

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

FRANQUEO
CONCERTADO

HISTORIAL

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

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

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

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

PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN

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

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

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

Apartado de Correos, núm. 121.

PHOSPHORRENAL

ROBERT

Reconstituyente

granular, elixir e inyectable



NATROCITRAL

ROBERT

Antidispéptico

granulado y en comprimidos.

ADPHOS ROBERT

Reconstituyente inyectable.

PLURICARDIOL

ROBERT

Tónico cardíaco

Inyectable.

Representante para las provincias de Madrid, Toledo, Avila, Segovia y Guadalajara, **D. RAMON MORA**
Calle de Echegaray, 15, principal, a quien pueden solicitarse muestras, informaciones, etc

Estreñimiento habitual
CASCARINE LEPRINCE

Laxante perfecto
*Acción regular sin habituación ni
irritación consecutiva a su empleo.*

AFECCIONES del HÍGADO
ATONIA del TUBO DIGESTIVO

Eumictine

Santalal - Salol - Hexametileno - Tetramina
Antigonocócico - Diurético
Analgésico - Antiséptico

Blenorragia - Cistitis - Nefritis
Pielitis - Pielo - Nefritis - Piuria
8 a 12 cápsulas al día

FOSFOTERAPIA RACIONAL

por el **RHOMNOII**

Píldoras y Sacaruro, a base de ácido nucleínico
Ampollas a base de Nucleinato de Sosa.

y el **NEO-RHOMNOII**

a base: de Nucleinato de Estrichina } AMPOLLAS
y Cacodilato de Sosa }
o de Nucleinato de Estrichina } COMPRIMIDOS
y Metilarsinato de Sosa }

Afecciones - Infecciones - Convalecencias.

Tratamiento racional y científico de la DIABETES

por las **Píldoras del Dr. Sejournet**

a base de Santonina

ANTIDIABÉTICAS - RECONSTITUYENTES
sin régimen especial
Una píldora en cada comida.

Específico de la Hipertensión

GUIPSINE

en píldoras, a los principios útiles del Muérdago (Gui)

REGULADOR del TRABAJO del CORAZÓN
DIURÉTICO

Antialbuminúrico - Antihemorrágico - Antiescleroso

**MEDICACIÓN ELECTIVA DE TODOS
LOS ESTADOS ESPASMÓDICOS**

Reguladora del Sistema Nervioso Simpático

FREINOSPASMYL

2 a 4 comprimidos diarios

Laboratorios del Dr.
Maurice LEPRINCE
62, Rue de la Tour
PARIS (16^e)
y todas Farmacias.

Sucursales de los Laboratorios M. Leprince: Barcelona. — Apartado 205.

Depósito en las principales Farmacias de España y del extranjero.

Ayuntamiento de Madrid

Art. 248. Lo dispuesto en el art. 242 es aplicable al caso de sedición, cuando ésta no hubiere llegado a organizarse con jefes conocidos.

Art. 249. La conspiración para el delito de sedición será castigada con la pena de arresto mayor a prisión menor en su grado mínimo.

Art. 250. Serán castigados con la pena de prisión menor en sus grados medio y máximo, los que sedujeren tropas o cualquiera otra clase de fuerza armada de mar o de tierra para cometer el delito de sedición.

Si llegare a tener efecto la sedición, los seductores se reputarán promovedores y sufrirán la pena a éstos señalada en el art. 246.

Art. 251. En el caso de que la sedición no hubiere llegado hasta el punto de embarazar de un modo grave el ejercicio de la autoridad pública y no hubiere tampoco ocasionado la perpetración de otro delito al que se señale penas superiores a presidio o prisión menores, los Tribunales rebajarán de uno a dos grados las penas señaladas en los artículos de este capítulo.

CAPÍTULO III

DISPOSICIONES COMUNES A LOS DOS CAPÍTULOS ANTERIORES

Art. 252. Luego que se manifieste la rebelión o sedición, la autoridad gubernativa intimará hasta dos veces a los sublevados que inmediatamente se disuelvan y retiren, dejando pasar entre una y otra intimación el tiempo necesario para ello.

Si los sublevados no se retirasen inmediatamente después de la segunda intimación, la autoridad hará uso de la fuerza pública para disolverlos.

Las intimaciones se harán mandando ondear al frente de los sublevados la bandera nacional, si fuere de día, y si fuere de noche requiriendo la retirada a toque de tambor, clarín u otro instrumento a propósito.

Si las circunstancias no permitieren hacer uso de los

ordenada, incurrirá en la pena de suspensión en sus grados medio y máximo y multa de 500 a 5.000 pesetas.

Art. 216. Incurrirá en la pena de destierro en sus grados mínimo y medio, el funcionario público que, sin haber intimado dos veces consecutivas la disolución de cualquiera reunión o manifestación, o la suspensión de las sesiones de una Asociación, empleare la fuerza para disolverla o suspenderla, a no ser en el caso de que hubiere precedido agresión violenta por parte de los reunidos, manifestantes o asociados.

Si del empleo de la fuerza hubiere resultado lesiones leves a alguno o algunos de los concurrentes, la pena será la de destierro en sus grados medio y máximo y la misma multa.

Si las lesiones fueren graves, la pena será la de confinamiento en su grado mínimo y multa de 1.000 a 10.000 pesetas.

Si hubiere resultado muerte, la pena será la de confinamiento en su grado máximo a extrañamiento y multa de 2.500 a 25.000 pesetas.

Art. 217. El funcionario público que, una vez disuelta cualquier reunión, manifestación o suspendida cualquiera Asociación o su sesión, se negare a poner en conocimiento de la autoridad judicial que se lo reclamare, las causas que hubieren motivado la disolución o suspensión, será castigado con la pena de inhabilitación absoluta y multa de 500 a 5.000 pesetas.

Art. 218. La autoridad o el funcionario público que persiguieren o molestaren a un funcionario o a un particular por sus opiniones políticas, sociales o religiosas, incurrirán en la pena de inhabilitación especial.

Con la misma pena se castigará cualquier atentado a la libertad de la Cátedra.

Art. 219. El funcionario público que expropiare de sus bienes a un ciudadano o extranjero para un servicio u obra pública, sin cumplir los requisitos prevenidos en las leyes, incurrirá en las penas de suspensión en sus grados medio y máximo y multa de 500 a 5.000 pesetas.

Art. 220. El funcionario público que ordenare la clausu-

ra o disolución de cualquier establecimiento privado de enseñanza, a no ser por motivos racionalmente suficientes de higiene o moralidad, y el que no pusiere en conocimiento de la autoridad judicial dicha clausura o disolución en las veinticuatro horas siguientes de haber sido llevada a efecto, incurrirán en las penas de suspensión en sus grados medio y máximo y multa de 500 a 5.000 pesetas.

Art. 221. El ministro de la República que durante el desempeño de su cargo ejerciere alguna profesión o interviniere directa o indirectamente en Empresas o Asociaciones privadas, con móvil de lucro, incurrirá en la pena de inhabilitación especial y multa de 10.000 a 100.000 pesetas.

Art. 222. Incurrirá en la pena de inhabilitación especial el funcionario público que quebrantare la independencia e inamovilidad de los jueces y magistrados, garantizada por la Constitución.

Art. 223. El ministro de la República que mandare pagar un impuesto no votado o autorizado por las Cortes, será castigado con la pena de inhabilitación absoluta y multa de 10.000 a 100.000 pesetas.

Art. 224. La autoridad que mandare pagar un impuesto provincial o municipal no aprobado legalmente por la respectiva Diputación o Ayuntamiento, será castigada con la pena de suspensión en su grado máximo a inhabilitación absoluta en su grado mínimo y multa de 1.000 a 10.000 pesetas.

Art. 225. Los funcionarios públicos que exigieren a los contribuyentes para el Estado, la Provincia o el Municipio el pago de impuestos no autorizados según su clase respectiva, por las Cortes, la Diputación provincial o el Ayuntamiento, incurrirán en la pena de suspensión en sus grados medio y máximo a inhabilitación absoluta en su grado medio y multa de 1.000 a 10.000 pesetas.

Si la exacción se hubiere hecho efectiva, la multa será del tanto al triple de la cantidad cobrada.

Si la exacción se hubiere hecho empleando el apremio u otro medio coercitivo, la pena será la de inhabilitación absoluta y la multa sobredicha.

La proposición será castigada con la de prisión menor en sus grados mínimo y medio.

CAPÍTULO II

SECCIÓN

Art. 245. Son reos de sedición los que se alzan pública y tumultariamente para conseguir por la fuerza o fuera de las vías legales cualquiera de los objetos siguientes:

1.º Impedir la promulgación o la ejecución de las leyes, o la libre celebración de las elecciones populares en alguna provincia, circunscripción o distrito electoral.

2.º Impedir a cualquiera autoridad, Corporación oficial o funcionario público el libre ejercicio de sus funciones, o el cumplimiento de sus providencias administrativas o judiciales.

3.º Ejercer algún acto de odio o venganza en la persona o bienes de alguna autoridad o de sus agentes.

4.º Ejercer, con un objeto político o social, algún acto de odio o de venganza contra los particulares o cualquiera clase del Estado.

5.º Despojar, con un objeto político o social, de todos o de parte de sus bienes propios a alguna clase de ciudadanos, al Municipio, a la Provincia o al Estado, o talar o destruir dichos bienes.

Art. 246. Los que induciendo y determinando a los sediciosos hubieren promovido y sostenido la sedición y los caudillos principales de ésta serán castigados con la pena de reclusión menor, si se encontraren en alguno de los casos previstos en el párrafo primero del número 2.º del art. 170, y con la de prisión mayor si no se encontraren incluidos en ninguno de ellos.

Art. 247. Los meros ejecutores de la sedición serán castigados con la pena de prisión menor en su grado medio y máximo en los casos previstos en el párrafo primero del número 2.º del art. 170 citado, y con la de prisión menor en su grado mínimo y medio no estando en el mismo artículo comprendidos.

TERTULIA MÉDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

— AMENIDADES —

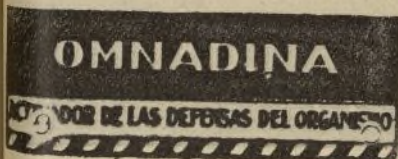
25-II-1938

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

Algunos aforismos del famoso filósofo Baltasar Gracián.

Gracián pone mucho más esmero en sus escritos pequeños en que desarrolla su teoría sobre las facultades intelectuales y de la habilidad que hace que se salga bien en las cosas del mundo, pues reduce todos los talentos y todas las facultades del talento a dos principales, que llama *genio e ingenio*. Estos son los dos ejes de la gloria del hombre de mérito.

Tratar con quien se puede aprender: Sea el amigable trato escuela de erudición, y la conversación, enseñanza cultural; [un] hacer [de] los amigos maestros



penetrando el útil del aprender con el gusto de conversar.

Arte para vivir mucho: Vivir bien. Dos cosas acaban presto con la vida: la necedad o la ruindad.

Tiene el vulgo muchas cabezas, y así, muchos ojos para la malicia y muchas lenguas para el descrédito. Es muy fácil



de cobrar la siniestra fama, porque lo malo es muy creíble y cuesta mucho de borrarse. Excuse, pues, el varón cuerdo estos desaires, contrastando con su atención la vulgar insolencia, que es más fácil el prevenir que el remediar.

Cultura y aliño: Nace bárbaro el hombre; redímese de bestia, cultivándose. Hace personas la cultura, y más cuanto mayor. En fe de ella pudo Grecia llamar bárbaro a todo el restante universo. Es

muy tosca la ignorancia: no hay cosa que más cultive que el saber.

La mitad del mundo se está riendo de la otra mitad, con necedad de todos. O todo es bueno, o todo es malo, según votos. Lo que éste sigue, el otro persigue. Insufrible necio el que quiere regular todo objeto por su concepto. No dependen las perfecciones de un solo agrado. Tantos son los gustos como los rostros, y tan varios. No hay defecto sin afecto, ni se ha de desconfiar porque no agraden las cosas a algunos, que no fallarán otros que las aprecien. Ni aun el aplauso de éstos le sea materia al desvanecimiento, que otros le condenarán. La norma de la verdadera satisfacción es la aprobación de los varones de reputación, y que tienen voto en aquel orden de cosas. No se vive de un voto solo, ni de un uso, ni de un siglo.

Trabajosa ocupación gobernar hom-

JARABE ALMERA

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

bres, y más locos, o necios. Doblado seso es menester para con quien no lo tiene.

perfeccionarla en mayor grado. Esta necesidad de orden y perfección es uno de los signos más evidentes del destino futuro. Andemos un poco de prisa, porque debo acabar mis visitas y tengo aún cinco enfermos que ver.

Después de haber caminado durante algún tiempo al trote y en silencio, Benassis dijo, sonriendo a su compañero de viaje:

—¡Ah!, capitán Bluteau, usted me hace que hable más que un papagayo y en cambio no me cuenta nada de su vida, que no dejará de ser curiosa. Un militar de su edad ha vivido demasiado para que no disponga de anécdotas suficientes para contar más de una aventura.

—Pero mi vida— respondió Genestas — es sencillamente la vida del ejército. Todos los militares tienen el mismo parecido. No habiendo mandado nunca y habiendo permanecido siempre fiel en la fila dando y recibiendo sablazos, no he podido ser más que uno de tantos. He ido siempre con voluntad donde Napoleón nos ha conducido y me he encontrado en cuantas batallas haya formado la guardia imperial. Todos sus acontecimientos son suficientemente conocidos. Tener cuidado de los caballos, sufrir con relativa frecuencia hambre y sed, batirse cuando era preciso, he aquí, en resumen, toda la vida del soldado. Contamos batallas en las que sirviéndonos de un caballo mal herrado quedábamos destrozados. En suma, he visto tantos países que me acostumbra ya a ellos; he visto tantos muertos que

he acabado por tener mi propia vida en muy poca cosa.

—Sin embargo, habrá usted personalmente atravesado por graves peligros en determinados momentos, y que contados por usted tendrán detalles particulares que los harán muy interesantes.

—Es posible que así suceda— respondió el comandante.

—Pues bien; cuénteme usted lo que más le haya chocado. No le detenga a usted reparo alguno, ni me oculte nada por modestia, aunque tenga que referirme algunos rasgos de heroísmo personal. Cuando un hombre está seguro de ser comprendido por aquellos en quien se confía, no debe experimentar ningún placer cuando diga: yo he hecho esto

—Veamos; tengo que contar a usted una particularidad que me causa remordimiento en muchas ocasiones. Durante los quince años que hemos tenido de combate, no me ha sucedido una sola vez el caso de matar a un hombre, si no ha sido en legítima defensa. Cuando estamos en el frente y cargamos, si no vencemos a los que tenemos delante, seremos destruidos por ellos sin que nos pidan permiso para herirnos; de modo que es necesario matar para no ser destrozado y, por tanto, la conciencia queda tranquila. Pero, mi querido amigo, me sucedió un caso particular en el que tuve que aplastar a un camarada en circunstancias excepcionales. Cuando reflexiono, aquel hecho me preocupa mucho, y la sombra de aquel hombre se me representa con bastante frecuencia. Deseo que usted la conozca y juzgue

No cansar, no ser pesado. La brevedad es lisoniera. Lo bueno, si breve, dos veces bueno, y lo malo, si poco, no tan

SOLUCION REICHENBACH

BALSAMICA, CON TIOL, BENZOATO SÓDICO Y DIONINA
J. DOMINGO CHURTO
C. Libertad, 14, BARCELONA

malo. Más obran quintas esencias que fárragos. Lo bien dicho se dice presto.

Consiste el crédito en el recato más que en el hecho que si no es casto sea cauto.

Vivir a lo práctico: Hasta el saber ha de ser al uso, y donde no se usa es preciso saber hacer del ignorante. Múdanse a tiempos el discursar y el gustar. No se ha de discursar a lo viejo y se ha de gustar a lo moderno. El gusto, de las cabezas hace voto en cada orden de cosas. Ese se ha de seguir por entonces y adelantar a eminencia: acomódese el cuerpo a lo presente, aunque le parezca mejor lo pasado, así en los arreos del alma como del cuerpo. Sólo en la bon-



dad no vale esta regla de vivir, que siempre se ha de practicar la virtud.

Sin mentir, no decir todas las verdades: No hay cosa que requiera más tien-

to que la verdad, que es un sangrarse del corazón, y tanto es menester para saberla decir como para saberla callar. No todas las verdades se pueden decir: unas porque me importan a mí, otras porque al otro.

No es necio el que hace la necesidad, sino el que hecha, no la sabe encubrir. Hanse de sellar los afectos, cuanto más los defectos. Todos los hombres yerran, pero con esta diferencia: que los sagaces mienten las hechas, y los necios mienten las por hacer.

No aguardar a ser sol que se pone: Máxima es de cuerdos dejar las cosas

EL CHOCOLATE ZORRAQUINO

por su pureza y poder nutritivo constituye una eficaz ayuda en los enfermos y convalecientes, y por su exquisita elaboración, es una deliciosa golosina para los sanos. De venta en Madrid: Mantequías Leonesas y principales establecimientos, provincias, y Zaragoza: Despacho: Coso, 56.

antes que los dejen. Sepa uno hacer triunfo del mismo fenecer, que tal vez el mismo sol, a buen lucir, suele retirarse a una nube porque no lo vean caer, y deja en suspensión de si se puso o no se puso.

Sépase que hay vulgo en todas partes, en la misma Corinto, en la familia más selecta. De las puertas adentro de su casa lo experimenta cada uno, pero hay vulgo y revulgo, que es peor. Tiene el especial las mismas propiedades que el común, como los pedazos del quebrado espejo, y aun más perjudicial; gran discípulo de la ignorancia, padrino de la necesidad y aliado de la hablilla; no se ha de atender a lo que dice y menos a lo que siente; importa conocerlo para

librarse de él, o como parte o como objeto; que cualquiera necesidad es vulgaridad, y el vulgo se compone de necios.

Saber estimar: Ninguno hay que no

"MALTOPOL"

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

pueda ser maestro de otro en algo; n hay quien no exceda al que excede, y saber disfrutar a cada uno es útil saber. El sabio estima a todos porque reconoce lo bueno en cada uno, y sabe lo que cuestan las cosas, de hacerse bien. El necio desprecia a todos por ignorancia de lo bueno y por elección de lo peor.

Nunca exponer el crédito a prueba de sola una vez, que si no sale bien aquélla, es irreparable el daño. Es muy contingente errar una, y más la prime-



ra; no siempre está uno de ocasión, que por eso se dijo «estar de día». Afiance,

SIGUE A LA PÁGINA XVI

libremente sobre ella. Se trataba de la retirada de Moscou, cuando teníamos el aspecto de un rebaño de bueyes más que de un ejército de Napoleón. En aquel momento se rompió la disciplina militar y cada uno mandaba por cuenta propia, pudiendo asegurarse que en aquel trance fué donde acabó el imperio del gran caudillo. Cuando llegamos a Studzianka, un pueblo del Berezina, nos encontramos con varias cabañas y varias granjas que teníamos que demoler, algunas cantidades de patatas y de remolacha que desenterrar. Hacía varios días que no habíamos encontrado nada que destruir ni que comer, y el ejército empeñó su saña en aquel tropiezo. Los que llegaron los primeros, como usted comprenderá, se comieron cuanto encontraron; yo llegué uno de los últimos. Felizmente, yo tenía más sueño que hambre; divisé una granja y me fui a ella directamente, encontrándome que ya estaban ocupándola una veintena de generales y oficiales de alta graduación, hombres todos, sin adulación alguna, de grandes méritos: Junot, Narbonne, el ayudante del emperador y los principales cabezas del ejército. Había también varios soldados dispuestos a no ceder su cama de paja a ningún mariscal de Francia. Unos dormían de pie, apoyados contra la pared, por no tener donde echarse; otros tendidos en el suelo, prensados unos contra otros con el fin de no tener frío, y yo buscaba inútilmente un rincón donde ponerme. Decidido marchaba, pues, sobre aquella tendelera de hombres, unos roncando y otros

silenciosos, pero ninguno se apartaba para hacerme sitio. Es posible que para detener una bala perdida nadie hubiera corrido a la fila; pero en aquel momento no había por qué guardar las máximas de la cortesía pueril. Por último, vi en el fondo de la granja una especie de tenducho, hacia el cual nadie había tenido la idea o la resistencia suficientes para llegar; subo, me siento, y cuando me instalo cómodamente me doy cuenta de que había también unos hombres alojados y durmiendo como si fueran vacas. Aquel triste espectáculo me causó risa. Algunos roían unas remolachas heladas, experimentando una especie de placer animal, y los generales, envueltos en unas capas destrozadas roncaban como truenos. Una tea de pino encendida alumbraba toda la granja, y aunque a causa de ella se hubiese prendido fuego, nadie hubiera sido capaz de levantarse a apagarla. Me acuesté en el suelo, y antes de dormirme echo una mirada por el techo y veo que la viga principal, sobre la que reposaba todo el tejado, tenía un movimiento de oriente a occidente. Aquella sagrada viga bailaba con suma facilidad. «Señores — dije entonces —, fuera se encuentra algún camarada que piensa calentarse a nuestras expensas. La viga cedería en seguida.» «Señores, señores — repetí con tal fuerza que conseguí despertarse los camaradas que había junto a mí —; miren ustedes la viga que nos amenaza y vamos a perecer todos debajo del tejado»; pero los que estaban durmiendo volvieron a su tarea, y los que estaban comiendo no se

LABORATORIOS CORBIÈRE - PARIS

SUERO ANTI-ASMÁTICO DE HECKEL

MUESTRAS GRATIS

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

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

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

FERNAND BEJAR, Agente G^{al} para ESPAÑA, 20, Ruiz Perello, MADRID (9)

Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

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

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

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

FORMAS FARMACÉUTICAS :

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

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

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

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

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

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

LIPIODOL LAFAY

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

LABORATORIOS CAMPOS FILLOL
VALENCIA

LACTOBULGARINA
El mejor desinfectante intestinal.

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

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

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día.

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

LACTOBULGARINA



SANATORIO NEUROPÁTICO

Calle de Pablo Iglesias, 52. — CARABANHEL BAJO (Madrid). — Teléfono 118 C.

Director: DR. GONZALO R. LAFORA

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

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

Pídanse reglamentos a la Administración.

INSTITUTO MEDICO-PEDAGOGICO

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

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

Ayuntamiento de Madrid
Dirección médica: Dr. Gonzalo R. Lafora.

METARSILE MENARINI

FOSFO-METILARSENIATO DE HIERRO

En forma elixir para uso interno y en inyectables para vía hipodérmica.

Contiene, además del hierro, fósforo (lecitina) y arsénico (ácido metilarsenioso) en estado orgánico.

El fosfo-metilarseniato de hierro da excelentes resultados en las **fiebres palúdicas** y en sus consecuencias; en la **neurastenia** y el **agotamiento nervioso**; corrige la deficiente cantidad y defectuosa calidad de las fuerzas nerviosas; en la **anemia** y en la **clorosis** despierta la función digestiva y aumenta el apetito. En las **enfermedades de los niños** es el reconstituyente más indicado á causa del mínimo poder tóxico del arsénico y del fósforo orgánicos.

DE VENTA EN LAS PRINCIPALES FARMACIAS

Muestras gratis á los señores Médicos que las soliciten á los señores:

J. URIACH y C.^a, S. A. — Apartado 632.—BARCELONA

LABORATORIO FARMACÉUTICO

PONS, MORENO Y C.^a

DIRECTOR: D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA
ESPAÑA

Jarabe Bebé

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

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

Tetradínamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

Medicación 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.

Ayuntamiento de Madrid

QUADRONAL

Analgésico excelente comprobado desde hace años y especialmente en los casos de

GRIPE

y en todas las variaciones. La ventaja del efecto terapéutico consiste en

**la reducción gradual
de la fiebre,**

Quadronal:

20 × 0,5
10 × 0,5
2 × 0,5

Quadro-Noxi

20 × 0,6
10 × 0,6
1 × 0,6

así que se evitan complicaciones provocadas por disminución rápida de la temperatura. Una vez curada la gripe, en la convalecencia un sueño confortante —sin efectos secundarios— se consigue con el Hipnótico

QUADRO - NOX

**A S T A , Aktiengesellschaft, Fábrica Química,
Brackwede, 128. — (Alemania)**

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

Representante y depositario en España:

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

El tratamiento más activo
es la de toda afección de origen estafilocócico

STALYSINE

VACUNA ANTIESTAFILOCÓCICA



ACCIÓN DIRECTA SOBRE EL MICROBIO
SIN PROVOCAR REACCIÓN

FORMA INYECTABLE
LA MÁS ACTIVA

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

SUCURSALES

BARCELONA : calle del Bruch, 129
MILÁN — LONDRES

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

Salicitiro

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

PERFECTAMENTE TOLERADO POR VIA BUCAL

Evita los trastornos gástricos.

Aumenta la eficacia salicilica.

Normaliza el terreno hipometabólico reumático

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

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





RESYL

"CIBA"

Eter glicero - guayacólico soluble

**Expectorante
Antiséptico
pulmonar
de un gusto agradable**

Formas farmacéuticas:

Jarabe Resyl

Frascos de 150 y de 300 grs.

Comprimidos Resyl

Tubos de 20 comprimidos

Pastillas Resyl

Cajas de 24 pastillas

Injectables Resyl

Cajas de 12 ampollas

Ciba Sociedad Anónima de Productos Químicos Barcelona

GRANULOS CHANTEAUD

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

Estricnina (arseniato de).. $\frac{1}{2}$ miligr.
Estricnina (hipofosfito de). $\frac{1}{2}$ miligr.
Estricnina (sulfato de).... $\frac{1}{2}$ miligr.
Estrofantina..... $\frac{1}{10}$ mlgr.
Evonimina..... miligr.
Hierro (arseniato de)..... miligr.
Helenina..... centgr.
Hidrargirico (bioluro) miligr.

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



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

**El Mejor
PURGANTE
LAXANTE
DEPURATIVO**

SEDLITZ CH. CHANTEAUD

Laboratoires CHANTEAUD, 54, Rue des Francs-Bourgeois Paris

Contra :
Estreñimiento
Estado bilioso
Jaquica
Congestiones.

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

EN INYECCIONES
SUB-CUTÁNEAS
VERDADERAMENTE
INDOLORAS

EL ACETYLARSAN

REÚNE LAS CONDICIONES
REQUISITAS POR LAS
DIFERENTES MODALIDADES
DEL TRATAMIENTO
DE LA SÍFILIS

TRATAMIENTO DE ASALTO
TRATAMIENTO DE PRUEBA
TRATAMIENTO DE SOSTÉN

HEREDO-SÍFILIS

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
—Specia—
MARQUES POULENC Frères a USINES du RHONE
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3ª

Agentes para España:

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



Gardán

Insustituible en la Gripe como:

Analgésico

Antipirético

Antiflogístico

Muy eficaz en todas las afecciones febriles y enfriamientos, reumatismo muscular y articular, neuralgias y estados dolorosos de cualquier etiología.

Perfectamente tolerado en dosis elevadas y administración prolongada.



Gardán

tubo de X tabletas de 0.5 g.

Envase original

La Química Comercial y Farmacéutica

Bayer - Meister-Lucius

APARTADO 280 - BARCELONA

ANTALGOL DALLOZ

Granulado

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

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

Nuevos alcaloides no tóxicos Los "Genalcaloïdes"

POLONOVSKI Y NITZBERG

en la práctica cotidiana

ENATROPINE ENESERINE ENOSCOPOLAMINE ENHYOSCYAMINE HIPERACIDEZ DOLORES ABDOMINALES
 HIPOACIDEZ SINDROME SOLAR
 PARKINSONISMO ANESTESIA QUIRÚRGICA
	TEMBLORES DIVERSOS SECUELAS DE ENCEFALITIS
 ASTENIA NEURASTENIA PARALISIS.

Los S^{res} Max y Michel Polonovski han designado con el nombre de "Genalcaloïdes" (C.R. Académie des Sciences, Paris, 1925) una serie de compuestos alcaloídicos de función aminóxida en los que se ha reconocido propiedades idénticas a las del alcaloide fundamental de que derivan, pero con la diferencia esencial de que son muy debilmente tóxicos comparados con él.

