desviaciones óseas, las retracciones de los tejidos fibrosos que se encuentran en las inmediaciones de la articulación y las lesiones de la sinovial.

Como quiera que muchas veces adquieren estos enfermos un aspecto semejante al de los parkinsonianos, cuando se han tenido conocimientos más perfectos de la anatomía patológica de la parálisis agitante se ha tratado de establecer una relación entre la poliartritis deformante y las lesiones de los núcleos grises centrales, y, en efecto, dichas lesiones se han encontrado, especialmente en el cuerpo estriado que acusaba una gran desaparición de células y atrofia cromófila de las que persistían. Las células motrices grandes de este mismo cuerpo también están alteradas (estado vesicular, pérdida de las dendritas, degeneraciones pigmentarias).

Las mismas alteraciones se presentan en el cuerpo pálido y en ambos hay al mismo tiempo una intensa proliferación de microglia. Las vainas perivascularares se encuentran intensamente infiltradas de linfocitos y de plasmocitos. En el tálamo óptico, la cápsula interna y el locus niger se encuentran lesiones del mismo tipo, pero mucho más atenuadas. El bulbo, la médula y las raíces nerviosas no presentan alteración alguna. Sin embargo, hay que convenir que estas alteraciones se encuentran en numerosos enfermos de Parkinson que no tienen lesiones deformantes de sus articulaciones, de modo que las observaciones en que tales lesiones



# TERTULIA MÉDICA

## HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

### — AMENIDADES —

4-II-1938

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

## La cruzada contra el ruido

POR

L. HOULLEVIGUE

(De Le Temp.).

Decíase en otro tiempo que era París el infierno de los caballos y el paraíso de las mujeres. El infierno ha perdido sus víctimas de cuatro patas, pero ha modificado sus torturas y se ha transformado en un lugar de sufrimiento para los bípedos, a los que ensordece de día y de noche un intolerable estrépito. Y el mal es universal; todas las grandes ciudades lo sufren, y hasta en las casas rústicas, cuando están situadas en el cruce de caminos pasajeros, la vida se ha hecho penosa. Las protestas que surgen por todas partes no son más que un ruido más y no pueden ser eficaces más que organizándose. La cruzada, cuya iniciativa ha tomado el Touring Club Francés, ha sido llevada durante dos años con una actividad y un método que comienzan a dar sus frutos. Todos los orígenes de ruidos han sido analizados por especialistas, que al lado del mal, han indicado, si no el remedio, al menos su atenuación. Las órdenes emanadas de la Prefectura de Policía han limitado los ruidos nocturnos (entre las doce y media de la noche y las seis de la mañana) y han reglamentado el estrépito diurno, comprendiendo el de las alfombras sacudidas. Las locomotoras deben hacer una entrada menos ruidosa en las estaciones, limitando sus silbidos a lo estrictamente necesario. Se prohíbe la llamada estridente de las sirenas; se piensa en retrasar la hora

aquellos a quienes deleita; hasta hay quienes no toleran más que el ruido que ellos hacen; los agotados (y quién no lo está con esta vida trepidante), los fatigados, las personas de edad se clasifican, naturalmente, en la primera categoría. Para ellos, la vida moderna es implacable. Recuerdo el tiempo en que

El complejo fósforo vitamínico

*Vitophos*

polvo - tabletas - jarabe

CIEMROSA IBÉRICA, S. A.

ante la casa de un enfermo se extendía una alfombra de paja para amortiguar los pasos de los caballos. La precaución sería hoy ineficaz. La tarea más urgente, desde luego, es imponer a los que hacen ruido por gusto un silencio relativo y, especialmente, a los jóvenes deportistas que creen impresionar a las muchedumbres por la trepidación de sus motores o que imaginan sembrar el terror en el apacible rebaño de los peatones, arrancando roncós sonidos de sus trompas. Esto será, en primer lugar, cuestión de educación; los jóvenes energúmenos se calmarán cuando vean que el ruido «no se estila ya», pues los coches modernos y rápidos son silenciosos; mas algunos juicios de faltas bien resueltos acelerarán esta evolución calmando a quienes encuentran satisfacción molestando a los demás.

La iniciativa del Touring Club nos traerá, pues, algo de tranquilidad. Después de rendirle la debida alabanza, veamos en qué puede la ciencia colaborar al beneficio. Todo ayuda a conseguirlo, pues el ruido es una molestia para el que trabaja y, al mismo tiempo, un signo de intersección. La máquina perfecta es silenciosa y el trabajo fecundo se efectúa con orden y sin ruido. Los aficionados al estruendo son creadores de desorden. Ahora bien, la ciencia, ante todo, es orden y método.

El primer dato que nos proporciona es de orden fisiológico: nos enseña la exquisita sensibilidad del oído; el físico alemán Wien ha calculado que en una sola caloría hay energía suficiente para sostener durante dos mil años un sonido perceptible, y yo recuerdo también que Lord Rayleigh, el ilustre físico inglés, afirma en alguna parte que el sonido de las campanas de Saint Paul podría oírse de Londres a Constantinopla si no

existiesen en la atmósfera causas de disipación de la energía sonora.

¿A qué viene, pues, todo ese estrépito de claxons y de bocinas sino a proceder por intimidación más que por advertencia? Acaso, al principio de la circulación automobilista, fuese útil sacudir un poco la indiferencia de los peatones que se creían los dueños del arroyo; pero hoy su educación está hecha aunque haya sido al precio de algunos atropellos. No desean más que respetar, por la cuenta que les tiene, el código de la calle. Pues bien; suponer que la intensidad de todos los ruidos debe reducirse a la décima parte no supone ventaja. Se oirán lo mismo, si no mejor. Así nada se opone a un progreso que las personas sensatas piden a gritos. La acústica nos enseña igualmente que existe diferencia entre los ruidos, que son ondas irregulares, y los sonidos musicales, cuyo carácter esencial es la periodicidad vibratoria; el oído soporta mejor los segundos que los primeros, y por consecuencia, los avisos sonoros deberían siempre emitirse en forma de sonidos musicales interrumpidos. Mas no hay que conceder demasiada importancia a esta distinción; el físico Gulik ha observado que el ruido violento y poco melodioso producido por una locomotora cuando expulsa vapor adquiere un carácter musical cuando se oye desde cierta distancia. Tal fenómeno es comparable al que estamos acostumbrados a observar cerca de la superficie de los mares, donde las olas discordantes producidas por la acción del viento se prolongan coordinándose poco a poco y dan lugar a ondas regulares; así, los ruidos confusos de una gran ciudad acaban por organizarse y producir cierta sonoridad sobre la que se destacan los ruidos va-

OMNADINA

ACTIVO DE LAS DEFENSAS DEL ORGANISMO

demasiado temprana para el ritmo de la vida urbana de los campanarios y de los toques militares.

Es este un principio y un ejemplo que debería seguirse en otros lugares, pues conozco ciudades provinciales donde la francachela sonora se esparce sin limitación, esforzándose cada cual en hacer un poco más de ruido para dominar al de los demás. La dificultad en este asunto está en que hay dos clases de gentes: las que temen el ruido y

## ION-CALCINA

### — PALLARES —

A base de Cloruro de Calcio.

FRASCO E INYECTABLES

riados que provienen de los lugares más próximos.

Una tercera observación es que existen entre los sonidos graves y agudos apreciables diferencias; el oído es sensible a las vibraciones muy lentas, como el *do*<sup>2</sup> de los grandes órganos (que corresponde a 16 vibraciones por segundo) y a sonidos agudísimos, como el *re*<sup>7</sup> del flautín, de cuatro mil setecientas vibraciones; percibe aún sonidos sobreaudos que llegan hasta veinte mil y treinta mil vibraciones por segundo, como

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

Ayuntamiento de Madrid



os que se producen con el pito de Gal-  
on. Pero tales sonidos no se propagan  
de la misma manera; los graves pierden  
menos energía al propagarse; a ellos se  
recurre cuando se quiere enviar ondas  
esféricas que se propaguen en todos  
sentidos; por el contrario, los sonidos  
agudos pueden ser dirigidos, como los  
rayos luminosos o las ondas cortas de  
la radio, en una dirección determinada.



Esta propiedad permitirá algún día rea-  
lizar advertidores sonoros más perfectos  
que los aparatos actuales, que inundan  
con sus cacofonías regiones en que por  
ser inútiles resultan perjudiciales; la  
energía sonora no se propagará más que  
hacia adelante y ligeramente hacia los  
lados; en suma, el progreso será compa-  
rable al que se ha realizado por el alum-  
brado, reemplazando las antiguas lin-  
ternas, que deslumbraban, por faros y  
proyectores. Desgraciadamente aún es-  
tamos lejos de esto, pero siempre es bue-  
no saber que es posible progresar en  
este orden de realizaciones.

Los americanos gustan del ruido, cosa  
propia de un pueblo joven; pero parece  
que empiezan a cansarse como nosotros  
de esta cacofonía urbana. Nueva York  
no se envanece ya de ser la ciudad más  
ruidosa del universo, y Chicago ya no  
encuentra interés en oír repetir diez ve-  
ces por minuto el estertor de los cerdos  
a quienes matan. De este cambio me he  
dado cuenta leyendo un libro curioso-  
mente ilustrado a la americana, en el  
que la «Noise abatement commission»  
da a conocer sus trabajos; compuesta de  
competencias técnicas elegidas en el  
mundo de los ingenieros, administrado-  
res y médicos, esta comisión comenzó a  
trabajar en 1929, empezando por medir  
todo lo que era mensurable; ésta es la  
parte científica de su obra, la única de  
que tengo que dar cuenta aquí.

Se ha preocupado en primer lugar de  
apreciar el trastorno producido por el  
ritmo del trabajo. Las experiencias efec-  
tuadas en el laboratorio de la Colgate  
University de Hamilton consistían en  
hacer copiar cierta carta siempre la mis-  
ma, por un equipo de mecanógrafos

cadencia sonora recibieran otras  
gratificaciones además del honor de par-  
ticipar a una experiencia, todo lo cien-  
tífica que se quiera, pero que debía ser  
muy molesta. En todo caso se observó,  
en primer lugar, que el tiempo necesari-  
o para realizar un trabajo determinado  
(copiar una carta) era aumentado duran-  
te la experiencia del ruido en un 4 ó 6  
por 100, lo que es muy poco. En cuanto  
a las faltas de copia, se observó que es-  
taban repartidas muy desigualmente,  
pero siguiendo una ley curiosa: el ruido  
acrecentó la corrección de los mecanó-  
grafos más torpes y disminuyó la de  
los más expeditivos. La observación de  
los cambios respiratorios dió resultados  
más claros: se acrecentaron por término  
medio de 19 por 100 bajo la acción del  
ruido, de donde podemos concluir ra-  
zonablemente que, si se logra trabajar  
igual en el ruido, se fatiga uno más.

La segunda parte del trabajo impus-  
to al Comité consistió en medir el ruido  
producido en los diversos barrios de  
Nueva York y en determinar sus orige-  
nes. Esta operación no es ni sencilla ni  
cómoda. A falta de algo mejor, los téc-  
nicos de la «Bell Telephone Company»  
acudieron a las inscripciones gráficas,  
que dan resultados comparables e inte-



## FORMULA

POR 20 GRAMOS

Tibocol . . 23 centigr.

Codeína . . 1 centigr.

Arrhenal . . 2 centigr.

Precio al público:

4,95 ptas.

resantes, y a un método más expeditivo  
que resultó suficiente: consiste en pro-  
ducir por medio de una sirena un soni-  
do de intensidad creciente y anotar el  
momento en que comienza a dominar  
al ruido confuso de la calle. La lucha  
contra el ruido a veces, como se ve, se  
reduce a servirse de un arma un tanto  
paradójica... Además, era menester para  
estas operaciones elegir una unidad: los  
operadores eligieron el *decibel*, que es la  
menor intensidad sonora perceptible  
por el oído de un americano (en vano  
he buscado una definición más precisa)  
y representan las intensidades sonoras  
como se hace para las alturas, por sus  
relaciones.

Habiendo así preparado el trabajo,  
nuestros operadores equiparon un cam-  
ión laboratorio, con el cual continua-  
ron sus experiencias en los diversos ba-  
rrios de la gran ciudad, tanto en el in-  
terior de los edificios como en la calle.

Pudieron así establecer para las di-  
versas horas del día una «carta del  
ruido», que la Administración urbana  
se interesa por poseer, puesto que indi-  
ca los tiempos y lugares en que su  
acción sedante debe aplicarse.

Llevando más lejos su investigación,  
los comisarios evaluaron la parte de fac-  
tores diversos en el ruido total, y esta

repartición es la siguiente: tráfico gene-  
ral urbano (automóviles, motocicletas),  
86,28 por 100; transportes en común  
(metros, tranvías), 16,29; altavoces,  
12,34; coches de alquiler, 9,25; locomo-  
tores, remolcadores, navíos, 8,28; cons-  
trucciones (maquinaria), 7,40; voces hu-

**Teligan** <sup>fem.</sup>  
"Hemring"  
Desordenes de la menstruación  
frigidez etc.

manas (vendedores de periódicos), 7,25;  
diversas, 2,80.

Esta investigación es interesante, al  
menos como primera indicación, ya que  
por ella se puede activar eficazmente,  
puesto que muestra que en Nueva York  
el abuso de los altavoces es enorme. En  
último término, los técnicos americanos  
se preocuparon en definir las condicio-  
nes de aislamiento sonoro en el interior  
de los edificios, pues si la calle es la  
gran generadora del ruido, si no se pue-  
de en ella más que atenuarle, en cam-  
bio la casa, la casa donde se trabaja o  
se duerme, debe estar eficazmente pro-  
tegida y su defensa es sobre todo posi-  
ble por métodos de construcción ade-  
cuada.

Felizmente ya se han comenzado tra-  
bajos en este sentido; se han determina-  
do las cualidades de aislamiento acústi-  
co de los diversos materiales; un tribunal  
los ha clasificado, teniendo en cuenta  
el conjunto de sus propiedades, de sus  
usos especiales y de su precio de coste.  
De este modo los arquitectos tendrán  
a su disposición los documentos nece-  
sarios. Esperemos que en adelante no  
construirán más esas casas de cartón  
que atraviesa el menor ruido. En espera  
de que la calle se calme, la casa será un  
lugar de refugio para aquellos que el  
ruido molesta y fatiga.

Pero no hay que olvidar que el resul-  
tado exige la colaboración voluntaria  
de cada uno de nosotros y una adhesión  
activa a la divisa del Touring Club: «El  
silencio de cada uno asegura el reposo  
de todos».

## "MALTOPOL"

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

— PARA ADELGAZAR no hay co-  
mo ir a Londres y jugar a las carreras.  
— ¿Y se adelgaza jugando?  
— ¡Tomal Con toda seguridad que per-  
derás algunas libras.

— DE TODO ello, caballero, deduzco  
que tiene usted cuarenta y seis años.  
— ¿Cómo es eso?  
— Porque mi yerno es medio idiota y  
tiene veintitrés.

SIGUE A LA PÁGINA XVI

## PAIDOTROFO

TONICO INFANTIL

hombres y mujeres, alternativamente,  
en silencio y bajo la impresión de má-  
quinas de hacer ruido que imitaban a  
maravilla el rodar de los coches, los avi-  
sos de los autos, las sirenas y otros rui-  
dos callejeros. Durante la prueba, los  
pacientes estaban provistos de caretas  
especiales que permitían recoger y ana-  
lizar los productos de la respiración. El  
trabajo realizado es, en efecto, propor-  
cional a la cantidad de ácido carbónico  
espirado. Esperó que los pobres diablos  
así abozalados y sometidos a ese desen-



1932



TUBERCULOSIS

# Sanocal Granulado

**CALCIO, VITAMINAS,  
ESTOMAGO DE CERDO,  
EXTRACTO DE HUESOS, ETC.**

**Laboratorios Abello Vinaroz 5 MADRID**

## SIL-AL

Metahidrosilicato de aluminio  
fisiológicamente puro.

**Sustituye al bismuto en  
terapéutica gástrica.**

**Existe el SIL-AL belladonado.**

Muestras  
y literatura:  
**A. GÁMIR**  
Valencia.

## BARDANOL

— — Elixir de bardana y estaño eléctrico. — —

**INDICACIONES:**

**Estafilococias en todas  
sus manifestaciones.**

Muestras  
y literatura:  
**A. GÁMIR**  
Valencia.

## BENZOFORMINA

Comprimidos de 0,25 gramos.

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

Frascos de 50 comprimidos.

Gramos. Muestras  
y literatura:  
**A. GÁMIR**  
Valencia.

# FOSFOTIOCOL

**TOSES Y CATARROS**



LABORATORIO FARMACÉUTICO

PONS, MORENO Y C.<sup>^</sup>

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.<sup>^</sup>, S. A. — Barcelona.

Tetradínamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

Mutasán

(INYECTABLE)

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

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación de ferrocarril.

ORIGINALIDAD TERAPEUTICA

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

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

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

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

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

LABORATORIO EGABRO—CABRA (Córdoba), España.

LABORATORIOS CAMPOS FILLOL  
VALENCIA

LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal.

Simbiosis de fermentos lácticos y búlgaros en medio vegetal y al máximo de vitalidad.

Frasco de 250 gramos, 3,65 pías. en toda España.

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día.

En gastroenteritis tóxicas, diarreas estivales, infecciones intestinales, etcétera, es de notable éxito.

LACTOBULGARINA



## VACANTES

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

Por la Dirección general de Sanidad se convoca a concurso-oposición para la provisión de la plaza de director médico del Sanatorio Antituberculoso de Torremolinos (Málaga), dotada con el haber anual de 8.000 pesetas.

Normas: Ser españoles, doctores o licenciados en Medicina, aptos físicamente para el desempeño de cargos públicos.

Las instancias se presentarán en el Registro general de esta Dirección hasta las catorce del día 15 de Febrero, acompañadas de partida de nacimiento; título profesional, certificación notarial o académica del mismo; certificación facultativa de aptitud física para el desempeño de cargos públicos; certificación negativa del Registro Central de Penados y Rebeldes; declaración, bajo palabra de honor, de no haber sido expulsado el aspirante de ningún Cuerpo u organismo del Estado, Provincia o Municipio por expediente gubernativo, ni encontrarse sometido a él en el momento de la presentación de la instancia, y todos los que estime adecuados el aspirante para acreditar méritos y servicios que deseen alegar.

Satisfarán en el acto de la inscripción 50 pesetas en metálico, en concepto de derechos de oposición.

Tribunal: Presidente, D. Marcelino Pascua Martínez.

Vocales: D. Sadi de Buen Lozano, don Rafael Fernández y Fernández, D. Juan González Aguilar y Peñaranda y D. Darío Fernández Iruegas.

Méritos preferentes: Toda clase de documentos, publicaciones, trabajos, etcétera, que sirvan para acreditar los méritos que alegue el aspirante.

Ejercicios de oposición:

- 1.º Exposición escrita de la actuación anterior del opositor, así como de sus estudios, trabajos y publicaciones.
- 2.º Estudio de dos enfermos de la especialidad, tanto desde el punto de vista clínico como del social; ambos ejercicios serán eliminatorios.

El nombramiento será hecho por un período de diez años, prorrogable por períodos de otros diez.

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD.—La de Santa Marina del Rey (León), partido judicial de Astorga, por oposición,

# SARNA

— (ROÑA) —

## El metabolismo deficiente del calcio produce una dentición defectuosa

Las investigaciones de Mme. Mellanby en cachorros sometidos a dieta raquitogénica, demuestran que la ausencia de Vitaminas D y de sales de calcio, producen un metabolismo deficiente origen más común de caries que el que procede de los fermentos depositados sobre los dientes por los alimentos.

Nada más indicado para la formación de los dientes, tanto los de leche como los permanentes, como la Emulsión Scott que junto con las vitaminas naturales en su medio natural, aporta una justa proporción de sales de calcio, fósforo y sodio.



## EMULSIÓN SCOTT

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



Tribunal especial, "segunda categoría, vacante por excedencia, dotación de 2.750 pesetas y 75 familias de Beneficencia; censo, 940 habitantes.

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

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

(Continúa en la pág. XVI.)

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

**J. CABALLERO ROIG**  
Farmacia-Laboratorio: Calle Rocafort, 135, Barcelona.

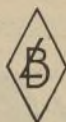


GASTRITIS DOLOROSAS  
HYPERCLORHIDRIA  
ULCERAS

**KAOLINASE**  
KAOLIN PURIFICADO EN POLVO FINO MUY ADHESIVO

CURACIÓN GÁSTRICA

LABORATORIO  
— TÍO —  
Torrente de las Flores, 73  
BARCELONA

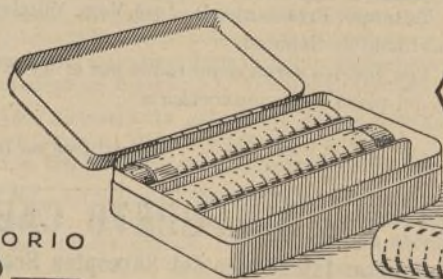


La caja de  
20 dosis  
de 10 gramos  
6 PESETAS

TRATAMIENTO DE LA **AEROFAGIA** Y SUS CONSECUENCIAS:

INSOMNIOS  
TRASTORNOS CARDÍACOS  
TRASTORNOS NERVIOSOS  
TRASTORNOS PULMONARES

**AÉROPHAGYL**



LABORATORIO  
— TÍO —  
Torrente de las Flores, 73  
BARCELONA

La caja de 45 comprimidos: 7 PESETAS



MODO DE EMPLEO  
1 ó 2 comprimidos  
disueltos en el agua  
en medio de las comidas



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

# IPECOPAN

## SANDOZ

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

**EL POLVO DE DOVER EN FORMA PERFECCIONADA**

COMPRIMIDOS MALTEADOS

**Calma la tos irritativa.**

**Fluidifica las secreciones internas.**

**Facilita la expectoración.**

GOTAS

**No ofrece peligro alguno de habituación**

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

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

**PRODUCTOS FARMACEUTICOS SANDOZ, BASILEA (Suiza).**

OFICINA CIENTIFICA EN ESPAÑA:

Apartado núm. 880.

**BARCELONA**

**Plaza Cataluña, 9.**

PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA

# hepal

REALIZACIÓN CLÍNICA  
PERFECTA  
DEL  
MÉTODO DE MINOT-MURPHY

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



hepal JARABE

principio  
aislado  
con hierro

antianémico  
del hígado  
y cobre

PRODUCTO NACIONAL

Laboratorio Juste  
APARTADO DE CORREOS 9030



MADRID

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

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

hepal  
INYECTABLE

INYECCIÓN INDOLORA



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

Ayuntamiento de Madrid





**GYNOCALCION**

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

**LABORATORIOS CORTIAL 15. Boul<sup>d</sup> Pasteur. PARIS**

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

# SPASMOSÉDINE

**ANTIESPASMÓDICO — SEDANTE NERVIOSO**

El primer sedante y antiespasmódico estudiado especialmente para la

**TERAPIA CARDIO - VASCULAR**

Laboratorios DEGLAUDE  
Medicamentos cardíacos especializados.  
**PARIS**

Muestras y Literaturas:  
**José M.<sup>a</sup> Balasch Cuyás.** (Farmacéutico)  
Avenida 14 de Abril, 440. — **BARCELONA**

## — BARACHOL —

Antiséptico 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)**



# MORRHUËTINE

## JUNGKEN

### CARACTERES ESENCIALES

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

**SE EMPLEA EN TODAS LAS ÉPOCAS DEL AÑO.**

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

*Eficaz en el tratamiento de las*

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

*Estados llamados Pretuberculosos*



**LABORATORIO MIRABENT BARCELONA**

**ESPECIALIDAD NACIONAL**



# ESTAFILASA del D<sup>r</sup> DOYEN

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

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

Solución coloidal  
fagógena  
polivalente.

# MICOLISINA del D<sup>r</sup> DOYEN

2 FORMAS:  
MICOLISINA BEBIBLE  
MICOLISINA INECTABLE

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

SOLUCION de FLUOROFORMA  
ESTABILIZADO EN LOS  
EXTRACTOS VEGETALES

# GERMOSE

No Tóxico

SABOR  
AGRADABLE

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

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

# Venosina

Tratamiento específico completo de las **AFECCIONES VENOSAS**

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

POR MENOR: PRINCIPALES FARMACIAS

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

## MEDICACIÓN ANTIANAFILACTICA POLIVALENTE

GRAGEAS  
Inalterables sin olor



GRANULADOS

PEPTONAS  
de  
CARNE y de PESCADO

EXTRACTOS  
de  
HUEVO y de LECHE

GRAGEAS



GRAGEAS

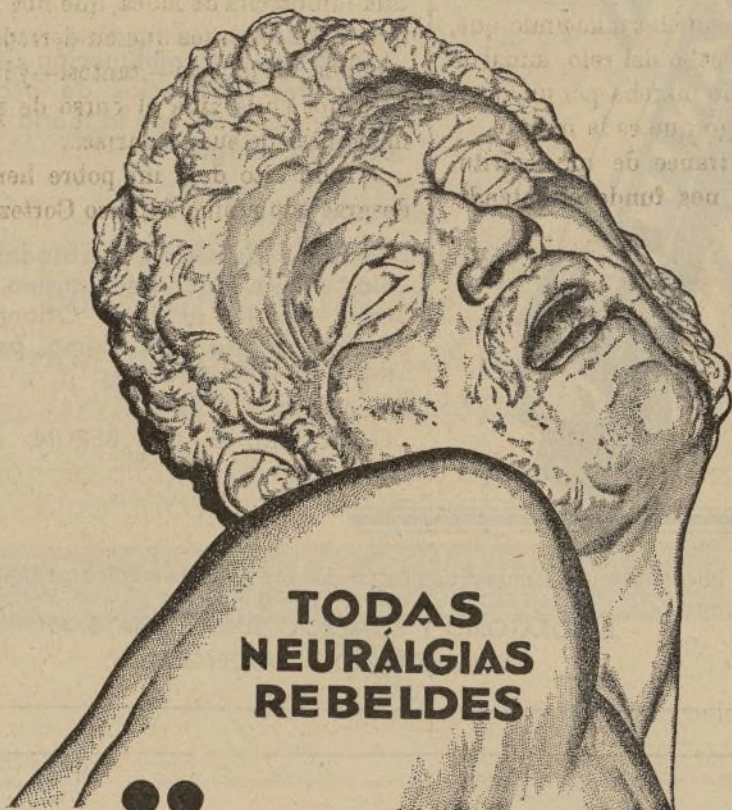
GRANULADOS

GRANULADOS

## COLAGOGO

Laboratoire des Produits Scientia D<sup>r</sup>E Perraudin. Ph.<sup>o</sup> del<sup>o</sup> C/ #21, rue Chaptal. Paris (19<sup>e</sup>)





**TODAS  
NEURÁLGIAS  
REBELDES**

# NAÏODINE

**SEDACIÓN  
RÁPIDA Y  
ATÓXICA**

en ampollas de 5 cc. y 10cc.

**INYECCIONES INDOLORAS**

10cc. a 30cc.  
por día

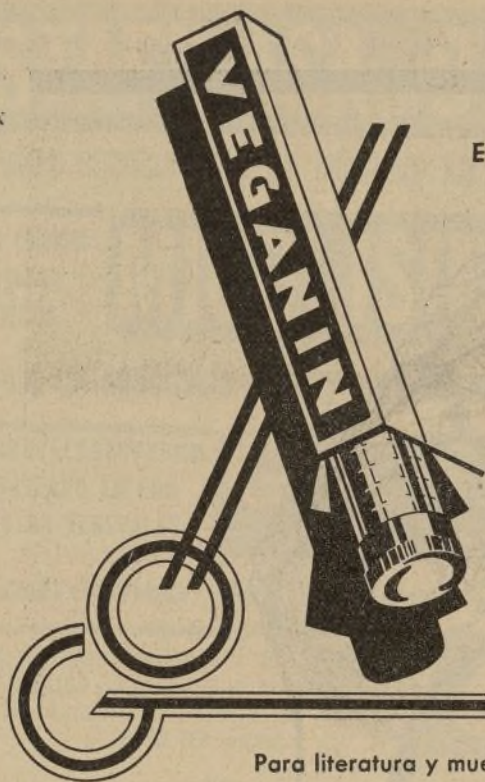
JUAN MARTÍN, MADRID Y BARCELONA  
agentes de

LABORATOIRES J. LOGEAI - BOULOGNE S/ SEINE - FRANCE

O.V.P. ÉDITIONS

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





# VEGANIN

EL REMEDIO ANALGÉSICO DE EFECTOS MÁXIMOS

A base de la combinación científica de diferentes sustancias de acción diversa, de acuerdo con la teoría sinérgica del Prof. Burgui.

## INDICACIONES:

En casos de Gripe, Resfriados, Neumonía, Neuralgias, Reumatismo, Disminoreas, en la práctica Odontológica y Postoperatoria, así como para aliviar toda clase de dolores.