MUESTRAS Y LITERATURAS:

E. BOIZOT, agente general

BARCELONA, apartado 17 ■ MADRID, apartado 2082 (2)

Laboratorio AMIDO. A. BEAUGONIN, farmacéutico, 4, Pl. des Vosges, PARIS (4^e)

'AMIDAL' = ENTERITIS
DIARREAS

BACKERINE = TUMORES
CANCERES

**Rompa el
circulo vicioso**



Jarabe de FELLOWS

DE HIPOFOSFITOS

SUMINISTRA LOS MINERALES INDISPENSABLES

MUESTRAS
A
PETICION



Silicyl

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

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

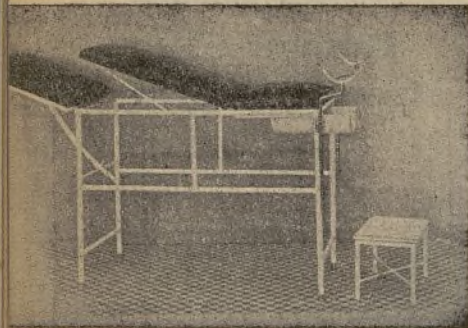
PYRÉTHANE

GOTAS

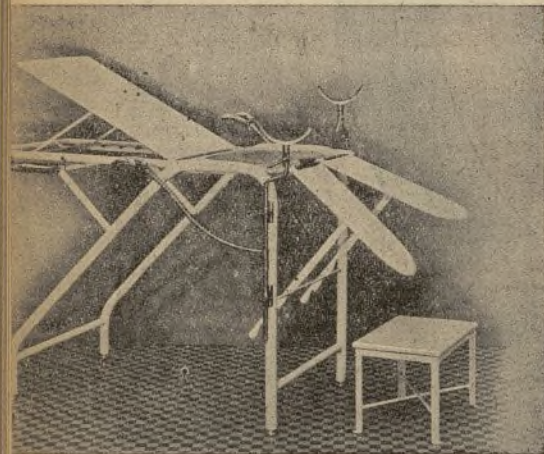
25 a 50 por dosis - 300 por día (agua bicarbonatada)
AMPOLLAS A: 2 cc. Antitérmicas.
AMPOLLAS B: 5 cc. Antineurálgicas.
1 a 2 al día
con o sin medicación intercalar por las gotas

Poderoso Antineurálgico

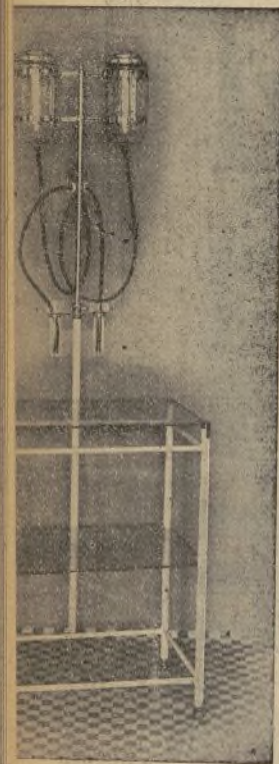
Ayuntamiento de Madrid



Modelos 5 y 6.
Sillas de reconocimiento y curación, toda en tubo de esmaltado en blanco, con horquillas o pedales nidos y almohadones de gutapercha. Pesetas 160.



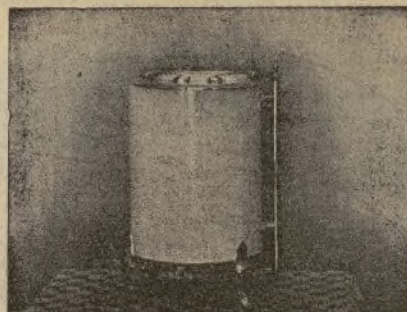
Modelo 9.
Sillas de reconocimiento EUREKA modelo perfeccionada, construida en sólido tubo de hierro acerado, esmaltado en blanco con juego de horquillas y pedales y almohadones de gutapercha. Ptas. 240.



Modelos 52 al 55.
Sillas de reconocimiento, con porta-irrigador completo. De hierro, ángulo con entrepaños estriados. Ptas. 72.
De hierro, ángulo con entrepaños lunas. Ptas. 100.
De tubo de hierro con entrepaños estriados. Ptas. 138.
De tubo de hierro con entrepaños lunas. Ptas. 150.



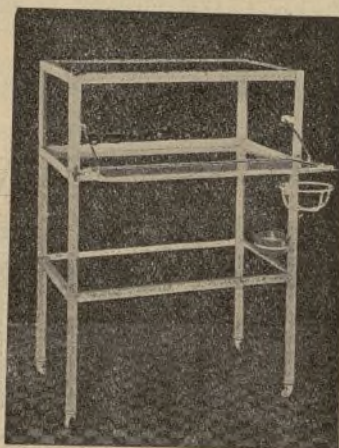
Modelo 89.
Mesa especial para ginecología, modelo Dr. Velasco, muy práctica y sólida, pintada al óleo. Pesetas 475.



Modelos 47 y 48.
Cubo a pedal, tapa giratoria niquelada. Modelo 47.—Tamaño pequeño... Pesetas 27. Modelo 48.—Tamaño grande... Pesetas 45.



Modelo 50.
Sillón para otorino con respaldo de inclinación graduable y cabezal articulado. Este modelo resulta también muy apropiado para dentista. Pesetas 150.



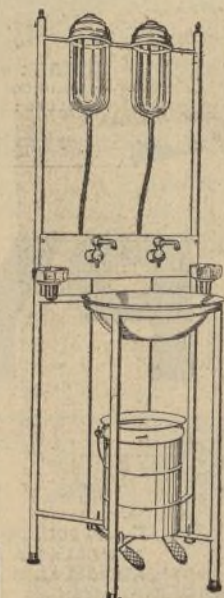
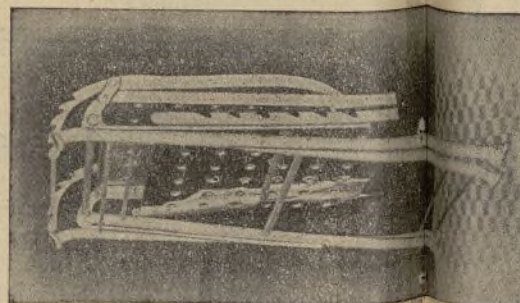
Modelo 108.
Mesita vitrina de 60 x 35 centímetros con dos recipientes giratorios y un entrepaño inferior de cristal estriado. Pesetas 125.

**SOLICITEN
NUESTRO CATÁLOGO
GENERAL**

INDUSTRIAL MÉDICA "IMS" Calle Raimundo F. Villaverde, número 1. (Cuatro Caminos) Teléfono 40699 **MADRID** **FABRICA DE MOBILIARIO PARA CLÍNICAS, HOSPITALES Y SANTORIOS**



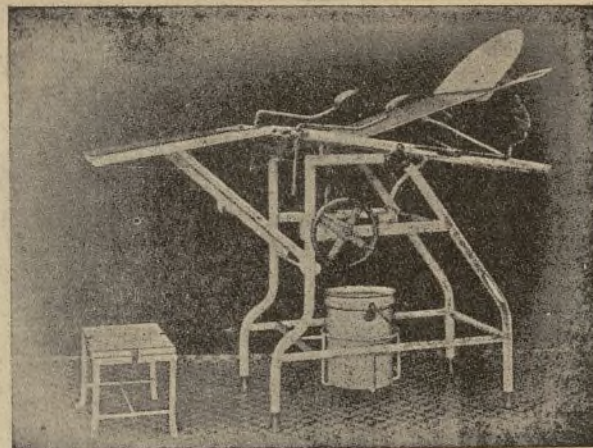
Modelo 42.
Mesa plegable con planos de aluminio susceptible de dar todas las posiciones. Ptas. 275.



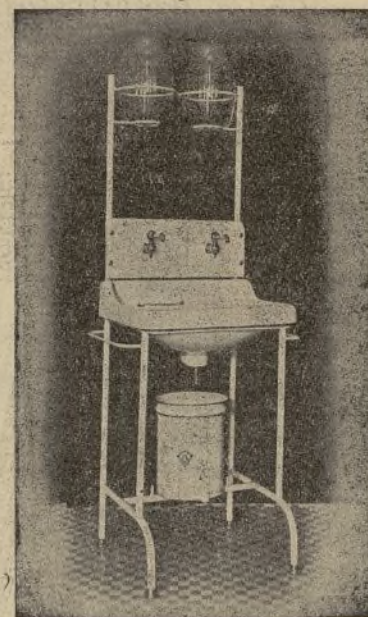
Modelo 59.
Lavabo igual al modelo número 59, accionado a pedal. Pesetas 200.



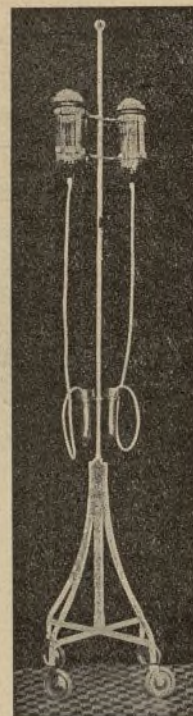
Modelo 109.
Mesita de niño, construida en tubo, esmaltada en blanco con almohadones de gutapercha del mismo color. Pesetas 150.



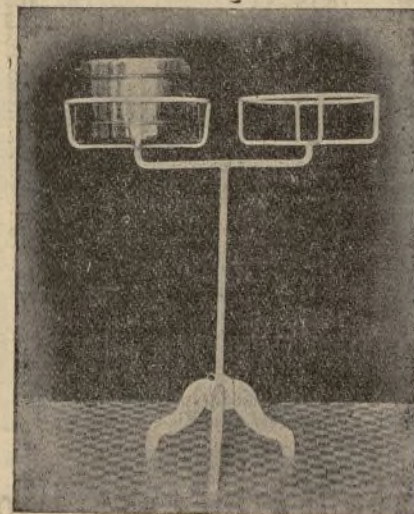
Modelo 11.
Mesa especial para urología y cystoscopia. Esmaltada al duco. Accionada al volante. Pesetas 600.



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

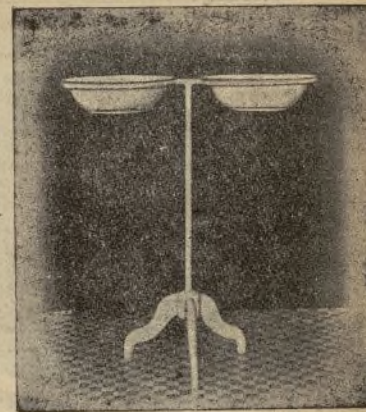


Modelo 110.
Porta-irrigador automático graduable, completo. Ptas. 125.

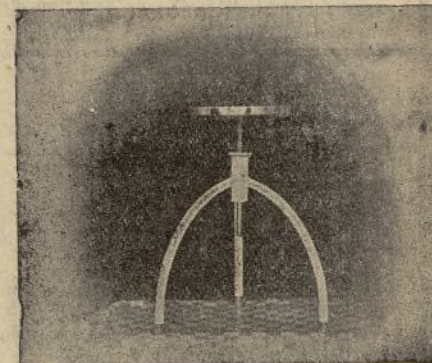


Modelo 65.
Porta-botes, con pie de hierro fundido (sin botes), se construyen para los tamaños de botes que se indican. Ptas. 20.

**Facilidades
de
pago.**



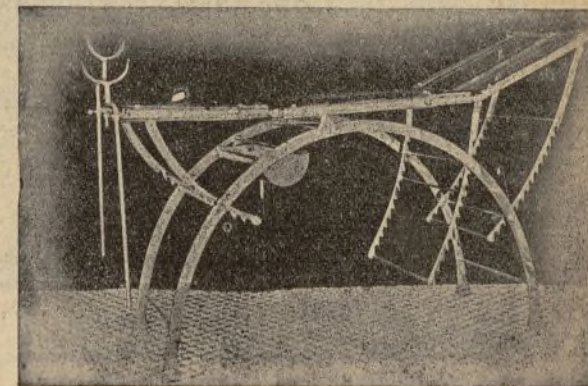
Modelos 70 y 71.
Porta palanganas pie fundido. Mod. 70.—Sin palanganas... Ptas. 85. Mod. 71.—Con palangana de 82 cms. Pesetas 45.



Modelo 79.
Taburete giratorio de hierro esmaltado en blanco con asiento niquelado. Ptas. 38.



Modelo 111.
Palanganero, con dos palanganas de hierro esmaltado y entrepaño de cristal estriado. Ptas. 50.



Modelo 17.
Mesa de «Braatz», esmaltada en blanco con planos de luna.

Asociación
Sintoma-Dab



reemplaza con ventaja
Digital y Digitalina.

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

LABORATOIRES DEGLAUDE 6, Rue d'Assas
PARIS VI*

Muestras y
literaturas:

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



Alimento fisiológico completo
Vino de Vial.
Quina, carne,
lacto-fosfato de cal.

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

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

De venta en todas las farmacias.

Depositorio general para España:

D. ANTONIO SERRA
Apartado 26, Reus (Tarragona).

**METODO CITOFILÁCTICO
DEL PROFESOR P. DELBET**

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

DELBIASE

Comprimidos de Sales halogenas de
MAGNESIO

ESTIMULANTE BIOLOGICO GENERAL
POR HYPERMINERALIZACION
MAGNESIANA DEL ORGANISMO

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

PRINCIPALES INDICACIONES

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

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

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

Muestra medica! sobre pedido.

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

— BARACHOL —

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

LABORATORIOS FAUS.—VILLAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)

Ayuntamiento de Madrid

LABORATORIO
MIRABENT
BARCELONA



MORRHUËTINE

EL TÓNICO DE LA INFANCIA
Y DE LA PUBERTAD.

JUNGKEN

MEDICACIÓN YODADA
POR EXCELENCIA.

SE USA TODO EL AÑO = SABOR GRATÍSIMO = TOLERANCIA PERFECTA

NURRISOL

RECONSTITUYENTE GENERAL PARA LAS MUJERES QUE CRIAN
FACILITA LA LACTANCIA MATERNA

PAHIRVOL

TÓNICO ESTOMACAL
INSUFICIENCIAS Y ATONÍAS GÁSTRICAS

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

CANFORETIL B. MARTÍN

(Nombre registrado)

(Solución etéreo-oleosa de alcanfor puro del Japón)

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

Jarabe
“DEYEN”
de Manzana Laxant

Útilísimo en los adultos e insustituible en los niños.

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

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

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

ANTIASMÁTICO PODEROSO

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS ATARROS BRONQUIALES

Jarabe-Medina
de Quebracho.

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

PRECIO: 6,50 pesetas frasco.

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

ALMORRANAS



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

De venta en farmacias.

Ayuntamiento de Madrid

Jugo de carne Valentine's.

El mejor alimento para convalecientes el
JUGO VALENTINE'S



El mejor jugo de carne el
VALENTINE'S

Los médicos lo emplean en los Hospitales, en sus clínicas particulares y aun en sí mismos cuando ven que el organismo necesita reponerse. Esto demuestra la fe que tienen en el poder vital de dicho preparado, pues aumenta las fuerzas decaídas cuando los órganos digestivos se han debilitado. Es el mejor alimento.

DR. JULIAN CALLEJA, presidente de la Real Academia de Medicina de Madrid (España): «Tengo una gran satisfacción en informarles que considero el **Jugo Valentine's** como un poder de gran superioridad para vigorizar el sistema nervioso, por lo cual yo mismo lo empleo en mí y lo prescribo á mis enfermos.»

JOHN TANNER M. D. LL. D., médico decano en el dispensario general Farringdon, para enfermedades de mujeres y niños, Londres (Inglaterra): «En los casos de flujos y hemorragias de todas clases, fiebres, formas graves de neumonía y extenuación extremada, cuando el estómago se niega á retener otras preparaciones ordinarias, es cuando el **Jugo Valentine's** obra como una verdadera maravilla. No puedo hablar en términos más altos de este preparado, puesto que he podido apreciar sus inmensas ventajas en el tratamiento de los más serios y delicados casos que están bajo mi cuidado.»

De venta en farmacias y droguerías en Europa y América.

VALENTINE'S MEAT - JUICE Co.

Richmond, Virginia, U. S. A.

Los señores médicos pueden pedir folletos conteniendo testimonios clínicos.

Agentes generales para España y sus colonias.

E. DURAN, S. en C.

Calle de Tetuán, 9 y 11. — MADRID

HIGIENE DE LOS OJOS



OFTALMOL

PODEROSO ANTISÉPTICO DE LAS INFECCIONES DE LOS OJOS

LAVADOS Y BANOS OCULARES

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

EL FRASCO LLEVA UNA BAÑERITA

Com.: Clor. hidrargv., 0,02 gr. — Ac. carbazot., 0,01 gr. — Sal. seda. Homberg, 6 gr. — S. Clorenalina, XX gotas. — Ag. bidestilada, 300 gr.

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

Estafeta de partidos.

Próxima a anunciarse la titular de Iglesuela del Cid (Ternel), se advierte a los compañeros que piensen solicitarla que dicho pueblo tiene el igualatorio contratado por cuatro años con las dos Sociedades facultativas existentes en la localidad. Para más detalles diríjase a D. Antonio Lliso, en dicho pueblo.

VACANTES

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

En breve aparecerá anunciada la plaza de médico titular de San Esteban del Valle (Ávila). Según noticias parti-

culares, dicho pueblo tiene contratadas las igualas con dos médicos (31.000).

Practicantes.

Torás (Castellón). 375 pesetas. 16 de Marzo.
Revilla de Campos (Palencia). 375 pesetas. 13 de Marzo.
Villalcón (Palencia). 375 pesetas. Id.
Valdegama (Palencia). 380 pesetas. Id.
Villa del Duque (Palencia). 375 pesetas. Id.
Revenge de Campos (Palencia). 497,10 pesetas. Id.

Matronas.

Revilla de Campos, Villalcón, Valdegama, Villa del Duque y Revenge de Campos (Palencia). Solicitudes, 13 de Marzo.

Tejada (Burgos). 30 pesetas. 11 de Marzo.
Villameriel (Palencia). 158,20 pesetas. 1 de Marzo.
Villahán (Palencia). 450 pesetas. 2 de Marzo.
Fuentes de Valdepero (Palencia). 495 pesetas. 2 de Marzo.
Amayuelas de Abajo y de Arriba (Palencia). 375 pesetas. 2 de Marzo.

Jaén. 1.000 pesetas. 8 de Marzo.
Quintanilla de Onsoña (Palencia). 450 pesetas. 6 de Marzo.
Frómista (Palencia). 450 pesetas. 6 de Marzo.

Permuta.—Se hace de partido médico en la provincia de Valladolid, que produce 7.000 pesetas, con buenas vías de comunicación y buenas aguas, teléfono y luz, por otro de igual categoría, cuarta. Para informes, D. Ulpiano Altamirano, San Bartolomé, número 10, segundo izquierda, Valladolid.

Vías respiratorias

JARABE FAMEL
a base de lactococcos soluble

**ACCIÓN
RÁPIDA
Y
SEGURA**

calma la tos
facilita la expectoración
reanima el estado general

Depósito general para España
Castel y Morán-Aragón 228 - Bar

FOSFOTIOLCOL

TOSES Y CATARROS

Correspondencia administrativa ..

Sólo la correspondencia que venga acompañada del franqueo correspondiente, será contestada por carta directa.

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

D. José Carrasco.—Pagado fin Diciembre 1933.

D. Pablo Feliú.—Id.

D. Ramón Melinas.—Id.

(Continúa en la página siguiente.)

IODASA BELLOT

Solución titulada de IODO-PEPTONA-BELLOT
SIN IODISMO

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

XX gotas obran como un gramo de ioduro alcalino.

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

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

LA IODASA se prepara en España desde el año 1907.

F. BELLOT.—Antonio López, 163.—MADRID

CESTONA

AGUAS Y BALNEARIO DE CESTONA

(S. A.)

(GUIPÚZCOA) cerca de San Sebastián.

EL CARLSBAD DE ESPAÑA

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

Únicas indicadas con éxito maravilloso para las enfermedades del

HIGADO, INTESTINOS, ESTREÑIMIENTO, ARTRITISMOS, NEURASTENIA, etc., etc.

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

Temporada oficial de 15 de Junio a 30 de Septiembre.

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

Pidanse noticias directamente a Cestona (Guipúzcoa).

JARABE

Cloofosfato
cálcico gelatinoso

ALMERA

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

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



Más de 37 años de éxito creciente.

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

PARA EL ESTOMAGO E INTESTINOS

ELIXIR CLÓRHIDRO PÉPSICO AMARGÓS

DIGESTIL

(Nombre registrado.)

Tónico digestivo. — Ácido clorhídrico, pepsina, colombo y nuez vómica.

Delicioso medicamento que suple en los enfermos la falta de jugo gástrico.

PARA CLINICA O SANATORIO

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

Libre de todo gravamen véndese contado o plazos garantía.

Peticiones e información: **APARTADO 822.**

Ayuntamiento de Madrid.

pues, la segunda a la primera; si se errare y si se acertare, será la primera des- empeño de la segunda. Siempre ha de haber recurso a la mejoría y apelación a más: dependen las cosas de contin- gencias, y de muchas; y así, es rara la felicidad del salir bien.

Pagarse más de intenciones que de extensiones. No consiste la perfección en la cantidad, sino en la calidad. Todo

Jarabe Bebé. - Tetradínamo. - Septi- cemiol. - Purgantil (Jarabe de Frutas).
Véase anuncio, página IV.

lo muy bueno fué siempre poco y raro; es descrédito lo mucho. Aun entre los hombres, los gigantes suelen ser los verdaderos enanos. Estiman algunos los libros por la corpulencia, como si se escribiesen para ejercitar antes los bra- zos que los ingenios.

Proverbios y refranes de Torres Amat (1623).

La mujer que al marido ama, téngale limpia la cama.

La casa en que se trabaja, nunca está sin pan ni paja.

**CATARROS. TOS
JARABE MADARIAGA.
benzocinámico.**

Siempre las fiestas mayores, causan al vientre dolores.

Da siempre el mejor bocado al padre que te ha engendrado.

En la casa que hay dinero, debe ha- ber sólo un cajero.

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

Amistad por interés, no dura, pues no lo es.

Quien dice sabe bastante, es el ma- yor ignorante.

Si quieres un buen consejo, tómallo siempre de un viejo.

De Sorapán de Rieros.

Si quieres vivir sano, hazte viejo temprano.

De hambre a nadie vi morir.
De mucho comer, cien mil.

Contra las neuralgias aconsejad **CEREBRINO MANDRI**

Pan de ayer, carne de hoy
y vino de antaño,
traen al hombre sano.

Quien quisiera vivir sano,
coma poco y cene temprano.

Después de comer, dormir,
y de cenar, pasos mil.

Más mató la cena
que sanó Avicena.

Carne de pluma
quita del rostro la arruga.

De la nuez, el higo
es buen amigo.

De los olores, el pan;
de los sabores, la sal.

Dieta y mangueta
y siete nudos en la bragueta.

Por la transcripción
DR. H. BRIZ.

El Escorial, Agosto de 1932.

Para las Estafilococlas de todas clases
forúnculos, ántrax, erupciones de pri-
mavera y verano **BARDANOL.**

Judine y la trans- fusión de la sangre.

Judine, de Moscú, ha presentado una comunicación tan interesante en la So- ciedad de Cirugía de París que ha sido inmediatamente invitado por ésta para realizar en presencia de los mejores y más famosos doctores sus experiencias.

Judine es un revolucionario de la transfusión de la sangre. En lugar de extraerla de un ser vivo y sano, para comunicar nueva vitalidad al enfermo, extrae la sangre de un cadáver.

Por lo pronto, el Dr. Judine, además de una experiencia médica, realiza una

SARNA
Cúrase con SULFURETO CABALLERO

amputación radical—por algo es ciruja- no—del cacareado heroísmo de las gen- tes, del afán publicitario de muchas de éstas al ofrecerse en sacrificio por un semejante.

Quita de raíz importancia a la cosa el

dieron por advertidos. Viendo aquello abandoné mi puesto, con el peligro de perderle, pero con el fin de salvar de muerte segura a todo aquel montón de glorias allí reunidas. Salgo, doy la vuelta a la granja y tropiezo con un demonio de Wurtemburgues que trabajaba por tirar la viga con gran entusiasmo. «Alto, alto — le dije para hacerle com- prender que era preciso que abandonase su ocupación—. *Geht mir aus dem gesicht, oder ich schlaug dich tod!* — gritó él.—¡Ah, bien! ¿Sí?... *Que mire aus demguesit* — le respondi yo—; ahora no se trata de eso.» Y en el acto cojo su fusil, que estaba tirado a un lado, le pego un tiro, le dejo ten- dido en el suelo y entro nuevamente a dormir. Ese es todo el episodio.

—Ese era un caso de legítima defensa aplicado contra un hombre y en provecho de muchos de ellos; por tanto, no encuentro nada de que tenga usted que reprocharse — dijo Benassis.

—Los demás — repitió Genestas — supusieron que todo ello había sido una humorada mía; pero, humorada o no, muchos de aquellos señores viven hoy cómodamente en sus hoteles de París, sin que les oprima el corazón el menor reconocimiento.

—¿Es que no hizo usted aquel beneficio con otro objeto que el de recibir el exorbitante premio denominado reco- nocimiento? En ese caso—añadió Benassis— usted practicó la usura.

—¡Ah!—replicó Genestas—; me consta que el mérito de una buena acción se envuelve en los menores provechos que reporta, y contándola se constituye una renta de amor propio equivalente a muchos reconocimientos. Sin embar- go, si el hombre honrado se callase siempre, el obligado nunca hablaría del beneficio. En el sistema que usted em- plea, el pueblo tiene necesidad de ejemplos; por otra parte, un silencio general, ¿dónde podría encontrarse? Todavía hay más; si nuestro pobre pontonero que salvó al ejército francés, y que jamás ha encontrado aún ocasión de hablar con fruto, no hubiese conservado también el ejercicio de los brazos, ¿le habría dado de comer su conciencia? ¿Res- ponderá a ello la filosofía?

—Es que nada hay absoluto en moral—dijo Benassis—; pero esta idea es peligrosa, porque deja al egoísmo la inter- pretación de los casos de conciencia que busca siempre el interés personal. Escuche usted, capitán: el hombre que obedece estrictamente a los principios de la moral, ¿no es más superior que quien se aparta de ella, siquiera sea por necesidad? Nuestro pontonero, de hecho recluido y casi muerto de hambre, ¿no sería sublime en el mismo grado que lo es Homero? Es indudable que en la vida humana la virtud constituye una prueba decisiva, como el genio es otra para constituir un mundo mejor. La virtud y el genio me parecen las dos formas más completas de la constante abnegación que Jesucristo enseñó a los hombres. El genio



Dr. Judine para dársele a lo revolucionario de su experiencia.

Naturalmente que para llegar a los buenos resultados obtenidos por Judine le ha sido necesaria una anterior preparación y un estudio detenido para conservar la sangre de los cadáveres en condiciones de ser transfundida.

Hasta ahora, al amparo de una operación de este género se tejía — ya lo

intervendrán en la adjudicación las de Bellas Artes y Ciencias Morales y Políticas.

Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.
Alcalá, 88. — Madrid.

Si las mujeres mandasen.

Si las mujeres mandasen... ¡qué vida más dulce, más deliciosa, más fácil y agradable!

Pero, por lo visto, mientras no man-

STROPHANTUM

— PALLARÉS —

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

dan a las claras, aunque en el fondo — ¡y en las formas, señores, en las formas! — sean las que manden, las mujeres empiezan a dedicarse no sólo a producir perturbaciones sentimentales, sino de esas otras que se llaman de orden público.

Ultimamente un nutrido grupo de mujeres armadas de revólveres ha asaltado un almacén importante de Nueva York.

Comentando el asunto entre dos ingenios, preguntaba uno de ellos al otro: — ¿Querían raptar al dueño? ¿Sentían colectivamente un profundo amor por él?

A lo que el otro contestó:

— No, no; esta vez no. Parece que se habían enamorado de la caja nada más.

¡Aunque me pegue!

— ¡No me divorciaré de él aunque me pegue! — decía la mujer de su esposo, a quien por lo visto, más que querer, adora.

— ¿No?

— No. Pero lo que me duele es que los sábados, que tiene libres, busque pretextos y se vaya de casa y no esté conmigo. Créame, no puedo tolerarlo.

Almorranas internas, externas

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

— ¿Y no encuentra remedio?

— Ninguno. Ni súplicas, ni mimos, ni amenazas.

— ¡Ah! ¿Pero le amenaza?

— Sí. Le amenazo y se rie. Un día terminará todo en tragedia, porque acabará ahogándole.

— Entonces es verdad, señora; aunque la pegue antes, no necesitará usted divorciarse.

CARABAÑA: el mejor purgante.

hemos dicho — la leyenda del heroísmo, y el hecho adquiría el prestigio de esos complicados salvamentos de naufragos o de esas tremendas resistencias bélicas donde el general hasta no quedarse casi solo no entrega la espada.

La transformación de todo este alienato sentimental y heroico, en cuanto a la delicada operación quirúrgica, la ha realizado Judine con su experiencia médica.

Ya conocen nuestros lectores por extensa información la interesante conferencia dada por Judine en Madrid.

ANTIPHLOGISTINE

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

Premio de cien mil francos :: ::

El Instituto de Francia va a conceder próximamente una de sus más altas recompensas: el premio Osiris de cien mil francos, que se otorga cada tres años al autor de «un descubrimiento para bien de la Humanidad».

Además de la Academia de Ciencias

de médicos de España a los
CONVALESCIENTES
les
recetan
Elixir CALLOL

— ¿SERÍA USTED capaz de desempeñar un empleo que le obligase a estar catorce horas al día en una habitación sin salir a la calle?

— ¡Bah! Salgo de la cárcel de cumplir seis años y un día.

**

EL AVARO no obra cuerdamente hasta que se muere.

PUBLIANO.

permanece débilmente iluminado; el mundo y la virtud siguen silenciosos sacrificándose por el bienestar general.

— Completamente de acuerdo — repitió Genestas —, pero la tierra está habitada por hombres y no por ángeles, y nosotros no somos del todo perfectos.

— Tiene usted razón. Por mi parte he abusado mucho de la facultad de cometer defectos. Pero, ¿no debemos aspirar a la perfección? La virtud, ¿no es por sí misma un hermoso ideal al que es necesario contemplar continuamente como a un modelo celestial?

— Amén — dijo el militar —. Puede pasarse porque el hombre virtuoso sea una cosa ideal; pero convenid conmigo en que la virtud es una divinidad que puede permitirse un principio de conservación; en todo bien, todo honor.

— ¡Ah!, señor — dijo el médico sonriendo, con una especie de melancolía amarga —, usted tiene la indulgencia de los que viven en paz consigo mismo, mientras que yo soy severo como un hombre que tiene muchas manchas que borrar en su vida pasada.

Los dos caballeros llegaron en aquel momento a una cabaña situada en el borde del torrente. El médico entró en ella. Genestas permaneció de pie sobre el umbral de la puerta, contemplando por uno y otro lado el espectáculo que ofrecía aquel hermoso paisaje y el interior de la cabaña donde se encontraba un hombre acostado. Después de haber examinado a su enfermo, Benassis dijo:

— No tengo necesidad alguna de volver a verle, señora, si usted no cumple con lo que le ordeno. Usted ha dado pan a su marido, ¿es que desea usted matarle? Si le da a tomar otra cosa que su agua de grama, no vuelvo a poner los pies aquí, y usted buscará un médico donde mejor quiera. No digo más.

— Pero, señor Benassis, ¡el pobre viejo decía que tenía hambre, y cuando un hombre no ha metido nada en su estómago desde hace quince días!...

— ¡Basta ya! ¿Quiere usted escucharme? Si deja comer un solo bocado de pan a su marido antes de que yo le mande comer, se morirá; ¿oye usted?

— Pues se le privará de todo, señor médico. ¿Va ya mejor? — decía la buena señora siguiendo al médico.

— Hoy no ha ganado nada, a causa del pan que le ha dado usted. ¿No podré persuadirla, por mala cabeza que tenga, a que las personas puestas a dieta no deben comer? ¡Los aldeanos son incorregibles! — añadió el médico volviéndose hacia el oficial —. Cuando un enfermo lleva sin tomar nada algunos días, le consideran muerto de hambre y le atiborran de sopa y de vino. Aquí tiene usted a una infeliz mujer que ha intentado suicidar a su marido.

— ¡Matar a mi marido por una copita de vino que le di!

— Ciertamente, señora. Estoy admirado de encontrarle aún con vida después de la copita que se tomó. De modo que no olvide seguir con exactitud lo que acabo de ordenarle.

caudillos principales de ésta, serán castigados con la pena de reclusión menor en su grado máximo a reclusión mayor.

Art. 240. Los que ejercieren un mando subalterno en la rebelión incurrirán en la pena de reclusión menor a reclusión mayor, si se encontraran en alguno de los casos previstos en el párrafo primero del número 2.º del art. 170, y en la de reclusión menor si no se encontraran incluidos en ninguno de ellos.

Art. 241. Los meros ejecutores de la rebelión serán castigados con la pena de prisión mayor en su grado medio a reclusión menor en su grado mínimo, en los casos previstos en el párrafo primero, número 2.º del art. 170, y con la de prisión mayor en toda su extensión no estando en el mismo comprendidos.

Art. 242. Cuando la rebelión no hubiere llegado a organizarse con jefes conocidos, se reputarán por tales los que de hecho dirigieren a los demás o llevarán la voz por ellos, o firmaren los recibos u otros escritos expedidos a su nombre, o ejercieren otros actos semejantes en representación de los demás.

Art. 243. Serán castigados como rebeldes con la pena de prisión mayor:

1.º Los que, sin alzarse contra el Gobierno, cometieren por astucia o por cualquier otro medio alguno de los delitos comprendidos en el art. 238.

2.º Los que sedujeren tropas o cualquiera otra clase de fuerza armada de mar o de tierra para cometer el delito de rebelión.

Si llegare a tener efecto la rebelión los seductores se reputarán promovedores y sufrirán la pena señalada en el artículo 239.

Con las mismas penas serán castigados los ataques a la integridad de España o a la independencia de todo o parte de su territorio, bajo una sola ley fundamental y una sola representación de su personalidad como tal Estado español.

Art. 244. La conspiración para el delito de rebelión será castigada con la pena de prisión menor en sus grados medio y máximo.

Art. 226. Si el importe cobrado no hubiere entrado, según su clase, en las cajas del Tesoro, de la Provincia o del Municipio, por culpa del que la hubiere exigido, será éste castigado, como estafador, en el grado máximo de la pena que como tal le corresponda.

Art. 227. Las autoridades que presten su auxilio y cooperación a los funcionarios mencionados en los dos artículos anteriores, incurrirán en las penas de inhabilitación absoluta en sus grados mínimo y medio y multa de 250 a 5.000 pesetas.

En el caso en que se hubieren lucrado de las cantidades cobradas, serán castigadas como coautores del delito penado en el artículo anterior.

Sección tercera.

Delitos relativos a la libertad de conciencia y al libre ejercicio de los cultos.

Art. 228. Incurrirá en la pena de prisión menor en sus grados medio y máximo e inhabilitación especial, el funcionario público que de cualquier modo coartare la libertad de conciencia de un ciudadano o le obligare a practicar actos de alguna religión.

Con la misma pena será castigado el funcionario público que impidiere a un ciudadano la libre práctica de cualquier religión.

Art. 229. Incurrirá en la pena de arresto mayor e inhabilitación especial, el funcionario público que impidiere a una confesión religiosa el libre ejercicio de su culto.

Art. 230. Incurrirá en la pena de suspensión de cargo público, en toda su extensión, el funcionario público que obligare a un ciudadano a declarar oficialmente sus creencias religiosas.

Art. 231. Incurrirá en la pena de prisión menor en sus grados medio y máximo y multa de 500 a 5.000 pesetas, el que por medio de amenazas, violencias u otros apremios ilegítimos forzare a un ciudadano a ejercer actos religiosos o a asistir a funciones de un culto que no sea el suyo o coartare su libertad de conciencia.

Art. 232. Incurrirá en las mismas penas señaladas en el artículo anterior, el que impidiere, por los mismos medios, a un ciudadano practicar los actos del culto que profese o asistir a sus funciones.

Art. 233. Incurrirá en la pena de arresto mayor y multa de 250 a 2.500 pesetas:

1.º El que por los medios mencionados en el artículo anterior forzare a un ciudadano a practicar los actos religiosos o a asistir a las funciones del culto que éste profese.

2.º El que por los mismos medios impidiere a un ciudadano observar las fiestas religiosas de su culto.

3.º El que por los mismos medios le impidiere abrir su tienda, almacén u otro establecimiento, o le forzare a abstenirse de trabajos de cualquier especie en determinadas fiestas religiosas.

Lo prescrito en este artículo y los anteriores se entiende sin perjuicio de las disposiciones generales o locales de Orden público y Policía.

Art. 234. Incurrirán en la pena de arresto mayor en su grado máximo a prisión menor en su grado mínimo los que tumultuariamente impidieren, perturbaron o hicieron retardar la celebración de los actos de cualquier culto en el edificio destinado habitualmente para ello, o en cualquier otro sitio donde se celebre.

Art. 235. Incurrirán en las penas de arresto mayor y multa de 500 a 5.000 pesetas:

1.º El que con hechos, palabras, gestos o amenazas ultrajare al ministro de cualquier culto cuando se hallare desempeñando sus funciones.

2.º El que por los mismos medios impidiere, perturbare o interrumpiere la celebración de las funciones religiosas en el lugar destinado habitualmente a ellas, o en cualquier otro en que se celebre.

3.º El que escarneciere públicamente alguno de los dogmas o ceremonias de cualesquiera religión que tenga prosélitos en España.

4.º El que con el mismo fin profanare públicamente

imágenes, vasos sagrados o cualquiera otros objetos destinados al culto.

Art. 236. El que en un lugar religioso ejecutare con escándalo actos que, sin estar comprendidos en ninguno de los artículos anteriores, ofendieren al sentimiento religioso de los concurrentes, incurrirá en la pena de multa de 250 a 2.500 pesetas.

Sección cuarta.

Disposición común a las tres secciones anteriores.

Art. 237. Lo dispuesto en este capítulo se entiende sin perjuicio de lo ordenado en otros de este Código que señalen mayor pena a cualquiera de los hechos comprendidos en las tres secciones anteriores.

TÍTULO III

Delitos contra el Orden público.

CAPÍTULO PRIMERO

REBELIÓN

Art. 238. Son reos de rebelión los que se alzaren públicamente y en abierta hostilidad contra el Gobierno constitucional, para cualquiera de los objetos siguientes:

1.º Destituir al jefe del Estado u obligarle a ejecutar un acto contrario a su voluntad.

2.º Impedir la celebración de las elecciones a Cortes en toda la República española o la reunión legítima de las mismas.

3.º Disolver las Cortes o impedir que deliberen, o arrancasen alguna resolución.

4.º Substraer la Nación o parte de ella o algún Cuerpo de tropa de tierra o de mar, o cualquiera otra clase de fuerza armada, de la obediencia al Gobierno.

5.º Usar y ejercer por sí o despojar a los ministros de la República de sus facultades constitucionales, o impedirles o coartarles su libre ejercicio.

Art. 239. Los que, induciendo o determinando a los rebeldes, hubieren promovido o sostuvieren la rebelión, y los

D. Andrés Pérez Sánchez.—Id. fin Diciembre 1933.
 D. Félix Pintado.—Id.
 D. Castor Martín González.—Id.
 D. Félix Martín García.—Id.
 D. Augusto Comas Afino.—Id. fin Julio 1933.
 D. Teodoro Aguirre de la Parra.—Id. fin Diciembre 1933.
 D. Gregorio Merino.—Id.
 D. Julio del Barrio López.—Id.
 D. Luis de Juana Ramos.—Id.
 D. Eduardo López Valiente.—Id.
 D. Antonio Sanz y Neva.—Id.
 D. José Sáenz López.—Id.
 D. Joaquín Lorenzo.—Id. fin Diciembre 1934.
 D. Nicolás Sánchez Ruiz.—Id.
 D. Teófilo Almazán González.—Id.
 D. Rogelio Rodeño.—Id.
 D. Regino Granero.—Id.
 D. Enrique Prieto.—Id.
 D. Gonzalo Esteras.—Id.
 D. F. Fernández Arratia.—Id.
 D. Tarcisio Lozano A.—Id.
 D. Antonio Cerrato.—Id.
 D. Serafín Bohorque.—Id. fin Junio 1934.
 D. Manuel Rodríguez V.—Id. fin Diciembre 1933.
 D. Joaquín Villar Somoza.—Id.
 D. Vicente Peracho.—Id.
 D. Julián Cortés López.—Id.
 D. José Gallego.—Id.
 D. Hipólito Gutiérrez.—Id.
 D. Manuel Vicente Figueruelo.—Id.
 D. Gaudencio Hernández.—Id.
 D. Antonio Panedas Miguel.—Id.
 D. Matías Blanco Palencia.—Id.
 D. Celestino Romera.—Id.
 D. Andrés Fernández Arrieta.—Id.
 D. Emiliano Sanz Rubio.—Id.
 D. Gerardo Placer.—Id.
 Sr. Seher et C.º.—Id.
 Grandi Officiale Gustavo Quarelli.—Id.
 D. Nicolás Ortega.—Id.
 D. Bartolomé Rullan Roca.—Id.
 D. Antonio Revilla Gala.—Id. fin Abril 1934.
 D. Antonio Gurrunchaga.—Id. fin Diciembre 1933.
 D. Teodoro Sastre.—Id.
 D. Esteban Franco.—Id.
 D. Simón Serrano Benavides.—Id.
 D. José María de la Torre.—Id.
 D. José María Estivalis.—Id.
 D. Manuel Bernal.—Id.
 D. Marcelino Conesa.—Id.
 D. Enrique Lecanda Alonso.—Id.
 D. Eladio Lorente Ayestaran.—Id.
 D. José María Arribas.—Id.
 D. Narciso Pérez.—Id.
 D. Emilio Raduan.—Id. fin Diciembre 1934.
 D. Moisés Ruiz y Arroyo.—Id. fin Diciembre 1933.
 D. Juan de Dios Serrano.—Id.
 D. Antonio Cenjor.—Id.

ANALISIS
 de orinas, esputos, leches,
 sangre, agnas, 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.
 Ventes Principales farmacias del mundo.

D. Telesforo Fontela Varela.—Id. fin Marzo 1934.
 D. Saturnino Taboada.—Id. fin Diciembre 1933.
 Colegio de Médicos de Córdoba.—Id.
 D. Antonio Rico Macho.—Id.
 D. Rafael Serrano.—Id.
 D. Fernando Benedicto.—Id.
 D. José Guerra de Paz.—Id.
 D. Policarpo Mayorga Herrera.—Id.
 D. Ernesto de Paz.—Id.
 D. Manuel Alvarez.—Id.
 D. Tomás García Soto.—Id.
 D. Angel Pardo de Luque.—Id.
 D. Ramón Jimena Lara.—Id.
 D. Máximo Manzano Rodríguez.—Id.
 D. Francisco González Perecini.—Id.
 D. Laureano Calvo.—Id.
 D. Moisés Ninou García.—Id.
 D. José Arijón.—Id.
 D. Serafín Carbón Mosteiro.—Id.
 D. Manuel Palmeiro.—Id. fin Junio 1933.
 D. Gerardo Linares Vergara.—Id. fin Diciembre 1933.
 D. Pedro Guijarro Cano.—Id.
 D. Pedro Molina.—Id.
 D. Fidel Ballesteros.—Id.
 D. Francisco Gutiérrez.—Id.
 D. Rafael Cutanda.—Id.
 D. Ricardo Encinas.—Id.

D. Carlos Parente del Riego.—Id. fin Diciembre 1933.
 D. Amador Vicente Tapia.—Id.
 D. Eladio Carranza.—Id.
 D. Manuel Medrano.—Id.
 D. José David Castro.—Id.
 D. Teófilo Guerra.—Id.
 D. Pedro Delgado.—Id.
 D. Ricardo Grima.—Id.
 D. Elías Blanco.—Id.
 D. Alejandro Rubio Fernández.—Id.
 D. Luis Arranz González.—Id.
 D. Gerardo Batanero.—Id.
 D. Dativo Díaz Bernardo.—Id.
 D. José María Monsálvez.—Id.
 D. Antonio Alonso Martínez.—Id.
 D. Juan Duyós.—Id.
 D. Emilio Segoviano Rogero.—Id.
 D. César Alvarez Riesgo.—Id.
 D. Desiderio García y García.—Id.
 D. Antonio Pérez.—Id.
 D. José González Callejas.—Id.
 D. Ignacio Florencio.—Id.
 D. Guillermo Solís.—Id.
 D. Fernando Vallmitjana.—Id.
 D. Segundo Sanz.—Id.
 D. Arturo Viñuelas.—Id.
 D. Justo de Iruebas.—Id.
 D. Leopoldo Bravo.—Id.
 D. Manuel Sacristán.—Id.
 D. Fidelio Herrera.—Id.
 D. Gabriel Escudero.—Id.
 D. Francisco Elena.—Id.
 D. Arcadio Domínguez Conde.—Id.
 D. Secundino Suárez Santo Domingo.—Idem.
 D. Joaquín Berruete.—Id.
 D. José Tarrago.—Id.
 D. Manuel Méndez de Andes.—Id.
 D. Carlos Fernández Rodríguez.—Id.
 D. Ignacio Lis.—Id. fin Junio 1933.
 D. Francisco Pinilla de la Llave.—Id.
 D. Antonio Martioda.—Id.
 D. Eduardo Buisan.—Id.
 D. Miguel Reyes López.—Id.
 D. Mario Cordero Maldonado.—Id.
 D. Francisco Mendoza García.—Id.
 D. Agapito Soberado.—Id.
 D. Manuel Aguilar Rodríguez.—Id.
 D. Isidro Sancho.—Id.
 D. Ricardo Solá Espriu.—Id.
 D. Antonio Puigarnau.—Id.
 D. Victorio Gallego.—Id.
 D. Gregorio González.—Id.
 D. Antonio Labayen.—Id.
 D. José Mateos.—Id.
 D. Manuel Camps.—Id.
 D. Manuel Ruiz.—Id.
 D. Teodoro Porta.—Id.
 D. Eliseo Grijalbo.—Id.
 D. Ricardo Cedrón.—Id.
 D. Manuel Pérez Fernández.—Id.
 D. Tomás Rodríguez.—Id.
 D. José Megías.—Id.
 D. Pedro J. Jaume.—Id.

(Continuará.)

*H. en nota Municipal
F. V. 11/3*

CALCOLÉOL

ACEITE de HIGADO de BACALAO

(COMPROBADO BIOLOGICAMENTE)

CONCENTRADO Y

SOLIDIFICADO

VITAMINAS A.B.D.

SALES de HIERRO y de CALCIO

GRAGEAS
INALTERABLES
SIN OLOR
Y EN
GRANULADOS



POSOLOGIA

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

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

INDICACIONES

RAQUITISMO

TRASTORNOS del CRECIMIENTO

ESPASMOFILIA DESMINERALIZACION

GASTRO - ENTERITIS

AVITAMINOSIS

CALCOLÉOL

Laboratorios de los "Produits Scientia" D^e.E. Perraudin 1^{er} del^a Clase. 21, rue Chaptal. Paris. 9^e

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

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

PROGRAMA 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: Hemiabdomen derecho doloroso, por el Dr. Angel del Río.—Sobre un caso del llamado infiltrado precoz localizado en la base curado por resolución. Frenicectomía y oro, por los Dres. Valdés Lambea y M. Aranda de Rojas.—La cronaxia, por el Dr. F. González Delito.—Sesiones clínicas.—Bibliografía.—Periódicos médicos.

Hemiabdomen derecho doloroso

POR EL

DR. ANGEL DEL RÍO

Una tercera parte de los enfermos operados por hallarse afectos de apendicitis crónica, continúan sufriendo aún después de la apendicectomía. Y continúan sufriendo porque «los dolores de la fosa iliaca derecha son debidos, de tres veces dos, a otras causas distintas de la apendicitis».

DUPUY DE FRENELLE.

¿Qué complejos morbosos análogos se describen dando origen al diagnóstico de hemiabdomen derecho, síndrome del lado derecho o flanco derecho doloroso?

Permitidme una rápida ojeada, ya que el capítulo de su génesis es extensísimo por englobar diversos órganos y múltiples procesos, manantiales frecuentes de errores diagnósticos.

Origina el flanco derecho doloroso la apendicitis crónica en proporción aproximada de un 33 por 100. El cuadro sintomático o cortejo morbooso que le acompaña no lo he de describir. Su diagnóstico precoz y solución quirúrgica inmediata evitarían tristes secuelas.

¿Qué es lo fisiológicamente natural que suceda de la expectación más o menos armada? La ligera inflamación apendicular, de etiología múltiple y sintomatología clínica deficiente, daría lugar, en un primer grado, a una reacción intrínseca, y en un estado más avanzado, a una reacción extrínseca; ésta produciría el vastísimo campo de la patología paraapendicular; la dos reacciones inflamatorias, bien colectiva, ya individualmente, producirían el éstasis cecal, defendido en Inglaterra por Pringle y por Rainbridge, y en Francia por Duval y Roux, éstasis al que incriminan engendrar la reacción inflamatoria de la mucosa cecal y cecocólica, al igual que el éstasis gástrico da lugar a la gastritis crónica.

La estasia cecal produciría atonía y dilatación cecocólica, o dilatación dolorosa del cecocolon, término final de la tiflocolitis crónica, a la que acompaña el triste cortejo de cefalalgia, vértigo, astenia, depresión nerviosa, carácter ansioso e irritabilidad neuropática, anorexia—con la consiguiente pérdida de peso—; estreñimiento alternando raras veces, con deposiciones pastosas—tipo dispepsia fermentativa—; náuseas, aliento fétido y tinte terroso, causado por la toxemia; hiperestesias cutáneas o zonas de Head, dolores profundos en ciego, más o menos irradiados, y gorgoteo intenso en el mismo.

Como la gran mayoría de los múltiples procesos morbosos del flanco derecho doloroso producen ésta: stasis cecal, en todos ellos encontraremos esta sintomatología más o menos acentuada.

La reacción inflamatoria extrínseca sería la causa etiológica de la peritiflitis y pericolitis o a ambos procesos unidos—peritiflocolitis—, que en progresión ascendente hacia la encrucijada píloro-duodeno-vesicocólica ocasionaría la periduodenitis o pericolitis derecha; perivisceritis o dextritis de Carnot. En efecto, «los linfáticos del apéndice se distribuyen, ya directamente o mediante paradas, a los ganglios situados alrededor de la tercera porción del duodeno y en la región duodenopancreática. De ahí parten troncos que, pasando por delante del ángulo duodenal y de la cabeza del páncreas, se echan en los ganglios periduodenocólicos. La infección sigue esta vía; luego, alrededor de estos linfáticos, de estos ganglios infectados, el peritoneo reacciona con la formación de adherencias, que poco a poco encierran y comprimen el duodeno, unas veces por encima y otras veces por debajo del mesocolon transversal.» (Antoine Læsset.) Naturalmente que cualquier proceso del compartimiento superior del flanco derecho, propagándose a la inversa, originará trastornos del compartimiento medio (vacío), o inferior (fosa iliaca derecha).

Como apendicitis extravagantes pueden considerarse las siguientes formas:

Apéndice inflamado que se adhiere a vejiga y provoca micciones frecuentes y dolorosas y cistalgia.

Apéndice en posición retrocecal externa, pudiendo simular lumbago, o reumatismo muscular o costovertebral de la región lumbosacra.

Guy Laroche describe una forma en la que, por la localización del dolor y por dar lugar a hematurias, simula un cólico nefrítico.

Y Jorge Luys la de un absceso apendicular abierto en vejiga, dando lugar a piuria. Todas estas formas y la coexistencia de lesiones congestivas, inflamatorias o escleróticas anexas aisladas o en concomitancia con otros procesos originan flanco derecho inferior doloroso.

Esta compresión extrínseca del duodeno es una de las causantes de la estenosis del píloro. Ella es la causante del consejo: «cuando se intervenga para operar una úlcera de estómago o de duodeno y no se encuentre lesión, piénsese en extirpar el apéndice y en destruir las perivisceritis vecinas». Científico consejo asentado en la verosímil confusión diagnóstica con la estenosis orgánica—intrínseca—que origina el úlcus gástrico o duodenal. Este consejo va perdiendo valor al encontrar, visualmente, enfermos diagnosticados de úlcus que, en efecto, no tienen lesión orgánica, pero que tampoco padecen perivisceritis ni apendicitis. En efecto, la compresión desde fuera por tumoraciones o hipertrofia de los órganos colindantes hígado y vías biliares extrahepáticas, páncreas y ángulo derecho del colon y las distancias espinas irritativas; el desequilibrio neurovegetativo, humoral y endocrino (con más preponderancia este último) en los individuos presentando una sensibilidad local a la infección (moderna concepción de Landau para explicar la etiología del úlcus); la misma acidosis y tal vez procesos que ni sospechamos en la época actual, todavía de un gran empirismo, de la Medicina, pueden originar, mediante espasmos del esfínter pilórico, estasis gástrica; ésta originar, ocasionar gastritis y gastropiloritis o pilogastritis que darían lugar por proceso inflamatorio irritativo a estenosis de etiología inconcisa. Sombria confusión de nuestra inteligencia, a la que ilusiona un diagnóstico preciso y y exacto.

Úlcus gástrico y duodenal—Segundo proceso en importancia estadística que da lugar al flanco derecho doloroso.

En alguna ocasión es de difícil diferenciación con los demás procesos que se desarrollan en el hemiabdomen derecho.

En más del 90 por 100, la clásica tríada sintomática en su máxima pureza, da: 1.º, dolor y calmas a temporadas; 2.º, horario fijo del dolor, y 3.º, ser éste calmado por los vómitos, y calmado o aliviado con los alcalinos y alimentos; servirá, junto con el resto de sintomatología, laboratorio, correcta exploración y experta investigación radioscópica o interpretación radiográfica, para hacer un diagnóstico diferencial justo.

La tríada descrita es de primordial valor diagnóstico.

En nuestra modesta casuística encontramos en un 10 por 100: 1.º Úlcus cuya característica son grandes hematesis o melenas, acompañadas o no del síntoma dolor. 2.º Úlcus que, al hacer rápidamente adherencias, enmascaran completamente la citada tríada. 3.º Úlcus que, por poco espacio de tiempo, presentan la sintomatología mencionada y caen en completa calma de años de duración, al cabo de los cuales, mudo el dolor, sin horario y no necesitando alcalinos, son descubiertos por producir gran bacucqueo del estómago y vómitos de retención, al principio repetidos y luego continuos; la úlcera, creciendo y encallosándose, ha producido una estenosis intrínseca casi completa. 4.º Úlcus que, al degenerar en transformación maligna, transforma también su sintomatología; y 5.º Asimismo la varían si coexisten dos o más procesos en la cavidad abdominal.

La coleditis o colecistitis habitada y la colecistitis desierta es proceso frecuente en el síndrome derecho. Sólo recordaré unos puntos que me parecen interesantes para demostrar la dificultad que alguna vez encontraremos en su diagnóstico diferencial con los diversos complejos que se desarrollan en el flanco derecho.

La vesícula inflamada, habitada o desierta (tipo Strawberry), y afectada de ptosis, puede estar ubicada en la fosa ilíaca derecha. 1.º El apéndice puede tener posición ascendente, anterocólica o retrocecal, y estar ubicado en las inmediaciones infrahepáticas. 2.º Es numerosa la casuística de aparición sucesiva de apendicitis siguiendo o precediendo a la colecistitis; la coexistencia de estos dos procesos, ya designada por Dieulafoy con la expresión de apedícololecistíticos, o con otro cualquier proceso demuestra esta dificultad y hace sugerir dos conclusiones inseparables:

1.ª Cada vez que se opere un apéndice enfermo debe explorarse el resto de la cavidad abdominal y obrar en consecuencia a las lesiones halladas.

2.ª Huir de las llamadas incisiones estéticas, bellos minúsculos cortes que son, en el mayor número de ocasiones, certificados tatuados de restringida concepción de la extensa patología abdominal.

Estas tres enfermedades descritas casi acaparan la casuística del flanco doloroso derecho crónico; los procesos que siguen también los producen.

1.º *La pericolicitis membranosa o membrana de Jackson*, que ha tomado su nombre por describirla en la «Surgery gynecology and obstetrics», en 1909, es una membrana peritoneal transparente que rodea el intestino grueso, desde el borde superior del ciego hasta el ángulo hepático, perdiéndose hacia atrás en el peritoneo parietal; constituida, en sus intervalos, por bandas fibrosas muy finas y surcadas por pequeños vasos, al rodear el colon lo fija, haciéndole formar pliegues que lo acortan en su longitud.

2.º *Las membranas pericecales*.—Son velos serosos, vascularizados, situados principalmente alrede-

dor del ciego. Se distinguen dos variedades, según que el velo parta de la hojilla anterior o posterior del mesenterio. La posición más frecuente es la de un velo posterior que arranca de la hojilla posterior del mesenterio, a nivel del ángulo ileocecal, extendiéndose alrededor del ciego, envuelve su cara posterior y vertiente externa fusionándose a nivel del vendolete anterior con la pared del ciego; en todo el resto no se adhiere a la serosa cecal; forma una especie de dobladura al ciego; es extremadamente vascular.

El velo anterior nace en las inmediaciones del origen de la arteria cecal anterior en la rama ileocecal, se extiende por cara anterior del ciego, con la que se fusiona a nivel del vendolete o cintilla anterior.

En los niños pequeños y en las primitivas crisis, estos velos presentan el aspecto de una membrana inflamatoria hiperémica, fácil de desprender; sus tractos conjuntivos aumentan en densidad a medida que las crisis se van repitiendo, resultando entonces difícil, por su gran adherencia con la pared cecal, la destrucción de estas membranas.

3.º *Bridas de Lanes o acodaduras de Lanes.*

—Cuerda o ancha cinta fibrosa que arranca de la pared posterior de la fosa iliaca derecha en la proximidad del final del mesenterio, y va a fijarse en el borde libre de la terminación del intestino delgado en sus últimos 15 o 20 centímetros, produciendo acodadura y un foco de adherencias que restringen la movilidad del intestino.

4.º *Epiploitis*.—Wather es quien ha señalado la frecuencia con que la epiploitis crónica acompaña a la apendicitis.

Todos los procesos inflamatorios del vientre pueden dar lugar a ella.

Puede ser postoperatoria.

El epiplón adquiere en este proceso una coloración rosada, presentando posteriormente placas más o menos extensas, de aspecto granitoide; se vuelve duro, adquiriendo a veces consistencia leñosa; tiende hacia la retracción. En su cara posterior se observan bridas fibrosas cruzadas que dan lugar a retracción y hasta plegamientos del colon (Berard). El epiplón así alterado se adhiere a los órganos vecinos; puede pasar por delante del ángulo derecho del colon (ángulo hepático) para ir a insertarse por una brida al peritoneo prerrenal por debajo del hígado; puede unir la cara posterior del epiplón con la cara inferior del mesocolon transversal, estenosando esta porción del intestino grueso; puede soldar la vertiente exter-

na del colon ascendente al peritoneo parietal de la región lumbar y de la fosa iliaca derecha; puede el delantal epiploico adherirse por su borde derecho a lo largo del colon ascendente y fusionar las dos ramas del ángulo hepático.

La movilidad; ptosis y trastornos funcionales del intestino; todas o la mayor parte de las enteropatías: gastroenteritis, disenterías, colitis, mixoneurosis intestinal, pseudomembranosa crónica; plexitis celíaca; algia sintomática o dolor angiosimpático de la encrucijada ileohipogástrica; lesiones anaxiales y el parasitismo intestinal, principalmente el producido por los cestodos, nematodos-anquilostomas, anquilula intestinal, tricocéfalos dispar y oxiuros, y trematodo-bilharzia haematobia; las adherencias postoperatorias; diverticulosis intestinal, etc., originan el abdomen derecho doloroso.

También lo da, y esto viene a aumentar nuestra confusión, la reciente teoría de Félix Ramond y Dimitresc Popovici. Para estos autores, el ciego y el apéndice, y en un menor grado el colon ascendente,

serían órganos de excreción; han comprobado se eliminan por sus mucosas ciertas soluciones; el hierro, mercurio, cobre, bismuto y calcio; el azul de metileno, el diplococo, agente—según Brosenow—de la colitis ulcerosa crónica, y gran número de microbios; toxinas diftéricas y las orgánicas (caso de la tiflocolitis urémica); los compuestos orgánicos normales, como la bilis y sus derivados biliverdi-

na, que colorean la mucosa cecal, y sus productos derivados se encuentran en las heces aun en los casos de obstrucción más completa.