GOEDECKE & Co. BERLIN, ALEMANIA

Para literatura y muestras gratuitas a los señores médicos, dirigirse a:

LABORATORIO Y COMERCIO SUBSTANCIA, S. A.  
APARTADO 410 - BARCELONA

# IODONE ROBIN

**Medicamento de elección contra**

el **ARTRITISMO**, la **ARTERIO-ESCLEROSIS**, el **ASMA**  
el **ENFISEMA**, el **REUMATISMO**, la **GOTA**, la **SÍFILIS**

Absorción fácil sin los inconvenientes de los ioduros.

**GOTAS - AMPOLLAS - COMPRIMIDOS**

**LABORATORIOS M<sup>co</sup> ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS**

Depositarlos para España: GIMÉNEZ-SALINAS y C.<sup>a</sup>, Sagúes, 2 y 4, Barcelona, (S. G.)



# PROGYNON

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

Concentración elevada  
estandarización exacta

Ampliamente experimentada  
en animales (incluso monas)

Eficaz por vía oral gracias a la  
adición de lipoides especiales

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

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



ENVASES ORIGINALES:

Frascos de 15 y 30 grageas  
de 150 U.R. Cajas de 6  
amp. de 100 U.R. en 1 c.c.



## TRICALCINE INYECTABLE

DIPROPANOILFOSFITO de CAL INALTERABLE  
CACODILATO de SOSA 0,05. SULFATO de ESTRICNINA 0,001

**MEDICACION CALCICA**  
**INTENSIVA Y ESTIMULANTE**

TUBERCULOSIS  
MISERIA  
FISIOLOGICA

POSOLOGIA  
Una ampolla por  
día durante 12 días  
Descanso 10 días y  
comenzar otra serie

CONVALECENCIAS  
ANEMIA  
ESCROFULOSIS

Laboratoire des Produits SCIENTIA, 21, rue Chaptal, Paris. 9<sup>e</sup>



# LACTOLAXINE FYDAU

COMPRESIDOS de FERMENTOS LÁCTICOS LAXANTES  
son base de Fermentos Lácticos seleccionados,  
Sales biliares, Agar-Agar, Maltol Maleina.

**Tratamiento Biológico  
del ESTRENIMIENTO  
del ENTERITIS  
PADECIMIENTOS del HÍGADO  
ANTISEPSIA GASTRO-INTESTINAL**

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

**LABORATORIOS BIOLÓGICOS de ANDRÉ PARIS**

Farmacéutico de 1ª Clase,  
Ex-interno y Jefe de Laboratorios de los Hospitales de París,  
4, Rue de La Motte-Picquet, PARIS (Francia).  
SE ENCUENTRA EN TODAS LAS DROGUERÍAS Y FARMACIAS  
DEPOSITARIOS en ESPAÑA  
E. y J. A. RIERA. Nápoles, 186, BARCELONA.

# Lipiodol Radiológico

Aceite Vegetal y Yodo puro

del Doctor **LAFAY**

**"ASCENDIENTE" Y  
"DESCENDIENTE"**

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

Concesionarios Generales para la Exportación:  
**LECZINSKI & C<sup>a</sup>**,  
67, Rue de la Victoire  
Paris.

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

**LIPIODOL  
LAFAY**

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

# Bactilose

**OLIVER  
RODES**

PRODUCTO  
DEL PAIS

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

INDICACIONES

**Forunculosis. Septicemias  
Antrax. Escarlatina. Gripe.**

NO PRESENTA CONTRAINDICACIONES

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

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

DEPOSITO GENERAL

VENTA EN  
FARMACIAS

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

CONSEJO CIENTO 308 - BARCELONA



**¡CONTRA  
EL DOLOR!**

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

ACONSEJAD

**CEREBRINO  
MANDRI**

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







## 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.

Pídanse 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.



## THUS- -SERUM

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

Indicado en  
todas las afecciones de las

**VÍAS RESPIRATORIAS**

Laboratorios VIÑAS - Clarís, 71 - BARCELONA

### JARABE "ROCHE"

DE THIOCOL

Afecciones broncopulmonares

### PANTOPON "ROCHE"

Opio total inyectable

### ALLONAL "ROCHE"

Antiálgico poderoso

### SPASMALGINE "ROCHE"

Antiespasmódico por excelencia

PRODUCTOS ROCHE, S. A.—Ayuntamiento de Madrid—Santa Engracia, 4.—Madrid.



# PARA CLINICA O SANATORIO

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

**Libre de todo gravamen véndese contado o plazos garantía.**  
**Peticiones e información: APARTADO 822.**

## ANTIASMATICO 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, Difteria y los Catarros crónicos, haciendo cesar la fatiga y produciendo una suave expectoración.

**PRECIO: 6,50 pesetas frasco.**

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

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.

## ✦ TRATAMIENTO EFICAZ ✦

REUMATISMO      ESQUIZOFRENIA  
YODOVISAL      MANGAN-ARSENIO

Salicilato sosa.      Cacodilato de manganoso.  
YODURO potasa.      Cacodilato de sosa.

Muestras y literatura:

**D. FENOLLOSA**  
PAZ, 26      VALENCIA

Secretario, el del Ayuntamiento de Santa Marina del Rey, D. Andrés Barrallo Pérez.

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

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

Los aspirantes deberán dirigir sus instancias, en papel de 8.ª clase, al señor alcalde presidente del Ayuntamiento de Santa Marina del Rey, en el término de un mes. (*Gaceta del 18 de Enero.*)

—Se convoca a concurso de méritos entre funcionarios pertenecientes a la plantilla del Cuerpo de Sanidad Nacional para proveer la plaza de secretario técnico de la propia Dirección, dotada con la indemnización de 5.000 pesetas anuales, con arreglo a las siguientes condiciones:

Los aspirantes presentarán sus instancias, acompañadas de sus méritos y servicios, en el Registro general de este Centro directivo en el plazo de diez días hábiles, a contar desde el siguiente al de la publicación de la presente convocatoria en la *Gaceta de Madrid* (*Gaceta 28 de Enero*).

Se considerarán méritos preferentes los relacionados con trabajos y servicios de Administración Sanitaria, así como el desempeño de cargos de secretario en Centros dependientes de esta Dirección general.

El Tribunal que ha de juzgar el concurso estará constituido: por el director general de Sanidad, presidente; don Manuel Martín Salazar, ex director general de Sanidad, presidente suplente, y como vocales los inspectores generales de Sanidad Exterior de Comunicaciones y Transportes, de Sanidad Interior y de Instituciones Sanitarias y D. Eduardo Pascual López, funcionario del Cuerpo de mayor categoría entre los que prestan servicio en este Centro.

Queda autorizado el Tribunal para comprobar la aptitud de los concursantes mediante algún ejercicio de oposición, si los méritos aducidos por ellos no los considerase suficientes para realizar la selección debida.

**DIRECCIÓN GENERAL DE BENEFICENCIA.**—Se saca a público concurso oposición, con arreglo a la Orden de este Ministerio de 1.º del corriente mes, una plaza de odontólogo, con destino a la consulta del Hospital de la Beneficencia general, dotada con el sueldo anual de 3.000 pesetas.

Los aspirantes presentarán sus solicitudes en el Ministerio de la Gobernación, Dirección general de Beneficencia, Sección 1.ª (Beneficencia general), en el plazo de treinta días naturales, a partir del 28 de Enero.

Los ejercicios serán dos: uno teórico, que consistirá en la contestación, durante treinta minutos como máximo, a tres preguntas sacadas a la suerte, de un grupo que no será inferior a 50 ni superior a 100, cuyo cuestionario será dado a conocer a los opositores con veinte días de antelación.

El otro ejercicio consistirá en efectuar un trabajo práctico en la forma y tiempo que previamente señalará el Tribunal.

—Se sacan a público concurso de méritos y servicios tres plazas de médicos internos, con destino al Hospital

(Continúa en la pág. XVIII.)



# MONOGRAFIAS

Obras económicas y de  
sumo interés práctico.

Tenemos a la venta.

- I. **Hemoptisis tuberculosas y no tuberculosas**, por el Dr. Valdés Lambea.
- II. **La demencia precoz**, por el Dr. Vallejo Nágera.
- III. **Diagnóstico y tratamiento de las dermatosis más frecuentes**, por el Dr. Javier María Tomé y Bona. (Segunda edición.)
- IV. **Los problemas clínicos de la úlcera del estómago**, por el Dr. Fidel Fernández Martínez (de Granada).
- V. **La blenorragia aguda y su tratamiento**, por el Dr. Angel Pulido Martín.
- VI. **El médico rural ante las distocias más frecuentes**, por el Dr. Vital Aza. (Segunda edición.)
- VII. **Los problemas clínicos del estreñimiento rebelde**, por el Dr. Fidel Fernández Martínez (de Granada).
- VIII. **La Epilepsia**, por el Dr. José M.<sup>a</sup> de Villa verde.
- IX. **El médico práctico ante la difteria y sus complicaciones. Intubación laríngea**, por el Dr. García Vicente, y **Alteraciones de la voz. Laringitis y ronquera**, por el Dr. Huarte Mendicoa. (Dos Monografías en una.)
- X. **El tratamiento del reumatismo**, por el Dr. Federico Peco.

Precio para los suscriptores de EL SIGLO MÉDICO,  
**1,50** pesetas ejemplar.

Tenemos en estudio la continuación de esta Biblioteca y oportunamente daremos cuenta de los nuevos temas que acepte la Dirección y se empiecen a imprimir.

## Aviso importante.

No serviremos ningún libro sin previo pago. Los reembolsos tendrán un aumento de 0,75 pesetas, por pequeño que sea el pedido.

## Clínicas de Europa. (FOMULARIO CRITICO)

### 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.

**Pliegos sueltos de Clínicas.**—Cada pliego de 8 páginas, 0,25 pesetas.

**Indicaciones del Fórceps y Técnica operatoria del mismo**, por el doctor Paulino A. Pons. 18 figuras. Utilísimo. Precio, 4 pesetas. Pedidos a EL SIGLO MÉDICO.

**Tratado práctico de etiqueta y distinción social**, 4 pesetas. Reembolso, 4,55. Pídase a EL SIGLO MÉDICO.

**Paseos de un solitario.**—Hombres y mujeres de mi tiempo. Recuerdos y memorias de Carlos M.<sup>a</sup> Cortezo. Precio de los dos tomos publicados 5 y 6 pesetas cada uno; para los suscriptores de EL SIGLO MÉDICO 8,50 pesetas los dos tomos.

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

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



# SANATORIO PEÑA-CASTILLO

## SANTANDER

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

Director: EXCMO. SR. D. M. MORALES  
HOZNAYO. — La mejor agua de mesa.

## Balneario de Carlos III TRILLO

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

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

### Nervios. — Reuma. — Escrófula. — Piel.

Deliciosa estación de verano. — Gran parque y monte.

Olima de montaña, 780 metros.

Servicio directo desde Madrid en tres horas.

Informes y folletos:

HOTEL LEONES DE ORO, Carmen, 30, Madrid.

## AGUAS DE MARMOLEJO

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

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

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

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

Alquilanada la carretera que conduce a los manantiales.

Gran Hotel del Balneario. Todo confort.

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



de la Beneficencia general, una para los servicios de Medicina y dos para los de Cirugía, dotadas con el sueldo anual de 3.000 pesetas.

El período de permanencia en el desempeño de dichas plazas será el de un año, prorrogable por otro más, a propuesta de los médicos de número a cuyo servicio estén, con la conformidad del decano jefe del Cuerpo y por acuerdo de este Ministerio.

Los aspirantes presentarán sus solicitudes en el Ministerio de la Gobernación, Sección 1.ª de la Dirección general de Beneficencia, en el plazo de veinte días naturales, acompañadas de los documentos siguientes: título de licenciado o doctor en Medicina, o copia notarial del mismo; justificación de haber terminado la carrera dentro de los cuatro últimos años; certificación de nacimiento, legalizada, en su caso; certificación del Registro de Penados y Rebeldes; relación de méritos y servicios, y justificante de haber terminado el servicio militar activo.

El Tribunal calificador estará compuesto del presidente y seis médicos de número del Cuerpo facultativo de la Beneficencia general, que, a la vista de los expedientes, decidirá la adjudicación de las plazas indicadas en los que reúnan más méritos para desempeñarlas.

El Tribunal elevará a la Superioridad, en el plazo de tres días de terminado el examen del concurso, la propuesta de nombramientos a favor de los designados. (Gaceta del 28 de Enero.)

### Practicantes.

Valdepeñas (Guadalajara). 600 pesetas. 20 de Febrero.

Pozuel del Campo (Teruel). 13 de Febrero.

Osorno (Palencia). 600 pesetas. 20 de Febrero.

Villaumbrales (Idem). 450 pesetas. Idem.

Población de Campos (Idem). 450 pesetas. Idem.

San Cebrián de Campos (Idem). 450 pesetas. Idem.

Pedraza de Campos (Idem). 450 pesetas. Idem.

Castrillo de Onielo (Idem). 375 pesetas. Idem.

Cogeces del Monte (Valladolid). 750 pesetas. Idem.

Tordesillas (Idem). 750 pesetas. Idem.

Villoldo (Palencia). 600 pesetas. 9 de Febrero.

Arjonilla (Jaén). 1.350 pesetas. Concurso. 12 de Febrero.

Villarrabé (Palencia). 375 pesetas. 23 de Febrero.

### Matronas.

Tordesillas (Valladolid). 750 pesetas. 20 de Febrero.

Osorno (Palencia). 600 pesetas. Idem.

Villaumbrales (Idem). 450 pesetas. Idem.

Carrión de los Condes (Idem). 600 pesetas. Idem.

Población de Campos (Idem). 450 pesetas. Idem.

San Cebrián de Campos (Idem). 450 pesetas. Idem.

Castrillo de Onielo (Idem). 375 pesetas. Idem.

Alcobendas (Madrid). 450 pesetas. 21 de Enero.

Villarrabé (Palencia). 375 pesetas. 23 de Febrero.

Villoldo (Idem). 600 pesetas. 9 de Febrero.

Oposiciones a alféreces médicos. — En la Gaceta del 28 de Enero se anuncia la convocatoria para proveer por oposición 26 plazas de alféreces médicos.

Programa de Sanidad Militar. Precio, 1,25 pesetas. Pedidos SIGLO MÉDICO.



## LA VUELTA AL MUNDO EN HORA Y MEDIA (1)

(Retazos de una charla con proyecciones.)

### LA INDIA

De las varias civilizaciones que han influido en la India y de las numerosas religiones que en su vasto territorio se profesan (a pesar de que este país fué la cuna del budismo), ninguna resulta tan interesante ni cuenta con mayor número de adeptos como la civilización brahmánica y su credo.

En nuestro viaje hemos podido contemplar dos de sus más características

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

aspectos, en los cuales concretaremos lo que del brahmanismo podemos decir esta noche: el primero de ellos lo constituyó nuestra visita a la isla de Elefanta; el segundo, nuestra estancia en Benares, y el tético pero interesante paseo sobre las aguas del sagrado Ganges.

Elefanta (cuyo nombre oficial es Gharapuri) es una isla situada a pocas millas de la que ocupa la gran ciudad de Bombay, revestida por una pródiga vegetación que desciende desde la cumbre que ocupan las cuevas a que nos vamos a referir hasta el mismo borde del mar.

Las cuevas de Elefanta son un santuario del monoteísmo indostánico, pues aun cuando en él las manifestaciones de la deidad son varias, la idea de la divinidad es una, y a semejanza de lo que sucede con nuestro credo, su dios es uno bajo la forma trina, Trimurti, representada en el principal altar de la cueva mayor por las tres cabezas

## SOLUCION REICHENBACH

BALSAMICA, CON TIICOL,  
BENZOATO SODICO Y DIONINA

J. DOMINGO CHURTÓ  
C. Libertad, 14, BARCELONA

unidas de Brahma (la primera causa), Siva (el espíritu destructor) y Visnu (el espíritu conservador).

El semblante de Brahma es plácido, aunque sus gruesos labios dan una apariencia sexual a su rostro, que se ofrece de frente al visitante; a su derecha y sosteniendo en una mano una flor de loto, Visnu, en otros templos fácilmente reconocido por su vehículo, el águila (Garuda), y a la izquierda de Brahma el terrible Siva, cuyo emblema, el tridente, se dibujan o tatúan sus adoradores en la frente, en el mismo lugar en que el dios posee un tercer ojo.

Estas cuevas, artificialmente producidas en el seno de la roca; este templo, cuyas columnas e imágenes están talladas en su misma roca, se hallan sumergidos en una obscuridad tal, a pesar de sus amplias entradas, que dificultan en extremo la obtención de fotografías de sus altares, en los cuales se manifiesta la divinidad en tan distintos aspectos.

(1) Véase el número anterior.

Las llamas de las teas, a cuya luz contemplamos tan raras curiosidades, dan a las sombras gigantescas de las deidades un cierto movimiento que imprime vida a sus gestos imponentes; el humo ha culotado la roca en que están

## CARABAÑA: el mejor purgante.

talladas las columnas, las figuras y los altares, y el eco del murmullo de nuestras voces completan el misterio, que se apodera de nosotros según nos internamos.

En el patio que se abre entre esta cueva y la de su derecha existe una enorme gruta perforada en la roca, en donde, a muchos metros de profundidad, se siente el murmullo del agua agitada por el movimiento de una fauna desconocida. Algunos vampiros, que sin duda buscan guarida en el hueco de la gruta, al notar nuestra presencia revolotean, sin dejarse ver, produciendo un ruido de infierno.

Con todo lo leído antes de conocer las cuevas de Elefanta, con lo que allí vimos y con lo que aprendimos durante nuestra visita a la India, nos ha sido imposible comprender la preponderancia que entre los creyentes ha tenido y tiene Siva sobre los otros dos elementos que integran el Trimurti, pues aun que este fenómeno se da en casi todas las religiones, en ninguna se impone tanto la adoración a la exteriorización de lo demoledor como en el brahmanismo. El temor al castigo es barrera que nos conserva dentro del círculo de lo moral; pero el fervor nunca ha sido inspirado más que por algo que suponemos la esencia de la bondad, de la belleza y del amor; porque Siva, cuyo semblante está afeado por el ojo ciclópeo de su frente y aparece rodeado de serpientes y cráneos mondados, cuenta con más adoradores que ninguna de las otras manifestaciones de la divinidad de aquella fe y de las demás que abundan en la India. Cualquiera que sea la región que visitemos, los seres que ostentan sobre sus cejas el tridente amenazador que empuña Siva son más numerosos que los que no van marcados con este estigma.

Sin embargo, en Elefanta la población es escasa. La concurrencia es numerosa, aplastante en determinadas fechas. Cuando nosotros la visitamos, nos parece un templo abandonado. Los santuarios brahmánicos requieren un motivo de peregrinación...

(Continuará.)

Fábrica especializada en Productos Dietéticos  
y de Régimen Vegetariano.

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

## Versos de la emigración.

### EN EL MAR

¿Por qué la ola bravía tranquila permanece?  
¿Por qué no se despierta el turbulento mar?  
¿Por qué no se subleva y audaz se ensoberbece?

¿Por qué no se agiganta? ¿Por qué no ruga y crece?  
¿Por qué cobarde teme con el hombre luchar?

El hombre al mar domina, su loca furia enfrena,  
evita los escollos, y sus abismos son abismos de amargura, que con sus olas llenas del mar inagotable la movediza arena; la Ciencia y el trabajo sus vencedores son.

La humilde lancha un día la costa abandonaba mostrando de sus remos el altivo poder: en el mar se perdía; un más allá soñaba, y en las ondas perdido, triste el marino ansiaba de su patria querida la alegre costa ver.

El viento fué su amigo, y en alas de las lonas los irritados mares al fin logró cruzar; descubre nuevos mundos, y lauros y coronas con tal progreso alcanza, que a las remotas zonas el comercio y la industria consigue al fin llevar.

La Ciencia y el trabajo alzan la freneta erguida al dominar las olas y el triunfo consiguen; esclava es del vapor la mar embravecida: el agua le alimenta, el fuego le da vida, la fiera encadenada en paz puede rugir.

El mar sus ondas riza cual lago cristalino que de la selva umbría nos muestra copias fieles, y a su verdosa espalda la quilla abre camino y el hombre marcha en triunfo burlando a su destino; su alfombra son los mares; los cielos su dosel.

Quisiera el Océano mirar en su brazo vura; que brome la tormenta, que ruja el vendaval; que se desquicie el globo de todo un Dios hechura y que mis restos hallen grandiosa sepultura entre azuladas perlas sobre el rojo coral.

Altivo y confiado en tan remotos mares, errante peregrino de mi destino en pos, encuentro el mar pequeño, mezcunos sus azares; que su infernal grandeza inspire mis cantares, y después de admirarle sabré adorar a Dios.

J. ALVAREZ-SIERRA.

Océano Atlántico, Mayo de 1930.

## Reglamento para las oposiciones a Cátedras universitarias. (1)

Art. 17. Todos los ejercicios de las oposiciones serán públicos y se verificarán sucesivamente.

Los opositores deberán asistir puntualmente a los actos en que hayan de tomar parte, según los llamamientos del Tribunal, so pena de exclusión.

Esta exclusión será declarada por el

(1) Véase la Tertulia del núm. 4.128.



presidente a la media hora de haber incurrido el opositor en falta.

Se exceptúa el caso de imposibilidad por causa debidamente justificada antes del acto de que se trate o durante la media hora que acaba de expresarse, pudiendo entonces el Tribunal suspender los ejercicios por un plazo que no excede

## Antiséptico GLOGENO LUMEN

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

da de ocho días, o continuarlos, aplazando para el último lugar los del opositor a quien afecte la imposibilidad.

Si a las oposiciones no se hubiere presentado más que un opositor y éste excusara su asistencia por causa justa, la facultad del Tribunal para acordar la suspensión de los ejercicios será discrecional, pero sin que pueda hacerse más de una vez ni por tiempo que exceda de quince días. Se exceptúa los casos extremos de fuerza mayor.

Art. 18. Los opositores podrán protestar de cualquier acto posterior a la constitución del Tribunal en que, a su juicio, se haya faltado a las disposiciones de este Reglamento; pero no será admitida protesta alguna si no se presenta por escrito en instancia dirigida al presidente del Tribunal dentro de las veinticuatro horas siguientes a la realización del hecho que lo motiva.

El Tribunal acordará en la primera

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

sesión que celebre lo que proceda sobre las protestas presentadas y admitidas, haciéndolo constar en el acta correspondiente.

Las protestas admitidas serán elevadas a la resolución del Gobierno con el informe del Tribunal, si éste estimase procedente suspender la oposición a causa de dichas protestas. En los demás casos, las protestas o el informe y resolución del Tribunal se unirán al expediente de las oposiciones, con el que se elevarán a la Superioridad cuando hayan terminado los ejercicios.

Igualmente serán remitidas al Ministerio para la resolución que proceda las protestas presentadas contra los actos de la última sesión que se celebre.

Art. 19. El primer ejercicio de la oposición consistirá en la presentación y exposición de la labor personal del opositor, durante un plazo máximo de una hora, seguida de la discusión por los opositores o jueces durante el tiempo que estime oportuno el Tribunal.

Art. 20. El segundo ejercicio consistirá en la exposición oral del estudio

Más de once mil médicos recomiendan  
Elixir Callool

presentado por el opositor acerca del concepto, método, fuentes y programas de la disciplina, durante el plazo máximo de una hora, seguida de discusión, como en el ejercicio anterior.

Art. 21. El tercer ejercicio consistirá en la exposición, durante una hora como máximo, de una lección elegida por el opositor entre las de su programa, y cuya preparación habrá hecho libremente.

Art. 22. El cuarto ejercicio consistirá en la exposición, durante una hora como máximo, de una lección elegida por el Tribunal de entre diez sacadas a la suerte del programa del opositor. Para la preparación de esta lección se comunicará al opositor por un plazo máximo de seis horas; pero durante este tiempo podrá utilizar los libros, notas, material, etc., que solicite.

Art. 23. Los ejercicios quinto y sexto serán de carácter práctico y de índole teórica, respectivamente. El Tribunal, en el momento de su constitución, reglamentará y hará pública, según la naturaleza de la disciplina, la forma de

## JARABE ALMERA

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

realizar estos trabajos, el último de los cuales habrá de ser expuesto por escrito.

El Tribunal podrá fraccionar y ampliar estos dos últimos ejercicios en la forma que estime oportuno.

Art. 24. Los opositores leerán públicamente los ejercicios escritos al terminar cada uno de ellos. Si la lectura no pudiera hacerse en el mismo acto, los trabajos de los opositores, encerrados en sobres firmados por el secretario del Tribunal y rubricados por el presidente, se conservarán hasta que se verifique la lectura en la sesión o sesiones posteriores, en una urna, que quedará lacrada y sellada bajo la custodia del secretario. El sello de la urna se lo reservará el presidente del Tribunal.

Art. 25. Todos los ejercicios serán eliminatorios, si el Tribunal acuerda la exclusión por unanimidad.

Art. 26. Después de cada sesión se levantará un acta circunstanciada y en ella se hará constar el juicio motivado que cada juez formare del ejercicio efectuado.

Antes de la votación, cada uno de los

## IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico.  
BALDACCÍ - PISA

jueces entregará al presidente un informe firmado acerca de los trabajos presentados por los opositores y el valor que, a su juicio, tenga cada uno de ellos. Estos informes serán comunicados a todos los miembros del Tribunal y se unirán al expediente.

Art. 27. La votación será pública y nominal y se necesitarán tres votos conformes para que haya propuesta, cualquiera que sea el número de votantes.

Si ninguno de los opositores obtuviere dicho número, se procederá a segunda y tercera votación entre los que hayan alcanzado más votos, y si tampoco en ésta los lograra ninguno, se declarará no haber lugar a la provisión de la Cátedra o Cátedras y el Gobierno volverá a anunciar su provisión en el turno que reglamentariamente corresponda.

Art. 28. Cuando sea una sola la pla-

za objeto de la oposición, el Tribunal hará, desde luego, la propuesta en favor del aspirante que haya alcanzado el mayor número de votos, dentro de la condición establecida por el artículo anterior.

En otro caso, reunido el Tribunal al día siguiente de la votación definitiva,

**Jarabe Bebé. - Tetradinamo. - Souticomiol. - Purgantil (Jarabe de Frutas):**  
Véase anuncio, página IV.

y convocados los opositores por ella designados, el presidente los irá llamando por el orden que ocupen en la lista formada en virtud de dicha votación, para que elijan Cátedras entre las vacantes, ya por sí, ya por persona autorizada al efecto.

Si algún opositor no concurriese al acto de la elección de Cátedras, ni la designase en instancia formal o por persona debidamente autorizada, el Tribunal acordará para cuál ha de ser propuesto, apelando si fuera necesario a la votación entre jueces.

Hecha la elección por los interesados o por el Tribunal en el caso previsto en el párrafo anterior, cada opositor será propuesto para la Cátedra elegida, sin que contra esta propuesta quepa recurso alguno.

Las propuestas han de ser de un opositor para cada plaza, absteniéndose el Tribunal de presentar listas de mérito

## Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.  
Alcalá, 88. — Madrid.

relativo o de calificación de los demás opositores.

Art. 29. En el término de tres días después de la propuesta, será elevada ésta con el expediente de las oposiciones, por el presidente del Tribunal al Ministerio de Instrucción pública, donde se facilitará a los opositores que la soliciten certificaciones del resultado de las votaciones.

Art. 30. Quedan derogados los anteriores Reglamentos de oposiciones a Cátedras de Universidad y todas las demás disposiciones que se opongan a los preceptos del presente Reglamento.

### DISPOSICIÓN TRANSITORIA

Las oposiciones ya convocadas se regirán por la legislación respectiva aplicable cuando se hizo la convocatoria.

Dado en Madrid a 25 de Junio de 1931.—El presidente del Gobierno provisional de la República, *Niceto Alcalá Zamora y Torres*.—El ministro de Instrucción pública y Bellas Artes, *Marcelino Domingo y Sanjuán*. (*Gaceta del 26 de Mayo de 1931.*)

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

POR REGLA GENERAL, los hombres favorecidos por la fortuna son insolentes.

PUBLIO SIRO.



gneos, picores, etc., y el mismo hecho de la bilateralidad perfecta de las lesiones, que llega en algunos casos hasta la simetría, y los trastornos tróficos que se manifiestan en la atrofia de los músculos y en la esclerodermia, osteoporosis, trastornos de las uñas y de los pelos, lo mismo que se observan en las neuritis periféricas. Hasta se pueden encontrar trastornos objetivos de la sensibilidad al tacto y a la temperatura, por lo que se ha creído que el reumatismo crónico formaba parte de las lesiones tróficas por trastornos del sistema nervioso.

Por eso no faltan quienes afirman que la poliartritis deformante no tiene relación ni con el reumatismo articular agudo ni con la diátesis úrica, las infecciones y las toxemias, sino que se trata de un proceso neurotrófico, y proponen que los anatomopatólogos dirijan sus investigaciones hacia la médula y sus cubiertas. Además han descubierto algunas placas meníngeas espinales, cuyo tamaño oscila entre el de una lenteja y un centímetro cuadrado y que engloban y comprimen un número variable de raíces espinales.

Otras veces se han descrito lesiones, sea de las raíces y de los cordones posteriores, sea de las células del asta anterior; pero en realidad todas estas lesiones se encuentran con frecuencia en las autopsias de sujetos de edad avanzada, aunque no sean tan intensas ni se encuentren asociadas de la misma forma. Además, en algunos de los casos descritos en relación con estas lesiones, lo que padecían los enfermos no era la verdadera poliartritis deformante, sino seudorreumatismos infecciosos, y, por fin, las lesiones descritas en el sistema nervioso son tan ligeras, que al paso que difícilmente podrían explicar las alteraciones funcionales tan importantes que se observan, se prestan a numerosas interpretaciones. Veamos cuáles son los síntomas que más lógicamente se deben atribuir a las alteraciones del sistema nervioso central, tales como los espasmos de los músculos de las extremidades, los trastornos de la sensibilidad y los reflejos, los trastornos tróficos, como la atrofia muscular y la decalcificación de los huesos,

músculos se atrofian mucho en la proximidad de las articulaciones atrofiadas, especialmente los músculos extensores. En esta forma atrófica, cuando no hay neoformación de hueso, los ligamentos articulares se encuentran sumamente relajados, la capacidad funcional está reducida, y al movimiento se perciben los crujidos, sobre todo por palpación. Salvo cuando se producen subluxaciones, los trastornos articulares pueden ser sumamente discretos. Algunos enfermos solamente se quejan de molestias cuando comienzan a hacer movimientos tras de un período prolongado de reposo; por ejemplo, tras del sueño; en cambio, en cuanto se ha calentado la articulación, todo desaparece y el funcionamiento resulta normal. En estos casos la marcha de la enfermedad es muy lenta; pero el tratamiento no tiene de todos modos eficacia alguna sobre ella ni la hace retroceder jamás. La mayoría de las veces termina por lesiones renales graves.

Para reconocer incluso los casos difíciles de diagnosticar, se debe proceder a la exploración de estos enfermos como se procede a la de los coxálgicos: presiones sobre el trocánter mayor y sobre el talón, movilidad articular, cuidando de colocar al enfermo desnudo sobre la mesa para apreciar si los movimientos del muslo arrastran consigo la pelvis o no. Estudio del estado de atrofia de los músculos del muslo, puesto que éste se suele encontrar plano y flácido, desapareciendo el pliegue glúteo, en tanto que en la coxalgiá, que también hay desaparición de ese pliegue, se presenta contractura muscular. El reflejo rotuliano y el del tendón de Aquiles son normales. Los movimientos de la articulación de la cadera, a la que nos referimos especialmente porque es la que más a menudo se afecta al principio, no se encuentran todos reducidos por igual. Cuando el miembro inferior se encuentra en extensión, la rotación hacia afuera está reducida, la extensión misma es escasa. La separación del muslo es siempre menor en el lado enfermo que en el sano. En estos casos la radiografía puede no mostrar todavía nada anómalo; pero esto no es un motivo para desear el diagnóstico cuando se presentan los sínto-



mas clínicos que hemos dicho. Pero en los más casos la radiografía, al demostrar que existen lesiones del hueso y de la articulación, lo que hace es confirmar el diagnóstico y hacerle indiscutible.

Estas lesiones son de dos clases: por una parte, hay un verdadero aplastamiento de las extremidades, a consecuencia de la excesiva porosidad de las mismas, y es natural que este aplastamiento se haga, sobre todo, en el sentido en que actúa el peso del individuo; por otra parte, hay producción de osteofitos recién formados. Se ha llegado a decir que el hueso ganaba por uno de estos procesos lo que perdía por el otro; pero no es cierto, porque si bien ambos suelen ir asociados, lo corriente es que no haya proporción alguna entre ellos. La cabeza del fémur pierde su forma redondeada y se aplana, sobre todo por su parte superior, formando un ángulo con el cuello. Además, en la línea de unión del cuello y la cabeza se forman gran cantidad de osteofitos, de modo que la cabeza femoral adquiere la forma de un hongo.

La radiografía crea muchas veces confusión entre esta artritis de la cadera y una fractura del cuello del fémur con enclavamiento de los fragmentos y hasta en la autopsia se han dado casos en los que ha sido muy dudosas la diferenciación. Mientras en el hueso tienen liga estas deformidades, el cartilago articular se encuentra normal, o por lo menos bastante bien conservado, lo que explica que muchas veces sean posibles todos los movimientos de la articulación, pero que su extensión se encuentre limitada por el contacto de los osteofitos con el rodete cotiloideo, el cual, con frecuencia, también se osifica. En otros casos en que las lesiones óseas son menores, y, que, por tanto, al primer examen de la radiografía parecerían menos avanzadas, se encuentra la línea articular muy irregular.

Aparecen en ellas desigualdades y zonas borrosas, y como consecuencia de estas lesiones la movilidad de la articulación se encuentra mucho más reducida. Cuando la enfermedad que describimos se produce en sujetos jóvenes y en niños especialmente en la articulación de la cadera, se la

conoce con el nombre de morbus coxae juvenilis y también con el de coxartitis, pero como quiera que ofrece dudas de diagnóstico diferencial con la osteocondritis deformante juvenil o enfermedad de Calvé, hay que detallar un poco en qué consiste cada una. La artritis deformante afecta a las porciones articulares de los huesos, que quedan sumamente alteradas por la producción de los osteofitos, suele ser dolorosa y termina por anquilosis.

En cambio, la osteocondritis deformante es una lesión del cartilago epifisario que no ataca para nada a las extremidades articulares ni a los cartilagos de la articulación, no ataca tampoco a los tejidos periarticulares y es poco dolorosa, terminándose muchas veces por la restitución integral. Por medio de la radiografía se demuestra que la cabeza del fémur tiene su núcleo epifisario fragmentado y muchas veces deformado; hecho plano o con forma de hongo. El cartilago epifisario aparece dentado y muy irregular e interrumpido. Puede crecer, y como lo hace de una manera irregular, se produce la coxavara, y con menos frecuencia, la coxavalga. Por debajo del cartilago hay focos de decalcificación.

La relación que hay entre la osteocondritis deformante y la coxartitis no se conoce del todo. La osteocondritis deformante infantil no es el origen de la forma corriente de osteoartritis ordinaria del adulto, sino que esta última se presenta en sujetos que no habían presentado antes ninguna lesión aparente de la cadera. Aparte de que las deformidades que provoca la osteoartritis deformante no se pueden confundir en la radiografía con ningunas otras de las deformidades conocidas de la cadera.

Resulta de verdadero interés un estudio de las alteraciones funcionales que se encuentran en la poliartritis deformante en comparación con las que ocurren a consecuencia de las lesiones de los centros nerviosos. Hace ya bastantes años que señaló Charcot la semejanza entre la mano en garras que se presenta en esta poliartritis y la que tienen los enfermos de Parkinson. Además de estas semejanzas existen trastornos de la sensibilidad, como dolores, hormi-



## 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.

Silón de Recreo. — Pagado fin Diciembre 1933.

D. Medardo Gala Sanz. — Id.

D. Agustín Valverde. — Id.

D. Arturo Belmonte Valverde. — Id.

D. Lorenzo Sanz y Sanz. — Id. fin Febrero 1934.

D. Ismael Corel Villalba. — Id.

D. José Pérez Gil. — Id.

D. Ricardo Sáenz de Santa María. — Id.

D. Juan de la Mora. — Id.

D. Ambrosio Lucas y Vadillo. — Id.

D. Alejandro Martín Cabezo. — Id.

D. Gregorio Ginés Amelivia. — Id.

D. Alfredo Martín González. — Id.

D. Manuel Calle Calella Laveria. — Id.

The John Crerar Library. — Id. fin Diciembre 1933.

D. Ricardo Fernández Chanlet. — Id.

D. Juan Barbería Vázquez. — Id.

D. Ramiro de la Llana. — Id.

D. Teodoro Arraiza. — Id.

D. Antonio Laso. — Id.

D. Ramiro Gofí. — Id.

D. Pedro Moreno Mateo. — Id.

D. Daniel Álvarez de Luna. — Id.

D. Jaime Garán. — Id.

D. José Cayuela Meca. — Id.

D. José Cigarán. — Id.

D. José Suaces Guitián. — Id.

D. Florencio García y García. — Id.

D. Julián Mardomingo Sanz. — Id.

D. Victoriano Gómez Pérez. — Id.

D. Isidoro Carmona Pérez. — Id.

D. Enrique Villadeamigo. — Id.

D. Venancio Rodríguez. — Id.

D. Francisco Alonso. — Id. fin Mayo 1934.

XIX

## HIERRO QUEVENNE

Único aprobado por la ACADEMIA de MEDICINA de PARIS. Cloro-Anémico.

Por su pureza y de su poderosa actividad para curar el Cloro-Anémico. Único ferruginoso inalterable en los países cálidos. — 14, rue des Bailliards, París.

## TINTURA COCHEUX

cura la Gota, Reumatismo

Exito en los Hospitales desde 1848.

— y el Mal de Piedra. —

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

## 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.

Ventas Principales farmacias  
del mundo.

D. Tomás Ausín Foronda. — Id. fin Diciembre 1933.

D. Tomás Garmendía. — Id.

D. Joaquín Santonján. — Id.

D. A. García Fuentes. — Id.

D. José María Carmona del Moral. — Id.

D. Juan Mata Goyanes. — Id.

D. Elías Martín Castilla. — Id.

D. Manuel Moreno Gallardo. — Id.

D. Francisco Mosquera. — Id.

D. Alejandro Hernando. — Id.

D. Eduardo Minuesa. — Id.

D. Pedro Sancho Jiménez. — Id.

D. Carlos García de la Mata. — Id. fin Marzo 1934.

D. Ramón López Ferradas. — Id.

D. Jesús Barriuso. — Id.

D. Julio Revuelta. — Id.

D. Eutimio Casado Pastor. — Id.

D. Isabelino Rubio Rebolledo. — Id.

D. Donato Sangrador. — Id.

D. José Luis Bautista Hernández. — Id.

D. Félix García Torrero. — Id.

D. Miguel José de Bustos. — Id.

D. J. González de Huebra. — Id.

D. Joaquín Flores. — Id.

D. José Luis Figuerola. — Id.

D. Manuel Soff Heredia. — Id.

D. Moisés Martín Clavería. — Id.

D. Gumersindo Ares. — Id. fin Diciembre 1932.

D. Manuel Rodríguez García. — Id. fin Diciembre 1933.

D. Cristino Herrero Cebrián. — Id.

D. Domingo Ariel Quiroga. — Id.

(Continuará.)

## ALMORRANAS



Producto español a base Hamam-virg. Esculas hipocast, novocaina, 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.

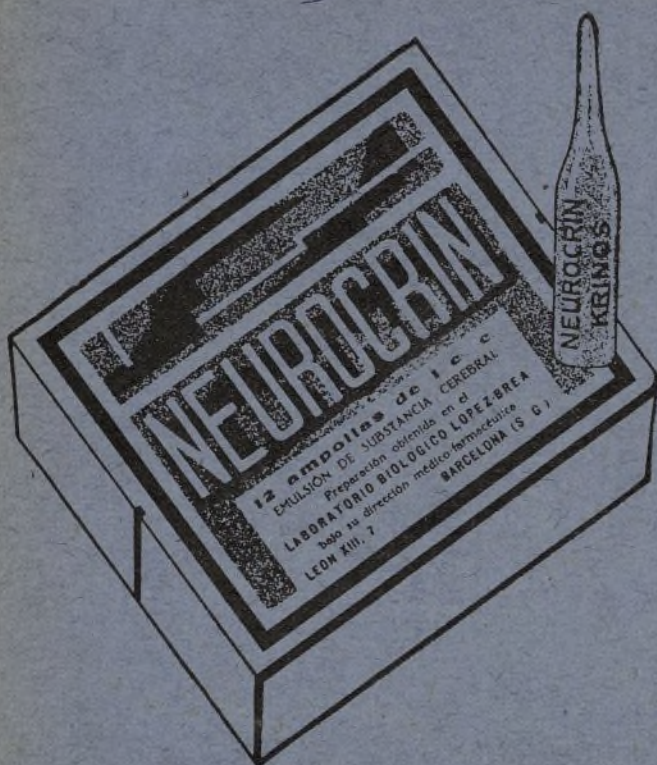
252 páginas. Precio: 15 pesetas

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 Fisiología general y clínica.

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

Ayuntamiento de Madrid





**Térápéutica Biológica de las Jaquecas**

## Neurocrin Krynos

(Emulsión aséptica de sustancia cerebral)

### INDICACIONES

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

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

**Agotamiento nervioso, Psicosis depresivas, Surmenaje, Desnutrición y Raquitismo**

### ADMINISTRACION Y DOSIS

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

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

MUESTRAS PARA EXPERIMENTACIÓN CLÍNICA  
**LEON XIII, 7**  
**Laboratorio Biológico LÓPEZ-BREA**  
 Ayuntamiento de Madrid

*Hemostat Hemostol  
 P. V. 1111 B*

**TERAPEUTICA DE LAS ALTERACIONES MENSTRUALES**

## OVARIOTONO

**COMPOSICIÓN** { Sustancia ovárica, 0,10; Sustancia hídrica, 0,05; Viburnum prunif. extr., 0,06; Piscidia erythrina extr., 0,06; Hyoscyamus niger extr., 0,01.



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

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

## HEMOSTONO

**COMPOSICIÓN** { Sustancia mamaria, 0,10; Sustancia placentaria, 0,05; Secale corautum extr., 0,06; Hamamelis virg. extr., 0,04; Hidrastis canad. extr., 0,02.



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

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



# EL SIGLO MÉDICO

## REVISTA CLÍNICA DE MADRID

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

### REDACTORES:

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

**VITAL AZA**  
Ginecólogo. Académico C. de la A. N. de M.  
**J. BLANC Y FORTAGIN**  
Del Hospital de la Princesa.  
**L. CARDENAL**  
Catedrático. Académico.  
Utrujano del Hospital de la Princesa  
**J. CODINA CASTELLVÍ**  
Académico. Médico de los Hospitales.  
Dr. de los San. Antituberculosos.  
**J. L. ELIZAGARAY**  
Académico. Del Hospital General.  
**E. FERNÁNDEZ SANZ**  
Académico de la N. de Medicina.  
**FIDEL FERNÁNDEZ MARTÍNEZ**  
Director de los servicios de aparato digestivo de la Beneficencia general y de la Facultad de Medicina de Granada. Académico.  
**A. FERNÁNDEZ MARTÍN**  
Ex-interno de la F. y Hospitales.  
**S. GARCÍA VICENTE**  
Jefe del Servicio de Laringología de la Institución Antituberculosa Municipal.

**A. GARCÍA TAPIA**  
Laringólogo. Académico.  
**J. GOYANES**  
Cirujano del Hospital General de Madrid. Académico.  
**B. HERNÁNDEZ BRIZ**  
Médico-Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.  
**T. HERNÁNDO**  
Catedrático. Académico.  
**J. M. HUARTE MENDICOA**  
Laringólogo.  
**F. HUERTAS**  
Del Hospital General. Académico.  
**C. JUARROS**  
Profesor de Psiquiatría del Instituto Criminológico. Académico.  
**E. LUENGO ARROYO**  
De la Sección de Parasitología del Instituto N. de Higiene y del Hospital de la Facultad de Medicina.  
**G. MARAÑÓN**  
Del Hospital General de Madrid. Profesor de la F. de M. Académico.

**M. MARÍN AMAT**  
Oftalmólogo Académico C. de la Nacional de Medicina.  
**M. MARTÍNEZ SALDISE**  
Publicista médico.  
**A. MORANA JIMÉNEZ**  
Medicina interna.  
**J. MOURIZ RIESGO**  
Jefe del Laboratorio del Hospital General. Académico.  
**B. NAVARRO CÁNOVAS**  
Médico-Director del Gabinete de radiografía y radioterapia del Hospital de la Beneficencia.  
**F. PECO**  
Medicina interna.  
**G. PITTALUGA**  
Catedrático. Académico.  
**A. PULIDO MARTÍN**  
Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.  
**J. Y S. RATERA**  
De las Beneficencias Provincial y Municipal de Madrid. Radiólogos del Hospital General y de San Juan de Dios.

**G. RODRÍGUEZ LAFORA**  
Prof. A. de la F. de M. ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.  
**R. ROYO VILLANOVA**  
Catedrático de Med. legal. Valladolid.  
**J. SARABIA PARDO**  
Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la N. de Medicina.  
**E. SLOCKER**  
Académico. Cirujano de la Beneficencia general (antes Hospital Princesa).  
**F. TELLO**  
Director del Instituto N. de Higiene.  
**J. M. TOMÉ Y BONA**  
Dermatólogo.  
**A. VALLEJO NÁGERA**  
Director del Sanatorio. Elíptico de Ciempozuelos.  
**J. M. DE VILLAVEVERDE**  
Del Hospital del Buen Suceso. Del Instituto Cajal.  
**R. DEL VALLE Y ALDABALDE**  
Académico H. de la N. de Medicina.

Redactor jefe: **F. JAVIER CORTEZO Y COLLANTES**

### PROGRAMA CIENTÍFICO:

Lema: *Progressi sumus, progredimur, progrediemur.*

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

**SUMARIO:** Sección científica: Mi experiencia en el tratamiento del mal vertebral de Pott, por el Dr. D. Joaquín Decref y Ruiz.—Estado actual del tratamiento de la eclampsia puerperal, por el Dr. D. Joaquín Lope Ondé.—Estado actual de nuestros conocimientos sobre la neurona (III), por Victor Moot.—El diagnóstico biológico de la esquizofrenia (continuación), por el Dr. Puyuelo Salinas.—Bibliografía.—Periódicos médicos.

### ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

#### Mi experiencia en el tratamiento del mal vertebral de Pott (1)

POR EL

EXCMO SR. DR. D. JOAQUIN DECREF Y RUIZ

Transcurrieron los primeros años de mi ejercicio profesional empleando y viendo emplear en el tratamiento del mal de Pott los detestables corsés de escayola, de varios modelos, en método ambulatorio. Curaban las lesiones de estos enfermos irremisiblemente con grandes deformidades cifósicas, que algunos creyeron necesarias para obtener aquellas curaciones, hasta que un modesto practicante de Rouen, Francisco David, inició el lógico tratamiento del reposo en decúbito supino. De aquí derivan la extensión con corbata de Glisson, la gotiera de Bonet, las camas de Redard y Lorenz, la hamaca de Rollier y todo cuanto yo he hecho, buscando la única manera de obtener la completa desgravación de los cuerpos vertebrales, para evitar su destrucción por la caries.

Después Calot, aunque seguía usando los corsés,

colocaba a sus enfermos en decúbito supino, suprimiendo el método ambulatorio.

Hubo una época semibárbara en que se intentaba la corrección de las cifosis obtenidas por el método ambulatorio con un estiramiento ciego y brusco bajo cloroformización. Tengo en mi historia la prueba de buen sentido de haber sido de los primeros, que yo sepa, que lo combatieron sin tener el remordimiento de ni siquiera intentar emplearlo. Duró poco, pues la clínica vino a darme la razón, confirmando los desastres que habíamos previsto.

Durante todos estos períodos yo seguí usando la gotiera de Bonet. Cuando el año 1902 fui a la clínica de A. Lorenz, en Viena, a estudiar la reducción incruenta de la luxación congénita de la cadera, cuyo diagnóstico y tratamiento importé y vulgaricé en España, vi los sorprendentes éxitos que aquel insigne maestro obtenía también con su procedimiento en la terapéutica de la espondilitis tuberculosa, base de la conducta que luego siempre seguí, abandonando la gotiera de Bonet, y que he seguido hasta hoy, sin que haya tenido que arrepentirme ni una sola vez.

En 1911 dió a conocer Albee su procedimiento cruento, con la pretensión de ser un medio curativo de la enfermedad que nos ocupa. Esta operación nos pareció a los que de antiguo utilizábamos los medios

(1) Discurso leído ante la Corporación en el acto inaugural del curso académico de 1933.



ortopédicos conocidos hasta el día que, además de no tener acción ninguna curativa, era únicamente un medio más de desgravar la columna vertebral, menos fácil y no exento de peligros, condiciones que impedirían su vulgarización.

Todos aquellos que no habían luchado con esta enfermedad anteriormente, y muy especialmente los cirujanos generales, creyeron maravilloso el procedimiento, a lo que contribuyó, además, una época en que empezaba la mayor intervención de la cirugía en el campo de la Medicina. En 1918 se celebró en Madrid el II Congreso de Medicina y Cirugía Nacional, en cuya Sección de Cirugía Ortopédica fui nombrado ponente del tema «Tratamientos modernos de la espondilitis tuberculosa o mal vertebral de Pott». En aquel Congreso los cirujanos españoles ya aportaron algún que otro caso de operación de Albee, mientras que yo presentaba una estadística de 106 casos tratados por los medios ortopédicos empleados por mí, y que vengo hoy a exponer aquí, con 96 curaciones, nueve mejorados y desaparecidos sin concluir de curarse, y un solo muerto por tuberculosis pulmonar concomitante. Al propio tiempo, Rollier, de Leysin, publicaba la suya, de que yo hacía mención, de 198 casos con 86 por 100 de curaciones. Las estadísticas de nuestros cirujanos eran muy pequeñas, podían contarse los casos con los dedos de la mano; pero nosotros, por nuestra gran práctica, ya pudimos señalar los grandes defectos de semejante procedimiento, y en algún caso, lo que habíamos tenido que hacer para corregir los destrozos que se habían originado, unas veces por defectos de técnica y otras por el mal éxito que la operación tenía, sobre todo en los niños.

En primer lugar, Albee presentaba su método como substitutivo del corsé, que ya los ortopédicos habíamos dejado de usar desde el empleo de la gotiera de Bonet, hacía muchos años, corroborando con esto mi opinión del desconocimiento de los tratamientos clásicos del mal de Pott de todos los cirujanos que se habían lanzado por primera vez a curar estos enfermos disponiendo sólo de la operación del injerto. Tampoco se podía dar, como él lo había hecho, como un medio curativo un procedimiento que ninguna acción podía tener sobre la infección general que la causaba, siendo sólo un medio de desgravación que no podía superar de ninguna manera al decúbito supino, al cual se veían en la necesidad de acudir, como nosotros, para obtener la consolidación del injerto. La recomendación de emplearlo en las primeras manifestaciones de la enfermedad, para evitar la destrucción de cuerpos vertebrales y la cifosis consecutiva que ellos no podrían luego combatir, tenía, entre otros peligros, el de graves complicaciones y errores de diagnóstico, de que más adelante nos ocuparemos detalladamente. Ahora sólo quiero hablar de otra contraindicación del procedimiento que señalé ya por entonces, y que luego veremos confirmada por otros muchos autores en épocas posteriores.

Había traído yo a esta Academia Nacional de Medicina un trabajo en el que, con numerosas radiografías, demostré que, aun soldadas dos o tres articulaciones vertebrales para curarse la lesión, por encima y por debajo de ella, las articulaciones sanas habían adquirido un aumento de la capacidad de extensión, a tal extremo, que compensaban la cifosis e inmovilidad de las comprendidas en el bloque afecto, hasta el punto de borrar casi por completo exteriormente, en muchos casos, la deformidad. ¿Cómo un método en el que se empezaba por soldar esas articulaciones hubiera permitido esa corrección tan importante? De ninguna manera. Además, la selección que se pretendía hacer, comprendiendo en el injerto una o dos vértebras por encima y por debajo de las lesiones que estuvieran sanas, ¿cómo se podría verificar? ¿A qué datos se podían referir para asegurar que aquellas vértebras elegidas estaban sanas, y no en un proceso de predisposición para dejar de estarlo, en una lesión de este género? ¿Podrían los cirujanos hacer esa selección con la seguridad con que la Naturaleza lo había hecho hasta ahora?

Otra cosa que hacía creer a los cirujanos en la bondad del método era la idea de que se acortaba el tiempo de duración del tratamiento, y de sobra sabíamos lo que llevábamos luchando con esta enfermedad muchos años que en la mayoría de los casos esta circunstancia dependía de las condiciones locales y generales en que se encontraba el enfermo al empezar el tratamiento. Igualmente sabíamos que aquellos éxitos sorprendentes anunciados de rápidas desapariciones de paraplejías y dolores achacados a la operación no eran tales, pues nuestras estadísticas los mostraban iguales, conseguidos con el decúbito supino, y a la condición indispensable de tener que apelar durante mucho tiempo a ese decúbito para la consolidación del injerto era a lo que debían, como nosotros, aquellas rápidas mejorías y a la clase de compresión de que era objeto la medula, situaciones perfectamente definidas por Mde. Sorel Dejerine en su interesante libro sobre paraplejías póticas.

Permitidme que para corroborar todo esto os dé cuenta de uno de los últimos casos tratados por mí. Se trataba de un niño que tenía once años cuando lo ví por primera vez. Contaba importantes antecedentes fímicos entre sus ascendientes. Hacía un año que empezaron a notar que el cuerpo se inclinaba hacia adelante y a un lado, costando intensos dolores corregir estas desviaciones, observándose, además, la proyección de las apófisis espinosas de las vértebras tercera, cuarta y quinta lumbares. Diagnosticado de mal de Pott, la radiografía lo confirmó, viéndose el foco principal en la cuarta, desaparecidos los cartílagos superior o inferior de esta vértebra y decalcificación muy sospechosa hasta en las últimas dorsales. Para abreviar, pues es fácilmente comprensible que, dada la región afecta, se explica la situación en que se me presentó este enfermo: imposible la ambulación, aun con un corsé ortopédico que le habían colocado; con una intensa psóitis y paresias en toda la



zona del plexo lumbar; con fuertes dolores al querer corregir estas deformaciones. Un grave estado general acompañaba este cuadro. Acusaba, además, una aguda cifosis, formada por las tres vértebras nombradas. Se había propuesto a los padres la operación de Albee. Yo me opuse e instituí el decúbito por mi procedimiento, con todas las precauciones necesarias.

Al mes de implantar el tratamiento incruento ortopédico habían cedido todas las molestias; la extensión de los muslos era casi completa; se habían restituído casi todos los movimientos; el enfermo había engruesado notablemente, siendo su estado general muy satisfactorio. Además, la proeidencia de las apófisis espinosas había disminuído, y, como consecuencia, la cifosis era mucho menor, base de toda esta mejoría. Si este caso hubiera sido operado por el procedimiento de Albee, aun suponiendo que la clo-roformización y la colocación del injerto no hubieran complicado la situación, en mucho más de un mes que hubiera necesitado sostener el decúbito para asegurar la consolidación del dicho injerto, ¿no hubiera hecho creer al cirujano

que esa rápida y completa mejoría era debida a la operación? Este enfermito se encuentra hoy curado a los ocho meses de tratamiento.

Otras muchas razones aduje entonces, que luego, como veremos, al cabo de los años se han ido confirmando, dándome la razón algunos que pretendieron quitármela cuando ninguna experiencia tenían para fundamentar sus afirmaciones. Todos los métodos empleados, aconsejan sus autores que se utilicen en los primeros meses de la aparición de la enfermedad, cosa, al parecer, fácil, dado el avance que en estos últimos años han proporcionado los rayos X para hacer un diagnóstico, pudiendo elegir la época en que aun no haya destrucción de los cuerpos vertebrales; sin embargo, veremos que esto no es tan fácil como se cree, corroborando temores que muy justamente expuse ya en 1918. Los Dres. Leriche y Jung publicaron unos trabajos (*Presse Médicale*, núm. 31, del 18 de Abril de 1931) sobre el «Mecanismo de la desaparición del disco intervertebral en ciertas enfermedades del raquis, en el mal de Pott en particular», en que demuestran que el aplastamiento del disco intervertebral, que había sido hasta ahora el signo mejor radiográfico de la espondilitis tuberculosa en sus comienzos, así como en las lesiones traumáticas de la columna vertebral, en las que no se haya producido ninguna fractura aparente, no era segura. Este síntoma aparece dando la impresión en la radiografía de que el espacio intervertebral desaparece para ponerse

en contacto los dos bordes de los cuerpos vertebrales que lo limitan. Esto se creía hasta ahora que sólo dependía de la destrucción del disco intervertebral, aunque en el mal de Pott la anatomía patológica que se conoce lo contradijera, por el hecho de que las laminillas fibrosas que lo forman, que contienen algunas células cartilaginosas con núcleos pulposos, no fueran muy a propósito para tuberculizarse, así como que su estructura les permite huir de los traumatismos y herniarse muchas veces. Entonces se pensó en que muy bien podría depender de una compresión antiálgica, probablemente de origen reflejo, que se encontraba en el punto de las terminaciones nerviosas intraligamentosas periósticas. Así lo demostraron en Septiembre de 1930 con varias experiencias muy interesantes, haciéndolos reaparecer en las radiografías después de anestesiarlos con novocaína, y apareciendo al mismo tiempo fuertes dolores y rigideces.