Esto explica el porqué el ciego y el apéndice son a menudo dolorosos en el curso de la colecistitis; tendría una acción vicariante, supliendo o descargando—aliviando—al riñón enfermo en su funcionamiento.

Esta hiperfunción daría lugar a su inflamación con reacción sensible, dolorosa y confusión diagnóstica.

Pasada rápida revista a la gran mayoría de los procesos que originan el hemiabdomen derecho doloroso, he de referirme a un proceso abdominal, poco descrito en la bibliografía médica y al que nosotros concedemos capital importancia.

Acuden con moderada frecuencia—4 a 8 por 100 en nuestra casuística—a nuestras consultas enfermos indistintamente de los dos sexos, cuyo pergeño es el siguiente:

Constitución fisiológica normal o hábito orgánico del tipo Styller, y en las dos formas perseverantes, y

Avance de sumario para el número próximo

(4 de Marzo de 1933)

DR. JOSÉ MARÍA SOLDEVILLA.—Tratamiento de la ictericia catarral con la insulina.

DR. JAVIER M.ª TOMÉ BONA.—El cáncer cutáneo profesional.

AMPLIACIONES, COMENTARIOS Y ACLARACIONES AL LIBRO DE CONTESTACIÓN AL PROGRAMA DE EJERCICIOS DE INSPECTORES MUNICIPALES DE SANIDAD. J. Zappert: Estado actual de nuestros conocimientos en lo que se refiere a la profilaxis y tratamiento de las poliomielitis, por F. G. D.

DIVULGACIONES CIENTÍFICAS DE ACTUALIDAD.—I. El apéndice ileocecal, por el Dr. J. Pujiula. —II. Las ideas de Raake sobre tuberculosis pulmonar y su clasificación en tres estadios, por el Dr. A. Palacio Aragón.

Bibliografía.

Prensa extractada.

Sección profesional.

notable deficiencia del peso en relación con su talla, y cansancio o flojedad general. Presentan estos en fermos la sintomatología correspondiente a su atonía intestinal y éstasis cecal más o menos acentuado, anorexia, astenia, depresión nerviosa o irritabilidad neuropática; lengua pastosa, aliento fétido, tinte terroso, producido por la toxemia; pequeño estado febril, ligeramente acentuado a la caída de la tarde con el ejercicio y la menstruación; labilidad vasomotora con piel seca e intensa reacción sudoral en relación directa con el ligero estado febril; ptosis visceral; estreñimiento, que de tarde en tarde alterna con escasas deposiciones—dos o tres—, sin moco, sin sangre reducida y del tipo de las heces de la dispepsia fermentativa. Dolor discreto en todo el abdomen acentuado por la exploración manual en la región cecoapendicular—en la que se encuentra, por atonía y dilatación, bazuqueos—; ángulos hepáticos y esplénico del colon y distrito pilórico-duodeno-vesículo-cólico. S íliaca contracturada, pero sin llegar al grado del clásico «tubo de zinc». En algún caso de enfermos con este aparatoso cuadro sintomático he observado la no existencia de febrícula y excelente estado de nutrición, y sin embargo, acusadas manifestaciones de lúes hereditaria con reacción serológica positiva.

Los enfermos en los que se aprecia este fondo general descrito presentan además, y con singular realce, una sintomatología particular idéntica a los siguientes procesos:

Al úlcus gástrico o duodenal, con su clásica tríada diagnóstica característica, con bazuqueo a las seis o siete horas de comida poco copiosa, con desaparición de sus molestias, con el vómito de retención, con Meyer y Weber positivos en el jugo gástrico y con quimismo normal o ligera hipoacidéz.

Otras veces con intensa sintomatología apendicular y paraapendicular.

Simulan muchas veces colecistitis deshabitada crónica o la tríada constituida por apendicitis, colecistitis y perivisceritis.

Al establecer adherencias infradiaphragmáticas, comprimir duodeno por debajo del colédoco, estenotando las vías biliares extrahepáticas, o formar adherencias alrededor de la vesícula, dan lugar a éstasis biliar, dolor en el compartimiento superior o encrucijada infrahepática—con los puntos dolorosos irradiados de la colelitiasis, producidos por irritación del plexo solar—, y a cólicos biliosos que nos harán fundadamente pensar en una litiasis biliar, o en vesícula tipo Strawberry.

Las adherencias en peritoneo, epiplón e intestino delgado, produciendo, en período más avanzado, ulceraciones en la serosa intestinal, hacen simular los procesos enteropáticos.

Además, en el estómago, y alguna vez en duodeno, se producen úlceras retráctiles de la capa serosa, de etiología diferente a la enfermedad de Cruveilhier. Estas úlceras serosas, tan diferentes de la enfermedad de Cruveilhier, solas o acompañadas de adherencias, hacen desarrollar un cuadro clínico de sintoma-

tología tan similar con esta enfermedad, que puede afirmarse son los dos procesos de individualización clínica más difícil. La colecistitis y los procesos de la fosa íliaca derecha, que a tanta confusión, ya clásica en los libros, se presta con el úlcus gastroduodenal, y más coexistiendo juntos, son de diagnóstico diferencial más factible y sencillo.

Estos enfermos, que sufren el triste éxodo o peregrinación por los hospitales de los enfermos crónicos o neuróticos, hacen archivar su historia con el apellido de las diversas enfermedades mencionadas, algunos, y al encontrarles discretas lesiones hiliares—tan frecuentes en los organismos fisiológicamente normales—, con el de febrícula pulmonar; tenemos bastantes ejemplos. *Y en realidad padecen tuberculosis abdominal larvada.*

El laboratorio y radioscopia son auxiliares indiscutibles para el diagnóstico.

El tratamiento debe ser quirúrgico cuando las ulceraciones serosas o las adherencias han originado estenosis, debiendo entonces hacerse la ablación de los órganos enfermos: apéndice, vesícula biliar, enterostomía, gastroenterostomosis y liberación de adherencias; a este tratamiento seguirá el médico-climatológico-alimenticio: sobrealimentación, reposo, aireación, helioterapia, *luz ultravioleta*, tratamiento por la insulina, caseína, lipoides, sales de oro e inyecciones tónicas. Los Dres. Piga, Larrú y Angel Jiménez, radiólogos del Hospital de la Cruz Roja, han llegado a formar una bella casuística de notables mejorías con tratamiento radioterápico.

Sobre un caso del llamado infiltrado precoz localizado en la base, curado por resolución. Frenicectomía y oro

POR LOS

DRES. VALDÉS LAMBEA Y M. ARANDA DE ROJAS

Jefe del Servicio de Fimatología del Hospital Militar de Madrid-Carabanchel y capitán médico, diplomado en Fimatología, asistente al Servicio, respectivamente.

Es sabido que Assmann, en 1922, haciendo pesquisas radioscópicas y radiográficas, insistió especialmente sobre una localización del proceso tuberculoso, de la que habían hablado sin concederle tanta importancia otros autores, por ejemplo, los norteamericanos Wesler y Jaches y los franceses Rist y Ameuille y Bezançon y Braum, etc. Más tarde, en 1926, Redeker confirmó los hallazgos de Assmann y los amplió, llevando a cabo numerosas investigaciones radioscópicas.

Los citados autores alemanes admitieron que dicho infiltrado precoz se caracterizaba fundamentalmente por su localización infraclavicular, porque le presentaban casi siempre adolescentes y jóvenes notablemente expuestos al contagio, y porque era la consecuencia de reinfecciones exógenas sufridas por dichos individuos. Anatómopatológicamente, trátase de un complejo de bronquioalveolitis exudativa, de un plastrón más o menos grande de bronconeumonía bacilar, que presenta, naturalmente, el carácter específico de estos complejos anatómopatológi-

cos, una tendencia manifiesta hacia la caseificación del exudado.

Por lo que se refiere al mecanismo patogénico de dicho infiltrado precoz, se han expuesto las opiniones más dispares, y los partidarios de tales opiniones las han sostenido con un tesón y con un exclusivismo dignos, sin duda, de mejor causa. Verosimilmente los bacilos pueden llegar a la que parece zona de elección, a dicha región infraclavicular, la región intercleidohiliar de León Bernard y de su escuela, conducidos de diversos modos, y es lo más probable que el punto de partida, la lesión de origen de dicho infiltrado precoz, pueda estar en distintos sitios. Pero nos inclinamos a pensar que la mayor parte de las veces los gérmenes acantonados en un ganglio del hilio llegan por vía linfática a la región infraclavicular, dando lugar, en dicho territorio, a la lesión citada de bronquioalveolitis exudativa. Es también verosímil que después de un episodio bacilémico se localicen los gérmenes en la región citada dando lugar a la lesión: se trata en estos casos de un foco de *granulía parcelaria*. ¿El porqué suceden así las cosas? Por qué tras un período bacilémico tiene lugar un proceso circunscrito a la región intercleidohiliar y no una siembra pulmonar masiva, debe explicarse seguramente por razones de índole anatómica desconocidas en el presente momento. No hay razones fundamentales para desechar un posible mecanismo broncogénico. La inmensa mayoría de las veces las radiografías de individuos con dichos infiltrados precoces no presentan sombras expresivas de lesiones apicales; pero hemos visto que en ocasiones ocurre lo contrario y algunas radiografías bien contrastadas permiten ver sombras lineales que unen una antigua lesión apical con la otra sombra más baja que señala la existencia del reciente infiltrado precoz.

Es indispensable para que éste se constituya la existencia de un estado alérgico. Es decir, que se trata de reinfectados, de individuos que han sufrido ya las acciones complejas de los antígenos tuberculosos, de sensibilizados que reaccionan, lo repetimos, con un complejo de bronquioalveolitis exudativa al recibir una nueva agresión bacilar. Es, pues, evidente que lo mismo la sintomatología topográfica, somática, que la funcional han de ser sumamente variables, según el momento alérgico del sujeto, según sus posibilidades reaccionales dependientes de dicho estado alérgico y según, por otro lado, los caracteres cualitativos y cuantitativos del germen reinfectante. Nosotros creemos que el mecanismo exógeno tiene poca importancia en la patogenia de dicho infiltrado precoz, y que el punto de partida del proceso está en una antigua lesión latente o semilátente, habiendo tenido lugar, por circunstancias que se nos escapan, la activación de esta lesión y la descarga de bacilos.

En la violencia de la flegmasia creada por los bacilos en la región intercleidohiliar intervienen preponderantemente motivos constitucionales, y según esto, la lesión: instala y evoluciona a la sordina, por decirlo así, en ciertos casos, y en otros da lugar a un síndrome muy aparatoso: fiebre alta, mucha tos, expectoración abundante, abundancia también de estertores húmedos. En los sujetos constitucionalmente prontos a la flogosis, por razones de índole genotípica, ocurre así, de tal manera que en ciertos casos parece que se trata de una bronconeumonía vulgar de naturaleza no fímica. En individuos poco alérgicos o anérgicos abiertamente, evoluciona la lesión con muy poco aparato sintomático y puede suceder que se descubra por casualidad trabajando con los rayos X.

Se deduce con claridad de las afirmaciones anteriores que el nombre de infiltrado precoz será inadecuado en ciertos casos, puesto que algunas veces la lesión se encuentra en sujetos adultos y en viejos, como hemos visto nosotros varias veces en la Consulta del Servicio, y recordamos a este propósito a un individuo de cerca de sesenta años que estudiamos el curso anterior con un infiltrado de Assmann exactamente igual, por los síntomas funcionales y por los caracteres radiográficos, que el que solemos encontrar en los adolescentes y en los jóvenes. Hay, en efecto, viejos que hacen la tuberculosis como niños, como hay niños, es sabido, que la hacen como viejos.

El carácter topográfico asignado al infiltrado precoz es muy frecuente, pero no es constante, puesto que algunas veces el proceso se localiza en el campo medio pulmonar y en otras ocasiones en la base. Precisamente en el Servicio estudió el curso anterior nuestro compañero Castro Hernando algunos enfermos de esta clase e insistió sobre la localización no infraclavicular de los llamados infiltrados precoces.

Como frecuentemente la evolución del proceso se hace de manera insidiosa, con poca sintomatología funcional y con tenue o ninguna sintomatología topográfica, sin tos casi, sin expectoración, con poca fiebre, alterándose poco el estado general del sujeto, quejándose éste de disminución de las fuerzas, de poco apetito, de adelgazamiento, síntomas que por la falta de síntomas torácicos no se achacan a su verdadera causa, el proceso pasa frecuentemente inadvertido, si no viene una hemoptisis de aviso a llamar la atención sobre él, o si no se descubre con motivo de radioscopias sistemáticas. En ciertos casos se hace la evolución de manera desfavorable, se caseifica el exudado y tiene lugar un proceso ulceroso que da lugar a una caverna temprana, constituyéndose por vía bronquial una bronconeumonía tuberculosa, o teniendo lugar un episodio bacilémico determinante de una granulía o de una meningitis. En algunos casos estudiados por nosotros el punto de partida de una metástasis tuberculosa gravísima, de la meningitis citada, de una tuberculosis renal, ha estado en un foco ulcerado de bronconeumonía tuberculosa infraclavicular, diagnosticada tardíamente. El conocimiento de estos hechos ha de inducirnos a intensificar las exploraciones radiográficas, no dejando sin radiografía a los individuos sospechosos. Es la única manera de evitar la pérdida de la oportunidad terapéutica y la entrada de la tisis de numerosos individuos que diagnosticados de un modo oportuno pueden curarse.

Vese, pues, claramente que los enfermos de infiltrado precoz entran en materia de muchos modos: unas veces pronto, con motivo, por ejemplo, de una hemoptisis; otras veces tarde, porque no se preocupan por los pequeños síntomas que presentan: pocas ganas de trabajar, disminución del apetito, febrícula. La sintomatología en los estadios iniciales puede ser torácica o extratorácica, según la situación del foco (más o menos profundo, más o menos cerca de la pleura), según su extensión, según sus caracteres anatomopatológicos. En algunos casos individuos de excelente aspecto se quejan de trastornos vagos, de malestar, de algún síntoma digestivo, y son diagnosticados, por ejemplo, de infección intestinal o de fiebre gástrica. En todos estos casos se debe hacer una radiografía. En el Servicio vemos todos los meses soldados con sintomatología general de poco relieve y con los llamados infiltrados precoces en distintos estadios evolutivos. Estos enfermos son etiquetados de varias maneras, e ignorado

el proceso, muchas veces la lesión toma mal camino porque se trata mal, extendiéndose y dando lugar en ocasiones a un proceso incurable.

Se lee en muchos sitios que tales infiltrados precoces carecen a menudo de sintomatología auscultatoria. Es lo cierto que ésta faltará solamente cuando la lesión sea muy profunda y notablemente pequeña. Se trata de un complejo de bronquioalveolitis más o menos exudativa que ha de dar necesariamente síntomas de auscultación si éstos se buscan con interés y con cuidado. Pero ocurre que la mayor parte de los enfermos respiran mal, exigüamente, el despacho respiratorio es mínimo, no se movilizan las secreciones y no hay estertores, por lo tanto.

El tratamiento del proceso debe entrar, como su diagnóstico, en la práctica corriente. Desde luego cura higiénica bien reglada. Cura de reposo y de aire libre, en las mejores condiciones, pero donde se pueda y como se pueda, sin imponer a los enfermos pobres sacrificios muchas veces inútiles: en el pueblo, en una huerta, en un jardín, en la azotea, en una terraza; sencillamente, en una buena habitación es posible muchas veces hacer un tratamiento eficaz. Cura de oro, cuanto antes mejor. En el Servicio hacemos así sistemáticamente sujetándonos casi siempre a este esquema:

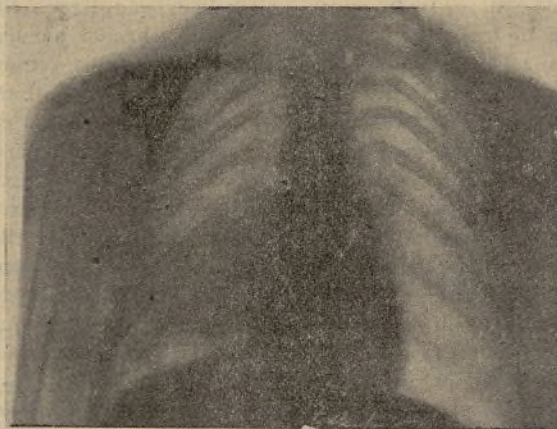
Quince centigramos. 25 centigramos. 35 centigramos. 40 ó 50 centigramos. 75 centigramos. Descanso de quince o veinte días y hacer otra etapa de tratamiento, haciendo otra cura igual que la primera. Entre las inyecciones intervalos de cinco a siete días según la cuantía de la dosis.

La lesión específicamente evoluciona, mal tratada, hacia la caseosis. En el momento de encontrar síntomas de sospecha—aumento de estertores, mayor decaimiento del enfermo, empeoramiento del síndrome tóxico, aumento de la velocidad de sedimentación, inversión de la fórmula leucocitaria hacia la polinucleosis, aumento del número de leucocitos, etc.—instauraremos una terapéutica por colapso y haremos una frenicectomía. Tal es la conducta que seguimos en el Servicio, procurando hacer innecesario el neumotórax por medio de la exéresis del frénico, pero decididos a reforzar los efectos de la frenicectomía si no vemos pronto que el proceso cede y que el conjunto del enfermo mejora. La inmensa mayoría de las veces no es necesario recurrir a las inyecciones de aire.

Como ilustración gráfica de este trabajo van las radiografías 1.^a y 2.^a pertenecientes a un enfermo de infiltrado precoz basal, estudiado y tratado en el Servicio según los preceptos anteriores. Sujeto de veintidós años que entró en materia hace dos meses por hemoptisis que duró dos días. Luego tos, expectoración y fiebre. Astenia y adelgazamiento. A su ingreso la fiebre sigue, tiene 94 pulsaciones, 9.5000 leucocitos y 40 milímetros de velocidad de sedimentación. Fórmula leucocitaria borrosa, con 63 granulocitos neutrófilos, 31 linfocitos, 1 eosinófilo y 5 monocitos. Zona mate en la base derecha con estertores de pequeñas burbujas; algunos rones. Cura de reposo y tratamiento con orosanil. Frenicectomía. Mejoría inmediata de todo el síndrome clínico y mejoría radioscópica sorprendente. En diez meses la sombra ha desaparecido en su totalidad. No hay el menor síntoma de auscultación. Velocidad de 4 milímetros a la hora.

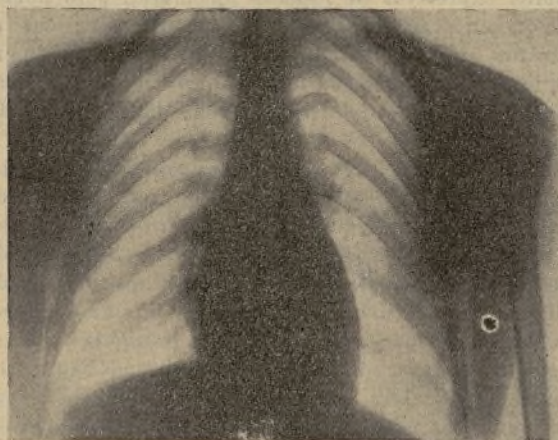
El diagnóstico, la terapéutica y el pronóstico, por lo tanto, de estos procesos, ha variado con rapidez en estos últimos años. Estos infiltrados precoces diagnosticados oportunamente y tratados de un modo racional con el oro y acudiendo al colapso, son de pronóstico favorable, y se consigue con mucha frecuencia evitar la caseificación del

foco. Este se resuelve en su totalidad o tiene lugar un proceso mixto curativo de resolución y de conjuntivosis. Es evidente que la labor de los prácticos interviene de manera trascendental en el porvenir de estos enfermos.



Radiografía núm. 1.—Infiltrado precoz basal del lado derecho, a su ingreso en el Servicio.

Por otra parte, el diagnóstico oportuno y el tratamiento racional son de suma importancia por lo que pesan en el problema general de la lucha antituberculosa.



Radiografía núm. 2.—Radiografía del mismo enfermo a los diez meses del tratamiento (curación por resolución).

losa, pues se trata de enfermos que a menudo expectoran bacilos y que son muy peligrosos, por lo tanto.

Bibliografía.

- Simon y Redeker: Tuberculosis infantil. Morata, editor. Madrid, 1932.
- León Bernard: Les Debuts y les arrêts de la tuberculose pulmonaire. Masson, Paris, 1931.
- Valdés Lambea: Lecciones sobre tuberculosis. Chena, Madrid, 1931.
- Valdés Lambea: Los medios de comienzo de la tuberculosis pulmonar. *Revista Española de Tuberculosis*, tomo I, núm. 4, 1930.
- Valdés Lambea: El tratamiento del llamado infiltrado precoz. *EL SIGLO MEDICO*, núm. 4.082, 1932.
- Virginio de Benedetti: Sobre la evolución del infiltrado precoz de Assmann y sobre otra forma de iniciación

de la tuberculosis pulmonar del adulto. *Rivista di Patologia e Clinica della Tuberculosis*, año 4, fascículo 4.º, Abril, 1930.

Eduardo Tarantola: La importancia del infiltrado precoz en la génesis de la tisis. *Rivista di Patologia e Clinica della Tuberculosis*, Abril, 1930.

Hermann Rubinstein y Thomas Pozarijsky: Contribución al estudio sobre la estructura y génesis del infiltrado precoz. *Zeitschrift für Tuberkulose*, tomo LVII, núm. 3.

Derendorf: Zur differenzialdiagnose und therapie der tuberkulösen frühinfiltrate. *Zeitschrift für Tuberkulose*, 1930, B. 58.

M. Lupo: L'evoluzione dell'infiltrato precoce nell'immagine radiografica. *Rivista di Patologia e Clinica della Tuberculosis*, 1931, fascículo 4.º

A. Omodei-Zorini: Sull'anatomia patologica e la patogenesi degli infiltrati di Assmann. Comunicación a la Sociedad italiana fascista de estudios científicos sobre la tuberculosis, 26 de Junio de 1931.

Ulisse Rabriosi: L'infiltrato precoce. Resumen crítico. *Lotta contro la Tuberculosis*, tomo II, pág. 1.198.

Assmann: Die Bedeutung der infraklavikulären Herde für die Entwicklung und Behandlung der Lungentuberkulose. *Verh. dtsch. Kongr. inn. Med.*, 1928.

Bacmeister: Neue Anschauungen über die Entstehung der chronischen Lungenpttose. *Dtsch. med. Woch.*, 1927, núm. 51.

Castro Hernando: Los infiltrados precoces no infraclaviculares. *Revista Española de Tuberculosis*, tomo II, pág. 335.

Studi clinici e sociali di fisiologia. Publicación del Instituto de Fisiología O. P. Poliambulanza «Giuseppe Ronzoni». Milán, 1932.

DIVULGACIONES CIENTÍFICAS DE ACTUALIDAD

LA CRONAXIA

POR

F. GONZALEZ DELEITO

Teniente coronel médico.

Cuando Du Bois Reymond estudió las leyes de la excitabilidad eléctrica de los músculos concedió una gran importancia a la intensidad con la cual llegaba la corriente al músculo, despreciando en absoluto el factor tiempo de paso de la corriente. Debiase esto a que por aquella fecha no se podía trabajar más que con corrientes que pasaban con una velocidad nunca inferior a 5/1000 de segundo, y hoy día se ha comprobado que el factor tiempo sólo interviene de un modo activo cuando las excitaciones eléctricas atraviesan los músculos con velocidades menores. Tan pronto como se alcanzan las velocidades con que trabajaba Du Bois Reymond, vemos confirmadas sus leyes de la excitabilidad eléctrica; pero cuando podemos obtener excitaciones eléctricas de una duración inferior a esta señalada, nos encontramos con que la forma de la contracción muscular depende de dos factores: a) de la variación de intensidad de la corriente, y b) de la cantidad de electricidad que atraviesa los músculos. La intensidad necesaria en estos casos para obtener la contracción varía en función del tiempo del paso de la corriente, es decir, que se puede disminuir la intensidad aumentando el tiempo de duración del paso de aquella. Mas tan

pronto como llegamos a un cierto límite, que coincide con las velocidades mínimas con que trabajaba Du Bois Reymond, las contracciones registradas sólo dependen de la intensidad, y ya el tiempo no cuenta para nada. Fick fue quien primero hizo notar esto, pero sus comunicaciones y trabajos apenas tuvieron resonancia.

Engelmann llegó a las mismas conclusiones estudiando la excitabilidad eléctrica de los músculos lisos del úter del conejo y de otros tejidos, e introdujo la noción del «tiempo fisiológico». Comprobó que, según cual fuera el tejido sobre que se actuara, había que sostener la excitación un tiempo más o menos largo para obtener las contracciones mínimas. Este tiempo es específico para cada tejido, y continuando sus estudios pudo dividir los músculos en dos grupos: los de contracción lenta, que tienen un tiempo fisiológico muy largo, es decir, que se excitan de un modo muy lento, y los de contracción rápida, en los que el tiempo fisiológico es muy breve; los músculos se excitan en seguida.

Más tarde, en 1892, otros autores, entre los que merecen destacarse Hoorweg, Weiss y Lapicque, continuaron estos estudios. Convencido Lapicque de las grandes dificultades que presentaba el determinar de un modo directo el tiempo fisiológico peculiar de cada músculo o tejido, procuró encontrarlo por medio de un cálculo indirecto. Denominó reobasia la intensidad mínima de una corriente capaz de provocar una contracción en el límite mínimo más allá del cual el tiempo que dura la corriente no desempeña ningún papel. La reobasia, única cosa que se determinaba en tiempo de Du Bois Reymond, no es una constante, depende del estado de los electrodos, de la resistencia de la piel, condiciones en que se trabaja, etc.

El tiempo necesario para obtener una contracción con una intensidad igual a la doble de la reobasia, es lo que Lapicque denominó cronaxia. La cronaxia es un factor constante propio y especial para cada tejido, y es tanto mayor cuanto con mayor lentitud se desarrolla el proceso de la excitación. En último término, la cronaxia no significa otra cosa más que la determinación precisa de lo que Engelmann llamaba de un modo algo vago tiempo fisiológico de cada tejido. La cronaxia se encuentra en razón inversa de la velocidad de la excitabilidad.

Los estudios de este autor han demostrado que el influjo nervioso que circula en un nervio determinado está caracterizado por los elementos siguientes:

Velocidad de propagación.

Frecuencia de las ondas de negatividad de las que se compone; y

Duración de cada una.

Todos estos caracteres cambian paralelamente con la cronaxia, por lo que determinando esta última encontramos determinadas también todas las peculiaridades características de un nervio. La clasificación de éstos, basada en su cronaxia, constituye una clasificación racional que nos da cuenta exacta de sus propiedades fisiológicas elementales. De un nervio de cronaxia pequeña, es decir, que se excita rápidamente, diremos que tiene una gran conductibilidad, gran frecuencia de ondas de negatividad y que estas ondas tienen un tiempo muy breve de duración.

Siguiendo estos estudios se ha comprobado que el tiempo de la cronaxia se encuentra en relación con el espesor del tronco nervioso. Cuanto mayor sea el grosor de un nervio menor es su cronaxia y mayor es la rapidez de su conductibilidad. Para nervios de igual espesor se ha comprobado que la cronaxia es menor en los de fibras mieli-

nicas que en los de fibras amielínicas. Ahora bien, como el grosor de los nervios va disminuyendo desde su cabo central hasta su extremidad periférica, la cronaxia irá aumentando desde el cabo central al periférico.

Entre cronaxia de un nervio y cronaxia de un músculo inervado por el mismo nervio existen relaciones constantes, hay un verdadero isocronismo y puede afirmarse que la cronaxia del nervio es a la del músculo por él inervado como 1 : 2.

Todos los músculos que contribuyen al mismo fin, es decir, los músculos sinérgicos, tienen la misma cronaxia. Normalmente, la relación de la cronaxia entre músculos agonistas y antagonistas es también de 1 : 2. La cronaxia es menor para los flexores y mayor para los extensores.

La cronaxia de los músculos flexores de las raíces de los miembros es inferior a la cronaxia de los músculos flexores distales del mismo miembro y, como es natural, la de los extensores sigue las mismas leyes. Normalmente, si los flexores de la raíz del brazo tienen una cronaxia como 1, los extensores de la raíz del brazo la tienen como 2, los flexores de la porción distal (mano) la tienen igualmente como 2, y los extensores distales como 4; de este modo con sólo tres cronaxias atiende el organismo a cuatro grupos musculares distintos.

En el hombre las cronaxias mínimas son de 0,06 a 0,14 C., las medianas oscilan entre 0,16 a 0,34 C. y las máximas, entre 0,40 a 0,70. Los músculos posteriores de las extremidades tienen dos cronaxias: una fundamental, dos y hasta tres veces mayor que la de los músculos anteriores, y otra accidental de igual valor que la de los músculos anteriores. Es a doble cronaxia de los músculos posteriores corresponde a su doble función. Las fibras musculares que tienen una cronaxia doble que la de los músculos anteriores son sus verdaderos antagonistas, los que provocan movimientos opuestos, y las fibras musculares que tienen cronaxia igual que los anteriores son más bien sus moderadores, pero son sinérgicas con aquéllos. En los músculos del muslo y del brazo se encuentran algunas fibras que tienen una tercera cronaxia, cuatro y hasta cinco veces mayor que la de los músculos anteriores. También estas fibras tienen una misión especial: son las encargadas de establecer la sinergia entre los músculos posteriores de la raíz del miembro y los músculos posteriores distales del miembro, sinergia necesaria para ciertos movimientos de conjunto. Como en los miembros inferiores hay menos independencia entre los músculos de la porción proximal y los de la porción distal, de ahí que en ellos abundan más los manojos musculares de tercera cronaxia. En el miembro superior, donde la independencia de los movimientos de la porción radicular y de la distal es mucho más grande, las fibras musculares de tercera cronaxia son muy escasas.