He aquí otra dificultad de diagnóstico prematuro que se opone a las intervenciones, peligrosas por falta de seguridad en los primeros momentos, y que, en

cambio, aumenta el valor de la desgravación sólo por decúbito, que, aun en caso de error de diagnóstico, no sólo no perjudica, sino que favorece, sea de la clase que sea, la lesión.

La desgravación incruenta evitará que, destruídos, aplastados o herniados los cartílagos intervertebrales, los cuerpos de las vértebras se pulvericen unos contra otros, dada la fusión que proporciona el desarrollo de la lesión en

esos huesos. Esto ha dado lugar muchas veces a que el método de Albee se haya empleado en casos mal diagnosticados, que no fueron nunca espondilitis tuberculosas, que, además de ir a aumentar las estadísticas de ese tratamiento, como casos más demostrativos in justamente, haciendo que esas soldaduras de vértebras persistan toda la vida del individuo, perdiendo su función compensadora, dieran como éxito, de curación de un mal de Pott, que nunca existió, o acusando la ligereza, de un cirujano. Este error de diagnóstico, que excusa el afán del médico por emprender más a tiempo un tratamiento, no es, en cambio, peligroso para los métodos incruentos del tratamiento clásico ortopédico, puesto que, localmente, no sólo no se destruye, sino que, por el contrario, se conservan la integridad anatómica y funcional de la región.

Quiero dar cuenta aquí de otro error de diagnóstico muy frecuente que he observado en mi práctica. Las artritis vertebrales de distintos orígenes suelen ser confundidas con espondilitis tuberculosas, en la región cervical sobre todo. He visto bastantes casos

### Avance de sumario para el número próximo

(11 de Febrero de 1933)

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

Ampliaciones, comentarios y aclaraciones al libro de Contestación al programa para ejercicios de inspectores municipales de Sanidad.

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

Bibliografía.

Prensa extractada.

Noticiario gráfico.—Sección profesional.



que en un principio fueron diagnosticados de mal cervical de Pott, y que yo, en las mismas radiografías que los compañeros, confirmaba el error. Unas eran de origen reumático; otras, consecutivas a infecciones secundarias por anginas y aun por forúnculos, que habían determinado fuertes tortícolis. Tavernier menciona casos del mismo origen que los míos, y uno muy curioso por una metástasis de una apendicitis que originó la confusión. Guilleminot cuenta un caso de un niño de dieciséis años, al cual, a los siete meses de haber padecido una angina aguda, y como consecuencia un grave tortícolis por artritis de las articulaciones de las quinta y sexta vértebras cervicales, se le presentó una cuatriplejía con trastornos esfinterianos. Excuso decir lo que estos casos exponen, a los que no están muy prácticos en la observación de estos enfermos, a inútiles y peligrosas intervenciones en lesiones que pueden ser fácilmente curadas por sencillos procedimientos incruentos sin dejar rastro alguno.

Otra afirmación que destruye mi experiencia y la de otros muchos es la radical aseveración de que la espondilitis tuberculosa no se cura nunca en los adultos por los procedimientos incruentos. Mi estadística presentada en 1918 comprende entre los casos curados las edades hasta lo cuarenta y dos años. Hoy hay que añadir a aquella estadística ciento tres casos más que hacen un total de doscientos nueve, con edades hasta de cincuenta y seis años, curados con el mismo procedimiento. Lo que pasa es que las condiciones sociales que concurren en un niño para emplear la inmovilización son muy diferentes en el adulto, lo que hace frustrar muchas curaciones, así como la clase y extensión de las lesiones, la época de éstas en que se emprende el tratamiento y las taras patológicas que las complican.

Desde que yo hablé de la importancia que tenía la pérdida de la función de las articulaciones por encima y por debajo de las vértebras destruidas, han ido publicándose infinidad de opiniones que coincidían con la mía, dándose cada vez más importancia a este hecho, hasta el punto que en un artículo publicado por Calve y Gallard (número de 1.º de Enero de 1930 de la *Revue d'Orthopédie*) proponen la modificación del método de Albee, para evitar este grave inconveniente, limitando el injerto, en caso de haber sólo dos vértebras y una articulación lesionadas, a las apófisis espinosas de ellas exclusivamente, dejando libres las demás. La teoría que exponen comparando la acción mecánica de esta operación a la que ejecutan los dedos al sostener abierta una pinza de madera de las que se utilizan para tender ropa lavada es sugestiva, sólo que no sé hasta qué punto eso podrá resultar en la práctica. Según ellos, muy bien.

Tampoco la disminución de la cifosis han podido conseguirla los cirujanos que han empleado el injerto; sólo Albee pretende haberlo conseguido alguna vez. Esto, en cambio, con los procedimientos ortopédicos incruentos por el decúbito supino, se consigue muchas veces, y, sobre todo, como ya hemos visto,

la compensación lordósica de las articulaciones por encima y por debajo de la lesión, que cuando ésta no es muy extensa logra disimular la deformidad mucho más.

F. C. Kidner y F. Muro, de Detroit, en 1927 (*The Journal of Bone and Joint Surgery*), han hecho comparaciones de resultados, eligiendo en lo posible parejas de pótticos del mismo tipo y gravedad. De esas parejas, uno era operado por el procedimiento de Albee, y el otro, sólo por la desgravación en decúbito supino del procedimiento clásico ortopédico incruento, y han sacado las siguientes conclusiones:

- 1.<sup>a</sup> La curación del mal de Pott en el niño depende generalmente de un largo y continuo decúbito.
- 2.<sup>a</sup> Los casos operados tienen necesidad de cuidados tan prolongados como los no operados.
- 3.<sup>a</sup> Los casos no operados curan con una flexibilidad mucho mayor que los operados.
- 4.<sup>a</sup> La convalecencia, alguna vez más corta en los operados, no merece la pena de los peligros de la operación.
- 5.<sup>a</sup> Los casos curados por operación y sin ella necesitan los mismos cuidados y precauciones durante la convalecencia.

No es solamente este autor el que coincide con las conclusiones que ya di yo hace quince años, sino otros muchos que las dimensiones de un discurso no permiten enumerar.

En el XXXVIII Congreso de la Association Française de Chirurgie, celebrado en 1929, se puede ver ya el resumen de opiniones, muy interesantes. Los ortopédicos antiguos, que han venido tratando siempre el mal de Pott por los procedimientos incruentos, después de ensayar el cruento, han vuelto a ser partidarios del incruento, que habían usado en una larga práctica. Así opinan hoy los bien conocidos universalmente, como Vignard, de Lyon; Sorell, de París; Poissonnier, de Amiens; Froelich, de Nancy; Gourdon, de Burdeos; Calot, de Berk; Massart y Finikoff, de París; Rollier, de Leissyn; Lorenz, de Viena; Nissen y Meyer Ruees, de Leipzig, y otros de los que más se han ocupado de esta enfermedad desde hace muchos años. Los más intervencionistas no han podido menos de reconocer que en los niños es preferible siempre el método antiguo, y hasta condicionan ya el de los adultos, coincidiendo la mayoría, como no podía menos de suceder, en que el procedimiento de Albee es sólo un medio más de inmovilizar la columna vertebral, que no tiene acción ninguna sobre la infección general, y buena prueba de ello es que, con operación y sin ella, hay que preocuparse del tratamiento general para luchar con una infección que es también general. Ni aun el *bloqueo*, de que tanto se ha hablado y escrito en estos últimos tiempos, se ha visto que pudiera influir en la mejoría del estado local, confirmándose, en cambio, por razones que más adelante expondremos, que predispone en ciertas épocas de la lesión a metástasis peligrosas, como focos de meningitis, procesos pulmonares, etc., que ya de antiguo señalaba la clínica,



aunque por distintos mecanismos, algunas veces, de la que realmente se creyó en un principio, como veremos.

Un hombre de la práctica de Calot, de Berk, al tratar esta cuestión, después de haber tenido la idea de la osteosíntesis en 1897, la abandonó, y hoy día se muestra partidario convencido del tratamiento incruento ortopédico exclusivamente. De su gran experiencia personal saca las siguientes conclusiones:

- 1.<sup>a</sup> La osteosíntesis sola es impotente para mantener la corrección de las gibosidades.
- 2.<sup>a</sup> No se abrevia la duración del tratamiento.
- 3.<sup>a</sup> La mortalidad es más elevada en los enfermos tratados por el método cruento.
- 4.<sup>a</sup> No tiene ninguna influencia sobre la evolución de los abscesos y hemiplejías.

Calot, hace, por fin, una pequeña concesión al método cuando es aplicado, en casos ligeros latentes en el adulto, después del cuarto año. Aun en estos casos, algunos cirujanos con buen sentido, en vista de que el injerto no actúa sobre la deformidad, sino que, lo más que hace, es dejarla en el estado en que se la encontró, aconsejan hacer primero el tratamiento incruento ortopédico, para corregir la giba en lo posible, y luego emplear el injerto para sostener la corrección. En un caso de esta índole he visto fracturarse el injerto y tener que recurrir de nuevo al decúbito para intentar curarlo.

Además, señores, quiero hablar de un asunto que no sé si alguno habrá tenido el valor de comentarlo; pero que yo, desde luego, lo acometo, por creerlo de conciencia. A ello me da derecho el que, cuando yo empecé a cultivar la especialidad, era intervencionista, haciendo cuantas operaciones cruentas creía necesarias. Me hizo desistir de las intervenciones la falta en España del ambiente de que yo había visto rodeados a mis maestros del extranjero. Allí todo era disciplina y respeto; aquí, por el contrario, todo era indisciplina, además de la imperfección y falta de elementos. En vista de que esto cada día aumentaba, y que esas graves faltas las pagaban los enfermos, decidí, de entonces en adelante, no hacer más que aquello en que sólo yo había de intervenir, puesto que yo sólo había de ser el responsable. He aquí la razón que desde aquel momento influyó en mí para dedicarme sólo a la ortopedia incruenta, dejando las grandes intervenciones a los cirujanos generales, puesto que en aquella época no existían especializados. Pues bien, señores, si bien el progreso hoy es grande, también es mayor el número de auxiliares que deben intervenir, y, en cambio, la relajación de la disciplina aumenta, y el cirujano va aceptando mayor número de responsabilidades ajenas, aunque creo compensada esta aceptación con la menor exigencia para responder de ellas. Esto quizá los que están en las alturas no lo notan ya; pero si miran hacia abajo, allá por sus comienzos, verán con espanto el camino andado por muchos de ellos, pensando que la actuación de todos esos auxiliares está llena de detalles, de los cuales, uno incumplido, puede costar la vida a un

enfermo y el crédito a un cirujano. Es decir, que a mí me faltó, en aquella época, por lo menos el valor para saltar por todo esto. Hace ya bastantes años, cuando, decidido, seguía este camino que me había impuesto, no sé si en una consulta, extrañó a un querido compañero nuestro (vivo está, y no me dejaría mentir) que yo abandonara por ese motivo a un enfermo de mi especialidad. Hube de darle esta explicación, que hasta hoy, en este momento, para mí solemne, no había vuelto a dar. El ilustre y por mí admirado cirujano Dr. Stocker, hijo de uno de mis más queridos maestros, por su bondad, su modestia y su sabiduría, podría dar razón de cuanto he dicho. Esta es también causa, sin duda, de que, habiendo tenido hasta hoy éxito en el tratamiento de una dolencia tan grave como ésta con procedimientos tan sencillos, aconseje que me imiten, mientras con otros procedimientos cuya superioridad, como veis, no está demostrada, no se haga necesario cambiar. Yo he sido siempre partidario de lo más sencillo, por creer sea lo mejor, y porque, sobre todo, pueden utilizarlo el mayor número de médicos. Esto pasa con el procedimiento que yo he seguido, y que, con ligeras variantes, siguen todos los especialistas más afamados que llevan ejerciendo esta especialidad en Europa muchos años, teniendo la ventaja, por su sencillez, de que lo puedan utilizar, sobre todo en España, hasta los más humildes médicos rurales, que pueden disponer de los medios necesarios en cualquier parte, con la seguridad de tener un éxito, y que, en caso de error de diagnóstico, no pueden proporcionar ningún perjuicio al enfermo.

Hechas estas consideraciones necesarias para que a todos aquellos que no han profundizado clínicamente en este problema no les asombre que con tan sencillo procedimiento haya curado a tantos enfermos, sin recurrir a novedades, que, por otro lado, no lo son, como habrán podido observar los que me hayan leído o escuchado, paso a explicar el procedimiento, pero antes quiero hacer mención de las conclusiones de mi ponencia en el Congreso Nacional de Cirugía de 1918, para que pueda verse que aun tienen toda la actualidad necesaria, pues hasta los más modernistas partidarios de la intervención han tenido que admitir que en los niños, que son los que más padecen en nuestro país la espondilitis tuberculosa, no existe otro medio mejor de curación que el incruento. He aquí las conclusiones de mi trabajo:

1.<sup>a</sup> El tratamiento local del mal vertebral de Pott, en todo caso, ha de ser la desgravación de la columna vertebral, y en casos especiales, según el estado de progreso del foco y región de dicha columna en que se desarrolla, combinada con la inmovilidad y la suspensión.

2.<sup>a</sup> De todos los medios cruentos e incruentos ideados hasta hoy con objeto de desgravar la columna vertebral, ninguno supera al reposo del enfermo en decúbito supino, con posición más o menos lordótica, según los casos.

3.<sup>a</sup> El procedimiento mejor para conseguir la des-



gravación en la forma dicha es la cama canal de Lorenz o Renard; porque, además, permite la soleación completa para el tratamiento general y demás cuidados higiénicos que se han de tener con el enfermo.

4.\* Tanto la laminectomía como la transversotomía deben seguir relegadas al olvido, para emplearlas exclusivamente en casos muy excepcionales, en que su indicación esté muy claramente determinada.

5.\* Las operaciones de A. Hibbs y Albee no responden al fin para que han sido creadas, dados los conocimientos actuales de la anatomía y fisiología de la región y de la anatomía patológica y terapéutica de esta enfermedad, debiendo desecharse, desde luego, por estar contraindicadas en las primeras épocas de la lesión, y reservando para cuando la clínica haya demostrado su superioridad sobre los demás métodos sencillos que hoy se emplean con éxito, si han de quedar definitivamente en la práctica del tratamiento del mal vertebral de Pott o ser desechadas por complicadas, inútiles o perjudiciales en las restantes fases de la enfermedad.

6.\* La helioterapia es hasta hoy el medio curativo que ha dado más resultados en el tratamiento del mal vertebral de Pott, activando como ninguno la curación de las lesiones locales, al propio tiempo que es el mejor estimulante para levantar el estado general del enfermo, garantizando su curación total permanente, con restitución de la función en aquellos casos en que las lesiones anatómicas lo permitan.

7.\* El baño de sol no tiene acción directa sobre la lesión local sino de una manera indirecta por la acción general sobre el organismo, y no puede ser útil si no se emplea al aire libre en forma de baño general.

8.\* Tanto los tratamientos farmacológicos como los hidrominerales, no son más que auxiliares de los anteriores, y deberán siempre supeditarse y adaptarse a la buena aplicación de aquéllos, para que no se impida su acción benéfica, decisiva y demostrada.

Estas conclusiones de mi ponencia en el Congreso Nacional de Cirugía de 1918 poco pueden modificarse hoy; en lo fundamental, nada. La experiencia ha venido a confirmarlas.

El procedimiento que yo empleo desde hace tantos años es el siguiente: Ante todo, debe hacerse el diagnóstico, aquí, como en todo proceso, y más si es un proceso fímico como el que nos ocupa, cuanto antes. Una vez comprobada la existencia del mal de Pott, la radiografía de frente y de perfil del foco en la columna vertebral nos dará la norma a seguir, que será la posición más o menos lordósica que hay que elegir para sacar la negativa en escayola, sin exagerarla, para que sea tolerable, que tiempo hay luego para aumentarla conforme aumente la tolerancia colocando en el lecho algodones o almohadillas. Una vez elegida la posición, se coloca al enfermo en decúbito prono, elevando la cabeza y los pies con almohadas. Previamente se habrá preparado una compresa de

doce espesores de tarlatana, bien impregnada de buena escayola, y de una dimensión que pueda cubrir bien desde el occipucio hasta la raíz de los muslos. Yo me he servido muchos años de la cama de Abbot, con su hamaca, sobre la cual colocaba al enfermo boca abajo y suspendiendo los pies, elevados con la polea más o menos, para buscar el grado de lordosis deseado; pero esto se consigue igualmente sobre una mesa, buscando la lordosis con almohadas colocadas en la cabeza y en los pies, como aconseja Lorenz. Una vez elegida la posición, se moja la compresa y se adapta y moldea perfectamente al dorso del enfermo. La compresa por los costados no debe pasar de la línea axilar prolongada hacia abajo. Una vez seca, ya tenemos la negativa. En los enfermos pobres, esta misma sirve, si tenemos la precaución de darle una mano espesa de barniz, formado por una solución concentrada de silicato de potasa, para darle consistencia e impermeabilidad, y forrándola luego de bayeta o gamuza. En los enfermos pudientes se saca una positiva en escayola, sobre la cual se modela un aparato de celuloide, que resulta, además de fuerte, muy ligero, poniendo en su interior fieltro fino o gamuza. Estos lechos así obtenidos se colocan fijos en unas tablas largas, para que en ellas se apoyen las piernas y los pies en extensión, las cuales tienen unas fuertes asas, que sirven para transportar al enfermo cómodamente, sin sacarle del aparato. El enfermo hace sus necesidades, o en un orinal de cama, o se hace en la tabla, a la altura del ano, un agujero, para que, elevada por dos apoyos en sus extremos, deje espacio para colocar un vaso. Con objeto de hacer la limpieza diaria del enfermo, o para que tome el baño de sol por el dorso, se vuelca el aparato con el enfermo, quedando éste en decúbito prono, y apoyando el mentón sobre las manos y los codos sobre el plano, con objeto de conservar la posición lordósica conveniente mientras duran esas operaciones. Para colocar de nuevo al enfermo en el aparato no hay más que, bien sujeta, dar la vuelta a la cama con el enfermo, que vuelve a quedar en su posición primitiva; y he aquí la gran ventaja de esta cama: que el enfermo volverá siempre a ocupar la misma posición primera que elegimos, y, por lo tanto, la columna vertebral y todas sus piezas volverán a ocupar exactamente las posiciones elegidas, sin temor a que un cambio de postura varíe nuestro plan de continuar la desgravación de las lesiones, puesto que el aparato no permite, por su adaptación, variación alguna. De tal forma es efectiva esta beneficiosa acción, que a los pocos días de establecida dicha desgravación y corrección en la forma indicada, el enfermo siente desaparecer todas sus molestias, desapareciendo al mismo tiempo el característico estado de depresión de los pótticos. Vuelve el apetito y el sueño, ya lo habéis visto en el caso referido anteriormente; el bienestar es tan grande, que el enfermo no sólo no consiente que se le ponga en posición vertical, por temor a que vuelvan las molestias que amargaban su existencia antes de emplear este sencillo medio de tratamiento, sino que



no hay familia que no quede sorprendida ante esta rápida mejoría, y al ver, sobre todo en los niños, lo bien que conservan la quietud, que nunca creyeron conseguir cuando se les propuso esta inmovilidad. Ellos no contaban con que el instinto de conservación había de conseguir este aparente milagro.

Si nosotros nos fijamos en los estudios hechos por Menard, confirmados por la radiografía, veremos que todo mal de Pott tiene una primera fase de ulceración y destrucción de los cuerpos vertebrales. A causa de esto, la columna vertebral se flexiona y determina la gibosidad. Los abscesos a distancia, por donde los detritus prevertebrales se abren paso, se establecen. Este período dura, próximamente, un año o año y medio como máximum. En este período es cuando, lo antes posible, para que las destrucciones sean menores, se debe establecer la desgravación, para aguardar al segundo período, el de la tendencia a la reparación de las lesiones, que es mayor o menor, según los casos, naturalmente. Las lesiones ulcerosas se detienen y se limitan; los cuerpos vertebrales se aproximan y se sueldan, y la curación anatómica se efectúa. Esta es regla general en el niño, más rara en el adulto, donde, por otras concausas, a veces la soldadura ósea falta, como ocurre muchas veces en una simple fractura en el adulto, en individuos que creímos que sólo padecían el traumatismo, y nos encontramos con padecimientos latentes concomitantes que hay que salvar. La evolución de un mal de Pott se efectúa con normalidad en uno, dos o tres años, aproximadamente, según los casos, teniendo en cuenta que, si no se ha seguido un tratamiento racional ortopédico, persisten los focos tuberculosos mal extinguidos, sin tendencia a la consolidación y susceptibles de reproducirse. A evitar esto tiende, en primer lugar, la desgravación, que durante ese período evita la gran destrucción, la más importante, la que origina el peso de unas vértebras sobre otras y de toda la columna vertebral, sobre un tejido que se desmorona a la más ligera presión, y cuyo fin es cumplir la ley biológica de que todo órgano necesita como primera condición para restituir su normalidad el reposo, y que la columna vertebral que sostiene con su potente musculatura erguido el cuerpo humano y todo el peso de sus vísceras no tiene un reposo absoluto más que en la posición horizontal, en que cesan las contracturas reflejas propias de todas las lesiones articulares. Esto es lo que hace decir a la doctora Mde. Sorell Dejerine, en su interesante obra sobre «Contribución al estudio de las paraplejías póticas», que el tratamiento ambulatorio es siempre ilusorio, y no impide jamás las complicaciones del porvenir; que aun la osteosíntesis, que considera como una excelente operación, a la cual hay que acudir a menudo como recurso en el mal de Pott del adulto, no puede substituir a la inmovilidad por decúbito supino, gracias a la cual solamente se podrá impedir el desarrollo de una paraplejía pótica, pudiendo ser considerada, con justo título, como el tratamiento único preventivo de dicha paraplejía,

y que aun en el caso de recaer en un adulto, al que ha de hacerse el procedimiento de Albee, *debe precederle, si se quieren evitar tan graves complicaciones*, que, en caso contrario, son de esperar cuando existen grandes fusiones de cuerpos vertebrales. Esto en cuanto se refiere al adulto, porque en el niño jamás se deberá utilizar más que el primero, hasta conseguir la completa curación.

R. Lefort y Bandelot, intervencionistas decididos, en un trabajo publicado en el número 41 del 11 de Octubre de 1930 de *L'Echo Medical du Nord*, pretenden quitar gravedad a la laminectomía en el tratamiento de las paraplejías, y coinciden, sin embargo, con Mde. Sorell-Dejerine en que no está justificada más que en casos de compresión ósea, y no excluyen de esa autorización para la intervención el peligro de que no dé resultado, por haber generalmente otras lesiones consecutivas sobre las cuales no tiene acción alguna. De mí sé decir que en los muchos casos que he tratado en nuestro país, sea porque el mal de Pott no alcance aquí esos períodos de destrucción, y siempre he visto que esas lesiones son debidas a trastornos producidos por paquimeningitis exclusivamente, es lo cierto que jamás tuve que recurrir a esos medios violentos y todos se han curado con el tratamiento incruento.

En un trabajo publicado por Etienne Sorel, Paul Bufnoir y Mlle. J. Finnet en la *Presse Medicale* el 20 de Mayo de 1931 sobre «Algunas observaciones sobre las tuberculosis quirúrgicas. Evolución de las ideas sobre el tratamiento durante la década 1920 a 1930, según las estadísticas del Hospital Marítimo de Berck», hacen el resumen siguiente sobre el tratamiento del mal de Pott, y dicen: «Ella (la operación de Albee) ha tenido fortuna variable desde que fué propuesta, rechazada por unos, aceptada por otros con gran entusiasmo, que hizo sobrepasar las indicaciones razonables, contribuyendo a reforzar los argumentos de sus detractores.» En esa estadística se mencionan 272 operaciones anquilosantes, de ellas, en el adulto, 268, y en el niño, sólo esos cuatro casos especiales en muchachos de más de catorce años fué indicada y ejecutada.

En cambio, en el adulto se ha hecho en un 27 por 100, existiendo hoy muchas contraindicaciones, bien estudiadas, y, desde luego, la general de no emplearse en el niño. De todas maneras, hay que recordar y tener muy en cuenta en apoyo de mi tesis las palabras del Dr. M. Menard: «Aun en el adulto debe preceder el tratamiento ortopédico al injerto, si se quiere tener éxito. No se deben operar las tuberculosis jóvenes, hay que dejarlas envejecer.» Palabras de este gran clínico, cuya experiencia hace desaparecer el consejo de Albee, de operar en los primeros momentos de la enfermedad, que, además de los desastres, evitará las equivocaciones, como hemos visto, tan temibles en esta primera época. Mis razonamientos de hace quince años encuentran confirmación, como se ve, y es que están fundados en los mismos hechos clínicos, que sólo la experiencia ha confirma-



do por el hecho de que tan clara idea dan las siguientes palabras de Etienne Sorell: «Cuando al principio la lesión se instala, el enfermo se encuentra en ese período de invasión bacilar que precede y acompaña a toda manifestación tuberculosa. Frecuentemente, la alteración del estado general, pérdida de peso, y, a veces, hasta la elevación de la temperatura, marcan un estado de bacilemia. Durante un período de duración variable, el enfermo queda susceptible para tener otras localizaciones bacilares óseas o viscerales. Si durante este período se opera y otras localizaciones sobrevienen inmediatamente, se acusará a la operación, y de ahí viene la leyenda tan tenaz de las generalizaciones postoperatorias. La intervención, sin embargo, no ha podido actuar más que determinando una debilidad momentánea del organismo, y puede achacársele la responsabilidad de accidentes ulteriores que quizá se hubieran producido sin esa circunstancia. Más vale, pues, no intervenir en ese período peligroso, durante el cual ningún traumatismo suplementario debe ser impuesto al organismo. Pero este organismo lucha contra la infección general. El logra poco a poco aislar, por decirlo así, la lesión, y a partir de cierto período, la osteoartritis evoluciona como una lesión localizada sobre un terreno que se ha convertido en sano.» Este *bloqueo* que la Naturaleza establece tan admirablemente, es, sin duda, el que han pretendido ejecutar los cirujanos sin conseguirlo.

Hasta aquí las razones de orden general; veamos ahora las que sigue dando de orden local: «Es aún demasiado pronto para operar: Largo tiempo, en efecto, durante la fase de destrucción, de plena evolución, las lesiones son difusas; poco a poco se elabora en su periferia un tejido escleroso que las limita, una barrera de protección que toma a su vez, por decirlo así, la ofensiva, y busca rechazar y ahogar las lesiones.

Si se opera demasiado pronto, hay exposición de hacer intervenciones demasiado amplias; se ponen, por otra parte, en contacto con los productos tuberculosos tejidos óseos que no están entrenados para luchar contra ellos, y la experiencia muestra que, en esas condiciones, la cicatrización se hace mal y los resultados no son buenos. Hace falta esperar que el tejido de reacción se haya formado. Debemos esforzarnos en facilitar al organismo la lucha que sostiene. Es necesario instituir un tratamiento general lo más favorable posible y un tratamiento local de desgruación e inmovilización que, oponiéndose a la destrucción compresiva de la ulceración, evite las desviaciones, limite dicha destrucción y reserve el porvenir de la función.» Esto no puede hacerlo ningún procedimiento como el ortopédico incruento que hemos descrito, y en eso ha consistido su mayor éxito y supremacía sobre todos los demás.

Del tratamiento general estamos a la misma altura que hace quince años, poco más o menos. La vanidad nuestra ha pretendido, en esta como en otras ocasiones, crear tratamientos específicos que han fra-

casado, y sólo podemos hasta ahora limitarnos a no estorbar a la Naturaleza su labor, que, como hemos visto antes, merece nuestra admiración y respeto.

Otra nota quiero dar antes de acabar sobre el tratamiento local de los abscesos por congestión, que la práctica me ha enseñado. Hace muchos años que, con todas las garantías de una rigurosa asepsia, vacío los abscesos con un aparato aspirador; pero jamás empleo las inyecciones llamadas modificadoras que muchos utilizan. Me limito sencillamente, después del vaciamiento por punción aspiradora, a emplear una moderada compresión, repitiendo la punción si se reproduce.

Desde que uso este procedimiento, las punciones se hacen menos frecuentes y necesarias, y las curaciones, si está bien establecido el tratamiento local y general, son mucho más rápidas que cuando usaba las inyecciones modificadoras.

Me inspiró este procedimiento, del que estoy igualmente muy satisfecho, la reflexión a que me obligó el conocimiento de la marcha de este proceso, evitando interrumpir con cualquier intervención extemporánea la autocuración que la economía tiene establecida en esta enfermedad. Mi juicio es que no debe estorbarse esta marcha hacia la curación, que la Naturaleza tiene establecida, con nada, y sí sólo ayudarla. Si está prohibida la apertura de estos abscesos, con objeto de que el aire no proporcione asociaciones microbianas que impidan la curación espontánea de los focos cuando son exclusivamente tuberculosos, también debe prohibirse la introducción de elementos que puedan trastornar el curso de esa evolución autoterapéutica que el organismo utiliza. La Clínica siempre confirma lo que la lógica impone, y en esta ocasión, como en otras muchas, ella nos ha dado la seguridad de que habíamos acertado, puesto que el éxito es manifiesto.

Con esto y con recordar que la espondilitis tuberculosa o mal vertebral de Pott es quizá la osteoartritis que enseña mejor por qué se debe y cómo, ser conservador con estos enfermos, termino no sin antes hacer una advertencia que implica una gran enseñanza práctica.

Como creo de una gran importancia en estos enfermos el bueno y libre funcionamiento de sus aparatos respiratorio y digestivo, lo que con el método expuesto se consigue en absoluto, y necesitando durante la convalecencia el uso de un corsé que continúe respetando esas importantísimas funciones, a la vez que evite movimientos violentos del enfermo y gravamen brusco en la columna vertebral, vengo utilizando en mi práctica, con este objeto, un modelo del Dr. Egnar Nirop, de Copenhague, que llena a satisfacción esas esenciales condiciones. La índole de este trabajo no me permite describirlo, pero en el tomo 26 de la *Zeitschrift für Orthopädische Chirurgie*, de Offa y Joachimsthal, de Bertin, se encontrará su descripción y variedades, acompañadas de numerosos grabados. Yo lo he enseñado a construir a varios ortopédicos de Madrid, teniendo en cuenta que es necesario dirigir y vigilar dicha construcción, y mucho más



las modificaciones necesarias en cada caso, para no caer en el defecto, por desgracia muy común en los médicos, de no querer descender hasta estos detalles, abandonando sus enfermos a la incapacidad y rutina de estos obreros, que no pueden resolver esos problemas por desconocimiento absoluto de sus fundamentos, y en los que se observa una cierta pretenciosa autoridad, a que ha dado lugar precisamente la ausencia de autorizada intervención del médico, que, faltando a su deber, ha permitido ejercer ese oficio sin limitación de ningún género. Hay que convencer a unos y a otros de la grave falta que esta conducta supone, por ser origen de muchos desaciertos en la cirugía ortopédica en general.

Si mi experiencia sirviera para ser útil en el alivio de estos enfermos, y mi manera de proceder para ejemplo de una prudente conducta profesional, me daría por satisfecho.

### III

Debería finalizar, como es ahora costumbre, con una bibliografía que recogiera el ánimo del que la leyera; mas como siempre fui amigo de la verdad, ya que, por desgracia, pocos o ningún nombre español podía figurar en ella, prefiero copiar un trozo del muy sabroso prólogo que D. Miguel de Cervantes Saavedra puso al inmortal libro *El Ingenioso Hidalgo Don Quijote de la Mancha*, que viene muy a cuento, para que vean ciertos señores, que se las dan de innovadores y eruditos, que es achaque antiguo, y de antiguo también descubierto, tan pueril truco. Dice así:

*«Vengamos ahora a la citación de los autores que los otros libros tienen, que en el nuestro faltan. El remedio que esto tiene es muy fácil, porque no habéis de hacer otra cosa que buscar un libro que los acote todos, desde la A hasta la Z, como vos decís; pues ese mismo abecedario pondréis vos en vuestro libro, que puesto que, a las claras, se vea la mentira, por la poca necesidad que vos tentades de aprovecharos de ellos, no importa nada; y quizá alguno habrá tan simple, que crea que de todos os habéis aprovechado en la simple y sencilla historia vuestra; y cuando no sirva de otra cosa, por lo menos, servirá aquel largo catálogo de autores a dar de improviso autoridad al libro, y más que no habrá quien se oponga a averiguar si los seguisteis o no los seguisteis, no yéndole nada en ello.»*

¡Qué mejor final para este trabajo, dedicado a prevenir jorobas del cuerpo, que mencionar algo de aquel que fué y será eternamente enderezador de jorobas de almas, sobre todo si son españolas, y que es conocido universalmente a través de los siglos como Príncipe de los Ingenios!

Además, que, como él dice y yo repito, cuando no sirva de otra cosa, por lo menos, servirá a dar de improviso autoridad a esta pobre disertación de un modesto médico que se siente cada día más orgulloso de ser español, precisamente cuando aumenta el número de los que no desean serlo.

## Estado actual de nuestros conocimientos sobre la neurona

POR EL

DR. VICTOR MOET

### Y III

La fisiología y la patología de la neurona se deducen juntas del estudio histológico, y sólo de un modo artificial y empírico pueden ser estudiadas separadamente. Dado que la mayor fuente de nuestros conocimientos sobre la fisiología y patología del elemento nervioso se deduce de los exámenes histopatológicos, estudiaremos en primer lugar la histopatología, para luego, en último término, deducir de ella los fundamentos de la fisiología.

#### HISTOPATOLOGIA

La histopatología de la célula nerviosa, especialmente en lo que se refiere a la Psiquiatría, está bastante bien estudiada. Cuatro puntos son particularmente interesantes en esta cuestión:

- 1.º Modificaciones funcionales.
- 2.º Procesos de involución.
- 3.º Lesiones celulares.
- 4.º Procesos de regeneración.

1.º *Modificaciones funcionales.* — Desde el arribo de los estudios histológicos a su estadio verdaderamente científico, los autores han buscado en la célula nerviosa las modificaciones estructurales que corresponden a cada función neurónica. Los estudios sobre las neurofibrillas y la substancia cromática han sido los que se han seguido con mayor constancia y detalle. De este modo, el descubrimiento de Nissl dió nuevo impulso a las investigaciones de los histólogos en el sentido de poder encontrar bajo los múltiples detalles de la estructura celular la indicación precisa de una función biológica.

En lo que se refiere a los cuerpos de Nissl, las opiniones están hondamente divididas. Para Nissl y Marinesco no existen relaciones constantes entre el tipo de las alteraciones de la substancia cromática y una función determinada. Para Lugaro, las células en actividad presentan un aumento de volumen del protoplasma y una reducción del volumen del cuerpo tigroides, que se hacen menos cromófilos. En los perros, después de la fatiga, existe una cromatolisis central. Admítese, por lo general, que los cuerpos tigroides son un testigo de la actividad celular y posiblemente una substancia de reserva.

Por lo que se refiere a las neurofibrillas, los estudios de Cajal y Tello en determinados animales durante el periodo de invernación, han demostrado que el retículo neurofibrilar se relaja, las neurofibrillas son gruesas y en menor número que durante el periodo de actividad estival. En esta época, por el contrario, el retículo de neurofibrillas se aprieta, las mallas aumentan y las neurofibrillas se hacen más finas y gráciles. Estos hechos, comprobados experimentalmente, elevando o descendiendo la temperatura del laboratorio, han permitido a los autores deducir que durante el periodo letárgico las neurofibrillas se aglomeran porque no sirven de soporte a ninguna actividad, y que cuando llega el periodo de actividad el retículo se forma de nuevo.

2.º *Procesos de involución.* — La vida de las células nerviosas dura tanto como la vida del organismo, ya que éstas no se reproducen. Desde el nacimiento hasta los veinte o veinticinco años crecen, les nacen las dendritas



y se cargan de pigmento. Hacia el fin de la vida presentan frecuentemente signos de senectud.

Esta involución senil se manifiesta por alteraciones morfológicas, caracterizadas por atrofia y desintegración protoplasmática, disminución y deformación de los cuerpos tigroides, sobrecarga pigmentaria y atrofia de las prolongaciones axodendríticas. En derredor de la célula se produce en estas condiciones una proliferación neuróglia que tiene por fin conducir a su desintegración completa, algunas veces por una verdadera neurofagia.

3.º *Lesiones celulares.*—El perfeccionamiento mismo de la estructura citológica de la célula nerviosa hace que ésta sea muy poco resistente a los agentes vulnerantes, sean de la clase que quieran. Esta labilidad hace que la célula responda a la acción nociva por un proceso de diferenciación estructural que interesa todos los elementos.

El llamado síndrome de degeneración primitiva es un conjunto de lesiones en grados variables, que conducen o no a la desintegración completa celular. Aquí la lesión ataca primitivamente la célula. En ciertas afecciones de virus neurotrópos obsérvese un máximo de lesiones de neurofagia, es decir, la fagocitosis de la célula por los elementos neuróglia o histioides. Existen también síndromes de degeneración secundaria o, lo que es lo mismo, alteraciones celulares consecutivas a lesiones de las prolongaciones. El arrancamiento del facial en el perro conduce a la degeneración del núcleo de origen. Trátase, en síntesis, de lesiones semejantes a las anteriores.

4.º *Regeneración celular.*—Los procesos de regeneración celular son indudables cuando se trata de lesiones ligeras. Pero no es menos cierto que estos procesos son muy débiles y raros si se les compara con los que presentan las células menos diferenciadas. Esta pobreza en el proceso de regeneración se ve confirmada por el hecho de que las células nerviosas no presentan actividad proliferativa. De estos hechos pueden deducirse algunas conclusiones:

1.ª La extrema diferenciación celular en el hombre muestra la impotencia de la célula a multiplicarse y a regenerarse.

2.ª Resulta que todas las adquisiciones efectuadas en el curso de la vida tienden, no al aumento numérico de las células, sino a la extensión y proliferación dendro-anoxales y al aumento del número de sinapsis. Mientras que en el viejo los fenómenos de involución son debidos a la reducción del número de neuronas y a la atrofia de las conexiones.

*La fibra nerviosa.*—En el estudio de la fibra nerviosa hay dos problemas principales:

1.º *La degeneración walleriana.*—Waller, en el año 1851 publicó la ley que ha llevado su nombre, que dice: Cuando se secciona un nervio, la parte central persiste, la parte periférica degenera. La importancia de este fenómeno es extraordinaria, y a pesar de las críticas de que ha sido objeto, aun hoy día continúa siendo una de las bases en que se fundan las investigaciones anatómicas neurológicas. El hecho que se produce es el siguiente:

En el lugar mismo de la sección o del traumatismo existen lesiones, tanto sobre el segmento central como el periférico; a este hecho se le ha denominado degeneración primaria. El segmento distal pierde su conductibilidad, el cilindroeje se retrae primero y sufre inmediatamente un proceso de degeneración granulograsosa, la vaina de mielina se segmenta, etc. Paralelamente, las células del sincitium neuróglia se liberan, adquiriendo propiedades

fagocitarias, y se movilizan para digerir la mielina y emigrar cargada de desechos. Hacia el quince día la degeneración suele ser completa.

2.º *Proceso de regeneración.*—Los nervios seccionados se regeneran fácilmente. Los fenómenos de regeneración van precedidos por una proliferación del sincitium de Schwann en los dos cabos. En el extremo central o proximal, las células de Schwann se multiplican, proliferan y se anastomosan brotando de las vainas, del interior de las cuales los axones se dirigen hacia el extremo distal. Los axones no están mielinizados constituyendo un verdadero neuroma. En el cabo periférico existe igualmente proliferación de la vaina, pero en este punto está vacía, constituyendo en tales condiciones un glioma o cuanto más un neuroma aneurítico. La proliferación neuróglia conduce a la unión de los dos cabos, formándose un puente que permite la penetración de los axones en el cabo distal.

#### CONCEPTO FISIOLÓGICO DE LA NEURONA

Según el concepto de Waldeyer, las neuronas, es decir, las células nerviosas provistas de todas sus prolongaciones, tienen entre sí relaciones de contigüidad. Cajal y Van Gehuchten han amplificado y completado el punto de vista fisiológico. Según ellos, la célula nerviosa, centro funcional de la neurona, es también el centro trófico y el centro histogenético de esta organización. En su concepción, la célula es el elemento primordial de la neurona; las prolongaciones axodendríticas no tienen más que un papel de conducción, siendo simples vectores del influjo nervioso, que terminan por arborizaciones libres no anastomosadas, que tienen relación de contigüidad con las terminaciones vecinas.

El papel del cuerpo celular como centro histogenético está demostrado por un argumento embrionario (la neuro-deriva del neuroblasto) y otro experimental (en la sección de una fibra regenera ésta por el cabo proximal).

El papel trófico de la célula ha sido demostrado en la degeneración walleriana, en la que se ve que la prolongación que está separada del centro trófico degenera.

Para Cajal, la célula es esencialmente el centro funcional de la neurona. El influjo nervioso se transforma, distribuye y refuerza por la célula que está cargada de más, por adición y modificación del mencionado influjo. Según la forma de la célula, el influjo se transforma y adapta a las incitaciones motrices, sensitivas, sensoriales, secretorias o psíquicas.

El papel de las prolongaciones es la conducción del influjo nervioso, formando un aparato de recepción, transmisión y emisión. La conducción del influjo se efectúa siempre en un sentido determinado y obedeciendo a las siguientes leyes:

*Ley de la polarización dinámica, de Cajal.*—La transmisión del influjo se efectúa de las prolongaciones dendríticas hacia la célula y de la célula a los axones; o dicho de otro modo: existe una corriente celulipeta en las dendritas y una corriente celulífuga en axon.

*Ley de la distribución en el tiempo y en el espacio, de Cajal.*—Cajal admite que la corriente nerviosa no atraviesa necesariamente la célula cuando el axon nace, como ocurre frecuentemente, por un tronco común con una dendrita; de donde deduce la fórmula: el influjo es axipeto en las dendritas y dendrífugo en el axon.

Partiendo de estos hechos, y para explicar algunos procesos psíquicos, como la atención, el sueño, los ensueños, los delirios, etc., algunos autores emiten hipótesis sobre el funcionamiento mismo de las neuronas, las cua-



les, en realidad, no tienen más que un valor histórico.

Duval sostiene la teoría de ameboidismo nervioso y Cajal piensa que la neuroglia pudiera tener un papel aislante interponiéndose entre las sinapsis.

A la teoría de la neurona han sido opuestas algunas objeciones que actualmente tienen poco valor práctico, si bien permiten afianzarse más en lo que se refiere al funcionamiento de la neurona.

Apathy ha mostrado en los hirudíneos que el retículo neurofibrilar se continúa de célula a célula. Este mismo autor, con Durante y Held, niega la unidad embriológica de la neurona, estando para ellos la fibra formada por una cadena de células especiales que emigran en el mesénquima y se anastomosan cabo con cabo, de donde se deduce el nombre de teoría catenaria. Estos autores, por otra parte, admiten la existencia de un retículo intra y perinervioso. En este sentido, Bethe y Steinach adujeron un hecho experimental observado por ellos en el cangrejo, en el cual no es necesario el cuerpo celular para la conducción del influjo nervioso. Esta experiencia no ha podido ser reproducida ni aun por sus propios autores. Todos estos argumentos permitieron a Bethe y Apathy considerar refutada la teoría de la neurona, reemplazándola por la teoría neurofibrilar que tuvo su época de boga.

Las observaciones de los últimos años, principalmente las clínicas efectuadas durante la guerra, han permitido volver a la teoría de la neurona.

#### ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

En último término, podemos afirmar que la teoría de la neurona es la que mejor cuadra con los hechos embriológicos, histológicos e histopatológicos conocidos. Sin embargo, la célula ha sido descendida de su categoría, no considerándola actualmente más que como centro trófico, negándosele toda actuación en el funcionalismo nervioso. Donde en estos últimos tiempos se fija la atención de los investigadores es en la sinapsis de Sherrington o pieza de unión, edificándose, en consecuencia, un nuevo capítulo de fisiología denominado Sinaptología. La sinapsis no ha podido, hasta ahora, ser estudiada histológicamente y el estudio fisiológico se ha dirigido especialmente a la sinapsis neuromuscular.

Se ha admitido siempre que los troncos nerviosos sirven de conductores de un fluido de calidad específica, considerado como un líquido o un gas por los médicos y filósofos pregalénicos, como identificable con la electricidad después de los descubrimientos de Galvani y Volta. Raymon y Du Bois han dado base experimental a esta hipótesis, demostrando que se produce una corriente de demarcación u onda negativa cuantas veces se excita un nervio. Esta corriente acompaña como una sombra al influjo nervioso y es por lo que determinados autores lo identifican con él. Otros autores, por el contrario, lo consideran como un epifenómeno del influjo, el únicamente perceptible para nuestros actuales métodos de conocimiento. Experimentalmente todo ocurre como si la onda negativa y el influjo nervioso fueran una misma cosa. Jamás circula la onda nerviosa sin que el nervio manifieste una corriente de acción y tanto una como la otra llevan un mismo destino.

*Velocidad del influjo.*—En el año 1850, Helmholtz, por experiencias de una delicadeza notable ha podido medir la velocidad del influjo en la rana, la cual es de 28 a 30 metros por segundo. Piper, en el hombre, dió la cifra de 117 a 125 en las fibras mielínicas. Esta diferencia es seguramente debida a la diferencia de temperatura, tres

veces mayor que en la rana. En las fibras amielínicas esta velocidad es mucho menor (8). La intensidad del influjo varía según las fuerzas de los estímulos iniciales, la frecuencia de sus repeticiones, su naturaleza, etc.

En cuanto a la naturaleza misma del influjo, ciertos autores admiten su carácter mecánico de onda de deformación elástica, química, polarización de determinados iones, eléctrica, etc.

En último término de este trabajo, que con mucho sobrepasa a la extensión que deben tener estas informaciones científicas, diremos algunas palabras sobre la «cronaxia». Lapicque, en una serie de trabajos notables, ha establecido de un modo sólido la teoría de la cronaxia. Por este nombre se designa la velocidad de excitabilidad propia de cada protoplasma. Cada neurona cuenta el tiempo con una unidad que le es propia. La estabilidad y el influjo nervioso son reglamentados por esta unidad. El influjo pasa de una a otra neurona cuando tienen la misma cronaxia (ley del isocronismo) y no pasa cuando existe una gran diferencia. La desunión cronaxica se produce cuando entre nervio y músculo las cronaxias difieren en la relación 1 a 2.

Las gamas cronaxicas establecen las vías preferentes y aun exclusivas en el funcionamiento normal. Al lado de la cronaxia de constitución de cada neurona existe una cronaxia de subordinación; o, dicho de otra manera: la cronaxia puede ser modificada por determinada o de terminadas neuronas que están superpuestas funcionalmente, de donde la posibilidad de estudiar las modificaciones y liberaciones cronaxicas en el estado patológico.

## EL DIAGNÓSTICO BIOLÓGICO DE LA ESQUIZOFRENIA (1)

POR EL

DR. ENRIQUE PUYPELO SALINAS

Nosotros hemos encontrado esta diferencia en quince de los casos estudiados, y sólo en uno de ellos es marcadamente apreciable (3 grados de hemolisis más que con las otras especies de glóbulos), siendo en seis casos algo menos marcada (2 grados de diferencia), manifestándose en los seis restantes una diferencia tan sólo de un grado. Teniendo en cuenta que en otros muchos casos ha resultado ser más intensa la reacción frente a los hematíes de personas normales y otras veces frente a los de dementes paráliticos (lo que atribuía Thurzó a una mayor fragilidad de estos hematíes por tratarse de enfermos paludizados), creemos no se puede dar ningún valor a esta particularidad, que es, a nuestro parecer, una prueba no más de la influencia de la resistencia de los hematíes en las reacciones de hemolisis.

Los autores de la reacción pleohemolítica observan en algunas ocasiones modificaciones en los conejos que han servido de sujeto de experimentación, cuyas modificaciones son fundamentalmente la disminución del peso de los animales inyectados con suero de dementes paráliticos y la producción en algunos de los que habían sido preparados con suero de enfermos epilépticos de crisis convulsivas análogas a las propias de aquella enfermedad, con sus contracciones tónicas y convulsiones clónicas, siéndonos obligado decir que ninguna de estas modificaciones ha sido observada en el transcurso de nuestras

(1) Véase el número anterior.

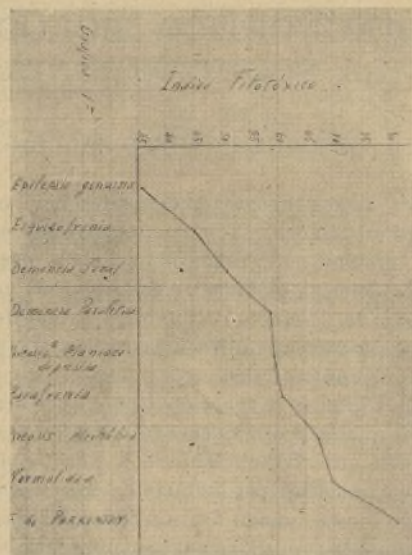


investigaciones, pues el peso de los conejos, constantemente determinado antes y después de las inoculaciones, ha seguido, con ligeras variantes, la curva ascendente propia del período de crecimiento del animal, no habiéndose observado tampoco en ningún momento la menor alteración en los conejos preparados con suero de enfermos epilépticos.

Consecuencia de todo lo dicho es también que no dando un valor más que muy superficial a esta reacción como medio de diagnóstico, no podemos utilizarla para que nos ayude en la comprensión de lo que es en sí el proceso esquizofrénico, ni para poder establecer relación de afinidad o separación entre las diversas formas de la esquizofrenia, pues si bien es cierto que en todas ellas se ha encontrado algún caso en que la reacción ha sido positiva, la proporción de ellos es muy pequeña para poder formular esta diferenciación.

Distinto ha de ser el criterio que sostengamos sobre la utilidad diagnóstica del otro método que hemos empleado para este fin en los sueros de nuestros enfermos.

En efecto: de la estadística anterior de nuestros resultados hemos deducido, conforme a los trabajos de los investigadores anteriores, la existencia en los sueros humanos de una substancia tóxica sobre los protoplasmas vegetales, demostrable en todos los individuos, pues hasta en los sujetos plenamente normales el desarrollo de las semillas era sólo un 56-86 por 100 del de las semillas depositadas en líquido nutritivo exento de dicho suero. Mas también, observando dicha estadística y la gráfica adjunta (véase gráfica núm. 1), notamos que las cifras



medias de los índices fitotóxicos de los diferentes procesos estudiados son en algunos de ellos (alcohólicos, parkinsonianos) muy parecidas a éstas encontradas en los estados de normalidad, mientras que en otros aparece una separación más o menos manifiesta, siendo los grados extremos de esta curva los correspondientes a los enfermos de esquizofrenia, epilepsia, y cercano a ellos los de demencia senil, en los que la toxicidad del suero es claramente manifiesta, y estando situados en el centro de estos opuestos extremos aquellos otros como son la parafrenia y la psicosis maniaco-depresiva, en que si bien no se denuncia una clara acción fitotóxica, demuestran sus sueros una toxicidad ligeramente mayor que en los estados de normalidad.

Refiriéndonos, en particular, a la esquizofrenia y a la psicosis maniaco-depresiva, las cuales son las que más merecen nuestra atención en este trabajo, veremos que el porcentaje de casos en que esta reacción puede ser considerada como práctica es notablemente más elevado que con los otros métodos estudiados hasta la fecha, pues de los casos de esquizofrenia de nuestra casuística sólo en cinco excede el índice de la cifra convencional de 50 por 100, de los que en cuatro es dicho exceso relativamente muy escaso (51 en uno de ellos y 56 en los otros tres). En el otro de los casos en que hemos obtenido cifras francamente altas, de índice fitotóxico, el caso núm. 21, con un índice de 69 por 100, la sintomatología es típica de una esquizofrenia catatónica, pero el antecedente de otros períodos de reclusión, con caracteres análogos al presente, que han remitido totalmente, hace suponer un curso cíclico de la enfermedad asemejable al de la psicosis maniaco-depresiva, que nos puede explicar esta elevación del índice fitotóxico.

Considerando, a pesar de todo, este caso como de resultado negativo de la reacción, podemos, en conjunto, atribuir a ésta como francamente positiva (índice fitotóxico menor de 50 por 100) en un 76 por 100 de los casos de esquizofrenia. En un 19 por 100 de estos casos, la reacción se puede considerar como débilmente positiva (índice fitotóxico mayor de 50 y menor de 60 por 100), y sólo en el 5 por 100 restante de los casos sería francamente negativa por poseer un índice mayor del 60 por 100.

En contraposición a estos resultados en la esquizofrenia, tenemos los encontrados en los enfermos maniáticos, en que el promedio de sus índices fitotóxicos ha sido de 60 por 100, de los cuales sólo uno, el caso núm. 20, ha dado un resultado de 52 por 100, cifra cercana a la de los esquizofrénicos, sin que haya razón clínica alguna que lo justifique, por lo que hemos de juzgar la reacción como débilmente positiva. En los casos restantes, la acción tóxica del suero se ha demostrado ser casi análoga a la de las personas normales.

Expresando estos resultados porcentualmente, diremos que en un 80 por 100 de los casos la acción fitotóxica de los sueros de los enfermos de psicosis maniaco-depresiva se puede considerar negativa, lo cual, unido al tanto por ciento de positividad citada en la esquizofrenia, permite, a nuestro parecer, establecer un margen bastante amplio para que podamos ayudarnos de esta reacción para el apoyo del diagnóstico clínico.

Es de citar a este propósito el resultado obtenido en el único caso estudiado de parafrenia, diagnóstico al que se llegó tras repetida observación clínica y con cierta inseguridad por los caracteres sintomáticos del enfermo, en que la cifra del índice tóxico-vegetal nos acusa una diferencia marcada con la de los enfermos esquizofrénicos.

Otro enfermo que también suscitó discusión clínica ha sido el núm. 45, diagnosticándole por fin, teniendo en cuenta sus antecedentes, como psicosis maniaco-depresiva, pero que en el período de agitación que motivó la reclusión hizo creer que se trataba de un esquizofrénico. En este enfermo el índice fitotóxico demostró bastante claramente que no se trataba de un estado esquizofrénico, pues su coeficiente, de 76 por 100, se halla francamente comprendido en las cifras de la normalidad a que se pueden asimilar los resultados obtenidos en la psicosis maniaco-depresiva.

Otras particularidades que hemos encontrado con la aplicación del método de fitodiagnóstico ha sido la acción tóxica de los sueros de enfermos de epilepsia, punto sobre



el que nos proponemos insistir por creerlo de gran interés y sobre el que no queremos, por ahora, buscar ninguna interpretación.

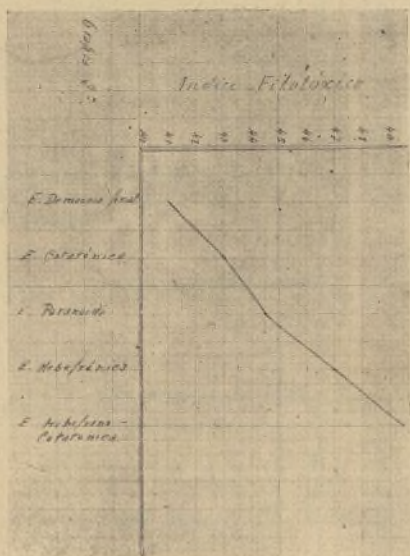
También hemos investigado sobre la persistencia de estos valores, procurando dilucidarlo en los sentidos en que creemos podría interesarnos.

De una parte, hemos repetido la determinación del índice tóxico en sueros que habían sido sometidos a la acción de la luz, mientras que otras porciones de los mismos habían sido conservadas en la obscuridad, no habiéndose obtenido diferencias marcadas, lo que demuestra la nula acción que sobre la supuesta substancia tóxica tendrían los rayos luminosos. De otra parte, hemos investigado la acción tóxica de un suero al cabo de dos o tres días de permanecer en la helera, comparándola con la que presentaba previamente, demostrando así que no sufre dicha substancia alteración por la acción del tiempo. Hemos, por último, repetido la investigación del índice fitotóxico en determinados enfermos a los dos o tres meses de la primera determinación, en casos en que apenas se había experimentado variación en el cuadro clínico, demostrando de este modo que la acción tóxica de los sueros de estos enfermos no puede ser considerada como una cualidad pasajera.

Todo lo hasta aquí dicho nos permite suponer, de acuerdo con Tschérkes y Mangubi, la existencia en la sangre de los enfermos esquizofrénicos de una especial substancia (hemotoxina de Macht y Looney), cuya acción tóxica no había podido ser claramente demostrada hasta el presente por los medios de experimentación conocidos y fácilmente revelable por su acción sobre el desarrollo de los organismos vegetales.

Sobre la naturaleza de esta substancia no tenemos el menor indicio, y creemos debían verificarse detenidos trabajos en este respecto, pues nos pueden ayudar a dar una explicación del mecanismo productor de la enfermedad, apoyándose en las ideas de los que propugnan por la teoría patogénica tóxica de la esquizofrenia.

Por lo que hace a la diferenciación de los diversos tipos



o formas de esquizofrenia desde este punto de vista, no nos atrevemos a establecer una conclusión definitiva, pues como puede apreciarse en la gráfica núm. 2 los índices medios en ellos son bastante semejantes, aun cuando examinando los casos en cada una de dichas formas, no

tamos que en la forma en que dominan los índices más bajos es la catatónica, y a continuación y en orden ascendente la forma demencial, la hebefrénica y, por fin, la paranoidea.

La superioridad de este método sobre la reacción pleohemolítica queda fuera de toda duda, pues aparte de su mayor porcentaje de casos positivos exige un tiempo mucho menor que aquella reacción para la lectura de los resultados, pues empleamos sólo cuarenta y ocho horas en lo que en aquella reacción invertiríamos de diecisiete a veinte días, a más de evitarnos las repetidas punciones a enfermo y animal de experimentación, razones todas éstas que limitarían extraordinariamente su aplicación a la práctica clínica.