En los músculos estriados, las alteraciones mínimas de su estructura o de su vitalidad, que no pueden ponerse en evidencia por ningún otro procedimiento, se reflejan, sin embargo, de un modo constante y precoz en su cronaxia. En las enfermedades primitivas de los músculos, caracterizadas, como se sabe, por la contracción miotónica, aquéllos tienen una cronaxia elevadísima, registrándose valores de 40 a 80 C. En las enfermedades degenerativas de los nervios, la cronaxia está también muy elevada y se obtienen cifras de 39 a 40 C.

Para que la cronaxia sea normal precisa la integridad de todas las neuronas de las que el músculo depende y la de su propio tejido.

En las enfermedades de las vías piramidales se modi-

fican las relaciones normales entre cronaxia de agonistas y antagonistas. En el miembro superior, la diferencia entre la cronaxia de flexores y extensores es muy superior a la normal; en las extremidades inferiores, las diferencias entre las cronaxias de ambos grupos de músculos son casi normales: la cronaxia de los extensores tiende a igualarse con la sensitiva de la planta del pie—que persiste normal—, y de ahí el signo de Babinski o del dedo gordo del pie.

En cambio, en las enfermedades extrapiramidales con hiperquinesia (corea, mioclonias, etc.), los valores absolutos de la cronaxia son normales, pero las diferencias entre cronaxia de flexores y de extensores son mínimas, ambas tienden a igualarse, y cuando hay rigidez, las diferencias desaparecen en absoluto; en la parálisis agitante, flexores y extensores tienen cronaxias iguales. Esto explica las alteraciones típicas de la motilidad de estos enfermos.

También las lesiones de las fibras sensitivas periféricas modifican la cronaxia de los músculos, aumentándola moderadamente y disminuyéndola en otras ocasiones. Además, se produce en estos casos un heterocronismo entre cronaxia de nervio y de músculos. Este síntoma no se acompaña de ningún otro y es el único que pone en evidencia la alteración funcional del músculo.

Así como la cronaxia de los músculos es relativamente fácil de explorar, la cronaxia de las sensaciones es muy difícil de establecer. La excitación eléctrica es inadecuada para los diversos aparatos sensitivos. Sin embargo, para las sensaciones elementales de dolor, presión, temperatura, luz, vértigo, etc., valen y rigen las leyes generales de Weiss y Hoorweg. Se ha comprobado, entre otras cosas, que la cronaxia necesaria para provocar una sensación dolorosa es cinco veces mayor que la que precisa para percibir sensaciones de presión. Parece ser también que las diversas regiones del cuerpo tienen distintas cronaxias sensitivas y que las de la piel que recubre los músculos extensores son más altas que las de la piel que recubre los músculos flexores. También se ha comprobado que la cronaxia del aparato óptico es mayor que la de la sensibilidad cutánea y que la cronaxia de las diversas reacciones reflejas vestibulares (caída, vértigo, nistagmus, etc.) es siempre la misma.

Se ha comprobado igualmente que las funciones nerviosas y los valores de la cronaxia cambian dentro de ciertos límites en las personas normales. Las percepciones sensitivas periféricas se registran por fibras cerebro-espinales y por fibras simpáticas. Si eliminamos estas últimas, la cronaxia para las sensaciones desciende. Las modificaciones humores, las reacciones provocadas por excitaciones de otras partes del sistema nervioso cerebro-espinal, los estados psíquicos, etc., modifican más o menos ampliamente los valores normales de la cronaxia. Altenburger ha demostrado que suprimiendo las sensaciones ópticas disminuyen los valores de la cronaxia para la sensibilidad cutánea y para las reacciones motoras. Esto pudiera explicarnos muy bien las extremas sensibilidades de que los ciegos dan muestras peregrinas y que las personas normales no acertamos a comprender. Por otra parte, estos estudios pueden ser base de métodos fisioterapéuticos con los que sea posible obtener modificaciones en las cronaxias de diversos tejidos y de diversas funciones.

Las aplicaciones prácticas de todos estos trabajos son muy importantes. Ya se ha comprobado que cuando no existe el menor síntoma ostensible de intoxicación por el

plomo, pueden presentarse alteraciones de la cronaxia motora y sensitiva de músculos y nervios atacados por el veneno.

También se han puesto en evidencia algunos hechos fisiológicos con este método; se ha comprobado, por ejemplo, que las fibras conductoras de las sensaciones dolorosas y de las sensaciones a la presión no se entrecruzan en su totalidad, y que lo mismo ocurre con las fibras motoras del maniojo anterolateral de la medula.

Mientras que en el sistema cerebroespinal motor se encuentra un isocronismo entre excitabilidad de nervios y de músculos, en el sistema vegetativo la regla es el heterocronismo. Tal vez dependa esto de que la excitación nerviosa no se transmite de un modo directo al órgano excitado, sino solamente a través de varias neuronas, cada una de las que puede tener cronaxia distinta. Además, en el sistema vegetativo son de más valor las excitaciones iterativas. Tampoco debe olvidarse que las vísceras están sometidas a un mayor número de influjos de diversa naturaleza, por ejemplo, la excitabilidad del estómago se modifica de un modo notable, tanto por el medio externo como por el interno y, por otra parte, estas vísceras son más sensibles y reflejan más las excitaciones provocadas en el organismo por agentes que obran sobre órganos apartados y diversos: cambios de la excitabilidad del estómago por causas psíquicas, dolores, etc.

Asimismo, las excitaciones que parten de las vísceras pueden reflejarse en alteraciones de la cronaxia de músculos inervados por el sistema cerebroespinal, y se ha comprobado que una excitación del estómago, por ejemplo, la que se provoca presionándolo, acorta los valores de la cronaxia de los músculos de las paredes abdominales. Estas relaciones entre excitación visceral y cronaxia de grupos musculares inervados por el sistema cerebroespinal, pudieran tal vez explicarnos lo que de real hay en las llamadas zonas de Head. Para el corazón ha podido comprobarse que en los seres inferiores es casi autónomo, regulando su excitabilidad por su propio funcionamiento y, reciprocamente, acoplado éste al estado de aquélla.

El sistema vegetativo posee, además, la propiedad de modificar la excitabilidad de los centros de la corteza cerebral. La cronaxia de esta corteza es bastante inestable en circunstancias normales, y el sistema nervioso vegetativo es uno de los factores que más influyen en esta inestabilidad; este sistema no sólo se nos presenta como un regulador de la excitabilidad de los órganos autónomos, sino también como un regulador de la excitabilidad de todo el sistema nervioso en general.

SESIONES CLINICAS

SOCIEDAD OFTALMOLÓGICA DE MADRID

Sesión del 2 de Febrero de 1933.

Dr. G. Mansilla. —Tengo el sentimiento de comunicar a los señores socios el fallecimiento de nuestro compañero Dr. D. Rodolfo del Castillo y Ruiz, acaecido en Diciembre del año anterior.

Aunque no pretendo hacer una biografía de nuestro querido consocio, si quiero exponer algunos de sus muchos méritos científicos.

El Dr. Castillo fué un trabajador infatigable, lo mismo en el ejercicio profesional que en su labor científica en Sociedades, Congresos y prensa médica.

Nacido en Cádiz, pertenecía a una familia donde ha habido muchos médicos y sobre todo oculistas.

Era sobrino del eminente D. Cayetano del Toro, que como oculista fué uno de los más famosos de España en la práctica de la operación de la catarata, acudiendo enfermos de todas partes a Cádiz, donde ejercía, para ser asistidos por tan ilustrado profesor. Su sucesor, también notable oculista, es primo de nuestro biografiado.

El Dr. Castillo y Ruiz tuvo en su progenitor, el doctor D. Rodolfo del Castillo y Quatrellers, un excelente maestro y procuró continuar sus trabajos.

Después de trabajar muchos años como oculista en el Instituto Rubio, fundó el Sanatorio de la Encarnación, en la calle de Ayala, y su hijo ha continuado sosteniéndole hasta hoy, no solamente para enfermos de los ojos, sino para toda clase de afecciones quirúrgicas.

El Dr. Castillo Quatrellers fundó los *Anales de Oftalmología*, que después de vivir algunos años desaparecieron con la muerte de su fundador. Su hijo publicó de nuevo dichos *Anales de Oftalmología* y sostuvo este periódico durante los años 1925, 26 y 27. En él hay trabajos muy notables del Dr. Castillo y Ruiz y de otros oculistas españoles que con él colaboraron, siendo de lamentar que la falta de salud de aquél motivasen su desaparición.

Publicó notables trabajos históricos de Medicina que fueron premiados por la Academia de la Historia nombrando a su autor académico corresponsal de dicha Corporación. Entre ellos recuerdo uno, «El aceite de ricino en tiempo de los Faraones», y otro, «La Oftalmología en tiempo de los romanos». Es trabajo sumamente notable, tiene grabados de túmulos e inscripciones funerarias de oculistas de dicha época, encontrados en la provincia de Córdoba.

El Dr. Castillo Ruiz, siguiendo el mismo camino que su padre, publicó muchos trabajos científicos que están diseminados en los mencionados *Anales de Oftalmología*, en los *Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos*, *Revista Cubana de Oftalmología*, etc.

Su actividad científica se pone de manifiesto con decir que no ha habido tema de Oftalmología que haya sido puesto a discusión en la Academia Médico Quirúrgica Española, en la Sociedad Oftalmológica y en otras Corporaciones científicas en que no tomase parte, demostrando siempre su gran ilustración y sentido práctico.

Cultivó durante algún tiempo la Ginecología, y aunque tuvo muchos éxitos en esta especialidad y practicó notabilísimas operaciones que expuso a la Academia Médico Quirúrgica Española, sus aficiones preferentes fueron por la Oftalmología, a la que últimamente se dedicó.

El Dr. Castillo Ruiz extendió también su acción al campo de la política. Fué diputado a Cortes y senador del Reino, y aunque no tenemos por qué juzgarle desde este punto de vista, sí hemos de consignar que los oftalmólogos le debemos gratitud por los esfuerzos que hizo para conseguir una ley que regularizase los deberes de los ópticos en relación con nosotros, a fin de que no invadieran el terreno que nos corresponde, limitando su función a confeccionar los cristales que nosotros prescribimos. Durante varias sesiones el Dr. Castillo Ruiz colaboró con nosotros en estudiar un proyecto de ley que llevó al Senado; consiguió que la proposición fuese firmada por todos los senadores médicos, y cuando todo estaba preparado para ser leída en dicho Cuerpo legislativo, y con grandes probabilidades de éxito, sobrevino un cambio político que frustró las esperanzas de todos, y muy especialmente las del Dr. Castillo y Ruiz.

Para terminar diré, en elogio del Dr. Castillo, que era un buen compañero, no tenía enemigos y era amigo de todos. Era además hombre caritativo, y como gozaba de buena posición social, no dejaba de trabajar como oculista en favor de los pobres. Además, era tan modesto que encargó a sus deudos que no se comunicara a nadie su defunción hasta después de verificado su sepelio.

Dados los méritos que a grandes rasgos he reseñado del compañero que acabamos de perder, propongo se consigne en el acta de la sesión de hoy de esta Sociedad, de la que el Dr. Castillo Ruiz era *socio fundador*, el sentimiento por dicha pérdida y se envíe el más sentido pésame a su familia.

La Sociedad Oftalmológica de Madrid acordó por unanimidad la propuesta de su presidente, Dr. García Mansilla.

Dr. Martín Amat.—Presenta un caso de cuerpo extraño enclavado en cristalino y extraído con el electroimán con éxito a los dos meses, aplazando los detalles del paciente hasta la sesión próxima, en que los expondrá en una comunicación.

A continuación expone la primera de sus comunicaciones sobre

RESTAURACIÓN PÁLPEBROPÁLPEBRAL INTEGRAL APLICADA PARCIALMENTE

En otra sesión presentamos una comunicación titulada «Restauración pálpebropálpebral integral», en la que dábamos cuenta de haber practicado este excelente procedimiento operatorio.

Con posterioridad ha tenido ocasión de aplicarle a la restauración parcial del párpado inferior, excindido en parte por neoplasias malignas, y el resultado, en los casos en que los hemos utilizado (dos), ha sido completamente satisfactorio.

Observación.—R. R. M., de sesenta años, se presentó en la Consulta del Instituto Nacional de Oncología el día 30 de Marzo de 1932.

Refiere que hace dos años le apareció un granito en el párpado inferior izquierdo, que al poco tiempo se le ulceró y va creciendo hasta alcanzar las dimensiones actuales.

Exploración.—Presencia en mitad externa del párpado inferior izquierdo de una extensa ulceración de bordes un poco elevados y contornos irregulares, que se extiende desde el borde ciliar de una parte hasta casi el fondo de saco conjuntival inferior, y de otra casi hasta el borde adherente del mismo; es decir, que tanto la mucosa como la piel están interesadas en el proceso destructivo.

Por palpación se percibe una infiltración de los tejidos profundos del párpado, que ofrecen una determinada dureza. El fondo de la ulceración es irregular, con pequeñas eminencias y depresiones, recubiertas por costras desecadas en unos sitios y que sangra fácilmente. No existen infartos ganglionares, ni delante de la oreja ni debajo del maxilar inferior.

La biopsia demostró tratarse de un epiteloma basocelular.

Primera operación.—Día 10 de Abril de 1932. Excisión de los dos tercios externos del párpado inferior izquierdo y en toda su altura y espesor.

Inmediatamente incisión intermarginal del párpado superior del mismo lado, en sus dos tercios externos y en casi toda su altura, obteniendo por desdoblamiento del mismo dos láminas superpuestas y deslizables: la anterior o cutáneomuscular y la posterior o tarsoconjuntival.

Y, por último, sutura de cada una de estas láminas palpebrales, a cada uno de los labios de la incisión de párpado inferior correspondiente a la pérdida de substancia; de este modo: lámina tarsoconjuntival al labio posterior o conjuntival y lámina cutáneomuscular al labio anterior o cutáneo. La primera sutura con catgut y la segunda con seda, y ambas de puntos entrecortados.

Curso postoperatorio completamente satisfactorio.

Segunda operación.—Día 11 de Mayo de 1931. Disección de la lámina anterior del párpado superior cutáneomuscular, a partir del borde ciliar adherido a la mejilla por la trasplantación de la primera operación y en casi toda su altura, cuidando de conservar las pestañas: dejando intacta la lámina posterior o tarsoconjuntival, ya perfectamente adherida en su nueva posición.

Después trazado, disección y movilización de un extenso colgajo, en puente, de la lámina palpebral anterior en toda su longitud y de unos 14 milímetros de altura, y equidistante de las cejas y pestañas, y colocación sobre la lámina palpebral posterior o tarsoconjuntival, suturándolo de una parte a la piel de la mejilla y de otra al borde ciliar, que, como es natural, ha ido a ocupar el sitio que definitivamente habrá de tener. También se sutura la herida resultante de haber obtenido el colgajo en forma de puente, que ha ido a cubrir la lámina posterior que quedaba al descubierto.

El curso postoperatorio fué también satisfactorio.

Tercera operación.—Día 1.º de Julio de 1932. Incisión palpebral a nivel del borde ciliar y en todo el espesor, de modo que quede el nuevo párpado grandemente distendido dividido en dos y casi de las dimensiones ordinarias: uno superior con todos sus componentes, incluso las pestañas, y otro inferior, igualmente, con su completa constitución anatómica: conjuntiva, tarso, músculo y piel, excepto las pestañas. Al mismo tiempo excisión de los extremos del colgajo cutáneo, en puente, desde la zona de implantación en el párpado inferior hasta el lugar de origen en el superior.

El resultado terapéutico, funcional y estético de este método operatorio es perfectamente satisfactorio, y a no dudarlo, es al que se debe recurrir siempre que haya necesidad de restaurar total o parcialmente un párpado en todo su espesor, puesto que todas en él son ventajas: poder practicar las excisiones palpebrales tan amplias como sean precisas, para evitar las reproducciones cancerosas, no mortificarse los colgajos ni dejar cicatrices en sitios próximos ni lejanos; a la vez que el nuevo párpado presenta una constitución anatómica normal y un fisiologismo perfecto.

Continúa con su segunda comunicación sobre

CASO DE PTOSIS DEL PÁRPADO SUPERIOR IZQUIERDO CONGÉNITO, HEREDITARIO Y FAMILIAR

Aparato visual derecho, normal. En el izquierdo, un ptosis parcial del párpado superior, que es en parte compensado por la suplencia del músculo frontal.

El ptosis del párpado superior izquierdo no presenta el menor indicio de sinergia funcional con ningún otro nervio craneal. Se trata, por tanto, de un caso simple de parálisis, aunque no total, del músculo elevador de dicho párpado.

Antecedentes.—El ptosis de este sujeto es congénito. Además, su abuelo, Esteban de Miguel, nació con igual deformidad, que transmitió a sus hijos Gregorio, Domingo, Pascuala y Margarita.

Su padre, Gregorio de Miguel, igualmente la ha co-

municado a la suya; no así los otros tres hermanos Domingo, Pascuala y Margarita, cuyas descendencias están indemnes.

Gregorio de Miguel tuvo seis hijos: tres, Jesús, Juan y María, nacieron con la deformidad, y los tres restantes sin ella.

Ahora bien, de los tres hermanos que nacieron con esta anomalía, el interesado, que se llama Jesús y que es el mayor, ha tenido ocho hijos, de los cuales cuatro presentan ptosis. Ya tiene siete nietos y todos están indemnes.

El segundo de los hermanos con la afección, llamado Juan, ha tenido cuatro hijos y solamente uno con ptosis. Hasta ahora Juan tiene una nieta que está indemne.

El tercero de los hermanos atacados, María, ha tenido sólo una hija que está indemne, así como dos hijos de ésta y nietos de aquélla.

Lorenza y Fructuosa, también indemnes, murieron sin dejar sucesión.

Es decir, que en cinco generaciones de 39 individuos, han presentado la anomalía 13 personas, y en todas solamente parcial y del ojo izquierdo. Ha dominado en los varones en la proporción de nueve contra cuatro.

Como se ve, se trata de una transmisión por herencia continua durante cuatro generaciones, habiendo desaparecido hasta ahora en la quinta.

DISCUSIÓN

Dr. Renedo.—En breve espacio de tiempo ha tenido ocasión de operar tres enfermos de ptosis de caracteres completamente distintos, debiendo hacer algunas aclaraciones de interés porque pugnan con el concepto terapéutico clásico.

El primer paciente, de veinte años, presentaba una *oftalmoplejía nuclear progresiva*, estando afectados, con mayor o menor intensidad, todos los músculos extrínsecos y el del esfínter pupilar en ambos ojos, conservándose íntegra la función de acomodación, cosa explicable por razones anatómicas.

¿Este enfermo de ptosis adquirida debía ser operado?

Ateniéndose a lo que opinan los autores de las obras clásicas de cirugía oftalmológica, la contestación sería rotundamente negativa.

Pero como la diplopia que tenía este paciente sólo se apreciaba en la cámara oscura sin que le produjese la menor molestia estando en la luz y en la vida ordinaria, decidió intervenir, logrando el buen resultado estético que puede apreciarse en las fotografías que presenta, sin que, además, aqueje al enfermo molestia por su diplopia, que hemos dicho no percibe en la cámara clara.

Quiere, pues, que quede bien destacada esta rectificación del concepto clásico.

El segundo enfermo de ptosis unilateral congénita y familiar, sólo ofrece el interés de poder observar en las fotografías, antes y después de ser operado, el precioso resultado de la operación de Motais, que pudo hacerse por conservarse intacto el recto superior.

Por fin, el tercer caso es de ptosis adquirida traumática (golpe de hélice con fractura de órbita), y también su enseñanza nos hace discrepar por completo del concepto terapéutico aceptado como clásico, puesto que bastó una semana de mantener el párpado provisionalmente llevado por medio de un esparadrapo para que el enfermo se habituase a su diplopia hasta el punto de no sentir la menor molestia, por lo que decidió operar (método de Hess por estar afectado el recto superior), obteniendo el

resultado perfecto estético y funcional que muestran las fotografías que presenta.

Dr. Arjona.—Lamenta que al ocuparse de blefaroplastias se haya prescindido por el Dr. Marín de citar, en el lugar de honor que le corresponde, el método del español Argumosa.

El método Dupuy-Dutemps lo considera poco práctico por lo lento y por ser precisas tres intervenciones. El Argumosa y otros métodos de deslizamiento son casi siempre preferibles.

Dr. Marín Amat.—En primer lugar, dar las gracias al Dr. Renedo por haber honrado con su intervención mi segunda comunicación.

El motivo de traer a la Academia mi caso segundo ha sido al exclusivo objeto de explorar la opinión de los señores académicos en cuestión tan interesante como son las leyes de la herencia, en la transmisión de las anomalías orgánicas y en especial del aparato de la visión, sentadas por Mendel y ampliadas modernamente con los conocimientos anatomofisiológicos de la fecundación.

El caso que presentamos es de los indicados para una intervención quirúrgica, sea buscando la substitución funcional del músculo frontal (Wecker, Panas, Hess, etcétera), o bien la del recto superior (Motais y sus derivados), puesto que ambos músculos están perfectamente normales. Pero ni la edad ni la condición social del sujeto invitaban a una operación, en este caso más bien cosmética, que además el interesado no estaba dispuesto a que le practicasen.

Las operaciones realizadas por el Dr. Renedo en los casos que han relatado Hess y Motais me parecen perfectamente indicadas, y son precisamente las que nosotros practicamos por considerarlas como las mejores dentro del grupo que cada una representa.

Y con respecto a su caso primero de ptosis, acompañado de la parálisis de los restantes músculos extrínsecos inervados por el motor ocular común y de uno sólo de los intrínsecos, el del esfínter pupilar, con desviación del globo ocular hacia abajo y afuera (acción del oblicuo superior y del recto externo), sin que existiera diplopia en circunstancias ordinarias y únicamente denunciada en la cámara oscura, y en el que a pesar de la parálisis casi total del tercer par y del criterio sustentado por los autores, operó de ptosis, yo he de contestarle en dos partes.

En la primera interpretó la falta de diplopia del sujeto, en condiciones ordinarias, por el hecho casi seguro de que, al tratarse de un muchacho, su parálisis motocular dataría del nacimiento o de las primeras épocas de la vida y de ahí el que existiese la neutralización de la imagen falsa, al igual que ocurre en el estrabismo convergente concomitante, que por instalarse en los primeros años de la vida (segundo o tercero) el sujeto no se da cuenta de su diplopia, habiendo necesidad de acudir a medios artificiales (cristal rojo y cámara oscura) para ponerla en evidencia.

En una segunda parte contestó a la opinión defendida por el Dr. Renedo de operar el ptosis, aun coincidiendo con la parálisis completa de todos los músculos inervados por el tercer par. Hay razones de mucho peso para opinar de distinto modo que el Dr. Renedo, y de acuerdo con los autores. Estas son: unas, de orden clínico; otras, de orden fisiológico, y otras, de orden estético. Las de orden clínico son: que en las parálisis de origen médico muchas veces son curables espontáneamente o por el tratamiento, y nos exponemos a realizar una operación que después puede resultar inútil. Las razones de orden fisiológico son: que

al operar un ptosis palpebral en un ojo con visión y en estrabismo paralítico inferoexterno (divergente), en un adulto o en persona de edad, como es lo corriente, siempre existe diplopia, y la caída del párpado superior, que representa el providencial papel de evitar síntoma tan molesto, con la operación se pone de manifiesto y hacemos un verdadero perjuicio al paciente. Y por fin, que de ordinario un ojo fuertemente desviado hacia abajo y afuera y casi inmóvil es siempre de aspecto antiestético, y aun en el caso de que por las dos razones anteriores pudiera ser operado (haber resistido a todos los tratamientos médicos y tratarse de un ojo sin visión), resulta menos antiestético un párpado caído que un ojo fijo, desviado y sin expresión. Ahora bien, en casos muy excepcionales de oftalmoplejia total extrínseca (de los tres nervios motores) e incurable y a condición de que recaiga en ojos sin visión, o que el ojo del lado contrario estuviese ciego y hubiese que aprovechar el enfermo con todos sus defectos para la visión, en estos casos se encuentra perfectamente justificado el criterio sustentado por el doctor Renedo.

Al Dr. Arjona doy también las gracias por su intervención respecto a mi primera comunicación.

El procedimiento de blefaroplastia del Dr. Argumosa, no sólo lo conozco y lo practico, sino que ha sido motivo exclusivo de una comunicación a la Asamblea de la Sociedad Oftalmológica celebrada en Barcelona en el año 1914. Ahora bien, si este procedimiento que yo no he nombrado, como ningún otro, tiene como indicación la resauración de la piel del párpado cuando ha sido excindida por una neoplasia maligna de localización exclusiva cutánea o cuando ha sido destruida por otros motivos, no puede llenar la indicación de substituir al párpado integralmente (conjuntiva, tarso, músculo y piel) cuando ha sido extirpado por una neoplasia maligna que engloba todos los tejidos que le integran. Aparte de que ni un solo colgajo cutáneo, ni aun dos unidos por sus caras cruentas para que una haga de conjuntiva y la otra de piel, no reúnen las condiciones fisiológicas deseables, el nuevo párpado carece de la rigidez necesaria y a la larga cae por su peso y por la retracción cicatricial y se constituye un ectropión más o menos acentuado. Y como por otra parte las trasplantaciones de cartilago de la oreja o costal, que teóricamente deberían dar resultado, no lo realizan; es por lo que la operación de Dupuy Dutemps es la de elección en estos casos. Además no deja cicatriz, no sufren los tejidos las alteraciones degenerativas de los colgajos y de los injertos y el resultado funcional y cosmético es maravilloso.

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

D. Moritz. CONSIDERACIONES SOBRE LA ETIOLOGÍA DEL ERITEMA NUDOSO.—Destaca Moritz en su trabajo, apoyando la etiología del eritema nudoso, que sostienen Eruberg y Walgren, que lo consideran como una reacción autógena a la tuberculina del organismo, provocada por los bacilos de Koch, o más bien por los elementos bacilares en individuos predispuestos en un período precoz de la tuberculosis. Coloca el eritema nudoso como una reacción de los fenómenos anafilácticos. En los tuberculosos la sensibilidad a la tuberculina puede variar por diferentes razones o dis-

minuir por un tiempo. El aumento rápido de la alergia puede provocar la erupción eritematosa en ciertos individuos predispuestos, aun en un organismo ya alérgico y tuberculoso desde hace mucho tiempo. (*Crón. Méd. Mex.* Mayo 1932).—T.

Ellison. EL EMPLEO DE ALTAS DOSIS DE VITAMINAS EN EL TRATAMIENTO DEL SARAMPIÓN.—Investigaciones muy de última hora, nos dice el autor, han puesto de manifiesto el papel que juegan las vitaminas, pero sobre todo la A en la resistencia del organismo con ocasión de ciertas enfermedades infecciosas. Los también muy recientes trabajos de los Dres. Mellanbry y Greén sobre el tratamiento de la infección puerperal por la misma han confirmado plenamente el aserto de Ellison. También cita éste los trabajos que en el Canadá ha realizado el profesor Wright y sus discípulos evitando en los niños el reuma cerebral por medio de la administración de altas dosis de vitamina C. El autor y sus colaboradores han tratado a 300 niños afectos de sarampión por medio de dosis altas y combinadas de vitaminas A y D logrando ver disminuida la mortalidad de un modo extraordinario—11 casos—si se considera que de otra estadística de varios hospitales que reunían también 300 casos las necrosis habían alcanzado la cifra de 50. Respecto a las complicaciones pulmonares hacen notar que no se realizan y de hacerlo lo efectúan con suma benignidad. Las cutáneas y auditivas se verifican con igual intensidad en uno y otro tratamiento.

La administración debe verificarse con arreglo a la edad del niño, si bien aconseja el autor, como término general, dar 1 c. c. diario de aceite de hígado de bacalao concentrado, que equivale a 300 unidades internacionales de vitamina A y a 2 000 de vitamina D; el tiempo de duración del tratamiento debe ser de ocho días en los casos benignos y de tres semanas en aquellos que sean de intensa gravedad.

Hasta la fecha y en la enorme cantidad de casos en que se ha empleado no se ha producido ningún fenómeno de intolerancia ni tampoco hipervitaminosis.

El profesor Ellison dice al acabar su artículo que ya que evita casi en absoluto las terribles complicaciones pulmonares debe administrarse al menos como tratamiento profiláctico. (*British Medical Journal*, 15 de Octubre de 1932).—J. H. SAMPELAYO.

R. Kern y E. G. Hakasson. LA PARATHORMONA COMO TRATAMIENTO DEL MEGACOLON.—Los autores han logrado en tres enfermos de megacolon la desaparición de un estreñimiento crónico que padecían como consecuencia de su anomalía intestinal, valiéndose para ello de las inyecciones de parathormona. En uno de los pacientes por ellos tratado se mantiene ya desde hace un año la eficacia de su tratamiento, gracias a las inyecciones de parathormona; éstas no son seguidas, sino que deben ir separadas por breves lapsos de tiempo, 10 unidades al día durante un espacio de tres semanas dura el tratamiento; puede administrarse al mismo tiempo el lactato de cal. En todo este tiempo no se ha visto en el paciente ni descalcificación ni tampoco hipercalcemia; en la otra enferma observada se vió, merced a la radiografía, que a la semana de comenzado el tratamiento el colon recobró su calibre normal.