No está, sin embargo, el método fitotóxico exento de inconvenientes; lejos de ello, hay numerosas causas de error, dependientes, más que nada, del factor crecimiento de la semilla, pues considerada ésta como individuo es un sujeto de gran variabilidad, siendo preciso, para si no descartar por lo menos disminuir muchos errores, hacer una previa y detallada selección de las semillas (escogiendo aquellas que más se asemejen en la longitud de su raíz, grosor y hasta morfología externa), antes de verificar la siembra definitiva en los tubos de experimentación.

Aun con esta precaución y con la de la siembra en diez tubos por cada suero a estudiar para hallar el promedio (lo que también supone una limitación de los errores ajenos al método), no se puede, a nuestro juicio, dar un valor absoluto a las cifras encontradas en cada caso, pues repitiendo el estudio de un mismo suero con diferentes lotes de semillas hemos encontrado resultados variables en un 2 a un 3 por 100.

Es pues, así, con estas limitaciones con las que podemos considerar a este método como útil en el diagnóstico diferencial entre la esquizofrenia y las psicosis endógenas con las que pudiera ser clínicamente indiferenciable.

#### CONCLUSIONES

De todo lo expuesto nos permitimos deducir las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> Cuantas tentativas se han verificado, tanto desde el punto de vista del estudio corporal como del análisis de los líquidos orgánicos para encontrar un carácter diferencial de los enfermos de esquizofrenia y psicosis maníaco-depresiva, han dado un resultado negativo, imposible de ser empleado con seguridad.

2.<sup>a</sup> Las reacciones que con la sangre, orina, etc., de estos enfermos se han llevado a cabo con un fin diagnóstico, carecen en su mayor parte de confirmación hasta la fecha.

3.<sup>a</sup> La reacción pleohemolítica, una de las que han merecido nuestra atención preferente, sólo nos ofrece en la esquizofrenia un 23,8 por 100 de casos francamente positivos.

4.<sup>a</sup> Esta misma reacción ha dado resultados positivos en otros procesos patológicos, sin relación con los esquizofrénicos y, por tanto, carece de utilidad para dicho diagnóstico diferencial.

5.<sup>a</sup> El método fitotóxico de Macht nos demuestra la existencia en el suero de los esquizofrénicos de una mayor toxicidad que en las restantes psicosis endógenas y estados de normalidad. Este resultado es fuertemente positivo en un 76 por 100 de los casos y débilmente en un 19 por 100.

6.<sup>a</sup> Existe un 5 por 100 de casos de enfermos esquizo-



frénicos en los que no puede ponerse de manifiesto la acción fitotóxica, pudiendo, en cambio, existir procesos mentales aparte de la esquizofrenia (epilepsia y quizás también la demencia senil) en que puede demostrarse esta toxicidad.

7.<sup>a</sup> No se puede precisar cuál sea la naturaleza de esta substancia tóxica, ni se puede tampoco comprobar dife-

rencias marcadas en el contenido en este elemento en las distintas formas de esquizofrenia.

8.<sup>a</sup> El método fitotóxico nos proporciona, por tanto, una ayuda a la observación clínica en el diagnóstico de la esquizofrenia y la psicosis maniaco-depresiva.

Madrid, 31 de Mayo de 1932.

Número de orden.....	Número de historia.....	Edad.....	Diagnóstico.	REACCIÓN PLEOHEMOLITICA										Índice fitotóxico.....	Observaciones.
				Antes de las inoculaciones.					Después de las inoculaciones.						
				Peso del conejo en grammos.....	Grado de hemolisis frente a 0,5 c. c. de emulsión de glóbulos rojos pertenecientes.				Peso del conejo en grammos.....	Grado de hemolisis frente a 0,5 c. c. de emulsión de glóbulos rojos pertenecientes.					
					Suero de conejo en centímetros cúbicos.....	Persona normal.....	Enfermo esquizofrénico.	Demente parálítico.....		Suero de conejo en centímetros cúbicos.....	Persona normal.....	Enfermo esquizofrénico.	Demente parálítico.....		
1	C. 6.198	32	Parkinson postencefalítico.....	1.750	0,1 0,2 0,3 0,4 0,5	0 1 2 3 4	0 1 4 4 5	0 1 3 3 5	1.760	0,1 0,2 0,3 0,4 0,5	0 1 2 3 5	0 1 4 5 5	86 %		
2	C. 3.045	46	Esquizofrenia. Demencia final.....	1.480	0,1 0,2 0,3 0,4 0,5	0 1 1 4 3	0 0 1 1 2	0 1 3 4 4	1.500	0,1 0,2 0,3 0,4 0,5	0 1 1 4 5	0 0 1 1 2	56 %		
3	C. 6.328	38	Parkinson postencefalítico.....	1.620	0,1 0,2 0,3 0,4 0,5	0 2 2 3 5	0 1 1 1 2	0 0 1 1 2	1.630	0,1 0,2 0,3 0,4 0,5	0 2 2 5 5	0 0 1 1 2	77 %		
4	C. 4.940	35	Esquizofrenia. Demencia final.....	1.570	0,1 0,2 0,3 0,4 0,5	0 0 1 2 4	0 1 1 2 2	0 0 1 1 2	1.570	0,1 0,2 0,3 0,4 0,5	0 0 1 2 4	0 0 1 1 2	42 %		
5	C. 5.503	27	Esquizofrenia. Demencia final.....	1.560	0,1 0,2 0,3 0,4 0,5	0 2 3 3 3	0 1 1 1 2	0 0 1 1 2	1.570	0,1 0,2 0,3 0,4 0,5	0 2 3 3 3	0 0 1 1 2	33 %		
6	C. 6.569	20	Esquizofrenia hebefrenocatónica.....	1.490	0,1 0,2 0,3 0,4 0,5	0 0 0 1 1	0 0 0 1 1	0 0 0 1 1	1.630	0,1 0,2 0,3 0,4 0,5	0 0 0 1 1	0 0 0 1 2	50 %		
7	C. 5.955	31	Demencia parálitica. (Demencia profunda).....	1.630	0,1 0,2 0,3 0,4 0,5	0 0 1 1 1	0 0 0 0 0	0 0 0 0 0	1.680	0,1 0,2 0,3 0,4 0,5	0 0 0 2 2	0 0 0 1 1	62 %	Nueva determinación a los cuatro días do permanecer el suero en la helera, 61 %	
8	C. 6.773	52	Psicosis maniaco depresiva.....	1.700	0,1 0,2 0,3 0,4 0,5	0 0 1 2 2	0 1 4 4 3	0 0 2 3 3	1.950	0,1 0,2 0,3 0,4 0,5	0 0 1 3 4	0 0 1 2 3	62 %		
9	C. 6.730	30	Demencia parálitica	1.630	0,1 0,2 0,3 0,4 0,5	0 0 0 1 2	0 0 0 2 0	0 0 0 0 0	1.620	0,1 0,2 0,3 0,4 0,5	0 0 1 1 2	0 0 1 1 2	63 %		
10	C. 6.239	28	Esquizofrenia catatónica.....	1.590	0,1 0,2 0,3 0,4 0,5	0 0 0 0 1	0 1 1 0 2	0 0 0 0 0	1.670	0,1 0,2 0,3 0,4 0,5	0 0 1 3 2	0 1 2 3 1	48 %		
11	C. 6.026	27	Esquizofrenia catatónica.....	1.470	0,1 0,2 0,3 0,4 0,5	0 0 0 1 3	0 1 5 0 0	0 0 1 0 0	1.600	0,1 0,2 0,3 0,4 0,5	0 1 2 3 2	0 0 2 3 2	43 %		
12	C. 6.760	39	Psicosis maniaco depresiva.....	1.600	0,1 0,2 0,3 0,4 0,5	0 1 2 3 2	0 0 1 0 4	0 0 0 0 1	1.690	0,1 0,2 0,3 0,4 0,5	0 1 2 3 3	0 1 2 1 2	57 %		



Número de orden.....	Número de historia .....	Edad.....	Diagnóstico.	REACCIÓN PLEOHEMOLÍTICA										Indice fitotóxico .....	Observaciones.
				Antes de las inoculaciones.					Después de las inoculaciones						
				Peso del conejo en gramos.....	Grado de hemolisis frente a 0,5 c. c. de emulsión de glóbulos rojos pertenecientes.				Peso del conejo en gramos.....	Grado de hemolisis frente a 0,5 c. c. de emulsión de glóbulos rojos pertenecientes.					
					Suero de conejo en centímetros cúbicos.....	Persona normal.....	Enteroesquizofrenico.....	Demente parálitico.....		Suero de conejo en centímetros cúbicos.....	Persona normal.....	Enteroesquizofrenico.....	Demente parálitico.....		
13	C. 6.767		Esquizofrenia hebefrenocatatónica. .	1.620	0,1 0,2 0,3 0,4 0,5 0,1	0 0 0 0 1 0	0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0	1.750	0,1 0,2 0,3 0,4 0,5 0,1	0 0 0 0 1 0	0 0 0 0 1 0	43 %		
14	C. 6.702	52	Esquizofrenia catatónica.....	1.400	0,2 0,3 0,4 0,5 0,1	0 0 0 0 1	0 0 0 0 1	0 0 0 0 1	1.600	0,2 0,3 0,4 0,5 0,1	0 0 0 0 1	0 0 0 0 1	44 %		
15	C. 6.926	36	Demencia parálitica.	1.870	0,2 0,3 0,4 0,5 0,1	2 3 4 4 0	1 2 2 3 0	1 2 3 3 0	1.900	0,2 0,3 0,4 0,5 0,1	1 1 2 2 0	1 1 2 2 0	55 %		
16	C. 6.757		Esquizofrenia paranoide.....	1.760	0,2 0,3 0,4 0,5 0,1	1 3 4 4 0	1 3 4 4 0	1 3 4 4 0	1.780	0,2 0,3 0,4 0,5 0,1	1 1 3 3 0	1 2 3 2 0	51 %		
17	C. 6.930	21	Esquizofrenia. Demencia final.....	1.850	0,2 0,3 0,4 0,5 0,1	0 0 0 1 0	0 1 2 2 0	0 0 1 1 0	1.850	0,2 0,3 0,4 0,5 0,1	0 1 2 2 0	0 1 2 3 0	34 %		
18	C. 2.388	40	Esquizofrenia. Demencia final.....	1.850	0,2 0,3 0,4 0,5 0,1	0 0 0 0 0	0 0 1 1 0	0 0 1 1 0	1.980	0,2 0,3 0,4 0,5 0,1	0 0 1 1 0	0 0 1 2 0	41 %		
19	C. 6.757	30	Esquizofrenia catatónica.....	1.830	0,2 0,3 0,4 0,5 0,1	0 0 0 0 0	0 0 1 1 0	0 0 1 1 0	1.830	0,2 0,3 0,4 0,5 0,1	0 0 1 1 0	0 0 1 1 0	33 %		
20	C. 6.914	35	Psicosis maníaco-depresiva .....	1.700	0,2 0,3 0,4 0,5 0,1	2 3 5 6 0	1 3 3 4 0	1 3 4 5 0	1.830	0,2 0,3 0,4 0,5 0,1	0 1 1 1 0	0 1 1 2 0	52 %	Nueva determinación del índice fitotóxico a los dos meses, 54 %	
21	C. 6.856		Esquizofrenia catatónica.....	1.520	0,2 0,3 0,4 0,5 0,1	0 0 0 0 1	0 0 0 1 1	0 0 0 1 1	1.610	0,2 0,3 0,4 0,5 0,1	0 2 4 5 1	0 2 4 5 1	69 %		
22	C. 6.769	23	Esquizofrenia hebefrénica .....	1.630	0,2 0,3 0,4 0,5 0,1	1 1 1 2 0	1 1 1 2 0	1 1 1 2 0	1.950	0,2 0,3 0,4 0,5 0,1	1 5 6 6 0	1 5 6 7 0	45 %		
23	C. 6.820	28	Esquizofrenia catatónica.....	1.680	0,2 0,3 0,4 0,5 0,1	0 1 1 1 0	0 2 2 3 0	0 1 1 1 0	1.850	0,2 0,3 0,4 0,5 0,1	0 1 1 2 1	0 1 2 2 1	38 %		
24	C. 6.775	17	Epilepsia (?).....	1.950	0,2 0,3 0,4 0,5	0 0 0 0	0 0 0 1	0 0 0 1	1.900	0,2 0,3 0,4 0,5	2 4 5 5	2 4 5 5	40 %		

(Continuará.)

(Continuará.)

## PERIODICOS MEDICOS

## Extranjeros

André Jousset. TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS POR LA ALERGIA.—El profesor Jousset, en su comunicación

a la Academia de Medicina de París, expone los excepcionales resultados terapéuticos obtenidos por él en toda clase de tuberculosis con su producto la alergina, substancia a la que ha dado este nombre por la capacidad que encierra de levantar la alergia de un animal sano. Es un fosfátido extraído de bacilos tuberculosos pertenecientes a una raza



seleccionada y cuya característica principal es la que podríamos muy bien llamar de la solubilidad. A causa de los muchos ensayos realizados por el autor con su alergina en toda índole de tuberculosis (renales, óseas, pulmonares, intestinales, etc.), nos habla tan sólo en la comunicación que hoy presenta a la Academia de los efectos que produce la alergina en la más terrible de todas las tuberculosis, o sea la tuberculosis meníngea, ya que el más pequeño éxito en esta afección inexorable constituye un triunfo de la mayor cuantía para su producto. Ya sabemos, a causa de las últimas estadísticas, que el número de tuberculosis meníngeas espontáneamente curadas se eleva tan sólo a la insignificante cifra de 75 casos para todo nuestro planeta; lo que indica que su pronóstico es tan tenebroso como lo fué en tiempos de Rillet y Barthey.

El autor y sus principales colaboradores han tenido ocasión de ver más de 200 enfermos, de los cuales 15 curaron; éstos se distribuyen de la siguiente forma: cinco niños de cinco a diez años, tres adolescentes de catorce a dieciocho años y siete adultos de veintidós a treinta y seis años. A estos sujetos se les observó durante largo tiempo y se ha visto que han vivido un largo número de años. En todos los casos se comprobó la existencia de la tuberculosis meníngea, a más de por la clínica y la citología, por la baciloscopia y la inoculación del cobaya, si bien esta última se encuentra muy en baja. Resumiendo, podemos decir que la alergina no cura todavía más que un número muy reducido de enfermos, pero proyecta, eso sí, una sombra de esperanza en el campo desolado de ésta la más terrible de entre todas las muy terribles tuberculosis, y también creemos, de manera muy firme, que su eficacia será aún mayor desde el momento en que se aplique sin tardanza ni dudas tanto éstas por parte de los enfermos y sus familias como de los médicos (*Bulletin de L'Académie de Médecine*, 27 de Diciembre de 1932).—J. H. SAMPELAYO.

**Yzar.** LA SULFOPIRETOTERAPIA EN LA TERAPÉUTICA DE LAS LEUCEMIAS.—En las leucemias, y a causa de la rápida anemia que producen, ha habido que desechar de su terapéutica la paludismoterapia y la recurrentoterapia, y emplear la sulfopiretoterapia, que no produce este grave inconveniente que causaban las otras dos.

El autor la ha efectuado por medio de inyecciones por vía intramuscular de sulfopiretógeno de Schroeder, con un lapso entre ellas de dos a tres días; la dosis no tiene nunca un límite fijo, lo marca la reacción que se produce en el paciente; la técnica debe oscilar entre 2 y 30.

El profesor Yzar, en su artículo cita el siguiente caso, que es de un gran interés y que pone en evidencia la bondad de esta terapéutica.

Un enfermo de leucemia mieloide (120.000 glóbulos blancos, un 23 por 100 de elementos mieloides no maduros y un bazo totalmente descendido a fosa ilíaca), con un tratamiento de 22 inyecciones, vemos 6.800 glóbulos blancos, 4 por 100 de formas anormales y el bazo no desbordaba más allá de unos 3 centímetros; a los tres meses de finalizar el tratamiento el análisis nos dió una fórmula normal y no se palpaba más que muy difícilmente bazo. La casuística escasa hasta ahora recogida por el autor, no permite a éste afirmar de manera certera si la sulfopiretoterapia es una terapéutica eficaz en todas las diversas leucemias, ni tampoco fijar el tiempo que perdura la mejoría. (*Minerva Médica*, Nápoles, Diciembre 1931).—J. H. SAMPELAYO.

**J. Pierson.** LAS PNEUMONÍAS POR ASPIRACIÓN DE ACEITES.—La administración de cuerpos grasos por las vías res-

piratorias no es, como se ha creído durante muchos años, totalmente inofensiva, sobre todo para los niños. El estudio histológico de los pulmones de animales que habían absorbido aceites por la tráquea ha dado una reacción difusa e intensa. Igualmente se ha visto ésta en las autopsias practicadas a niños muertos de neumonía a consecuencia ésta de la administración de aceites por las vías aéreas.

Hoy, gracias a estas investigaciones, se puede decir que la neumonía a consecuencia de absorción de cuerpos grasos no es excepcional y su frecuencia sería mucho mayor si de una manera sistemática se practicase la necropsia a todos los niños fallecidos de neumonía. (*The Journal of the Medical American Association*, 1 Octubre 1932).—J. H. SAMPELAYO.

**Cain y Dury.** LAS INYECCIONES SUBCUTÁNEAS DE Pilocarpina COMO TRATAMIENTO DE LA RETENCIÓN URINARIA.—Desde hace ya más de un año los autores vienen trabajando y diciendo que en las retenciones de la orina refleja o independientes de toda causa de origen mecánico, la inyección de un centímetro de subnitrito o clorhidrato de pilocarpina produce, transcurridos unos pocos minutos, una micción rápida y progresiva.

Las inyecciones pueden practicarse durante varios días consecutivos sin temor de ninguna clase, evitando de esta forma el cateterismo uretral, sobre todo en el transcurso de las retenciones que se producen a continuación de las operaciones practicadas en el abdomen y de las raquianestias. (*La Presse Médicale*, Mayo 1932).—J. H. SAMPELAYO.

**H. Meisel.** LOS GRUPOS SANGUÍNEOS EN EL RINOESCLEROMA.—La etiología del rinoescleroma, a pesar de los intensos trabajos de los sabios de todos los países, se presenta todavía muy oscura. Inspirándose en el hecho que en algunos estados mórbidos los sujetos que pertenecen al grupo sanguíneo B son muchos más que los pertenecientes a los otros, Meisel se ha ocupado de este asunto en aquellos pacientes que padecían rinoescleroma.

Su acabado y profundo estudio ha durado cerca de tres años y ha alcanzado una casuística de cerca de 100 casos, en los cuales la reacción de fijación del complemento con vista al diagnóstico de rinoescleroma era positiva.

Después de estas rebuscas parece ser que se ha llegado a la conclusión de que los grupos sanguíneos a los que pertenecen los rinoescleromatosos no influyen ni la receptividad ni la inmunidad de ellos para el terrible rinoescleroma. (*Polska Gazeta Lekarska de Lwow*, tomo XI, núm. 31, 31 de Julio de 1932).—J. H. SAMPELAYO.

**Lincke.** EL PROBLEMA DE LA UNIDAD ULTRAVIOLETA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA PENETRACIÓN ATMOSFÉRICA DE LOS RAYOS.—La investigación de una unidad de dosificación de la radiación solar y terrestre, tan importante desde el punto de vista terapéutico, está erizada de gran número de dificultades. Si se utiliza la dispersión espectral de los rayos, la intensidad de las radiaciones aisladas es demasiado débil para impresionar los aparatos de medida. Con las células fotoeléctricas y con los filtros, los resultados son inconstantes. Sin embargo, ha podido comprobarse que son debilitados por la capa de ozono atmosférico, y que su intensidad varía según la longitud, el mes, el año y hasta el día. (*Congrès International de la Lumière*, Agosto 1932).—T. B.



## SECCION PROFESIONAL

**SUMARIO:** Sección profesional: Boletín de la semana, por *F. Javier Cortezo*.—Don Alfonso Cortezo y Collantes, por *Alejandro Miquis*.—La práctica de la Medicina en el Rif, por el *Dr. Mariano Baza*.—En defensa de los médicos titulares, por *Eugenio Peralta*.—Una buena jornada, por *Sisinio Crespo*.—Academias, Sociedades y Conferencias.—Dirección de los Cursos Internacionales de Perfeccionamiento. Secretaría de la Asociación Oficial de Médicos Titulares Inspectores Municipales de Sanidad.—Sección oficial.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Por las Clínicas de Europa.—Tertulia médica.—Anuncios.



D. E. P.

El Excmo. e Ilmo. Señor

**DON ALFONSO CORTEZO Y COLLANTES**

Abogado. Académico profesor de la Academia Nacional de Jurisprudencia y Legislación.

Redactor jurídico de EL SIGLO MEDICO.

Muerto en Madrid el día 28 de Enero de 1933.

Ayuntamiento de Madrid



## Boletín de la semana.

O Dieu justel, pourquoi la mort?

Tengo sobre la mesa donde escribo, presidiéndome momentos tales de dolor del cerebro y del corazón, el retrato de este pobre hermano mío que, al llegar a la hora treinta y ocho del reloj anual de su vida, ha visto detenerse la marcha por un aleteo de ese pájaro bobo y ciego que es la muerte.

Comprenderéis todos el trance de mi espíritu.

Este dolor amargo que nos funde el entendimiento y la sensibilidad, el grito y la lágrima, no tiene, no puede tener para mí ni la pálida generosidad del aislamiento ni la dulce mentira del silencio.

Precisa que yo os dé cuenta, en este Boletín, de la muerte de Alfonso Cortezo, porque Alfonso Cortezo era desde hace muchos años una personalidad destacadísima en el laborar de EL SIGLO MEDICO.

Vosotros tenéis el justo derecho de saber cómo en esta semana hemos perdido al *Redactor jurídico* que por tanto tiempo sirvió en EL SIGLO MEDICO de consultor ecuánime y concienzudo para vuestras cuestiones y problemas forenses y contencioso-administrativos.

Yo tengo la precisa obligación de notificáros aquí su fallecimiento cuando más amplio y lúcido parecía ante él ese engañoso margen de la vida, sobre el cual nunca debemos anotar glosas de esperanzas, porque al Destino le incomodan nuestros comentarios y pretende decir todo El.

Mi hermano ha muerto cuando parece absurdo que se muera, en ese estadio de la vida material que ofrece el máximo de las resistencias y de las defensas biológicas... ¡Treinta y ocho años! Deja el bello recuerdo de una noble vida dedicada a lo más noble en que la vida puede emplearse: a la lectura y a los viajes. Deja una mujer santa y amorosa para quien las luces del mundo han tomado el fulgor cárdeno que alumbra los huracanes, en que todo, todo parece menos el Cielo donde nacen furias tan inhumanas. Deja un hijito de once años que, en las lejanías del porvenir, contemplará el recuerdo de de su padre mostrándole los maravillosos países adonde marcharon juntos, en tan pocos años de compañía... ¡Italia, Escandinavia, Rusia, la India, Japón, Australia, Panamá...! ¡Pobre padre, este hermano mío, que luego de caminar todo el mundo de la vida con su único hijo, ha sentido la prisa de enseñarle que hay otro mundo, aún más maravilloso, al que nunca se debe pensar que no se vaya!

Y Alfonso Cortezo deja, entre todos nosotros, un padre con ochenta y tres años de vivir, ciego y

rendido de cuerpo, que se mira llorar en el límpido espejo de su espíritu donde la fe en Dios no le consiente perder la fe en los hombres, como la fe en los hombres no le permitió nunca perder la fe en sí mismo.

Y deja una madre, viejecita y consumida como una lumbrecita de aldea, que nos mira y nos cuenta a todos los hijos que en derredor de su rescoldo estamos, losidos ya—¡tantos!—y los que aun acompañamos en la vida el curso de sus lágrimas y el murmurar de sus plegarias...

¡Todo esto deja mi pobre hermano y vuestro desgraciado amigo Alfonso Cortezo!

Reza por él... y reza por nosotros. Yo sé bien que nunca nos faltó el amparo de vuestra amistad. Yo he visto junto a nosotros, derramado en muchas ocasiones, el alud de vuestras generosas ofrendas de simpatía, y sé que ahora llegarán, como otras veces, a confortar nuestro ánimo vencido; por eso, al terminar mi obligación noticiaria en estas líneas, os doy las gracias como tantas veces y pido al Cielo que os preserve a todos de este daño con que Su voluntad nos flagela. ¡Que nunca sintáis, como yo en este momento, quebrado el pulso de mi pluma, nublos los ojos, roto el corazón y yertas las ideas, el amargo desamparo de vuestra voluntad sobre una miserable hoja de papel que sólo quisiera llenarse repitiendo con el poeta de Las Noches: *O Dieu justel, pourquoi la mort?*!

F. JAVIER CORTEZO.

## Don Alfonso Cortezo y Collantes

La terrible enfermedad que aquejaba a nuestro querido amigo y colaborador D. Alfonso Cortezo y Collantes ha tenido funesto desenlace, no por desgraciadamente previsto menos trágicamente doloroso.

Para nosotros que consideramos como propios los dolores de nuestro compañero el gerente de *Diario Universal*, D. Manuel Cortezo, la desdicha es profundamente agobiadora. D. Alfonso Cortezo era un espíritu sutil, culto y ponderado, del que nuestros lectores han tenido ocasión de leer artículos dignos de todo encomio.

Abogado desde 1915, había dedicado su atención preferente a las cuestiones sociales, en las que se especializó. En 1918 entró a formar parte del Instituto de Reformas Sociales, y llegó a ser durante varios años delegado regional de Estadística del Ministerio del Trabajo.

Desde muy joven perteneció a la Academia de Jurisprudencia, de la que era académico profesor, y en ella dió muestras de su cultura extensísima y de su profunda especialización en memorias de gran valor científico, que fueron objeto de discusiones públicas.

Apasionado por los viajes, viajó mucho, y supo ver y reflejar lo característico, íntimo de los pueblos que visitaba. Sobre ellos dió conferencias muy documentadas, y siempre interesantes, y publicó numerosos artículos en *Heraldo de*



Madrid, A B C y en *Diario Universal*, al que honraba con su colaboración desde Enero de 1932.

En política militó siempre al lado de D. Alejandro Lerroux y con él hizo muchas campañas de propaganda, cuan-

sito, que realizó, con su acostumbrada perspicacia, de conocer directamente la República de los Soviets.

La muerte ha venido a truncar bruscamente tantas y tan variadas actividades cuando Alfonso Cortezo, joven aún, po-



Salida del entierro, de la calle de Ayala, 31, para el cementerio de San Justo.

do era necesario luchar por la República. Cuando la República triunfó no aspiró ni obtuvo ningún puesto oficial; pero, desinteresado y entusiasta, siguió realizando labor activa dentro del Partido Radical, del cual era una de las figuras

día aún haber prestado los mejores y más útiles servicios a su patria.

Sentimos como nuestro, con la mayor intensidad, el dolor de los suyos y, singularmente, el mayor de todos: el



La presidencia del duelo.

más respetadas. Actualmente presidía el Comité del distrito de Buenavista.

Uno de los últimos países que visitó fué Rusia, después de hacer un viaje por los países escandinavos, y con propó-

de sus padres, el venerable Dr. D. Carlos María Cortezo y el de su ilustre y santa esposa.

Descanse en paz nuestro inolvidable amigo.

ALEJANDRO MIQUIS



## EL ENTIERRO

El domingo último fué cristianamente sepultado nuestro querido amigo y colaborador D. Alfonso Cortezo. El entierro dió ocasión a una manifestación sentidísima, reveladora de las grandes simpatías de que el finado gozaba por virtud de sus méritos, unánimemente reconocidos por cuantos le conocieron y fueron testigos de sus actividades.

Fué también una manifestación de los afectos hondos de que ha sabido rodearse la familia del ilustre Dr. D. Carlos María Cortezo.

Un cortejo numerosísimo siguió el cadáver hasta el cementerio, donde se repitieron las manifestaciones de pesar y condolencia.