Los autores plantean en su artículo la discusión respecto a las probables relaciones existentes entre la función anormal de las paratiroides y los trastornos que sufre la motilidad intestinal. En el momento actual, ni antes tampoco, se han encontrado, sino escasísimos trastornos a causa del tubo digestivo, tanto en el hipo como en el hiperparatiroidismo.

dismo; tan sólo uno de los pacientes vistos por los autores tenía una hipocalcemia; ésta le desapareció al instituírsele el tratamiento por ellos usado.

Hay, es cierto, algunos—aunque escasos—casos clínicos y experimentales que indican una probable relación, si bien es necesario investigaciones más nuevas para demostrar de una forma totalmente precisa la forma que tiene de actuar la parathormona sobre la función motora del intestino. Son necesarias a la vez más experiencias para poder averiguar si una administración muy dilatada de la parathormona puede dar lugar a accidentes. (*The American Journal of the Medical Sciences*, tomo 138, 1932).—JUAN H. SAMPELAYO.

Ravaut y Cachera. BUBÓN CHANCROSO Y ENFERMEDAD DE NICOLAS Y FAVRE.—Trátase de un extenso e interesante trabajo en el que los autores dan cuenta de sus investigaciones acerca de estas dos enfermedades.

En el bubón chancroso las investigaciones del bacilo de Ducrey han sido llevadas a cabo directamente en el pus e indirectamente por autoinoculaciones, por cutirreacción clásica o por intradermoinoculación, según la técnica de Ravaut. La imposibilidad de poner de manifiesto el mencionado bacilo en las adenitis sin chancro no puede servir de argumento contra la naturaleza chancrosa de este bubón, ya que en ciertos casos la prueba bacteriológica es imposible.

En la linfogranulomatosis se encuentra algunas veces, investigando el pus de bubones fistulizados, un diplococo Gram positivo que parece ser un germen banal. El Ducrey falta siempre. La autoinoculación da lugar a lesiones variables, desde la simple mácula, la pápula, hasta la nudosidad que se ulcera y que es imposible distinguir del chancro blando.

La reacción de Frei es casi constantemente positiva en la poroadenitis y negativa en el chancro blando. Por el contrario, la reacción al D'Melcos es positiva en los chancrosos y negativa en los otros.

La reacción de fijación del complemento en presencia de antígeno chancroso es casi constantemente positiva en el suero de los individuos afectados de bubones chancrosos y ordinariamente negativas en la poroadenitis inguinal. La vacunoterapia eleva considerablemente la cifra de anticuerpos en el suero sanguíneo de los chancrosos. En la linfogranulomatosis obsérvase únicamente, de un modo pasajero y muy moderado, el aumento de los anticuerpos.

Clínicamente se observa en la linfogranulomatosis, al lado de las formas clásicas, otras anormales, frustradas, ya sea semejando adenitis de apariencia banal o presentándose bajo la forma de bubones voluminosos, uniloculares, supurando en masa y dando lugar a un absceso único.

Entre los signos clásicos de la poroadenitis parecen los más inconstantes la dureza inicial de la adenopatía, el aspecto multilobulado de la masa ganglionar y el color rosa violáceo de la piel. Más constantes son la extensión a los ganglios ilíacos profundos, el carácter parcelar de la supuración y el aspecto viscoso y gleroso del pus.

Entre las formas anormales del chancro blando, la más importante es la existencia del bubón chancroso sin puerta de entrada típica, siendo ésta mínima e inapreciable. Las dos enfermedades mencionadas pueden asociarse en un mismo enfermo y ser consecutivas a una única inoculación. Son lesiones chancrosas que aparecen primitivamente y que van seguidas de poroadenitis al cabo de dos a seis semanas.

Desde el punto de vista terapéutico aconsejan los autores como tratamiento local la electrocoagulación. Como

tratamiento general en la poroadenitis, las inyecciones intravenosas de lugol, o también este mismo medicamento por vía oral. En el chancro blando, las inyecciones vacu. na D'Melcos. (*Ann. de Der. et de Syph.*, Febrero y Marzo de 1932).—T. B.

F. Carnevale-Ricci. OBSERVACIONES CLÍNICAS SOBRE LOS SORDOMUDOS.—Estudiando los enfermos sordomudos, y agrupándolos según el momento de la instalación de la sordera, el autor ha obtenido las siguientes cifras: prenatales, 29 por 100; postnatales, 55 por 100; inciertos, 16 por 100.

Sordomudismo prenatal: En los casos en que el niño nace ya sordo, es muy interesante el estudio del cuadro familiar para la investigación y determinación de los factores que pueden intervenir en la génesis del proceso morboso.

Es de todos conocida la importancia etiológica de la consanguinidad de los progenitores, claramente demostrada por la frecuencia de los hijos sordomudos nacidos de la unión de individuos ligados por estrecho parentesco. Ahora bien, en muchos casos la consanguinidad no basta para explicar por sí misma la causa nociva determinante de la sordera, y hay que recurrir a considerar los descendientes sordomudos como el exponente de una herencia morbosa genérica, o como el resultado de influencias patológicas latentes que en un cierto momento adquieren un potencial activo. Pero en otros casos, la consanguinidad de los padres es el único dato que se encuentra anamnésicamente. De las investigaciones de Hammerschlag, resulta que de los matrimonios con tres o más hijos sordomudos el 55,5 por 100 de los padres eran parientes. Y, según los estudios del autor en el 25 por 100 de los casos de sordomudismo prenatal, los padres eran primos hermanos; y ese tanto por ciento desciende hasta cuatro, si se toman para examinar los sordomudos postnatales.

Han sido numerosos los casos de sordomudismo prenatal en los cuales el autor ha podido descubrir en los antecesores estados patológicos, generalmente indicados como causas más comunes para favorecer las lesiones del aparato auricular: sífilis (12 por 100), tuberculosis (7 por 100), alcoholismo (4 por 100), mixedema (4 por 100). Muy frecuentemente el sordomudismo debe ser considerado como anillo, de una cadena formada por los más variados estados patológicos hereditarios, lo que se ha comprobado claramente por la frecuencia de taras morbosas encontradas en el examen del cuadro familiar, a pesar de la resistencia que a veces oponen hasta los mismos padres a facilitar todos los datos que en realidad pudieran aportar.

El factor luético hereditario, en otro tiempo no considerado como causa etiológica importante, ha ido poco a poco aumentando de valor, con la observación siempre más frecuente y más segura de dicha tara morbosa en los ascendientes o en los colaterales, y con el mayor conocimiento de las múltiples distrofias a que puede dar lugar la sífilis a través de las sucesivas generaciones.

Considerando que la sífilis hereditaria ataca no sólo durante la vida fetal, sino que puede manifestarse ulteriormente, produciendo lesiones auriculares durante todo el período de la infancia, queda justificada la hipótesis de muchos autores, según los cuales la mitad de los casos de sordomudismo debe atribuirse a la heredosífilis.

Por último, en el sordomudismo prenatal se ha de recordar para su determinación la notable importancia de la sordera familiar, herencia morbosa que a veces se manifiesta siguiendo las leyes de Mendel, y que se acentúa más todavía cuando interviene la consanguinidad. Así, en la gran estadística hecha por Fraham Bell sobre 90.000 individuos

sordos, se observa como, mientras del matrimonio de dos sujetos sordos nacen hijos sordomudos en una frecuencia del 9,2 por 100, esta cifra se eleva a 45 por 100 cuando los padres son a la vez sordos y consanguíneos.

Sordomudismo postnatal: Por lo general es siempre más fácil determinar la causa que ha ocasionado la lesión auricular. Esta, en la mayoría de los casos, es debida a afecciones meníngeas, especialmente la meningitis cerebroespinal (65 por 100); siguen en orden de frecuencia las enfermedades exantemáticas de la infancia, sobre todo la escarlatina (15 por 100), los procesos infecciosos primitivos del oído, la fiebre tifoidea, etc.

Estudiando las alteraciones de orden inflamatorio y catarral del oído medio, el autor ha hallado en cerca de la mitad de los casos una evidente modificación del cuadro timpánico por la existencia de lesiones actuales o por reliquias de anteriores procesos otíticos. Esto es debido a la gran frecuencia de procesos catarrales, a cargo de las primeras vías aéreas, encontrados en los dos tercios de los casos, aproximadamente, y al hallazgo, también bastante común, de sujetos con hipertrofia de cornetes, con alteraciones del normal funcionamiento nasal con vegetaciones adenoides. En el sordomudo son bastante más fáciles y numerosas las alteraciones catarrales de las vías respiratorias respecto al individuo normal, aun con idénticas condiciones de vida. La insuficiente y defectuosa funcionalidad respiratoria es la causa de tal estado, que, a su vez, es la determinante, en tiempo sucesivo, de las lesiones auriculares.

Examen del laberinto acústico en los sordomudos: Según demostró B-zdd a fines del siglo pasado, es muy frecuente observar restos auditivos en estos sujetos, puesto que de 276 oídos explorados encontró el 71,4 por 100 con excitabilidad para zonas más o menos extensas de la escala tonal. El autor ha encontrado restos de audición en el 64 por 100 de los sordomudos, y deduce que estos restos son más frecuentes en los prenatales (72 por 100) que en los postnatales (58 por 100), y se extienden por zonas más considerables de la escala.

Examen del laberinto no acústico: También aquí se separan, por los resultados obtenidos, los sordomudos prenatales de los postnatales. En los primeros, el nistagmus a la prueba rotatoria es un 30 por 100 más frecuente que en los segundos, siendo siempre su duración inferior a la normal.

La prueba de Romberg aparece positiva en un pequeño número de casos, pero, en cambio, es muy frecuente la imposibilidad de mantenerse en equilibrio sobre un solo pie (30 por 100); e igualmente se presenta la desviación de la marcha con bastante frecuencia (20 por 100), siendo siempre todas estas alteraciones mucho más marcadas en los postnatales. (*Archivio Italiano di Otologia*, fasc. VI, 1932). J. JIMÉNEZ CERVANTES PINELO.

Dubois. CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA DERMITIS DE LAS JOYAS.—El autor da cuenta en este trabajo de una nueva forma de la dermatitis de las joyas, la denominada por él dermatitis del brazalete. Dos enfermos que llevaban en el antebrazo una pulsera de reloj, presentaron una marca roja, regular y redondeada correspondiente en tamaño al de éste y coincidiendo exactamente con el lugar donde aquél se apoyaba. En una de las enfermas el brote fué más agudo, observándose un disco eritematoso-escamoso redondeado y un poco infiltrado. La superficie, ligeramente exudativa, estaba sembrada de pequeñas vesículas claras y de costras. La lesión curó en tres semanas bajo la influencia de pastas calientes.

La causa de esta dermatitis era una idiosincrasia ante el

níquel, de cuyo metal estaba recubierta la caja de acero del reloj. Es de notar que los parientes de ambos enfermos llevaban relojes de pulsera de la misma calidad, sin que en ninguno de ellos se produjeran reacciones semejantes.

Las lesiones aparecieron a los ocho días de llevar el reloj, y este hecho pudo ser comprobado aplicando sobre el brazo una moneda de níquel, comprobándose la aparición de la reacción cutánea en el plazo citado.

Trátase de una dermatitis bastante rara, ya que en Ginebra, donde son millares las personas que llevan reloj de pulsera, no se habían observado hasta entonces dermatitis de este género. (*Ann. Der. et de Syph.* Marzo de 1932).—T. B.

Slotopolsky. LA FRECUENCIA DE LAS AFECCIONES PELAGROIDES EN LOS ALCOHÓLICOS Y EN LOS CASOS DE AFECCIONES MENTALES—En este trabajo, efectuado en la clínica psiquiátrica de Bale, estudiase, muy detalladamente, a una mujer de cincuenta y un años, alcohólica, que no comía apenas. Tres años antes había comenzado a sentir debilidad en las piernas y después a soñar de modo anormal con la muerte. Su adelgazamiento era considerable. Presentaba paresia en algunos músculos del antebrazo, marcha parésica con contracturas en flexión en las piernas y signo de Romberg fuertemente positivo. Efectuóse en estas condiciones el diagnóstico de alcoholismo crónico y polineuritis alcohólica. Cinco días más tarde comenzó a iniciarse un estado de confusión que fué agravándose y que hizo pensar en una psicosis alcohólica de Korsakow de evolución aguda. Sin embargo, diez días más tarde, el estado mental tornó a la normalidad, apareciendo poco después una diarrea grave por la cual hubo que trasladar a la enferma a una clínica de medicina donde se comprobaron lesiones cutáneas de pelagra.

Discute ampliamente el autor las razones en virtud de las cuales le obligan a pensar en la pelagra de esta enferma. Señala particularmente la existencia de lesiones cutáneas, trastornos gastrointestinales y nerviosos (neurológicos y psíquicos). Parece probable que el curso de la enfermedad ha sido el siguiente: Iniciación en 1931 con adelgazamiento, dolores neurálgicos, trastornos psíquicos y después neurológicos, estado delirante y, por último, diarrea. El eritema apareció, en este caso, muy tardíamente.

Entre los síntomas que permiten afirmar la pelagra figura muy especialmente el temor a la muerte. Además, las contracturas no se observan nunca en los casos de polineuritis alcohólica, mientras que éstas han sido descritas perfectamente en la pelagra. Por último, no puede tratarse de una psicosis de Korsakow de forma aguda, ya que ésta entraña la muerte en un espacio de tiempo muy limitado.

En suma, en opinión del autor, parece ser que es preciso referir al síndrome de la pelagra los síntomas de polineuritis presentados por esta enferma. Sin embargo, desde el punto de vista etiológico, esta afección está en estrecha relación con el alcoholismo. No se trata, en manera alguna, de alcohol de maíz.

Termina el autor este trabajo exponiendo sumariamente otros dos casos de pelagra aparecidos en enfermas internadas. Uno se refería a una histérica que no se alimentaba, el otro a una alcohólica. Como conclusión, aconseja el autor fijar la atención en las lesiones pelagroides observadas en los internados de este género. (*Schw. Med. Wochen.*, Bale, 26 de Marzo de 1932).—TOMÉ BONA

F. Malignon, C. H. Grandclaude y M. Lambert. LAS INYECCIONES DE GLICERINA EN EL TRATAMIENTO DE LAS



VARICES POR EL MÉTODO ESCLEROSANTE.—Hemos demostrado que las inyecciones intravenosas de glicerina, a la dosis de 3 a 5 c. c., en el perro, son esclerosantes; perfectamente toleradas, indoloras y no provocan el menor trastorno funcional. La primera inyección es generalmente poco eficaz, pero produce verdadera sensibilización de las paredes venosas, frente a la segunda inyección, cuando ésta se realiza con intervalo de siete a diez días.

Con dos inyecciones separadas siete a diez días hemos obtenido siete veces sobre siete casos la obliteración completa de la vena. La pared estaba engrosada y esclerosada sus capas, conteniendo trombus organizado, al nivel del cual aparecía fibrina modificada.

Los efectos sensibilizantes de la primera inyección se trata de un fenómeno de anafilaxia local, en el que creemos la glicerina actuaría como sustancia no sensibilizante, pero si capaz por su poder deshidratante de ejercer acción mortificadora sobre parte del protoplasma celular, siendo las proteínas muertas las que realizan el efecto de la inyección sensibilizante.

Estamos, pues, en presencia de un medio sencillo e inofensivo de obtener la esclerosis venosa, sin intervención de sustancias tóxicas extrañas al organismo. La glicerina debemos considerarla como elemento nutritivo, existente normalmente en la economía; se trata de un producto de desdoblamiento de las grasas. Su acción esclerosante se debe a su concentración. Diluida en la sangre pierde su poder nocivo para hacerse alimento, lo que no sucede con la quinina, el uretano, el salicilato de sosa, etc., utilizados en el tratamiento de las varices por el método esclero-ante.

Nuestros resultados experimentales en el perro nos han llevado a emplear las inyecciones intravenosas de glicerina en el tratamiento de las varices del hombre, habiendo obtenido excelentes resultados; comprobamos que son totalmente indoloras y no provocan trastorno funcional. La inyección intravenosa de glicerina se facilitará utilizando glicerina ligeramente diluida. (*Bulletin de L'Academie de Médecine*, París, tercera serie, tomo CV, año 95, pág. 464).—M. A. C.

M. Lefèvre. TRATAMIENTO DE LAS DIARREAS TUBERCULOSAS POR EL GLUCONATO DE CAL.—En su artículo el autor expone una casuística de cinco enfermos afectados de diarreas biliares muy tenaces por él tratadas con el gluconato de cal. Todos estos enfermos por él vistos y tratados eran tuberculosos pulmonares en estado de gravedad. El doctor Lefèvre en la mayoría de los casos suele practicar una inyección diaria de gluconato de cal de 10 c. c. El estado general del enfermo mejora con éstas, las heces se hacen regulares y el enfermo experimenta un aumento de peso, lo que permite al médico el instituir asociado al tratamiento por el gluconato uno áurico. En los cinco enfermos del autor tan sólo en uno de ellos apareció nuevamente la diarrea al cabo de algunas semanas, si bien coincidió con una extensión máxima de sus lesiones pulmonares.

La calcioterapia, dice Lefèvre, se soporta perfectamente, bien sea por vía intravenosa, bien sea intramuscular, y termina diciendo que para que el tratamiento sea eficaz es necesario efectuarlo durante varias semanas sin ninguna interrupción y a dosis suficientes, fijando ésta en una inyección diaria de 10 c. c. de la solución de gluconato de cal al 10 por 100. (*Bulletin Général de Thérapeutique*, Diciembre de 1932, tomo 183, núm. 10).—JUAN H. SAMPELAYO.

Crocker y W. Brody. UN CASO DE INMUNOTRANSFUSIÓN ESPECÍFICA COMO TRATAMIENTO DE LAS SEPTICEMIAS—Los profesores Crocker y Brody han logrado la curación de una septicemia de estreptococos hemolíticos, valiéndose de una inmunotransfusión, se recogió la sangre de un dador intensamente inmunizado por altas dosis de autovacuna en un lapso de un mes y medio. Al paciente en cuestión y con anterioridad a esta inmunotransfusión se le habían efectuado gran número de tratamientos hasta transfusiones sin lograr la más ligera mejoría. Mas a merced de la inyección de 150 c. c. de la sangre del dador inmunizado en tan sólo un día se verificó la vuelta al estado de normalidad de la temperatura, desaparición del estreptococo en la sangre y curación total.

Transcurridas tres semanas de la inyección, el enfermo tuvo una ligera infección del aparato respiratorio que se acompañó de una linfocitosis sanguínea de bastante intensidad, pero parece ser era una angina a monocitos sin ningún punto de unión con la inyección. (*The Journal of the American Medical Association*, tomo 98, 1932).—JUAN H. SAMPELAYO.

Schiect. LA NEURITIS RETROBULBAR.—En este complejo sintomático es lo característico la falta de proporción entre la gravedad del trastorno visual y el hallazgo oftalmoscópico negativo o sólo positivo en estadios tardíos. Otro dato de valor es la predilección de la lesión por el fascículo macular.

El curso puede ser agudo y crónico, siendo los mejor conocidos, clínica y anatomopatológicamente, los debidos a intoxicaciones (alcohol, tabaco) con su síntoma característico de escotoma central, afectando primero al verde, luego al rojo y últimamente al azul.

En algunos casos puede ejercer el mismo papel que la intoxicación un estado de debilitación general intenso, como ocurre en la diabetes grave antigua y en las mujeres que amamantan sus hijos demasiado tiempo.

Un segundo grupo lo forman las neuritis de la esclerosis en placas, siendo de ordinario un síntoma inicial que precede en muchos años a la restante sintomatología, creyendo Behr que el supuesto agente productor, transmitiéndose desde pituitaria y senos a nervio óptico, continuaría por éste asomando hasta dar lugar a las manifestaciones cerebrales.

Diferenciándose apenas de las del primer grupo, las separa, sin embargo, el ser con frecuencia unilaterales o al menos afectar a un ojo mucho antes que al segundo.

Aparece un síntoma que en realidad pertenece al complejo agudo, y es el del dolor al ejecutar el globo ocular movimientos amplios o al hacer presión sobre él rechazándole contra el vértice de la órbita, dolor que siempre se localiza en el fondo orbitario. Como las restantes manifestaciones de la esclerosis múltiple, los trastornos visuales son fugaces.

Otra afección del sistema nervioso central que da lugar a escotoma central es el tumor de lóbulo frontal, especialmente cuando radica en su parte ventral, cuadro que puede quedar enmascarado por el desarrollo de un éxtasis papilar consecutivo a la hipertensión intracraneal.

En la encefalitis y mielitis se observa, a veces, una neuritis retrobulbar cuando el foco inflamatorio bloquea una parte del nervio óptico, soliendo esta forma—de pronóstico desfavorable—ir acompañada de dolores espontáneos localizados en vértice de órbita.

Leber ha descrito también una neuritis retrobulbar hereditaria que como predisposición recesiva es transmitida por la mujer de aparato visual normal a una parte de su descendencia masculina. La enfermedad se desarrolla en la

época de la pubertad; es de ordinario bilateral, subsistiendo definitivamente el escotoma en la mayoría de los casos y con tendencias a desaparecer en otros.

Por fin tenemos el grupo de las denominadas neuritis de causa rinógena.

Razones anatómicas hablan en pro de la posibilidad de esta vía de infección, ya que el nervio óptico, al atravesar la base del cráneo para hacerse extracraneal, está en relación inmediata con las células etmoides posteriores y el seno esfenoidal, separando las vainas nerviosas de la mucosa de revestimiento una delgada lámina ósea, que incluso es a menudo incompleta, como ha podido demostrar Onodi.

Es, pues, explicable el que la infección mucosa propagada a vainas ópticas sea causa de la compresión del nervio a su paso por el agujero óptico.

Ahora bien; un gran número de autores niegan la neuritis retrobulbar de causa rinógena, considerando que pueden atribuirse a otras génesis los casos señalados como rinógenos, porque, de una parte, la fugacidad del síntoma esencial—escotoma—hace que desapareciendo tras una trepanación de seno esfenoidal, no pueda aceptarse de modo seguro relación de causa a efecto. Casos aceptados como rinógenos pueden ser el primer síntoma de una esclerosis múltiple que se desarrollará en una época tardía. Además, muchas supuraciones de senos evolucionan sin participación del nervio óptico y muchos senos abiertos suponiéndolos anormales y causa de una neuritis se encuentran en completo orden.

Schiecta, considerando que las simples modificaciones catarrales de mucosa de revestimiento de senos pueden ser transmitidas a vainas del nervio óptico, provocar un estado edematoso que favorezca la compresión del nervio, es partidario de actuar sobre el seno, pues cuando se trata de algo tan grave con la posible pérdida de la visión, la intervención está justificada aun cuando años más tarde la operación de una esclerosis múltiple nos demostrase la verdadera etiología.

En cuanto a la forma que nos ocupa, el curso puede ser agudo o crónico. En la anamnesis suele aparecer un fuerte catarro y cefalea frontal en la época que comenzó la neuritis. Existe dolor intenso al mover ampliamente el globo, la lesión es unilateral, pudiendo serlo doble cuando ambos senos están enfermos—lo que es raro—. En general, no queda limitado el proceso al escotoma central, sino que se extiende el defecto a senos más o menos extensos del campo visual, pudiendo llegar a la ceguera, que de ordinario no es definitiva, siendo lo corriente el que varíe notablemente tanto el campo como la agudeza visual. (*Münchener Medizinische Wochenschrift*.)

J. S. de Souza. LA RAQUIANESTESIA EN LOS NIÑOS.—El profesor portugués De Souza publica un breve, pero interesante artículo sobre este tema tan interesante para la Cirugía y la Medicina de la infancia; de él nos da las conclusiones siguientes:

1.^a Las reacciones meníngeas que se producen posteriormente a la raquianestesia por novocaína-adrenalina al 5 por 100 son asépticas y de carácter transitorio y no constituyen, en manera alguna, una contraindicación.

2.^a La benignidad de la anestesia está en razón inversa de la edad del niño.

3.^a Por debajo de los cuatro años la total ausencia de estado emocional hace que los anestesiados se encuentren más encalmados, y muy frecuentemente los niños se duermen de un modo fisiológico a causa tan sólo del estado de euforia en que se hallan.

4.^a El estudio de los mismos casos anteriores, o sea de niños de menos de cuatro años, ha permitido considerar como dosis a emplear con más frecuencia la de 0,04 a 0,06; la de 0,03 se emplea hasta la edad de un año, a los treinta y dos días se ha llegado a emplear 0,025.

5.^a Los contactos entre la medula y el canal raquídeo en los niños, así que la menor capacidad de este canal, hacen que por la raquilumbar la zona anestesiada sea mayor, pudiendo así hacer intervenciones imposibles de efectuar en los adultos.

6.^a La paresia de los miembros inferiores es inconstante, y en muchos casos no hay más que una pérdida del tono a causa de la anestesia de la sensibilidad profunda.

7.^a Los vómitos, lejos de estar producidos por un exceso de droga, lo son más bien por pequeñas dosis que son insuficientes para parar los reflejos, tan sólo capaces de detenerse poniendo la cabeza del niño en la posición de Rose.

8.^a Las menores cantidades de novocaína empleadas facilitan una eliminación más rápida al lado de una larga tolerancia, y son estos factores que alejan las complicaciones postanestésicas y que hacen de los niños magníficos sujetos para la raquianestesia. (*Archives de Médecine des Enfants*, Agosto de 1932, tomo XXXV, núm. 8).—JUAN H. SAMPELAYO.

M. V. Choroschko. LA ACCIÓN BIOQUÍMICA Y TERAPÉUTICA DE LA EMULSIÓN CEREBRAL EN LA EPILEPSIA ESENCIAL.—Al introducir en el organismo de los epilépticos los elementos del tejido cerebral bajo la forma de antígenos, se dará lugar a la formación de anticuerpo neurotóxico, que efectúa una acción desintoxicante sobre los productos del metabolismo cerebral que encontramos en el organismo de estos pobres enfermos.

La emulsión cerebral por el autor empleada es a la dosis de 10 c. c. en inyección diaria por vía subcutánea, realizando estas durante un mes con repetición de la serie varias veces con ligeros lapsos de tiempo entre ellas.

El autor nos dice en su trabajo que al comenzar el tratamiento las crisis se repiten con una frecuencia extraordinaria y desacostumbrada y que el efecto que se persigue de su desaparición no se realiza, por lo menos, hasta la quinta o sexta serie.

En todos los casos citados en sus innumerables trabajos sobre este asunto por el profesor Choroschko no ha habido ni un solo fracaso, habiéndose notado gran mejoría en el curso del tratamiento, en el sueño, el apetito, la atención y las ganas de trabajar de los pacientes a él sometidos, y se ha visto, además, que en todos ellos persistió durante largo tiempo esta mejoría.

Respecto a las crisis, nos dice que un 20 por 100 de los casos desaparecieron y en el resto se atenuaron de un modo muy considerable, haciéndose muy espaciadas y muy débiles.

El medicamento actúa también haciendo que el epiléptico se dé cuenta que se va a producir la crisis para que ponga toda su voluntad en prevenirla, y de esta forma o no se desarrolle, o de hacerlo lo haga de forma muy poco ostensible (*Revue de Neurologie*, Junio 1932, tomo 1.^o, número 6).—JUAN H. SAMPELAYO

SECCION PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

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

SUMARIO—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlan.—La práctica de la Medicina en el Rif, por el Dr. Mariano Baesa.—El Dr. César Juarros y la prensa política.—Los nuevos suscriptores de EL SIGLO MEDICO.—La responsabilidad de gestión, por Joaquín Ruiz Heras.—Academias, Sociedades y Conferencias.—Hospital Central de la Cruz Roja.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Estadística de partidos.—Código Penal.—Tertulia médica.—Anuncios.

Boletín de la semana.

El espíritu de Casas Viejas.

En momentos como los presentes, buscar orientaciones firmes cuando los datos y los argumentos se esgrimen sacudidos por la pasión y negados o afirmados condicional y transitoriamente, es método merecedor de censura y abre camino a la endeblez de los argumentos, que una vez iluminados por la verdad se impondrían a todo ánimo sereno. El agravio personal, por hondo que sea, puede ser esencialmente igual al agravio y atropello colectivo; pero este último, sobre todo, impone una serenidad de juicio que si en lo personal tiene remedio, no lo tendría en el colectivo.

Todo el ámbito de la actualidad semanal ha estado lleno de un triste comentario. La prensa diaria, política y gráfica ha difundido en España la actuación de los parlamentarios que fueron a Casas Viejas en función investigadora sobre los terribles hechos que se dicen desarrollados en el dolorosamente célebre pueblecito andaluz.

Un número importante de médicos ha intervenido en esa lastimosa información. Labor dictaminadora de peritos, casi siempre, y acá y acullá alguna frase esmaltando conversaciones que arrastraban un gran peso de responsabilidad para todo juicio indiscreto.

Los médicos han sido inquisicionados por los legisladores en pretensión del fuerte valor de sus manifestaciones. Todo ello está ya pendiente de ser presentado a la Cámara con noble finalidad de quienes han sospechado que no puede dejarse tamaña asunto sin completo esclarecimiento.

Existe en todo lo actuado una impresionante norma de energía serena y generadora de profunda simpatía, nacida en imponente suma de la labor de un compañero nuestro, de un médico, de ese doctor Algora que alzándose sobre el más puro concepto de la dignidad humana ha creado una figura parlamentaria que si hoy no tiene pareja ojalá tarde muy poco en tener escuela.

Sentimos un verdadero orgullo ante un médico así. Sentimos ese placer noble y sencillo que acom-

paña al elogio cuando nace libre de todo contubernio interesado.

El Dr. Algora nos parece digno de un canto épico. ¡Podrá equivocarse, pero ello no resta un ápice al formidable valor de su postural!