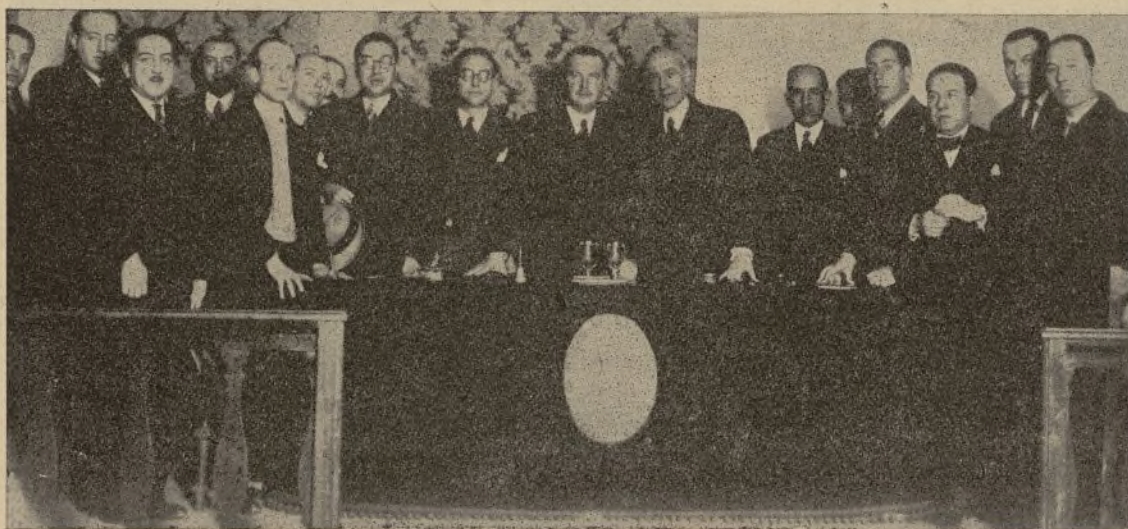
Entre los asistentes recordamos a López (D. Daniel), Mata (D. Manuel), Santaro (D. José), Aguirre (D. Manuel y don José Luis), Illana (D. Enrique y D. Eduardo), Martos, Castresana, Botella (D. José), Alonso Castrillo, marqués de Casa Jiménez, Jiménez (D. Teodoro), Maica, Mojín, Ortiz de la Torre, Salcedo, marqués de Vistaalegre, Puig, Larra, Argüelles, Fernández, Sevilla, Lezcano, Bugallal, Boixader, Ceballos, Pareja, conde de Autol, Cangas, Manzano, Sartorius, Espada, Rodríguez Illera, Gallardo, De la Peña, conde de San Diego, Gutiérrez (D. Leopoldo), conde de Gondomar, González Álvarez, conde del Real Agrado, Allendesalazar (D. Manuel), Ortiz de Burgos, Quesada, De Diego, Izquierdo (D. Manuel, D. Antonio y D. José Luis), Verdejo del Cid, marqués de Aledo, Pérez Rojas (D. Sixto), De Pablo (D. Federico), Parra (D. Manuel), Caballero (D. Ricardo).

Alejandro Miquis Perpén (D. José), Carrasco, Rodríguez (D. Benito), Valderrábano, Osuna (D. José), maestro Alonso, Benedicto (D. Manuel, D. Luis y D. Francisco), Creuet (don Diego María), Cor (D. César), Carmona, Montiel (D. Luis),

Grande, Cavestany, Medina Corrales, Terán, España, Pineda, D. Miguel Hernando Pidal, López (D. Daniel y D. Mariano), Del Toro, Herrero (D. Enrique y D. Luis), Quirós (don Demetrio)

Ródenas (D. Miguel), Losada (D. Jaime y D. Carlos), Navarro Reverter (D. José), López Solans, Bas (D. Federico Carlos), Ballesteros (D. Antonio), González del Campo (don José), Orueta (D. Jorge), Hernando Supino, Prieto, Sanchiz, Ruiz de Arcaute, Estalella, Simonena, Munar, Albéniz, Díaz Benito, Lario y Díaz Benito, Muller (D. Luis y D. José Luis).

Alaiz, Prast (D. Carlos), Villegas Chacón, Sarabia, Pruneda, Astureca, marqués de Mazas, Periquet, Campos, Arana (D. Ricardo y D. Arsenio), conde de San Luis, doctor Murillo, Fúster, Aymerich (D. Joaquín), Ramos, Albaladejo (D. Pedro), Bas (D. José Luis), conde de los Gaitanes, Ocan to (D. Carlos María), Róspide, Mamolar, Saracho, Muro Lara (D. José), Lemomié, marqués de Palomares, Doté, García del Valle, Topete, San Simón, Cabello la Piedra, Obdulio Fernández, marqués de Leiva, barón de Sarondelet, Aguilar (D. Fernando), Parroeta (D. Eduardo), Esparza (D. Rafael), Serrano Lafuente, Freire (D. Manuel, D. Paulino y D. Jesús), García San Miguel (D. Julián), Sagas (D. Luis), Palacio (D. Eduardo), conde de Rosillo, Palacio (D. José Manuel), Bravo (D. Ricardo), Huertas (D. Francisco), conde de la Ventosa, Mariano Cajigal, Bejarano, Stuyck, Centeno (D. Liviano y D. Gabino), Campuzano (D. Fernando), Aguirre (D. Rafael), Centeno (D. Enrique), Urrutia, Dr. Durán, Alia (D. José), Bona Soler (D. Luis), Monfort, Retortillo, Luna, Liniers, Alvarez Naya, Stocker, Villaverde, Goicoechea, Fernández Sanz, García Vicente, Fernández Martín, representaciones del Partido Radical, Academia de Jurisprudencia, Dirección de Prisiones, *Diario Universal*, *EL SIGLO MÉDICO* y otros muchos más que sentimos no recordar.



Los Dres. Codina y Palanea, presidentes de honor y efectivo, respectivamente, después de inaugurar las sesiones de la Sociedad Española de Fisiología.

## LA PRACTICA DE LA MEDICINA EN EL RIF

POR EL

DR. MARIANO BAEZA

### III

INDIOSINCRASIA DEL CLIENTE. — EL PUDOR Y LOS CELOS.

Dificulta grandemente la acción del médico el pudor de hombres y mujeres, exagerado hasta lo absurdo, y el tem-

peramento celoso del marido, que esclaviza a la esposa. Todo ello causa o efecto (no nos metemos a averiguarlo) de un estado de conciencia social y religioso con el que coincide, y por el que los musulmanes tienen de las cosas y hechos de la vida cotidiana un concepto difícilmente explicable y difícilmente comprensible por quien no haya vivido entre ellos, muy distinto desde luego del que tenemos los cristianos.

Juntos los celos y el pudor, son los que hacen que las



mujeres no acuden apenas al consultorio—llamando mujeres a las que hacen vida matrimonial o prematrimonial; viejas y niñas vemos tantas como niños y viejos—, y son sobre todo la causa de que sea en las kabilas un caso excepcionalísimo: tanto que para la mayoría de los médicos no se ha dado la asistencia a un parto, y nula la práctica ginecológica. Y son muchas las mujeres que mueren de fiebre puerperal, y serán pocas las que no tengan flujo blanco, porque la mayoría de los hombres padecen blenorragia y son abundantes las oftalmías gonocócicas del recién nacido.

La mujer no acude a la consulta porque está mal, en sus costumbres, que una joven salga de casa, y no llama al médico para que la asista porque también está mal que se deje ver en su domicilio, aunque sea por motivo de enfermedad, y como «*está mal*» lo critican las vecinas y conocidas, que cuando llegue el caso querrían, a su vez, verse libres de esta crítica para obrar. Pero por si la crítica no fuese bastante, el marido, celoso y egoísta, secundado por todos sus parientes, fiando solamente su dignidad de varón a los cerrojos, no consiente que su esposa salga a la calle, y menos donde la vea un cristiano. Para entrevistarse con un cristiano, aunque sea el médico, cada mora tiene en cada moro un guardián.

Cuando un moro nos relata los padecimientos de su esposa, pretendiendo que le demos medicina o consejos con que curarla, y nosotros le decimos que debe traerla al consultorio, porque necesitamos verla para diagnosticarla, suele oír contestaciones como éstas:

—No poder. —¿Por qué?—replicamos. —*Mi teniente, estar mujera mía.*

Como si dijera: pero cristiano, ¿cómo concibes tú que siendo mi mujer consienta que la veas?

«*Estar casada.*» «*Estar quebira*» (grande, mayor). «*¿Cómo hacer?*» «*No estar bien.*» «*No poder, mi teniente; no poder.*» «*Nosotros estar moros, no estar cristianos.*» Y en sus palabras parece sobreentenderse: «*¿Os creéis que nosotros, los que seguimos a Mahoma, podemos llegar a esas bajezas, a esas faltas de sentido común propias de esclavos?*» «*Nosotros, aunque pobres y sometidos, somos señores. No podemos descender a vuestras costumbres.*»

\*\*\*

Si alguna mujer viene al consultorio, es en las ausencias del marido, traída por su madre, su tía o alguna vecina o amiga viejas, que han podido comprobar ya la eficacia de nuestra Medicina.

La mujer tiene más fe en nosotros que el hombre. Respira fe; seguiría nuestros consejos con una docilidad y precisión insospechada si cada una pudiera hacerse invisible al resto de sus compatriotas. Quiere curarse, quiere romper con las costumbres que se lo impiden; pero se siente débil, no se atreve. Pueden más las ataduras que la sujetan a la tradición.

\*\*\*

El exagerado pudor impide a menudo y dificulta siempre la exploración y el diagnóstico. Es un problema, no fácil de resolver, el de descubrir a un enfermo. —Parece mentira que entre tanto recato pueda existir tanto vicio, tanta corrupción! Porque de que existe mucho más que entre nosotros no cabe duda—. Por supuesto que es inútil pretender que un indígena se descubra delante de un familiar, y mucho menos ante su suegro o su cuñado. Es inútil intentar que comprenda un hijo que no es una falta de respeto, ni debe darle vergüenza, ver las desnudeces de su padre, cuan-

do así lo exija la necesidad: apenas sospeche que esto pueda ocurrir, saldrá corriendo de la habitación.

Si se pregunta a un enfermo por la marcha de sus funciones evacuaciones, se pondrá colorado—esto es lo único que ahora al moro—, esquivará la respuesta, y, al final, si se le acosa, la dará falsa. Después, pasado un rato o algunos días, se acercará al médico, a ser posible fuera de la consulta, y con muchos rodeos y misterios le dirá la verdad; pero eso cuando nadie pueda sospechar que habla de semejante cosa.

El pudor de las mujeres, que, dicho sea de paso, es menor que el de los hombres, aunque aparente ser mayor, ofrece un detalle curioso, y es que se circunscribe del ombligo a las rodillas: los pechos, tan cuidadosamente guardados por las europeas, tienen para la mora escasa importancia. En lo que afecta al tramo genital llega a tal extremo, que si una lesión asienta en él, es norma de familia y de mujer (más de aquélla que de ésta) dejarse morir antes que dejarse ver. Sobran los ginecólogos.

Frente a este exagerado pudor, frente a este puritanismo externo, que a primera vista parece muestra de recato, y exponente del deseo de guardar y defender a toda costa lo que toda mujer tiene de más íntimo, está el hecho ya consignado de la gran inmoralidad interior, que llega a una promiscuidad vergonzante (homosexualismo entre los hombres, infidelidades en los matrimonios), y ciertas prácticas y modos de reaccionar que no tienen nada de recatadas y pudorosas. Los bailes (que todas las mujeres practican) son provocativos, y los gestos y contorsiones que en ellos hacen rezuman lascivia. La mujer que encontrándose sola, donde piensa que nadie puede verla, es solicitada por un hombre (la solicitud tiene poco de versallesca y mucho de brutal), no se cree en el deber de hacer resistencia. Lo da todo por perdido y se entrega. Es posible que influya en ella la consideración de que acaso fuera igual o peor resistir; pero creemos que la razón fundamental asienta en su contextura mental. Esta debilidad volitiva, esta carencia de personalidad flota en el común creer y sentir de las gentes, y por eso está mal visto que una mujer vaya sola de una parte a otra.

Ahora bien: ¿el marido es celoso porque la mujer es así, o es así la mujer porque el marido, sojuzgándola, acaba por robarle toda su personalidad y su carácter? Las dos cosas se imbrican y parecen ser a la vez causa y efecto.

El hecho real es que el excesivo pudor y los excesivos celos dificultan la acción del médico, y la excesiva promiscuidad e inmoralidad le dan material abundante de estudio con las enfermedades venéreas y paravenéreas.

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

## En defensa de los médicos titulares.

Aunque ya teníamos noticias por la prensa política y más detalladamente por EL SIGLO MEDICO, que dando una prueba más del interés y entusiasmo que siempre presta a las cuestiones que puedan afectar a los médicos titulares ha publicado el texto taquigráfico de casi todas las intervenciones que en el Congreso de los Diputados han suscitado los asuntos sanitarios, nos ha sorprendido agradablemente la lectura del folleto que hemos recibido del diputado constituyente D. Antonio Tufián de Lara, en el que se insertan los discursos pronunciados últimamente por dicho señor en defensa de una clase tan postergada y que tan buenos



servicios presta en su doble esfera de acción, curativa y preventiva, por su doble función de médicos titulares e inspectores municipales de Sanidad.

Leyendo esos discursos se observa, aparte de su cariño y buena voluntad hacia la clase más humilde de la Sanidad española (obreros de la Medicina la llama el Sr. Tuñón de Lara), un exacto conocimiento de la estructuración sanitaria de nuestro país y una visión tan certera de la realidad, que más que un señor ajeno a la Medicina nos sugiere la de una persona que ha dedicado sus aficiones y entusiasmos al estudio y meditación de una de las ramas más útiles y positivas de la ciencia médica.

Se declara decidido partidario de redimir e independizar a los médicos rurales de la tiranía caciquil que desgraciadamente todavía impera en muchas localidades, estableciendo un parangón entre los suplicios, vejámenes y arbitrariedades de que fueron objeto los profesores de la instrucción primaria en otros tiempos, cuando dependían de los Municipios, y la que actualmente experimenta la clase médica por no haberse desligado aún de dichos organismos. El Sr. Tuñón de Lara (en su último discurso) hace una crítica serena y razonada de la Sanidad española, y sin regatear los elogios que merece el actual director general de Sanidad por alguna de sus iniciativas en materia sanitaria, pone de relieve la situación de inferioridad en que desde todos los puntos de vista se encuentran los médicos titulares de nuestra nación.

Termina sus discursos proponiendo lo que desde hace años tanto ansía el Cuerpo de Médicos Titulares Inspectores Municipales de Sanidad, consistente en que los Ayuntamientos ingresen en las Haciendas provinciales las cantidades que tienen la obligación de consignar en sus presupuestos para atenciones sanitarias, cobrando los médicos como los demás funcionarios del Estado sus haberes de la Hacienda. Es decir, que la aspiración de los médicos titulares no consiste en ser funcionarios públicos, ni en mejoramiento de sus escasos haberes, sino en asegurarlos. Es mucho decir.

Alentemos y agradezcamos al Sr. Tuñón de Lara sus buenos propósitos cerca de nuestra causa, tanto más cuanto que dado su prestigio científico y su personalidad política no creemos se halle muy alejado el día en que ejerza un puesto influyente en la administración política de la nación; así como creo debe tenerse presente en la próxima Asamblea que celebre el Cuerpo de Médicos Titulares, pues entiendo se ha hecho acreedor al reconocimiento unánime de la clase médico rural.

EUGENIO PERALTA,

Médico titular inspector municipal de Sanidad,

Almería, Enero 1933.

## UNA BUENA JORNADA

A los pocos días de haber tomado posesión de este partido recibí una muy atenta carta en la que se me invitaba a una reunión de médicos del partido judicial que había de celebrarse en la cabeza del partido. Ante tan atenta invitación no dudé un momento y me prometí asistir si causa mayor no me lo impedía; más que nada por no desairar al presidente, que tan cortés se mostraba conmigo. Pues en seguida vinieron a mi mente tiempos pretéritos en los que, y en esta misma provincia (pues en otra que ejercimos durante cuarenta meses nunca oímos hablar de reuniones de médicos de partido y nunca llegamos a oír que hubiera junta), no existía el más ligerísimo contacto de los médicos

con las juntas de partido ni con el Colegio de Médicos de la provincia (hasta esto llega la anarquía que entre los médicos reina en aquellas tierras). Digo que esta invitación a la dicha reunión me hizo recordar otras a las que asistimos y para lo cual teníamos que recorrer en bicicleta 26 kilómetros de ida y otros 26 de vuelta; tanta era nuestra ilusión y buena fe, que gustosos ofrecimos este sacrificio; yo era joven, mis músculos lo resistían y mis sentidos no se habían asomado por ningún resquicio a la lucha por la vida tal y como hoy se hace; cumplía todo lo que los demás acordaban, llegando hasta perder el partido por servir los intereses de los más. Estuve unos días en la calle y gracias que tuve partido pronto. Nadie de esto se acordó y para nada me sirvió. Varias de las últimas reuniones solamente servían lo que muchas reuniones magnas de médicos: para reunirse un grupo de éstos en fraternal banquete. A esto es a lo que creí se me invitaba y lo que creí que presenciaria. Pues de la reunión esperaba sacar los pies fríos y la cabeza caliente. No fué así; se reunieron unos médicos que presentaron sus querellas; se oyó a unos y a otros, y como ambas partes en aquella ocasión iban cargados de bondad, desinterés y educación, pronto se llegó a una solución justa con el beneplácito de todos los que estábamos presentes. Esto me hace pensar que las juntas de partido deben ser obligatorias, con autonomía y poderes para corregir y sancionar las faltas de los médicos ineducados y desaprensivos. ¿Quién mejor para solucionar un problema que los que le conocen? De esta forma se evitaría el estar regidos por quien no sabe de la vida de los médicos rurales más que existen y que hay pueblos donde viven médicos que se dedican al ejercicio de la Medicina. Para muestra ahí van dos ejemplos: Hablábamos un día con un colega que ejerce en una capital de provincia en la que formó parte de la directiva del Colegio y me preguntó que cuánto producía mi partido, y al decirle la cantidad se quedó asustado por lo infinitamente mínima que le parecía (mi partido es uno de tantos); entonces pensamos qué soluciones habrá dado este colega a los problemas rurales que se le presentaron, cuando ni por el forro conocía el más elemental.

Al decir yo a otro colega que cuántos médicos creía él que habíamos solicitado mi partido, me contestó que tres o cuatro; inmenso fué su asombro cuando le dije que 30; éste, que como compañero lo es excelente, también formó parte importante de una directiva del Colegio de Médicos, y, sin embargo, no sabe que somos muchos los médicos y que hay bastantes miles que no tienen colocación. ¡Cuántas arbitrariedades se evitarían si esto que pensamos tuviera fuerza legal! Por otra parte, a las reuniones de los médicos de partido nos es fácil asistir a todas o casi todas; de esta forma todos conoceríamos nuestros defectos y nuestras virtudes. ¿No creen los médicos que si lleváramos (en vez de vacía) la cartera llena de bondad, desinterés y educación (al igual de los médicos a que hemos hecho referencia) otro gallo nos cantara?

SISINIO CRESPO

Padilla de Abajo.

## Academias, Sociedades y Conferencias

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Sesión del 28 de Enero de 1933.

TALLA TRANSPERITONEAL

**Dr. P. Cifuentes:** Se hacen publicaciones sobre las vías y resultados de las tallas por vía perineal o por vía hipogástrica; por ésta se extrae un cálculo y, además, se explora la vejiga abierta.



Si comparamos las ventajas de la talla perineal con las de la talla hipogástrica no se desconoce que aquella no está exenta de peligros.

En nuestros primeros años de Urología vimos operar por talla perineal para la extracción de cálculos vesicales. Unos cuantos de éstos nos sirvieron para presentar una comunicación a la Academia Médico Quirúrgica Española. Casos en los que se observaron síntomas de prostatitis crónica persistentes, tanto en los antiguos blenorragicos como en los que carecían de estos antecedentes. Síntomas que no había más remedio que achacar a la propia talla perineal y solamente por realizarse en ella la sección de cierto número de conductos glandulares de la próstata y aun de conductos eyaculadores. Secciones que, realizadas en la edad infantil y aun durante la edad adulta, habían de producir cicatrices y con ello retenciones glandulares parciales, por sí mismas caracterizadoras de prostatitis.

La talla hipogástrica también tiene sus peligros; uno de los más principales es la peritonitis, sobre todo en casos de cistitis y en operados anteriormente de otra talla. En los casos de pericistitis, por estar el peritoneo fuertemente adherido a la pared vesical, se encuentran dificultades al separar el peritoneo; adherencias que, en ocasiones, alcanzan hasta el pubis. En estos casos, en la segunda talla es corriente, a pesar de todos los cuidados, que el peritoneo se rasgue.

Se puede dar el caso que después de la sutura de peritoneo, al continuar el despegamiento, pueden provocarse múltiples roturas peritoneales, que prolongan y agravan la operación. Si la rotura peritoneal ocurre con vejiga abierta, es cuando la talla, por vía hipogástrica, pone en peligro la vida del enfermo.

Un hombre de veintiséis años, operado hace ocho años, de calculosis vesical desde la infancia, con fases de agravaciones y remisiones, se nos presenta con el cuadro intenso de cistitis y período de largas molestias; micciones casi continuas; prácticamente sin capacidad vesical; orinas turbias. En el cateterismo se percibe un roce característico de cálculo. Diagnóstico comprobado por radiografía. Es un cálculo de los llamados gigantes, con 6 a 7 centímetros de diámetro. Hacemos talla hipogástrica; intensa pericistitis; peritoneo con abundantes adherencias. A pesar de todo el cuidado técnico, se produce pequeña rasgadura antes de abrir la vejiga. Es suturada. Hecha la talla es imposible la extracción del cálculo, dado su tamaño; se prolonga hacia abajo la incisión de cistostomía y se extrae el cálculo después de varios intentos, si bien con nueva rasgadura. Rápidamente se procede a su reconstrucción, y por el momento tranquilos, ya que la vejiga no contenía orina. El enfermo muere a las cuarenta y ocho horas de peritonitis aguda.

Este caso me hizo pensar en la conveniencia de la talla transperitoneal, manera de evitar contaminar la serosa peritoneal.

De la talla transperitoneal se ha publicado poco. Albarrán habla de las rasgaduras peritoneales; aconseja proceder lentamente; cuando se producen, suturarlas; en estos casos se debe y se requiere ver bien lo que se hace; cuando no se puede despegar el peritoneo hacer la talla transperitoneal.

Después de Albarrán se han ocupado pocos autores de la talla transperitoneal. Citemos la aportación de Papin al Congreso de la Sociedad de Urología francesa; afirma que cuando no se puede elevar el peritoneo de la cara anterior de vejiga se procederá a la talla transperitoneal; es indudable que da mejor campo y mejor sutura.

Reuniendo los datos sobre talla transperitoneal y los re-

sultados de cinco observaciones personales, creemos es la técnica que mejor evita la peritonitis en esta clase de operados. En ninguno de nuestros cinco casos de talla transperitoneal se presentó peritonitis.

Dos son las técnicas a seguir en la realización de la talla transperitoneal. Una, haciendo la peritonización de la vejiga antes de abrirla, como aconseja Legueu. (Describe la técnica ayudado de material gráfico, que proyecta.)

La otra técnica se realizará cuando haya adherencias peritoneales resistentes, pequeñez de vejiga, escasa capacidad vesical, intensa cistitis o fístula hipogástrica. (Describe la técnica ayudado de material gráfico, que proyecta.)

Esta última técnica la hemos empleado en cinco casos: tres por cálculo vesical y dos por fístulas a otras operaciones vesicales. Referiremos dos de ellos.

Uno se refiere a un enfermo de cuarenta y tres años; hace cinco, herida por asta de toro que lesiona intestinos y vejiga; deja fístula; talla hipogástrica; curación. En Febrero de 1929 se nos presenta con molestias urinarias, incontinencia; piuria ligera. En la exploración, al pasar la sonda, ésta choca con un cuerpo duro; el tacto rectal localiza en suelo vesical. La radiografía es de cálculo, de forma alargada, voluminoso. Se trata de un cálculo prostatovesical. Operado en Marzo de 1929; talla hipogástrica con vejiga vacía; en campo operatorio, fuertes adherencias; cálculo con 90 gramos de peso; extraído, se sutura parcialmente vejiga; Micklich; curación.

La otra observación se refiere a enferma de cincuenta y cinco años. La vimos en 1930. Antigua escoliósica por mal de Pott. Hace ocho años, cistitis, polaquiuria, capacidad vesical de 50 c. c.; radiografía de cálculo. No cistoscopia por intolerancia vesical; no mejorar con curas locales. En Junio de 1930, talla hipogástrica; por dificultades al despegamiento peritoneal se hace talla transperitoneal. Después de la incisión de vejiga se extrae el cálculo, del tamaño de una nuez. Curso postoperatorio normal.

Dos casos, de un total de cinco, de talla transperitoneal, todos terminados por curación, sin peritonitis.

Lo dicho sobre talla transperitoneal demuestra la poca gravedad de esta intervención. Serán necesarias nuevas observaciones que afirmen la técnica, siempre con sus indicaciones y dificultades.

#### PIOSALPINS ABIERTO EN VEJIGA

**Dr. Stocker:** Sabida es la frecuencia de los abscesos de pelvis abiertos espontáneamente en vejiga o en recto; por la acción de la gravedad buscan los líquidos su salida por los puntos más declives. Abertura en la vejiga que produce beneficio por el pronto, si bien complica el pronóstico en cuanto a realizar una intervención más grave que la necesaria anteriormente.

Son casos de perforación de apendicitis supurada en cavidad vesical; comunicación con vejiga del divertículo de Meckel o del asa sigmoide; complicación de pielonefritis o de paranefritis. De relativa frecuencia son los del campo de la Ginecología, a pesar de que la operatoria anexial se ha modificado.

El tratamiento físico de los procesos anexiales, de los procesos ginecológicos puerperales o gonocócicos, si cura bastantes enfermas, en otras hace soportable las lesiones, con fases de mejorías y agravaciones. En casos aparece lo que podemos llamar el momento urológico; en forma cataclísmica en vejiga o por períodos intermitentes, las enfermas tienen fenómenos vesicales (tenesmo, frecuencia de micciones, piuria) que las obligan a recurrir al médico.



Es el momento que vemos la enferma' motivo de esta comunicación. Se trata de una mujer que a los cuatro años de casada dice tener una gripe. No fué posible determinar si fué una gripe o una exacerbación febril de antiguo proceso gonocócico. Ha tenido tres abortos, motivados no sólo por la infección gonocócica, sino también por una retroflexión uterina. Esta mujer, a los seis años de esta gripe, con mejorías y agravaciones (paresia intestinal, dolores abdominales), se acentúan los dolores, que combate con reposo y hielo. Aparece piuria; alternativas en cuanto a frecuencia de micciones, dolores abdominales y paresia intestinal. Es cuando la vemos. Por cistoscopia se aprecia, por encima de la desembocadura del uréter izquierdo, una especie de meato que da salida al pus. Abultamiento ligero de fosas ilíacas, con aumento de volumen de anejos.

Por los antecedentes y los datos de exploración, diagnosticamos piosalpini abierto en vejiga; intervención quirúrgica.

Laparotomizada, encontramos el epiplón pegado a la pared; abundantes adherencias en colon y anejos de ambos lados; útero prolapsado en fondo de caso de Douglas; vejiga con abundantes adherencias. Protegido el campo operatorio, nos decidimos a una histerectomía por el procedimiento americano, dejando el lado de la lesión para lo último. Apendicectomía. Durante las maniobras operatorias nos dimos cuenta del grosor de la vejiga, y, por tanto, de su friabilidad.

Extirpada la lesión, aproximados los bordes de la perforación vesical, con los cuidados de rigor en estos casos de friabilidad vesical, terminamos con la colocación de un Micklich y sonda permanente.

Sin extendernos en las cuestiones de sutura de vejiga, ni tampoco en lo relativo a desagüe de vejiga ni a cómo obra el Micklich, en nuestra enferma colocamos sonda permanente y Micklich. Este fué retirado a los seis días; desde los tres días habíamos observado que estaba empapado en orina, lo que confirmaba nuestra suposición de que no había bastado la sutura de vejiga para cerrar la perforación vesical. Sin embargo, el curso postoperatorio transcurrió sin novedad; el estado de la enferma fué bueno; reconstruyó rápidamente su estado general; la orina, después de estar teñida de sangre los primeros días, salió limpia.

De cuando en cuando la enferma presentaba grumitos de pus en orina. Quedó establecida una fístula urinaria. Sin entrar en las cuestiones de sonda permanente y de lavados vesicales en casos semejantes, cerró la vejiga con sólo empapar el vendaje en ácido bórico y sin lavar vejiga. Quedó una especie de tejido casi esfacelado en la zona donde había estado el orificio externo de la fístula urinaria; mediante sesiones de rayos ultravioleta todo desapareció.

Para conocer cómo había quedado esta enferma, hicimos cistografía y cistoscopia; ha quedado con orinas limpias y normalidad de imagen cistográfica.

Esta mujer, a pesar de haber sido histerectomizada, tiene unas horas de menstruación durante los tres primeros meses de operada. Esto no es extraño, después de histerectomía subtotal o total; se han dado explicaciones diversas.

**Dr. Goyanes:** En perforaciones de procesos pelvianos en cavidad vesical hemos visto casos curados espontáneamente. Las fístulas vesicales, una vez separada la causa que las originó, curan fácilmente.