Nosotros no tenemos función enjuiciadora en este asunto, y sólo podemos tratarle desde un punto de vista filosófico. Algora es para nosotros en estos días el más alto ejemplo que podemos mostrar del médico político. ¡Y le mostramos! Y no podemos eludir mostrarle cuando nuestros compañeros de profesión se sienten de modo tan arrollador vertidos en el caldo volcánico de la política actuante.

¡Algora es un bello ejemplo que estudiar, y debe estudiarse!

Mucho tememos que este ilustre compañero pese poco en ciertas tendencias descarriadas de la política médica. Es para nuestra opinión muy posible que hombre así no sería un ministro de Sanidad cómodo para la clase, pero... ¡qué espléndido regidor de la moral médica fuera un mentor de tamañas capacidades!

Porque el espíritu de los acaecimientos de Casas Viejas está en el espíritu del momento nacional, y por ello acaso aprisiona el momento de nuestra clase. Nosotros, los médicos, no hemos sabido permanecer al margen, como Algora, de ese espíritu extraño que se ha infiltrado en tantos hechos nacionales. Tomad uno por uno los sucesos y la mentalidad que los engendra, y poniéndolos en plano filosófico veréis vestidas muchas cosas con la sombra feroz de Casas Viejas.

Nosotros, nuestra clase, es un poblado mísero, desolado, abandonado a la incubación de la protesta y al virado tumulto, y somos al tiempo la represión inmeditada, airada, despótica, ilegal, atropelladora de todo amor y de todo amparo fraterno.

Nosotros, nuestra clase, tiene sus fuerzas de asalto enfrentando la autoridad mecánica ante la viva carne de la protesta y de la libertad nobilísima del pensamiento. Estamos asistiendo en nuestra profesión a ese drama de Casas Viejas todos los días y veinticuatro horas cada día, y sesenta minu-

tos cada hora, y sesenta segundos cada minuto, y cuando una Comisión de *nuestro seno* acuda en investigación de tanto hechos, llevando al frente un hombre como Algora, podrá tenerse en espanto a toda la clase médica con informaciones de alta truculencia y veracidad.

Se diría que en nuestra profesión hay chozas morales, como esa material de Casas Viejas, rociadas con petróleo, con petróleo peor que el material incendiario, con petróleo que no tiene, aparte de esta labor fratricida, ni potencia de luz ni valor de explosión para el impulso de la máquina. Se bombardea el triste corralillo en que crece el sustento del hermano y se saca de la paz del hogar al viejo y al enfermo para fusilarlos a mansalva. ¿Dónde está ese Algora tan preciso para sacarnos a los médicos del espíritu de Casas Viejas?

DECIO CARLAN

LA PRACTICA DE LA MEDICINA EN EL RIF

POR EL

DR. MARIANO BAEZA

VI

CONCEPCIONES MÉDICAS DE NUESTROS CLIENTES.

Las ideas que sobre Medicina tienen los moros son en extremo simplistas y organicistas. No tienen idea de la infección ni de las reacciones generales del organismo. Creen en una enfermedad que ataca a la cabeza, otra a la nariz, otra a los ojos, otra al pecho, etc., etc., y en armonía con esta concepción patogénica tienen una concepción terapéutica similar: creen que para cada órgano enfermo hay una medicina que le cura.

Así se da el caso frecuentísimo de que uno se presente diciendo: «*Mi teniente, hacer un favor por mí: dar medicina para mi mujer, que está mala por ojos*», o «*para mi hijo, que está malo por cabeza*», o «*para mi hermano, que tiene barriga mucho mala*», y a continuación llega otro que pide medicina para la tos que padece su padre..., y un tercero para los «*granos*» de un vecino...

No conciben la necesidad del diagnóstico ni la de ver al enfermo. Sabido por el testimonio de cualquiera cuál es el órgano que padece, el médico debe saber automáticamente cuál es la medicina que le cura. La ciencia médica la reducen a un casillero de dolencias y su correspondiente de remedios.

Para ellos el poner en peñe en el examen del enfermo es indicio de poca inteligencia—*El que ve mucho, necesita mirar poco. El que sabe mucho, pregunta poco*. Son sus máximas—. Casi siempre interpretan este interés como una curiosidad malsana o unos deseos torpes. Es la regla que tratan de evitar todo examen frecuente, que se resisten, y raro que se nieguen; pero también se da el caso. Se explica en cierto modo esta resistencia, porque, aparte su exagerado pudor, dada la hechura de sus vestidos y la pobreza con que visten (muchos no llevan calzón ni ropa interior), es difícil descubrir una parte del cuerpo sin que tenga que descubrirse todo él, con riesgo de que se vean los genitales y de que la pobreza deje malparado al orgullo. Y el moro es orgulloso.

Además de órganos enfermos, conciben como entidades morbosas las heridas, los granos, la sarna, los «*bichos por barriga*», la tos, el dolor, el frío, el calor y frío, «*el ahogo*», «*la sangre*» y el envenenamiento. No recordamos si alguna otra. Lo que no encuadra en una de estas enfermedades catalogadas, y aun mucho de lo que en ellas entra, lo atribuyen a *mal de ojos* o a los diablos, según ya dijimos en el capítulo II. No vamos a repetir.

Llaman *granos* a toda afección de la piel, ulceración, eczema, pápula, pústula, costra o forúnculo... En «*bichos por barriga*» engloban todos los parásitos intestinales. Por «*calor y frío*» entienden el paludismo. Cuando un enfermo dice que ha cogido simplemente *frío*, puede asegurarse que tiene blenorragia. Ninguno atribuye esta enfermedad al contagio sexual; todos la tienen por dormir al sereno bajo un árbol o tras una peña, por bañarse, por mojarse los pies..., por todo lo que es capaz de producir un enfriamiento; por cualquier causa menos por lo real; no lo conciben.

«*Ahogo*» llaman a los ataques de disnea. «*Sangre*» simplemente o *sangre por abajo*, a las hemorroides. No hay medio de que un moro confiese de primera intención que las padece; le da vergüenza, habla con rodeos de sangre y de dolor de vientre, y si no se le conoce, despista.

De *envenenamiento* califican los casos de enfermedad de comienzo y fin fulminante y aparatoso, y los que, por el contrario, conducen al sujeto lenta y progresivamente al estado caquético. Cuando un moro venga a quejarse de que un familiar suyo está envenenado y enfermo por ello desde hace mucho tiempo, tendremos grandes probabilidades de acertar si, en lugar de creer en el envenenamiento, pensamos en una tuberculosis pulmonar que ha llegado al estado de tisis. Y lo peor es que no hay modo de convencer a los interesados de que aquello es una enfermedad, de que el envenenamiento criminal no existe. Se rebelan, discuten, aseguran, señalan hechos, día, sitio, persona, y es inútil porfiar, porque no se les convence.

A envenenamiento refieren a veces la impotencia por desgaste senil o subsiguiente a una orquitis blenorragica o a unas parótidas. En estos casos suelen el enfermo y su familia señalar como causante del mismo a alguna de sus mujeres, celosa de las atenciones que a otra prodiga y del olvido en que a ella la tiene.

El miedo al envenenamiento se hace en ellos patente en muchas circunstancias de la vida. El moro en casa no comerá confiado más que la comida hecha o vigilada por su madre o hermana, o a lo sumo por la favorita; desconfía de todo, rehuye comer en casa de los que supone le quieren mal, y si las circunstancias sociales o políticas le obligan, no prueba la comida hasta que la ha probado el anfitrión. Hacer lo contrario se considera como un signo de valor y grandeza de ánimo. Efectivamente, parece ser que el envenenamiento es arma que se ha puesto en juego por estas tierras africanas (no ahora que las autoridades españolas lo descubrieron en seguida), muchísimas menos veces, desde luego, de lo que los indígenas dicen. Por los informes que hemos podido recoger, probablemente la sustancia principalmente empleada para confeccionar los venenos es la digital, a la que conocen con el nombre de yerba de Beni Urriaguel por crecer abundantemente en los valles del Guis y del Nekor.

Para cada tipo de enfermedad buscan también de modo preferente una determinada terapéutica. Haremos mención de las principales maneras de curar al hablar del curanderismo:

Aquí sólo diremos que no conciben las dosis ni la nece-

sidad de la continuidad en el tratamiento. Recibida una droga, no ponen cuidado ninguno en cómo han de tomarla ni cuánto tiempo. Ellos lo gradúan por los efectos que notan. Para hacerles comprender que es preciso tomar una dosis suficiente, por ejemplo, de quinina, nos enseñó el Dr. Castro un razonamiento simple que repetimos a cada paso. «*Medicina, primero dormir enfermedad; después matar. Si no tomar bastante, enfermedad despertar y no poder curar.*» Hemos tenido que recurrir a otros semejantes para que comprendan que las dosis han de ser refractadas. «*Si tú comes de una vez toda comida de tres días, no estar bien.. pues lo mismo medicina.*» Y para infiltrarles la necesidad de que el tratamiento sea continuado, principalmente en lo que se refiere al antisifilítico, les decimos: «*Si tú sacar cubo de agua por pozo y cuando llegar a mitad del camino soltar, ¿qué pasar?.. Igual enfermedad.*» Son cosas éstas que parecen del género tonto; pero la experiencia nos ha mostrado que son muy convenientes.

De nuestros medicamentos buscan la quinina y la poma-da contra la sarna, y a nosotros para que les pongamos inyecciones, inyecciones que, para muchos, tienen más eficacia si se aplican en el punto dolorido, el que por autosugestión deja de doler en cuanto entra el líquido de la jeringuilla. La inyección por antonomasia es la intravenosa de neo («*poner aguja por brazo*»), de la que esperan que cure todo lo que no sea puramente local y aun muchas afecciones perfectamente localizadas.

Esta su creencia toma fundamento en el hecho de que la mayor parte de las «*cosas raras*» que les pasan, incapaces de curar por sí solas, a pesar de la intervención curanderil, son sífilíticas y han podido apreciar con qué rapidez cede esta afección al tratamiento.

Aparte de la facultad de curar que a nuestra medicación conceden, ellos tienen fe en la visita en sí, aunque nada en ella se les haga, con tal de que el médico toque al enfermo, le mire, le hable y le reciba con afabilidad, misterio y suficiencia. Cosa que también se explica teniendo en cuenta que éste es el modo de curar a que están habituados por practicarlos así sus curanderos.

..

Sus ideas sobre la constitución del cuerpo humano se concentran en estas palabras: «*estar como borrego*», carne, huesos, articulaciones, sesos, tripas, riñones y corazón.

Green que todo el tronco es una cavidad en la cual están revueltas todas las vísceras sin posición fija, excepto el corazón, al que colocan en la línea media del epigastrio inmediatamente debajo del apéndice sifoides, y los riñones, a los que suponen ocupando los vacíos junto a la región umbilical, inmediatamente debajo del plano cutáneo muscular del abdomen.

Así que cuando un enfermo dice que le duele el corazón, es el estómago lo que le duele, y cuando se queja de los riñones son dolores cólicos los que padece.

Según los moros a esta gran cavidad del cuerpo abocaría un conducto por el cuello, y en ella se abrirían los orificios de los emunctorios del mismo modo que están enchufados los grifos en las cubas.

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

El Dr. César Juarros y la prensa política

Un popular diario de la noche ha publicado hace poco el artículo que reproducimos a continuación:

«**PLUMAS DE PAVO-REAL.**—Tan carentes de obras propias está la República que necesita engalanarse con las plumas de pavo real de la dictadura.

El Dr. Juarros es un hombre fantástico: llevar a su cliente y jefe político sin respeto a la respetabilidad del divino papel, a inaugurar la Escuela de Anormales que le «creó» la dictadura para su uso particular (del Dr. Juarros), y en un edificio cuya compra, por cierto muy edificante, hizo también la monarquía, es un verdadero colmo de temperatura propia del tiempo.

Recuerda aquella famosa redondilla de hace medio siglo y algo más:

«Si la comedia es francesa
y los versos míos son,
¿qué dedica Camprodón
a la señora marquesa?»

¿Qué será lo que inauguró Su Excelencia?

Pero el Dr. Juarros que en un par de meses saltó de la amistad casi íntima con el general Primo de Rivera, y que en tiempos dictatoriales caciqueó por segunda mano en Instrucción pública, no había de pararse en tales pequeñeces cuando se le había ocurrido ocasión para exhibirse. Es una monomanía como otra cualquiera, ante la cual no importa ni poco ni mucho el ridículo ajeno.»

..

Nosotros no podemos hacer comentarios, además que tenemos personales motivos para no sorprendernos de las versatilidades del Dr. Juarros. Nos interesa tan sólo la reproducción de lo anterior por si ello tuviera valor documental cerca de quienes más que nosotros necesitan irse preparando para un próximo porvenir de realidades.

Dicen en la montaña de Santander que: «*Nunca llovió que no paró*». ¡Verán ustedes en cuanto salga el sol cómo nos vemos todos mejor las caras!

Los nuevos suscriptores de EL SIGLO MEDICO

La considerable demanda de inscripción como suscriptores de EL SIGLO MEDICO acudida a nuestras oficinas en el comienzo de este año, al propio tiempo que una epidemia de gripe tenía imposibilitados a gran número del personal de nuestra Administración, nos ha hecho temer algunas deficiencias en la redacción de las fichas de nuestros nuevos favorecedores.

Deseando que cuanto antes queden salvadas las equivocaciones involuntarias en que hayamos incurrido, vamos a publicar las listas de nuestros nuevos suscriptores, ÚNICAMENTE DE LOS NUEVOS, es decir, de aquellos para quienes ha comenzado la primera inscripción en Enero de 1933. Rogamos a dichos señores nos escriban salvando cualquier error que observasen en la redacción de su nombre o en el destino a que enviáremos los números de EL SIGLO MEDICO.

Sentiríamos que alguien pudiera estimar esta lista que publicamos como un alarde soberbio del excepcional empuje de nuestros suscriptores, que, no registrando en baja ni una docena, se han visto aumentados en centenares. No es esa nuestra intención, aunque bien nos sería lícito conce-

birla, pues este triunfo no es sólo nuestro, sino de todos cuantos contribuyen a que la prensa médica española sea algo más que esa mendicante cofradía que propala su crisis y sus lacras en las juntas de los Colegios en lugar de TRABAJAR para remedio de los defectos que, como toda labor humana, tenga la obra de quienes *de verdad* somos y hemos sido *periodistas médicos españoles*.

Lista de los NUEVOS suscriptores de EL SIGLO MEDICO para el año 1933:

1. Domingo Adán Pérez.—Villafamés (Castellón).
2. Manuel Aguilar Rodríguez.—Marchena (Sevilla).
3. Jesús María Albiol.—Valdenoceda (Burgos).
4. José Alcalá Trujillo.—Baena (Córdoba).
5. Félix Alegre Mata.—Celadas (Teruel).
6. Temístocles Almagro Briones.—Sacina (Murcia).
7. Vicente Almagro.—Ciudad Real.
8. Aurelio Alonso.—Zarza de Granadilla (Cáceres).
9. Emilio Alonso Martín Blas.—Alcántara (Cáceres).
10. Francisco Alonso Martínez.—Solana de Río Almar (Ávila).
11. José Alonso Eyre.—Madrid (X).
12. César Alvarez Riesgo.—Cudillero (Asturias).
13. Florentino Alvarez Blanco.—Gijón.
14. José Amiburu Villaverde.—Ibrillos (Burgos).
15. Manuel Andrade Berjano.—Pedro Abad (Córdoba).
16. Francisco Antequera.—Villanueva del Duque (Córdoba).
17. Francisco Antequera Goyena.—Cabezarados (Ciudad Real).
18. Francisco Antofañanzas Sanz.—Arganda (Madrid).
19. Adolfo Araujo Alvarez.—Alcubilla de Nogales (Zamora).
20. Félix Arcajo Merino.—La Cuesta (Segovia).
21. Ignacio Arredondo Hortal.—Zújar (Granada).
22. Juan Arroita Díez.—Mata de Cuéllar (Segovia).
23. Cándido Asensio García.—Nava de Sotrobol (Salamanca).
24. José Aspilche Justo.—Montederramo (Orense).
25. Martiniano Asensio Tejerina.—Villabáñez (Valladolid).
26. José Asín.—Zaragoza.
27. Eugenio Ávila Martín.—La Garganta (Cáceres).
28. Lorenzo Ballester Bafión.—Miguelterra (Ciudad Real).
29. Atilano Baranta Gantorre.—Adelán (Lugo).
30. Teodoro Barbero Hernández.—Bóveda del Río Almar (Salamanca).
31. José Barbosa Gelabert.—Andraitx (Mallorca).
32. Luis Barinaga Irurita.—Juncillos (Toledo).
33. Gonzalo Barrantes Izquierdo.—La Albuera (Badajoz).
34. Gregorio Baz Bustillo.—Fuentes de Oñoro (Salamanca).
35. Roberto Bazán.—Elciego (Álava).
36. Santiago Becerra.—Serrejón (Cáceres).
37. Bernardo Behumegui.—Torres del Río (Navarra).
38. Arturo Belmonte Valverde.—Tordehumos (Valladolid).
39. Sabino R. Berceruelo.—Valladolid.
40. Francisco Bermúdez Acero.—Calcena (Zaragoza).
41. Manuel Bernal Ruiz.—Hinojosa del Duque (Córdoba).
42. Emilio Berzosa Recio.—Traspinedo (Valladolid).
43. José María Blanco.—Puente Duero (Valladolid).
44. Vicente Blanco Andrade.—Zarza la Mayor (Cáceres).
45. Federico Boladeres Ibero.—Cedillo (Cáceres).
46. R. Boquet.—Artesa de Segre (Lérida).
47. Ramón Buñuel.—Estercuel (Teruel).
48. José Burgos Blanco.—Ecija (Sevilla).
49. José Baya Salazar.—Puente San Miguel (Santander).
50. José Antonio Cabado Arza.—Sobrado de los Monjes (Coruña).
51. Gabriel Cabeza.—Riba de Saelices (Guadalajara).
52. Julio Calatayud Costa.—Real de la Jara (Sevilla).
53. Lucio Calvo Moronta.—Acechuche (Cáceres).
54. Bernardino Calzada.—Villornela (Salamanca).
55. Bartolomé Camacho.—El Burgo (Málaga).
56. Leovigildo Camacho.—Portillo de Toledo (Toledo).
57. Ezequiel de la Cámara Solís.—Trujillo (Cáceres).
58. Manuel Campos Palá.—Ontiñena (Huesca).
59. José Capilla y Conde.—Campanario (Badajoz).
60. Juan José Carabias Serrano.—Salamanca.
61. José Carbajosa Mancebo.—Mata de Alcántara (Cáceres).
62. José María Cardelús.—Arenys de Mar (Barcelona).
63. Manuel Cárdenas Conde.—La Campana (Sevilla).
64. Agustín Carrascal.—Riofrío de Aliste (Zamora).
65. José Carrasco Ortiz.—Torrelodones (Madrid).
66. Adolfo Casasús Costa.—Villanueva de Sigüenza (Huesca).
67. Doroteo Casquette González.—Peñaflor de Hornija (Valladolid).
68. Alejandro Castañeda.—Cuenca de Campos (Valladolid).
69. Lauro Castañeda.—Vecilla de Valderaduey (Valladolid).
70. Angel Castellanos.—Albaladejos (Ciudad Real).
71. Augusto del Castillo.—Sancho (Salamanca).
72. Francisco Celdrán Conesa.—San Esteban del Valle (Ávila).
73. Antonio Cerrato Riballo.—Cabeza del Buey (Badajoz).
74. Valeriano Cid López.—San Cristóbal de la Vega (Segovia).
75. José de la Cincunegui.—Zarauz (Guipúzcoa).
76. Tomás Cobos Monterinos.—Argés (Toledo).
77. José María Coderque.—Ateca (Zaragoza).
78. Julián Cortés López.—Campillo de Ranas (Guadalajara).
79. Diego Cortés Rivero.—Marchena (Sevilla).
80. Miguel Courel Fernández.—Orense.
81. José Cremades Mompó.—Yecla (Murcia).
82. Acacio J. Crespo y Crespo.—Madridanos (Zamora).
83. Antonio Cruz Burgueño.—Bohonal de Ibor (Cáceres).
84. José Cruz Marcos.—Vecinos (Salamanca).
85. Eusebio Cuadrado Rancayo.—Buenaventura (Toledo).
86. Federico Cuadrado Llorente.—Salamanca.
87. Antonio Cuerda.—Horcajada de la Torre (Cuenca).
88. Andrés Cuesta Giménez.—La Gineta (Albacete).
89. Eusebio Curiel.—Ugena (Toledo).
90. Luis Charro Martín.—Arcusa (Huesca).
91. José Davó Rico.—Crevillente (Alicante).
92. Dativio Díaz Bernardo.—Fresnedoso de Ibor (Cáceres).
93. José Díaz Parandrés.—Alamedilla (Granada).
94. Luis Díaz Rivero.—Fuente del Arco (Badajoz).
95. Nicolás Díaz Mateos.—Malpartida de Cáceres (Cáceres).
96. Ramón Díaz Mora.—San Martín de Trevejo (Cáceres).
97. Ramón Díaz Muñoz.—Cáceres.
98. José María Diéguez Nastre.—Cuevas de San Marcos (Málaga).
99. Aurelio Díez Sesma.—Rincón de Olivado (Logroño).
100. Luis Domenech García.—Valladolid.
101. Manuel Domenech Marino.—Alcalá del Júcar (Albacete).
102. Ismael Durán Anlés.—Fontanares (Valencia).
103. Remigio Durany.—Pobla de Segor (Lérida).
104. Francisco Elena Ramajo.—Valdillo de la Sierra (Ávila).
105. Galo Elías Ecay.—Hecho (Huesca).
106. Manuel Enciso Sandoval.—Madrid (X).
107. Cayo Escarda Carnero.—Villanueva del Campo (León).
108. Jacinto Esteban Muñoz.—Aranjuez.
109. Valentín Estebarán.—Valladolid.
110. Manuel Estefaní.—Caamena (Toledo).
111. Gonzalo Esteras Alcalde.—Reznos (Soria).

112. Jesús Estévez.—Acebo (Cáceres).
113. Waldo Farrer.—Calatayud (Zaragoza).
114. Antonio Fernández Rodríguez.—Cubillas de Santa Marta (Valladolid).
115. Emilio Fernández Gómez.—Valverde de Llerena (Badajoz).
116. Fortunato Fernández.—Villarta de Bureba (Burgos).
117. Jesús Fernández Cavada.—Potes Frama (Santander).
118. Manuel Fernández y Díaz Faes.—Moreda (Asturias).
119. Manuel Fernández Carballo.—Ventosa del Río Almar (Salamanca).
120. Marcelino Fernández.—Muriel (Valladolid).
121. Alfonso Ferrari.—Aldeanueva de la Vera (Cáceres).
122. José Luis Figuerola.—Salamanca.
123. José Luis Folache.—Mifio de San Esteban (Soria).
124. Enrique Frisiro Amor.—Arbacón (Guadalajara).
125. Ceferino de la Fuente Martín.—Aldeanueva de la Serrezuela (Segovia).
126. Antonio Fuentes Gómez.—Cove o (Ponvedra).
127. Fuentes Serrano.—Cáceres.
128. Pedro Galiana Llorca.—Valencia, Grao.
129. Trifino Gallego González.—Casasola de Arión (Valladolid).
130. Francisco Gandía Campos.—Villamiel (Cáceres).
131. Jaime Garán.—Alquería Blanca (Mallorca).
132. Antonio García Fuentes.—Tallante (Cartagena).
133. Antonio García Prieto.—Madrigal de la Vera (Cáceres).
134. Dionisio García Vaquero.—Burgohondo (Ávila).
135. Eduardo García-Zabarte Acebal.—Lugo.
136. Enrique García.—Higuera de Llerena (Badajoz).
137. Eufonio García Alba.—Ahigal (Cáceres).
138. Federico García Cienfuegos.—Puebla de Almoradiel (Toledo).
139. Fernando García Librero.—Uclés (Cuenca).
140. Hipólito García Ochoa.—Sonseca (Toledo).
141. Inocente García Montero.—Melilla.
142. Lamberto García.—Navas del Rey (Madrid).
143. Leopoldo García Núñez.—Beleña (Salamanca).
144. Lorenzo García Sánchez.—Paradinas de Abajo (Salamanca).
145. Luis García López.—Villamalea (Albacete).
146. Luis García Loscertales.—Moyals (Lérida).
147. Luis García de la Revilla.—Valdefuentes (Cáceres).
148. Mariano García Arnaiz.—Santa Inés (Burgos).
149. Rafael García Pérez.—Borja (Zaragoza).
150. Ramón García.—Zahara (Cádiz).
151. Ramón García.—La Carolina (Jaén).
152. Gregorio Garmendía.—Erro (Navarra).
153. Luis Garreta Zanny.—Gandesa (Tarragona).
154. Juan Garrido.—Hospitalet (Barcelona).
155. Carlos Garzón.—Ponferrada (León).
156. Antonio Gan Ineva.—Jasa (Huesca).
157. Guillermo Gaya Fernández.—Tardajos de Duero (Soria).
158. José Germade.—Sajazarra (Logroño).
159. José Gil San Luciano.—Marchamalo (Guadalajara).
160. Ramón Gimena Lara.—Villarrobledo (Albacete).
161. Domingo Goas Canto.—Villalba (Lugo).
162. Andrés Gómez Aranda.—Arnés (Tarragona).
163. Fernando Gómez Villalba.—Jerez del Marquesado (Granada).
164. Florentino Gómez Álvarez-Rou.—Quemada (Burgos).
165. Francisco Javier Gómez Blanco.—Bolaños (Ciudad Real).
166. Jesús Gómez Pedreira.—Abegondo (Coruña).
167. Joaquín Gómez Fontova.—Mahón (Baleares).
168. Roque Gómez.—Caminreal (Teruel).
169. Eduardo González Oliveros.—Puebla de la Calzada (Badajoz).
170. Inocencio González de Pablo.—San Millán de Lara (Burgos).
171. José González Callejas.—Granada.
172. José González Criado.—Jaraiz de la Vega (Cáceres).
173. Juan A. González Comino.—Minas del Centenillo (Jaén).
174. Juan Manuel González.—Mataporquera (Santander).
175. Manuel González Pérez.—Sela (Pontevedra).
176. Santiago González Picó.—Alameda del Valle (Madrid).
177. Vicente González.—Villar del Río (Soria).
178. Carlos González Cortés.—Soria.
179. Anselmo Gofí.—Pamplona.
180. Joaquín Graciano Repullo.—Lucena (Córdoba).
181. Eliseo Grijalbo Benet.—Zucaina (Castellón).
182. Federico Guillén Baixandi.—Chilches (Castellón).
183. José Guillén Carballo.—Aliseda (Cáceres).
184. Fermín Gutiérrez Muro.—Cosuenda (Zaragoza).
185. Francisco Gutiérrez.—Telde (Gran Canaria).
186. Fructuoso Guzmán.—San Martín del Castañar (Salamanca).
187. Fructuoso Guzmán Sánchez.—Nava de Francia (Salamanca).
188. Ricardo Hermano.—Valladolid.
189. Angel Hernández.—Alfaraz (Zamora).
190. Arcadio Hernández Romeo.—Torrecaballeros (Segovia).
191. José Fernández Herraiz.—La Coruña.
192. Marcelino Hernández López.—Muriel (Valladolid).
193. Amando Hernando Pérez.—Alcalá de Chisvert (Castellón).
194. José Antonio Hernandorena Miqueo.—Aróstegui (Navarra).
195. Felipe Herraiz Quijana.—Huerta del Marquesado (Cuenca).
196. Ignacio Herrero García.—Saldaña (Palencia).
197. Eusebio Herrezuelo Haba.—Villagarcía de la Torre (Badajoz).
198. Cayo Higuera.—Becero (Valladolid).
199. Pedro Higuera Martín.—Castañar de Ibor (Cáceres).
200. José del Hoyo.—Ataquines (Valladolid).

(Se continuará en el número próximo.)

LA RESPONSABILIDAD DE GESTION

Recibo por docenas cartas de médicos titulares denunciando las vejaciones y atropellos de que son objeto por los Ayuntamientos donde prestan sus servicios.

Retraso en el pago de sus dotaciones, que en muchos casos llega al importe íntegro de la titular durante varios años; destituciones arbitrarias, sin formación de expediente o con expedientes defectuosamente tramitados, sin audiencia del interesado; suspensiones de empleo y sueldo por causas nimias, cuando no falsas; burlas a la clasificación de plazas vigente y descarados atropellos en la resolución de los concursos de provisión de vacantes. Amenazas y coacciones de todas clases que llegan a veces a extremos inconcebibles en un país civilizado y desobediencia reiterada a los oficios y telegramas de las autoridades superiores ordenando a los Ayuntamientos el pago de sus deudas o la suspensión de sus despóticos acuerdos. En el archivo de la Asociación hay, desgraciadamente, casos de toda especie, que son un corto muestrario de los millares de iniquidades que viene sufriendo el digno Cuerpo de médicos titulares

inspectores municipales de Sanidad desde larga fecha, y que parecen haber llegado a su más bárbaro apogeo en los tiempos difíciles que vivimos.