Hemos visto un caso interesante: perforación de vejiga por absceso pelviano, por cuerpo extraño abdominal, dejado en el curso de apendicectomía. Enferma con molestias vesicales; frecuencia de micción; orinas turbias con pus y sangre. Hace tres meses, apendicectomía; curso postoperatorio

bueno. Ya en su casa aqueja dolores en abdomen y síntomas vesicales. Explorada con catéter metálico, encontramos un cuerpo extraño, fijo, en el lado derecho, coincidiendo con el lado de la intervención anterior. Se practica cistoscopia; encontramos un cálculo pegado a la pared vesical derecha. En estas circunstancias relacionamos la situación actual con la intervención anterior: seguramente había quedado en abdomen un cuerpo extraño. Aconsejamos intervenir por la misma cicatriz de la apendicectomía.

Se hace incisión de piel; se llega hasta la abertura de peritoneo; se desprenden adherencias y a poca profundidad encontramos el cuerpo extraño: bola de algodón envuelta y atacada en gasa. Se había producido un absceso que en su evolución perforó vejiga. Después de separadas las adherencias se vió que el cuerpo extraño estaba envuelto en sales urinarias; era como un cálculo de 3 a 4 centímetros de diámetro.

Liberado el cuerpo extraño, con su parte calcúlosa, se terminó la intervención con desagüe y taponamiento. En tres semanas curó la enferma.

Este caso demuestra, como en casos semejantes, que cuando se quita el cuerpo extraño, la causa de la perforación vesical, la tendencia natural es a cerrarse la vejiga.

**Dr. L. de la Peña:** Aunque los urólogos no tienen ocasión frecuente de ver estos piosalpini abiertos en vejiga, sucede a veces.

Quiero referir uno de mi experiencia. Mujer aquejando molestias leves en fosa ilíaca izquierda; fiebre continua desde hace varias semanas; acaso meses, con temperaturas de 37,8, 38,0 y 38,5; enorme piuria. Por esta razón llega a nosotros. Ausencia de molestias vesicales.

Se conoce la frecuencia de piosalpini abierto en vejiga; igualmente la tolerancia de la vejiga por las piurias intensas.

En nuestra enferma, la sintomatología era escasa; fiebre; ligeras molestias en fosa ilíaca izquierda; piuria intensa. Igual que en casos de piodrositis; diagnóstico en el que pensamos.

Por palpación, ningún síntoma en región renal. En fosa ilíaca izquierda, sitio donde refería las vagas molestias, se notaba una tumoración pequeña; una masa pastosa, algo sensible a la palpación. Y nada más.

Realizada cistoscopia, y en época que no conocíamos las exploraciones de la actualidad, si el cateterismo ureteral, pero sin sondas opacas porque no se conocían, vimos los dos orificios ureterales normales, y a cada lado de la línea media, dando salida a orina clara. Sin embargo, debía existir otro orificio por el cual saliera un chorro de pus que al mezclarse con el líquido vesical formaba una especie de espiroide. Hecho el cateterismo ureteral, había orina absolutamente clara y limpia, sin pus.

Hicimos el diagnóstico de colección purulenta abierta en vejiga; un piosalpini abierto en vejiga es lo que diagnostica un ginecólogo, y realiza una colpotomía posterior, no da salida a pus; la enferma sigue con su fiebre; todo sigue lo mismo. Vista por otro ginecólogo, realiza una colpotomía anterior; tampoco sale pus; la enferma sigue con fiebre; todo sigue lo mismo.

La enferma ve a un cirujano. Este, en vista de que la enferma tiene una colección que se palpa en fosa ilíaca izquierda y visto el diagnóstico del urólogo, decide otra intervención y ataca por vía ilíaca, extraperitonealmente. Hace la incisión clásica; marcha por debajo de peritoneo; encuentra un riñón ectópico en pelvis y en piodrositis, pegado a la vejiga. Riñón ectópico, en piodrositis, como sucede casi siempre.

Lo dicho demuestra que las colecciones purulentas peri-



vesicales son de índole ginecológica, por absceso por cuerpo extraño quedado en fosa ilíaca y abierto en vejiga; a veces puede ser, excepcionalmente, un riñón ectópico en pionefrosis.

La confusión diagnóstica ocurrida en el caso relatado no debe ser posible en la época actual. Disponemos de métodos exploratorios gráficos en Urología, como la cistografía, la pielografía, etc., que, aun viendo los dos uréteres, se recurrirá a todos ellos; a todas estas exploraciones, y no a una sola, para del conjunto, del resultado de todas ellas, formar el juicio diagnóstico.

**Dr. P. Cifuentes:** Me permito aportar algunos comentarios al asunto objeto de discusión.

Los abscesos pelvianos, de distinto origen, abiertos en vejiga, ocasionando fistulas vesicales, no son frecuentes. Son excepcionales los análogos al referido por el Dr. Peña. La frecuencia de abscesos pelvianos abiertos en vejiga son los piosalpins y las supuraciones enquistadas dependientes de procesos fímicos peritoneales. Nosotros hemos observado cuatro casos de esta naturaleza.

Los urólogos llegamos a comprobar que los riñones no supuran; que las enfermas presentan cistitis persistentes. Considerando el pasado ginecológico, puede llegarse a poner en claro los hechos.

En los cuatro casos que hemos observado de abscesos pelvianos abiertos en vejiga, tenemos uno que curó espontáneamente. Puede haber piosalpins que vaciados en vejiga, si bien en su primer período evolutivo producen piuria intensa que hace pensar en una pionefrosis, pasado el período de vaciamiento, y a medida que la cavidad del piosalpin se retrae, ceden los síntomas y hasta se puede llegar a la curación espontánea.

He visto un caso que, después de explorada la enferma, llegó un momento que la fistula abierta en vejiga se cerró. Otro caso del Dr. Sequera, que después de lavar la cavidad del absceso por vía vesical, también curó.

El caso más recientemente visto es el de una mujer con piuria persistente desde tres años antes. Es diagnosticada de tuberculosis renal. Como antecedentes había una exploración urológica con separación de orina, y pruebas biológicas positivas, con inoculación a cobaya, realizadas por otro compañero, que le permitieron el diagnóstico de tuberculosis renal izquierda.

Ante la idea de la extirpación de riñón y la buena conservación del estado de la enferma, llega a nosotros. Explorada por cateterismo ureteral doble, obtenemos de los dos riñones orinas claras, sin pus. Sin embargo, los análisis anteriores acusaban pus y presencia de bacilos de Koch en orina; prueba positiva de inoculación a cobaya.

Nuevamente explorada con los mismos resultados negativos de tuberculosis renal, y antes de retirar las sondas ureterales, la enferma acusa necesidad de orinar. Expulsa orina turbia. Este sencillo dato nos permitió afirmar que el pus no venía de riñón, que había un órgano vecino que se vaciaba en vejiga.

Otra exploración cistoscópica nos permitió ver detrás del orificio ureteral derecho una masa mamelonada, y entre sus mamelones, partículas purulentas.

Preguntados antecedentes, se fijó la existencia de un pasado ginecológico. Es cuando nos afirmamos en la creencia de una anexitis tuberculosa. Diagnóstico que se confirmó en intervención posterior.—*M. Aceña.*

\*\*\*

## ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del 30 de Enero de 1933.

LA PROSTATECTOMÍA PARARECTAL, EL FORAGE  
Y EL «PUNCH OPERATION»

(Comunicación del Dr. E. Pastor. — Discusión.)

**Dr. Isidro S. Covisa:** La prostatectomía por una u otra vía, a pesar de las dificultades técnicas, goza del favor del urólogo; éste realiza una u otra según aptitudes y práctica. Por nuestra parte venimos realizando de preferencia la vía hipogástrica. A la aparición y difusión de los trabajos de Gil Vernet hemos realizado algunas prostatectomías pararectales. Ciertamente esta técnica puede considerarse como una ligera variante de la prostatectomía pararectal, siendo esta última seguida en la práctica desde hace bastantes años y, después de una era de esplendor, cayó en desuso, si bien buen número de autores la siguieron utilizando.

El forage y el «punch operation» son operaciones algo antiguas; ésta propuesta en 1909 por Young.

La mayor o menor difusión de las operaciones intrauretrales por procesos de cuello vesical, no sólo se debe a la influencia que ejerce sobre el urólogo determinada escuela, sino también el instrumental a disponer. Para la difusión del «punch operation» ha sido preciso en hipertrofia prostática considerar su sintomatología como expresión de perturbación funcional del cuello vesical; como afirma Coll, que la hipertrofia prostática, en vez de ser un adenoma sería lesión inflamatoria en la que establecido desagüe la próstata disminuirá de tamaño.

En cuanto a la bibliografía existente sobre el «punch operation» se leen opiniones muy variables que hacen formar criterio muy diverso sobre sus indicaciones, si bien al facilitar técnicamente el problema llevará a muchos urólogos a su realización, más que existen indicaciones precisas, como las lesiones de cuello vesical.

**Dr. Peña Pineda:** Lee su aportación al tema objeto de discusión y en especial al «punch operation» para fijar indicaciones y técnicas, si bien se remite a lo que en sesión próxima expondrá sobre el tema la «Resección transuretral en el tratamiento de la enfermedad prostática».

**Dr. Carmona Camón:** En los resultados de prostatectomía influye mucho las condiciones o fase que se encuentre en el proceso.

Si consideramos la prostatectomía a lo Gil Vernet y la realizada a lo Young, dos técnicas de prostatectomía perineal, no vacilamos en afirmar que, relacionadas con la hipogástrica, tiene interés precisar sus indicaciones. La primera no la hemos realizado; seguimos siempre la técnica de Young, pero no podemos negar los resultados que puede conceder la prostatectomía perineal a lo Gil Vernet. Seguramente, como en toda técnica, estamos obligados a seleccionar los casos, única manera de mejorar las estadísticas.

En cuanto al forage y al «punch», sobre todo éste, podrán ser técnicas a seguir en enfermos que muestren recelos ante la prostatectomía perineal o hipogástrica, sobre todo cuando presenten procesos de cuello vesical.

En dos casos de lesiones de cuello vesical hemos empleado la electrocoagulación con instrumental de Young. Del «punch operation» no tengo experiencia personal, pero creo pueden obtenerse resultados en lesiones limitadas de cuello de vejiga y en los llamados prostatismos sin próstata.—*M. Aceña.*

\*\*\*

## FACULTAD DE MEDICINA DE ZARAGOZA

Invitado por la Facultad de Medicina de Zaragoza, el jefe del Servicio Oftalmológico del Hospital del Niño Jesús



de Madrid, Dr. Lacarrere, ha dado una interesante conferencia en el aula de clínicas de aquella Facultad, exponiendo los fundamentos científicos de su nuevo procedimiento de extracción de la catarata denominado «Electrodiaquia».

Previas unas palabras del decano de la Facultad de Medicina, Dr. Sánchez Guisande, hizo la presentación del conferenciante el profesor Palomar de la Torre, catedrático de Oftalmología de aquella Facultad.

Valiéndose del aparato de proyecciones dió a conocer detalladamente la génesis de su interesante descubrimiento y el desarrollo que tuvo hasta llegar a la perfección actual, que permite la extracción de las cataratas de un modo sencillo y fácil, logrando, por la acción de una corriente de alta frecuencia, la coagulación, primero, del cristalino y la prehensión energética después.

El Dr. Lacarrere fué muy aplaudido y felicitado por la importancia extraordinaria de su descubrimiento.

En el quirófano del Hospital Clínico llevó a cabo el doctor Lacarrere la extracción de la catarata por su procedimiento en tres enfermos, con brillante éxito, y más tarde en el Hospital Provincial, donde también operó con extraordinaria sencillez a otros tres enfermos.

Las intervenciones operatorias fueron presenciadas por numerosos especialistas aragoneses, que felicitaron efusivamente al autor del procedimiento.

Por la noche varios catedráticos y especialistas aragoneses, presididos por el decano, ofrecieron al ilustre oftalmólogo madrileño una comida en el Casino.

\*\*\*

#### CASA DE LOS GATOS

##### PSIQUIATRÍA Y APARATO GENITAL FEMENINO

El jueves 26 de Enero dió su anunciada conferencia el Dr. Delgado Aljama en la «Casa de los Gatos». Comenzó haciendo una resumida historia de la Psiquiatría, evocando el inhumano trato a que se sometían los enfermos mentales en el siglo XVIII, en la Salpêtrière y Bicêtre en Francia y en Bedlam, Inglaterra, como más principales.

Hizo un detenido estudio de todos los trastornos nerviosos (estados psicopáticos) que tienen su punto de partida en un proceso fisiológico o patológico de la función genital femenina. Puso de manifiesto los trastornos psíquicos que tienen por causa la pubertad, la menstruación, el embarazo, el parto, la lactancia, la menopausia, para terminar con los que tienen por causa las enfermedades genitales.

Abogó por el examen psíquico de las enfermas, al igual que se hace con otros aparatos y funciones, y cree, por tanto, que el médico, y más el ginecólogo, habrá de ser un psicoterapeuta al objeto de que pueda hacer buenas observaciones, con lo que beneficiará a sus enfermas cuando se presente un caso apropiado, porque el no observarse con más frecuencia, su causa está en no hacer exámenes psíquicos de tenidos y el caso omiso que de estos trastornos hacen en enfermas y familiares.

El conferenciante fué muy aplaudido por el numeroso y distinguido público.

\*\*\*

El día 11, a las siete y media de la tarde, dará en la «Casa de los Gatos», Bola, 2, una conferencia el Dr. D. Calixto González Quevedo sobre el tema «Colecistitis».

La entrada será pública.

## Dirección de los Cursos Internacionales de Perfeccionamiento.

### CURSOS INTERNACIONALES DE PERFECCIONAMIENTO MÉDICO EN BERLÍN

Organizados por la Sociedad de Docentes de Cursos Médicos de Vacaciones y la Kaiserin Friedrich-Haus en colaboración con la Facultad de Medicina de la Universidad.

#### CURSOS PARA LA PRIMAVERA DE 1933

1. Curso de Medicina Interna dado por la clínica v. Bergmann (del 27 de Febrero al 4 de Marzo). Honorarios: Rm. 50.
2. Curso de Hematología práctica (del 6 al 11 de Marzo). Honorarios: Rm. 50.
3. Indicaciones y técnica de modernos métodos diagnósticos y terapéuticos para el práctico (del 10 de Marzo al 16 de Marzo). Honorarios: Rm. 50.
4. Curso complementario de enfermedades de la piel y enfermedades venéreas (del 20 Marzo al 1.º de Abril). Honorarios: Rm. 100.
5. Curso de perfeccionamiento sobre los progresos de la práctica en el diagnóstico roentgenológico y la roentgenterapia (del 2 al 9 de Abril). Honorarios: Rm. 80.
6. Curso especial de Cirugía (del 24 al 29 de Abril). Honorarios: Rm. 75.
7. Cada mes tiene lugar un curso particular sobre práctica general de la Medicina.

#### CURSOS PARA EL OTOÑO DE 1933

Endocrinología y enfermedades seniles. Cirugía torácica. Ulceras malignas y su diagnosis prematura. Anestesia y lenitivos. La doctrina colloide en la Medicina. Curso sobre enfermedades de la infancia. Curso de biología atávica y estudio sobre la construcción anatómica. Curso para oftalmólogos. Curso de ortopedia.

La Secretaría da razón sobre alojamientos apropiados; informa sobre los gastos de estancia; organiza la visita en las clínicas de operaciones, etc. La Secretaría se encuentra en la Kaiserin Friedrich Haus, Berlín, NW. 7, Robert Koch-Platz, 7.

## Secretaría de la Asociación Oficial de Médicos Titulares Inspectores Municipales de Sanidad.

Se ruega encarecidamente a todos los médicos titulares destituidos arbitrariamente por los Ayuntamientos y que han entablado recurso ministerial al amparo de la ley de 15 de Septiembre de 1932, así como a aquellos que tienen pendientes de cobro sus haberes, envíen a esta Secretaría — plaza de Santa Cruz, 7, principal, Madrid — una nota por duplicado explicativa de su caso, con el fin de facilitar ordenadamente una relación lo más completa posible al diputado radical Sr. Tuñón de Lara, que se ha ofrecido a interpelar al Gobierno ante las injusticias y atropellos que se vienen cometiendo contra los médicos titulares, y en vista del retraso inexplicable en la publicación del Reglamento de aplicación de la ley citada.

## SECCION OFICIAL

### MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Secretaría general técnica.

ORDEN

Ilmo. Sr.: La variedad creciente y el aumento progresivo de los asuntos sometidos a consideración, a estudio o a



veces simplemente a información de los organismos centrales de la Sanidad Nacional, imponen la necesidad de procurar que el servicio se cumpla del modo más perfecto posible, no distrayendo la atención de los funcionarios con preocupaciones ajenas a su labor habitual.

Por otra parte, el interés cada vez mayor que la Sanidad inspira a todo ciudadano, obliga a procurar las mayores facilidades y la más completa información en tantas ocasiones como ésta sea particularmente requerida.

La ampliación de las funciones encomendadas al Consejo Nacional de Sanidad y la creación de nuevos servicios en la Dirección general del Ramo, añaden argumentos en favor de la existencia de un organismo que establezca las relaciones—al comienzo siempre difíciles—entre las distintas Secciones, obligadas ante la comunidad de dependencia a un constante intercambio, y las de estas Secciones con el público.

La complejidad de estas relaciones escapa a la capacidad de cualquier organismo puramente administrativo, ya que, en muchas ocasiones, su desempeño requiere conocimientos, no sólo profesionales, sino especializados en materia sanitaria.

Por todo ello, y con el fin de procurar el más perfecto cumplimiento de todos los fines sanitarios y la más rápida y exacta tramitación de cuantos asuntos sean sometidos a los organismos dirigentes de la Sanidad pública,

Este Ministerio se ha servido disponer lo siguiente:

1.º Se crea una Secretaría general técnica en la Dirección general de Sanidad, que tendrá a su cargo el estudio e informe de cuantas cuestiones le sean encomendadas por ésta y, de un modo más concreto, de las siguientes:

a) La dirección y ordenación de cuanto se refiera al régimen interior del Centro.

b) Recibir información de todas las Secciones de la Dirección general de Sanidad, para conocer en todo momento el funcionamiento y estado de los servicios encomendados a las mismas y poderla dar a su vez a las autoridades superiores.

c) La jefatura del Registro general y la distribución de los expedientes y comunicaciones que por él pasen, encargándose de informar aquellos no correspondientes a ninguna Sección y de devolver los por completo ajenos a las funciones de la Dirección.

d) La Secretaría del Consejo Nacional de Sanidad y la relación con los consejeros y ponentes.

e) Mantener la información al público y hacerse cargo de sus quejas, deseos y reclamaciones oficiales.

f) Relación con la prensa política y profesional.

g) Traducción de documentos extranjeros.

h) Biblioteca.

i) Información al público acerca de cuantas instituciones sanitarias puedan beneficiarle, dando facilidades para la tramitación de solicitudes a ellas dirigidas.

j) Estudiar e informar todas aquellas cuestiones que no dependiendo propiamente de una Sección determinada, se le confíen por el director general, señalando en cada caso qué Sección podría tramitarlas y resolverlas, o consignando en las Memorias periódicas la conveniencia de crear las Secciones o Negociados que las necesidades del servicio aconsejen.

k) Relación con la Secretaría particular, procurándole cuantas informaciones precise respecto a los asuntos cursados por ella.

l) Tramitación de todos los asuntos e incidencias relacionados con el personal dependiente de la Dirección general de Sanidad.

#### II) Confección de Memorias periódicas generales.

2.º A los efectos indicados, la Secretaría general técnica estará constituida por un secretario general y el personal administrativo y auxiliar que se considere preciso, formado por el que actualmente presta sus servicios en los Negociados que se enumeran en el apartado 4.º y por el que se adscriba a los de nueva creación.

Al primero corresponde el despacho y firma de los asuntos con el director general.

3.º El cargo de secretario general habrá de ser desempeñado por un médico perteneciente a la plantilla del Cuerpo de Sanidad Nacional bien por concurso de méritos, o por concurso-oposición, según se considere pertinente; percibiendo, sobre su sueldo, la gratificación anual establecida en el presupuesto de gastos de la Dirección general de Sanidad, sin que pueda en ningún caso ser superior al sueldo personal del funcionario designado.

4.º La Secretaría general técnica de la Dirección general de Sanidad se hallará integrada por los siguientes Negociados:

1.º Registro general, información y reclamaciones.

2.º Asuntos generales, entre los cuales ha de señalarse de modo especial el estudio de todos aquellos de índole indeterminada que no correspondan a ninguna de las Inspecciones generales, Secciones o Establecimientos de la Dirección general.

3.º Personal dependiente de la Dirección general.

4.º Secretaría del Consejo Nacional de Sanidad y de la Comisión central de Sanidad local.

5.º Prensa, Biblioteca y publicaciones.

6.º La Secretaría general comenzará a funcionar inmediatamente, adscribiéndose a ella el personal que la Dirección general de Sanidad acuerde.

De Orden ministerial lo digo a V. I. a los efectos oportunos. Madrid, 25 de Enero de 1933.—P. D., M. Pascua.—Señor director general de Sanidad. (*Gaceta del 28 de Enero.*)

## GACETA DE LA SALUD PUBLICA

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 709,2; ídem mínima, 698,1; temperatura máxima, 8º,2; ídem mínima, -4º,3; vientos dominantes, NE. y OSO.

Continúa en el primer plano de la importancia epidemiológica la gripe, si bien el número de invasiones va siendo menor. Algunos casos se complican con bronconeumonías, pero, en general, el pronóstico es benigno.

En los niños dominan asimismo los catarros, las anginas y las estomatitis.

## CRONICAS

**Clinica hospitalaria del Dr. Codina Castellví.**— Como en años anteriores se han reunido los médicos y alumnos que trabajan en la Clínica hospitalaria del Dr. Codina Castellví con este ilustre profesor en el Circulo de Bellas Artes, en fraternal e íntima comida.

Reinó la más franca camaradería entre el profesor y sus discípulos y no hubo brindis, como las otras veces. Se habló de los nuevos proyectos de la reorganización hospitalaria, expresándose todos los reunidos unánimemente para apoyar la idea arraigada en el Cuerpo médico de la Beneficencia provincial de que las clínicas no deben desaprovechar el inmenso tesoro de enseñanzas que contienen, en beneficio del progreso científico en general y de



la perfección en la asistencia de los enfermos. Se dedicó un cariñoso recuerdo al veterano e ilustre Dr. Huertas, médico honorario del Hospital General, quien siempre ha demostrado un gran cariño a la clínica actual del doctor Codina Castellvi, de la que antes fué el profesor numerario.

Todos los reunidos, entre los que figuraban los doctores Dombrasas, Ureña, Molina, García García, Alvarez, Merino, Maluenda García, Gómez, López, Pastor, Cande la y Renedo, que envió su representación, se reafirmaron en seguir prestando su apoyo entusiasta a la labor científica y benéfica que el reputado profesor desarrolla en su clínica del Hospital General.

**De la «Gaceta».**—29 de Enero.—Gobernación.—Orden imponiendo las sanciones que se indican a D. Antonio Bencomo Macia y D. Baldomero Cervia Noguer, director y secretario intérprete, respectivamente, de la Estación sanitaria del puerto de Puerto de la Cruz (Canarias), y a D. Miguel Trallero Sanz, director médico de la Estación sanitaria del puerto de Barriana (Castellón).

28 de Enero.—Convocando a concurso para proveer tres plazas de médicos internos con destino al Hospital de la Beneficencia general; a concurso de méritos para proveer la plaza de secretario técnico de la Dirección general de Sanidad; a concurso oposición para proveer la plaza de director-médico del Sanatorio de Torremolinos (Málaga), y a ídem íd. para proveer la plaza de subdirector, oficial sanitario del Instituto Antipalúdico y de Higiene rural de Naval Moral de la Mata. (Véanse los detalles de estas convocatorias en la Sección de vacantes de este mismo número.)

25 Enero.—Decreto confirmando a D. Pío del Río Horta en el cargo de director del Instituto Nacional del Cáncer.

28 Enero.—Decreto disponiendo que las especialidades belgas y suecas se someterán a los mismos requisitos y preceptos reglamentarios que los nacionales desde el punto de vista sanitario.

27 de Enero.—Decreto nombrando presidente de la Cruz Roja Española a D. Ricardo Burguete y Lana.

—Orden disponiendo que el director general de Sanidad cese en el cargo de presidente del Comité Central de la Cruz Roja Española; que D. Sadi de Buen Lozano, inspector general de Instituciones Sanitarias, cese en el cargo de subdelegado de este Ministerio y vicepresidente delegado del director general de Sanidad en dicho Comité Central de la Cruz Roja, y que dicho Sr. De Buen Lozano quede en situación de delegado de este Departamento en referido Comité Central.

28 Enero.—Guerra.—Se anuncia convocatoria para proveer por oposición 26 plazas de alféreces médicos.

**Noticias.**—Se anuncia a concurso previo de traslado la provisión de la Cátedra de Pediatría, vacante en la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid.

—El VII Congreso Internacional de Medicina y Farmacia militares se celebrará en Madrid del 29 de Mayo al 4 de Junio de 1933 y el II Congreso Internacional de Aviación Sanitaria tendrá lugar del 5 al 8 de Junio de 1933, también en Madrid.

**La gripe en España.**—Ciudad Real.—La temperatura descendió a 8 grados bajo cero. En las cañerías y en las fuentes públicas se ha helado el agua.

A causa del enorme frío reinante en la capital y en la provincia hay muchas personas atacadas de gripe.

**La gripe en el extranjero.**—Colonia.—A consecuencia de la gripe se ha decretado la clausura de todos los colegios de Barman y Elberfeld, las dos importantes ciudades industriales del Ruhr.

**Instituto Médico Valenciano.**—Leemos en la Prensa: «En el Instituto Médico Valenciano ha habido una sesión bastante movida, con ocasión de renovarse la Directiva, con motivo de la cual se ha librado una escaramuza política, en la que han triunfado los candidatos de filiación de derechas, por 372 votos contra 297.

Al proclamarse el resultado del escrutinio se oyó un grito subversivo, llegando algunos socios a las manos. Ha

resultado un contuso, y el alboroto duró largo rato. Para esta sesión habían acudido médicos de toda la provincia en número superior a 600.

En la candidatura derrotada figuraba, en lo que se refiere a filiación política, tres azañistas, cuatro radicales-socialistas y un radical. La de las derechas—que, como decimos, triunfó—iba encabezada por el Dr. Vicente Pallarés.»

**Federación Universitaria Hispanoamericana.**—Con la charla sobre «Profilaxis médica y social de las enfermedades venéreas», a cargo de los compañeros Jiménez, Arráiz y Fermoselle, clausuró el día 4 de Enero la F. U. H. A. el cursillo sobre enfermedades venéreas que inaugurara el 6 de Diciembre próximo pasado.

Por nueve veces consecutivas convocó la F. U. H. A. en sus salones a un nutrido público de estudiantes y obreros, con el fin de llamarles la atención sobre la importancia de las enfermedades venéreas y la manera de prevenirlas y curarlas.

Todas las conferencias estuvieron a cargo de los estudiantes de cursos superiores y médicos socios de la Federación, quienes se proponen continuar su labor con otros cursillos sobre temas tan importantes como los desarrollados, y de los cuales se dará aviso oportunamente.

Como ampliación de este cursillo, la F. E. F. A. dió también en sus salones dos conferencias sobre este tema, a cargo de socios de la Federación Hispanoamericana.

**Academia Médico Quirúrgica Española.**—Recibimos esta nota: «Habiendo sido tan numerosos los trabajos recibidos aspirando a la pensión anunciada por la Academia, y no habiendo, por ello, tenido tiempo material la Comisión designada de hacer el estudio de dichos trabajos para hacer la propuesta correspondiente en el plazo señalado, se pone en conocimiento de los interesados y de la clase médica que se amplía hasta el 10 de Febrero el plazo para que la Comisión haga la propuesta, con el fin de que el elegido pueda empezar a disfrutarla el día 15 y terminar su disfrute el 15 de Junio próximo.»

**Los ópticos y el ejercicio profesional en el Uruguay.** Se ha encomendado al Dr. Alberto Vázquez Barriere la misión de inspeccionar la vigilancia de las casas autorizadas para la venta de artículos ópticos, que según una denuncia formulada por el Dr. Meerhoff, poseen cámara oscura y examinan y recetan a los pacientes ejerciendo en forma ilegal esa especialidad.

**Gripe. Kinyo.**—Le interesa mucho la lectura del adjunto prospecto del Laboratorio Kinyo, Doctor Cortez, 9, Madrid.

**La Electroterapia elemental y práctica.**—Indispensable para el médico es esta obra. 12 pesetas. Vea el adjunto prospecto de la Editorial Manuel Marín, Provenza, 273, Barcelona.

#### **SULFOBARIUM** (Marca y nombre registrados)

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Unico preparador en España: DOCTOR GIRAL

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

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

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

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

## **BARDANOL**

empuerta de extracto de raíces de LAPPA MAJOR L., y Estañó soloidal  
LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 54. — Valencia.

IMPRENTA DEL SUCESOR DE ENRIQUE TEODORO

Glorieta de Santa María de la Cabeza, 1.—Madrid. Teléfono 70458.