La vida del médico titular inspector municipal de Sanidad está a merced de la voluntad de los caciques rurales, sin que las disposiciones legales ni las garantías jurídicas que tienden a proteger nuestra dignidad profesional y nuestros derechos ciudadanos sirvan prácticamente para nada. Es cierto que el 99 por 100 de los recursos contencioso-administrativos que entablan los médicos titulares contra los Municipios se resuelven a su favor, pero es evidente también que el recurso no es planteado en la mayoría de los casos por temor a los gastos y molestias que origina, y porque la lentitud de su tramitación quita eficacia a la sentencia, y cuando ésta se pronuncia reponiendo a un médico destituido injustamente, la víctima ha tenido que emigrar del pueblo y el nombrado interinamente por el Ayuntamiento tiene contratadas la mayoría de las igualas, haciendo imposible el retorno del perseguido. Aquí se alían el caciquismo, de un lado, y la falta de compañerismo de otro; ésta, disculpable en algunos casos, porque el exceso de médicos tiene en situación de parados forzados a varios millares, y entre ellos se encontrarán fácilmente hambrientos forzados al esquirolaje, aun en contra de su propia conciencia. Pero también en muchos casos el esquirolo no es un compañero desgraciado que se mueve por el impulso irresistible del hambre, sino un mal compañero, falto de dignidad profesional, que al amparo de sus rentas, vinculado al terruño por intereses patrimoniales, degrada la profesión, prestándose al juego de caciques ladinos y campesinos tacaños e ignorantes, haciendo víctima de su codicia al médico que no cuenta para vivir con otros arbitrios que los derivados del digno ejercicio de su carrera. Contra esta plaga de indeseables, que escarnecen la profesión haciendo posible el más desenfrenado y bochornoso caciquismo, no hay más remedio que oponer una firme unión, una inquebrantable disciplina, que a través de los organismos de la clase—Colegios, Asociación, y si éstos no sirven, de otros que deben crearse inflamados de espíritu colectivo, y organizados en una rigurosa disciplina sindical—les imponga sanciones severas, obligándoles a ejercer la profesión de acuerdo con las leyes de la deontología y del compañerismo.

Pero contra los Ayuntamientos, ¿qué hacer? Mientras no llegue el pase al Estado, única fórmula salvadora, pese a todas las tentativas de solución estudiadas que se apartan de esta vieja aspiración del Cuerpo, no hay más solución que una: *establecer la responsabilidad de gestión*.

En la actualidad es teóricamente posible—y se cuentan por cientos los ejemplos que pueden demostrarlo—que un Ayuntamiento tome un acuerdo en perjuicio de su médico titular, o de cualquier otro empleado municipal, o de un vecino; acuerdo que será revocado por el Tribunal de lo Contencioso-administrativo después de una tramitación larga y costosa, pero que no impide que ese mismo Ayuntamiento apruebe seguidamente otro acuerdo más brutal en contra del apelante, que si tiene tesón y dinero planteará un nuevo recurso, logrando un fallo condenatorio contra el Ayuntamiento. Este, no obstante, puede seguir con cinismo imperturbable tomando nuevos acuerdos que sigan lesionando el derecho y dañando el interés legítimo del ciudadano bestialmente perseguido. Y esto es posible porque el alcalde y los concejales que integran los Ayuntamientos pleitean con fondos de la caja municipal, y si ésta no los tiene, en calidad de pobres, mientras que el perseguido ha de pleitear anticipando los gastos de su propio bolsillo, sufriendo así agravados los perjuicios que le origina una lucha tan desigual

con un enemigo que se esconde y se cubre con el interés supuesto y los recursos efectivos del Ayuntamiento, sin que pueda en ningún caso sufrir el más ligero quebranto en sus intereses privados ni en su propia libertad, ya que no existe para él la responsabilidad civil y criminal que lógicamente debía establecerse contra la gestión desdichada que realiza en el desempeño de su cargo.

Un digno compañero de la provincia de Valladolid me decía, en una carta conmovedora, que ha tenido que entablar tres recursos contra otros tantos acuerdos de su Ayuntamiento, habiendo ganado los tres, pero que uno de los concejales que más se distinguen en la brutal persecución de que es objeto comentaba públicamente que ya podía prepararse a entablar un nuevo recurso porque a ellos no les costaba ni trabajo ni dinero, y en cambio, el médico, aun cuando ganase todos los asuntos en los Tribunales de justicia, acabaría por arruinarse, teniendo que marcharse del pueblo que es lo que en definitiva perseguían los bárbaros adversarios del titular. Otro de la provincia de Zaragoza no ha podido hacer efectiva una sentencia del Tribunal Supremo condenando a su Ayuntamiento a la reposición del médico injustamente destituido, al abono de sus haberes durante el tiempo de la destitución y al de las costas del proceso, que fueron cargadas al Ayuntamiento por la manifestación temeridad y mala fe que el Supremo apreció en el Ayuntamiento apelante. Hay casos tan curiosos como el de un Ayuntamiento de la provincia de Valencia, que suspende de empleo y sueldo a su médico titular, y cuando éste, en el período de dicha suspensión se ausenta del pueblo para venir a Madrid a la Asamblea general que se celebró el año pasado en Enero, el Ayuntamiento acuerda su destitución por abandono de destino. Podría referir muchos casos análogos, pero sería interminable este artículo.

Actualmente los médicos titulares inspectores municipales de Sanidad estamos absolutamente indefensos ante los Municipios, a merced del caciquismo lugareño, sin garantías de estabilidad en nuestros cargos, faltos de toda protección oficial eficaz. Porque yo no niego que en la Dirección general de Sanidad se recogen y tramitan atentamente nuestras quejas y reclamaciones, y que el ministro de la Gobernación, respondiendo a los requerimientos del director, telegrafía a los gobernadores, a veces a los propios alcaldes, órdenes restauradoras del derecho lesionado del médico titular. Pero es también cierto que esas órdenes no se cumplen y que los Ayuntamientos siguen resolviendo caprichosamente los concursos, atropellando del modo más inicuo y feroz a los médicos, reteniendo indebidamente sus sueldos, ejerciendo, en fin, sobre estos dignos funcionarios una tiranía bochornosa que no puede ni debe tolerarse un día más.

Hay que pedir a gritos la responsabilidad de gestión para alcaldes y concejales; hay que insistir de un modo unánime y clamoroso en la vieja aspiración de ser incorporados al Estado. La Asociación, los Colegios, cuantos organismos oficiales y libres tiene la clase, deben movilizarse formando un frente único que actúe con tenacidad y energía en la Prensa, en el Parlamento, ante la opinión pública, cerca de los Poderes constituidos, hasta conseguir un cambio radical y profundo en la conducta de los representantes del Estado para con los médicos titulares, y ante el gravísimo problema de la desorganización sanitaria rural que no podrá resolverse en España por muchos Centros sanitarios que se organicen, sin conceder al inspector municipal de Sanidad, al médico de pueblo, la independencia y las garantías que se concedieron justamente al antiguo maestro municipal, cuando se quiso atacar la plaga del analfabetismo y resolver de plano el problema de la enseñanza primaria.

Pero no basta que los organismos de la clase y sus elementos directivos se propongan hacer una fuerte campaña en defensa de nuestra causa; es preciso que las masas se movilicen; que los médicos titulares *todos*, los satisfechos y los perseguidos, los que viven con holgura y los que apenas ganan para vivir, los jóvenes y los viejos, tomen parte activa en esta cruzada.

Un diputado que no es médico, en la sesión del día 17 anunció al Gobierno una interpelación sobre nuestro problema y el de la Sanidad municipal. D. Antonio Tuñón de Lara se llama este ciudadano, que vive en Madrid, en la Avenida de Menéndez Pelayo, 15. El aliento, el aplauso, el estímulo de todos los médicos titulares no debe faltarle. El va a ser el vocero de nuestras desdichas, el abogado de nuestra causa, el defensor espontáneo de los perseguidos y atropellados, y todos debemos enviarle una tarjeta o una carta de gratitud para que no desmaye en la empresa generosa que ha iniciado. Y debemos indicarle que pida el reconocimiento de las responsabilidades de gestión.

Mientras desde los cargos electivos al amparo de las entidades municipales se pueda lesionar al ciudadano y malbaratar las haciendas de los Municipios sin incurrir en un delito clasificado y castigado por el Código, los españoles seguiremos divididos en dos castas: una con patente de corso y otra absolutamente inerte; políticos y funcionarios, parásitos y trabajadores. Y es curioso que mientras los primeros pueden ser instantáneamente substituidos o suspendidos sin que se paralice ni perturbe seriamente la vida nacional, los segundos no pueden interrumpir su labor sin provocar un grave colapso social. ¿Tendrá razón el sindicalismo, que propugna la desaparición del político y que predica con el ejemplo? Siempre me pareció una doctrina utópica, irrealizable, pero empiezo a mirarla con interés.

JOAQUÍN RUIZ HERAS

Academias, Sociedades y Conferencias

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Sesión del 18 de Febrero de 1933.

HIDRONEFROSIS Y HEMATURIA

(Comunicación del Dr. Peña y Díaz.—Discusión.)

Dr. Vital Aza Díaz: En la exposición de esta comunicación se ha hecho alusión a las posibilidades de ligadura del uréter con ocasión de intervenciones ginecológicas. Vamos a aportar varios casos de esta naturaleza. Estos casos no son excepcionales. El uréter es ligado, algunas veces, contra nuestra voluntad, dadas las relaciones de vecindad con la arteria uterina; al ligar ésta por una u otra causa, es comprendido el uréter.

Casos de esta naturaleza tenemos uno personal y hemos presenciado varios.

El caso personal se refiere a una mujer con perimetranexitis muy fija. Dada la gran cantidad de adherencias, al seccionar el ligamento redondo de un lado, quedó cortado un cordón fibroso que resultó ser el uréter. Este fué ligado con sutura doble de seda; se terminó la intervención con histerectomía subtotal. La enferma, durante el curso postoperatorio, presentó: oliguria durante cuarenta y ocho horas; dolor en región renal, del lado que fué seccionado el uréter; dolor que cedió; la enferma fué dada de alta por curación.

A los tres meses se nos presenta aquejando molestias dolorosas en flanco derecho, tocándose una tumoración en forma de morcilla y correspondiente al lado del uréter sec-

cionado. Se realiza laparotomía subperitoneal, cayendo sobre uréter dilatado en forma de bolsa; abierta dió salida a abundante cantidad de orina; se estableció una fístula urinaria, de la que meses más tarde quedaba curada.

Otros casos, cinco en total, se refieren a enfermas que hemos seguido por razones diversas. Uno referente a una enferma en la que se realizó, hace años, una operación de Porro; la operada no orina; el cirujano piensa en lesión de uréter; a los tres días reopera; encuentra en el muñón de ligamento ancho incluido el uréter; éste es liberado y establecida la función urinaria.

El tercer caso es el de un quiste incluido en ligamento ancho; en la intervención, el ginecólogo se dió cuenta de la sección del uréter; éste fué ligado; no pudo hacerse la ureteroanastomosis. La operada presentó fenómenos de hidronefrosis, si bien el otro riñón suplió la función urinaria. La enferma fué dada de alta sin más contratiempos.

El cuarto caso guarda paralelismo al anterior en cuanto a diagnóstico y accidente, pero no a resultado. A las cuarenta horas de la intervención, el ginecólogo, por lumbotomía realiza el abocamiento ureteral; se desarrolla una infección y la enferma muere.

El quinto caso de histerectomía abdominal por fibroma uterino e hidrosalpins derecho. Operación con éter; a las treinta horas muerte por edema pulmonar. En la autopsia se encuentra hidronefrosis y ligadura ureteral.

También hemos visto en unas oposiciones a cátedra ginecológica que al operar un fibroma uterino por histerectomía subtotal, cuando a este opositor se le adjudicaba la cátedra, la operada moría de uremia; en la autopsia se vió que ambos uréteres estaban comprendidos en las ligaduras de las arterias uterinas.

Estos casos no son muchos; los creemos más abundantes; en ocasiones transcurriendo con otros diagnósticos a pesar de presentarse el cuadro de hidronefrosis.

Dr. Slocker de la Rosa: Al asociar hidronefrosis y hematuria interesa fijar el porqué de la hematuria, precisar la razón de la hematuria. Para nosotros tiene especial importancia la patogenia por *ex vacuo*.

Dr. Pascual: En muchos artículos y por diversos autores se habla de hidronefrosis y hematuria, considerando ésta más como complicación que como síntoma. Para nosotros la hematuria en la hidronefrosis, sin ser síntoma que se presente con la misma frecuencia que el aumento de volumen de riñón, lo hace con bastante, no sólo en las grandes hidronefrosis, sino especialmente en la entidad clínica que se viene conociendo con el nombre de «pequeña hidronefrosis».

En el curso pasado, en las sesiones clínicas del Hospital de San José y Santa Adela, presentamos 20 casos de pequeñas hidronefrosis. Enfermos con síndrome de litiasis renal; dolores de tipo de cólico nefrítico, con hematuria en más de las dos terceras partes de los casos. Las exploraciones son negativas en cuanto a litiasis renal. Cuando se realiza la de pelvis renal, se encuentra, en vez de 5 ó 10 c. c. de volumen, éste se halla ampliado a 20 y hasta 40 c. c. La pielografía comprueba este aumento de volumen. Son casos que se venían diagnosticando de litiasis renal sin cálculo; casos de litiasis médica o de litiasis renal con desprendimiento de arenillas o de cálculos expulsados sin accidentes.

Estas pequeñas hidronefrosis obedecen a descenso renal provocador de ligeras acodaduras ureterales; por ello la fijación renal hace desaparecer el cuadro clínico; con ello, comprobada la patogenia de la hematuria. Otras veces la pequeña hidronefrosis guarda relación con ligeros grados de angostura ureteral, bien congénita o por proceso ureteral.

Son enfermos en los que un cateterismo ureteral explorador, haciendo cesar la pequeña retención en pelvis renal el pequeño grado de hidronefrosis, hace desaparecer la hematuria.

Las hematurias en hidronefrosis, unas veces guardan relación con estados congestivos renales; otras, con lesiones de nefritis, con roturas de vasos de la propia hidronefrosis. Poseemos un caso clínico en que se demuestra esta patogenia: Hombre joven; ausencia de antecedentes; se presenta en la clínica con ocho días de hematuria total, indolora, profusa, caprichosa, sin variación por el reposo ni el movimiento; hematuria a grandes coágulos. La exploración urológica, con pielografía, muestra la existencia de hidronefrosis con destrucción total de riñón; éste era una cáscara sin valor funcional. Hematuria no atribuible a lesión nefrítica por no existir nada de parénquima renal; el riñón era una cáscara; hematuria explicable por la rotura de un vaso de la cápsula hidronefrótica. Se trataba verdaderamente de una hematohidronefrosis.

Otra de las piezas patológicas que presentamos, y que con la anterior nos servirá para explicar el tema «Hidronefrosis traumática», es también de hematuria profusa, abundante. Un hombre que tres años antes tiene un traumatismo lumbar con hematuria profusa y dolores en dicha región; en él hemos podido comprobar la destrucción funcional total del riñón; éste era una cavidad hidronefrótica que tratamos por nefrectomía.

EL SECRETO PROFESIONAL Y LOS SEGUROS DE ENFERMEDAD

Dr. J. Fernán-Pérez: Lee una comunicación sobre este tema.

Dr. E. Stocker de la Rosa: El interés de este tema guarda relación con los seguros sociales de enfermedad.

Ante todo debemos ponernos de acuerdo sobre lo que es el secreto profesional médico. Las aportaciones recientes sobre la materia le hacen variar según la posición del médico en relación con el enfermo; la de aquél puede variar; puede ser desde médico de cabecera hasta el médico de una caja aseguradora, de un patrón obrero, o bien actuar como médico forense. Son momentos que puede encontrarse el médico y que complican el problema de secreto profesional y seguros de enfermedad.—*M. Aceña.*

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del 20 de Febrero de 1933.

CUATRO CASOS DE MENINGITIS MENINGOCÓCICA

Dr. Zamarríego (D. Francisco): Desarrolla su comunicación sobre «Cuatro casos de meningitis meningocócica», y dice que hace un año presentó a la Sociedad de Pediatría de Madrid dos casos que fueron observados por él en el corto intervalo de seis días y que estaban domiciliados en calles próximas entre sí, uno ya curado y otro en plena evolución. Después ha observado otros varios casos; pero sólo quiere citar cuatro de ellos, por su interés clínico y por las conclusiones de orden terapéutico que de su estudio se deducen.

Todos los casos por él observados últimamente, igual que los que ya describió en su tesis del doctorado y en «Archivos Españoles de Pediatría», lo fueron en los meses de Febrero y Marzo, lo que coincide con lo que se deduce de las publicaciones de los Dres. Suñer, Toledano, Romeo y otros.

Hace un sucinto estudio de las epidemias más importantes de meningitis cerebrospinal y de su diagnóstico bacteriológico, y cita los trabajos de su maestro el profesor Suñer y las publicaciones sobre este asunto de Romeo, Marañón, etc., y menciona las epidemias de Burgos, Salamanca,

Segovia y Valladolid, y la que se desarrolló en Cuéllar (Segovia) durante los años 1912 y 1913.

Pasa después a resumir brevemente las historias clínicas de los enfermitos que son objeto de esta comunicación.

El primero de ellos era un niño de seis meses de edad, que nació y se desarrolló normalmente. El padre padece una afección gástrica (hiperclorhidria) y la madre varices de los miembros inferiores.

De sus cuatro hermanos, tres viven sanos y el otro murió de sarampión.

El niño objeto de esta historia padece desde hace un mes frecuentes bronquitis, con fiebre. El 18 de Febrero le presenta la madre en su turno de la *Gota de leche*.

En la primera observación no se recogen más signos de interés que unos ligeros roncus diseminados en tórax y una intensa rubicundez de amígdalas, velo del paladar y faringe (síntomas bronquíticos ligeros y muy marcada rinofaringitis). Se le prescribieron instilaciones nasales de aceite gome-nolado al 2 por 100 y dieta láctea, recomendando que le lleven al enfermito al día siguiente.

En la segunda observación lo primero que llama la atención es la vaguedad de la mirada, con marcada miosis. Este solo signo (dice el Dr. Zamarríego) nos hace presumir un proceso meníngeo. En el interrogatorio (mientras preparan material para la punción lumbar) se recoge como dato de interés la hipertermia nocturna y la ausencia de fenómenos convulsivos, siendo digno de mención el hecho de que sólo ha tenido un vómito.

La exploración pone de manifiesto: rigidez de nuca (no muy acentuada), signos de Körnig y Brudzinski, positivos; así como el de Lasègue; mirada vaga, hiperalgesia y falta de aumento de tensión aparente en fontanela anterior. Temperatura, 38°5 C.

La punción lumbar, practicada según la técnica clásica, permite extraer 20 c. c. de líquido cefalorraquídeo, que fluye con aumento de presión, y de aspecto turbio. En aquel momento se le inyectan 10 c. c. de suero antimeningocócico, por vía intrarraquídea (únicos de que se disponía), sin esperar a la confirmación bacteriológica del proceso. Por la tarde le fueron inyectados, en su domicilio, por un practicante, otros 20 c. c. por vía subcutánea.

El análisis del líquido cefalorraquídeo acusa el siguiente resultado:

Líquido muy turbio, purulento, no hemorrágico, cuyo análisis químico proporciona los siguientes datos:

Urea.....	0,33 gramos.
Glucosa.....	0,10 —
Albúmina.....	1,20 —
Cloruros.....	5,06 —

El análisis citológico demuestra la presencia de 18 células por metro cuadrado en cámara de Fush Rosenthal.

La fórmula leucocitaria; las profundas alteraciones de los leucocitos, principalmente de los neutrófilos; la deformación y abundancia de células endoteliales y las características de los microbios, de sus colonias y de la aglutinación de estos cultivos por el suero antimeningocócico polivalente, no dejan lugar a duda sobre la naturaleza del proceso.

El día 20 la temperatura rectal descende a los 37°. Cuentan que el enfermo ha pasado la noche más tranquilo; todos los signos (rigidez, Kernig, Brudzinski, etc.) son menos acentuados; la mirada es más viva y el aparato respiratorio está normal.

Se repite la punción lumbar, extrayendo otros 20 c. c. de líquido cefalorraquídeo, de aspecto menos purulento, aunque todavía turbio. Como ya hay suero antimeningocó-

cico en cantidad suficiente, se le hace un lavado de espacios subaracnoideos con 20 c. c. de ese suero, que introdujo e hizo salir a continuación por vía lumbar. Después del lavado, inyección de 20 c. c. de suero específico por otra vía y otros 20 c. c. intramuscularmente, recomendando a la madre que mantenga al enfermito con la cabeza más baja que el tronco, a fin de que el suero llegue a los ventrículos cerebrales.

El examen del líquido cefalorraquídeo extraído demuestra una marcada tendencia a la clasificación, tiene mayor transparencia; es menos purulento.

El examen microscópico demuestra una disminución de elementos citológicos y menor proporción de leucocitos y menor grado de éstos; también disminuyen los elementos endoteliales y ya es difícil encontrar los meningococos. Aumenta la glucosa; disminuye notablemente la albúmina y aumentan algo los cloruros.

El día 22 todos los signos meníngeos están sumamente atenuados. Se repite el tratamiento específico.

Los días siguientes sigue el buen estado general, y como lleva inyectados 120 c. c. de suero no le hace punción lumbar.

Después sigue mejorando y se cura sin ninguna secuela.

El segundo caso es muy parecido al anterior, aunque tiene más marcada la hipertensión de la fontanela y la rigidez de nuca y signos de Kernig y de Brudzinski. Tampoco ha tenido vómitos.

Se siguen con él las mismas normas de observación y de tratamiento que en el anterior: lavados de espacios subaracnoideos, inyecciones, etc.; pero la mejoría no se realiza en este caso tan rápida y francamente como en aquél; en vista de lo cual y ante lo que el profesor Zamarrigo dice, pudiera llamarse suerorresistencia (que pudiera ser debida a la mayor virulencia de los gérmenes o a la de la raza de los mismos, grupos C y D), y no encontrando en Madrid suero apropiado del Instituto Pasteur, optó por preparar unas autovacunas, de lo que se encargó con su pericia habitual el Dr. Sánchez Martínez, que se inyectaron al enfermito a dosis progresivamente crecientes y que dieron el resultado apetecido; pues el enfermito curó de su meningitis y continúa viviendo, normalmente desarrollado, si bien ha habido que lamentar una atrofia del globo ocular izquierdo con pérdida de la visión.

El tercer caso es análogo al primero. La terapéutica empleada fué igual y la curación del enfermo completa.

El cuarto caso, que fué por él observado recientemente, difiere de los anteriores y encierra enseñanzas de gran interés. Se trata de un niño de dos meses, visto a requerimiento de su médico de cabecera y que llevaba dos días con fiebre de 40°. Presentaba faringitis y contractura muscular de la pared abdominal anterior. A los diez días fué llamado nuevamente y le dijeron que ya hacía tres en que faltaba la reacción pupilar a la luz. Había fenómenos de Brudzinski en la nuca intensamente positivos, signo de Kernig muy marcado y una gran elevación de la fontanela anterior sumamente tensa.

Practicada la punción lumbar resultó negativa: no salió una sola gota de líquido cefalorraquídeo. Repetida en otros espacios intervertebrales, también fué negativo el resultado. Se trataba de una meningitis tabicada. Hizo una punción ventricular, en el ángulo lateral derecho (lejos de la línea media, y obtuvo unos 10 c. c. de líquido cefalorraquídeo, que salió a gran presión, de aspecto turbio y cuyo análisis y examen microscópico-bacteriológico demostró su naturaleza meningocócica.

Se repitió la punción y lavado de los ventrículos latera-

les alternativamente con suero antimeningocócico e inyecciones intramusculares del mismo, llegando a gastar 150 c. c. del mismo, sin conseguir resultado positivo. Se intentó preparar autovacunas, pero el mismo día el enfermo sucumbió a causa de una bronconeumonía.

El caso bosquejado, observado después de diez días de su comienzo, le da ocasión para hacer una descripción de las meningitis tabicadas y para analizar las causas de ese tabicamiento y a fijar el concepto de la circulación del líquido cefalorraquídeo, líquido que se produce en los plexos coroides y pasa de los ventrículos laterales al ventrículo medio o tercer ventrículo, a través de los agujeros de Monro.

Del tercero pasa al cuarto ventrículo por el acueducto de Silvio, pasando desde aquí, por los agujeros de Luschka y Magendie, a los espacios subaracnoideos cerebromedulares. Analiza la rápida difusión de las inflamaciones meníngeas ocasionadas por el meningococo de Weichsesselbaum y el predominio de las lesiones en la convexidad de los hemisferios cerebrales y otros puntos, y deduce que cuando esas lesiones obstruyen por adherencias o exudados espesos los orificios de comunicación de los ventrículos y espacios subaracnoideos antes citados, impiden la circulación normal del líquido cefalorraquídeo, impidiendo su salida por la punción lumbar practicada.

Recuerda el concepto de M. Lowkowiec (de Cracovia) sobre la patogenia de la meningitis meningocócica, y del concepto de la meningitis de que se trata y de su experiencia personal saca las siguientes conclusiones prácticas:

a) Las meningitis meningocócicas figuran entre los procesos patológicos, contra los cuales disponemos de una terapéutica específica, cuya eficacia depende de las siguientes circunstancias:

1.^a Diagnóstico precoz de la afección meníngea y aplicación inmediata del tratamiento.

2.^a Empleo de sueros específicos, teniendo en cuenta las distintas razas de meningococos y, por consiguiente, la necesidad de disponer de sueros polivalentes (sobre todo cuando no es posible preparar el verdaderamente específico).

3.^a Utilizar el suero a grandes dosis, no olvidando que cuando no se puede inyectar *in situ* la cantidad debida por la imposibilidad de extraer la correspondiente de líquido cefalorraquídeo, debe hacerse la inyección complementaria por vía intramuscular (e incluso intravenosa en los casos muy graves), teniendo en cuenta el carácter de septicemia del proceso que nos ocupa.

4.^a Introducir el suero por vía adecuada, entendiendo por tal aquella que permita posar el mismo en íntimo contacto con el foco de meningitis, teniendo presente a este propósito el concepto de Lewkowiec, antes expuesto.

5.^a Cuando se aprecia una suerorresistencia debe recurrirse al empleo de las vacunas, de cuya eficacia es un ejemplo evidente la segunda de las observaciones relatadas.

b) La mayor gravedad de las meningitis meningocócicas se ve en las denominadas tabicadas, únicas en las que nosotros creemos indispensable la punción ventricular, pues cuando las vías de circulación del líquido cefalorraquídeo están expeditas, se consigue hacer llegar al suero, introducido por vía lumbar (más inocua) hasta los ventrículos laterales, teniendo cuidado, a este fin, de colocar al enfermo con la cabeza baja en la media hora que sigue a la inyección.

c) Hay que tener muy presente hacer la introducción del suero, previamente calentado, en cantidad siempre menor a la total de líquido cefalorraquídeo extraído.

d) Creemos de utilidad el lavado de los espacios subarac-

noideos y cavidades endimarias (ventrículos, etc.) con el mismo suero específico.

e) Desde el punto de vista profiláctico debe hacerse una cuidadosa antisepsia de vías nasofaríngeas, sobre todo en la época en que son más frecuentes las inflamaciones de las mismas.

Dr. A. Vallejo Nágera. Hay coincidencia absoluta de procedimiento entre lo expuesto y nuestra opinión personal de lo que debe ser el tratamiento de la meningitis y en especial de la meningitis meningocócica.

Se ha llamado la atención sobre el diagnóstico precoz. En nuestros trabajos hemos insistido en la necesidad de buscar los signos precoces de la meningitis; ante los síntomas de paresia ocular, vaguedad de mirada, signo de Kernig, signo de Brudzinsky, de rigidez de nuca, y con sólo la sospecha de uno de estos síntomas, se debe proceder a la punción lumbar o cisternal, única manera de hacer diagnóstico. Afirmado éste y aun ante la salida de líquido cefalorraquídeo purulento, se hará tratamiento con el suero específico.

El tratamiento precoz mediante los métodos modernos, sea cualquiera la meningitis diagnosticada, a excepción de la meningitis tuberculosa, consigne un tanto por ciento elevado de curaciones, en especial cuando se trata la infección hemática con suero específico, en polivalencia conveniente y dosis elevadas.

En el tratamiento local, intrarraquídeo, de la meningitis cerebroespinal, como de otra especie, se requiere introducir el suero específico en los espacios ventriculares, en la cisterna, en el espacio subdural, precisamente por la formación local de anticuerpos. Es la indicación del tratamiento local. Para esto no basta el tratamiento por punción lumbar, aun disponiendo a los enfermos boca abajo una vez introducido el suero antimeningocócico por vía intrarraquídea.

Para en niños mayores y adultos llegar a los ventrículos y a la cisterna y buscar la acción directa del suero antimeningocócico, hemos de eliminar una mayor cantidad de suero, de exudados y de líquido cefalorraquídeo. Es la necesidad de extraer grandes cantidades de líquido cefalorraquídeo y substituirle por suero terapéutico. Es como en adultos extraemos hasta 100 c. c. de líquido, que substituímos por suero.

Hablamos del lavado meníngeo refiriéndonos al llamado lavado medular mediante la técnica de Jolly. Ahora bien, ésta en ningún sitio, ni en la bibliografía de la especialidad, la hemos encontrado descrita.

Para el lavado meníngeo, Stoltz punciona lateralmente en la gran fontanela; hace punción cisternal o lumbar para el lavado de la cisterna basilar y hemisferios. Starling punciona el cuerpo calloso y fija la cánula y otra cisternal para desaguar el líquido cefalorraquídeo.

Con el Dr. Górriz, ante la urgencia de atacar terapéuticamente un caso de meningitis purulenta con predominio medular, intuitivamente nos propusimos una técnica, que en manera alguna pretendemos que sea original. Nuestra práctica en las punciones cisternal y lumbar nos permitió combinarlas con la idea de hacer pasar un líquido de lavado por todo el espacio subdural medular. Consideramos interesante exponer lo que hemos hecho:

Prevía inyección de aceite alcanforado y caféina, colocamos al enfermo en decúbito lateral derecho. La cabeza —más al a— forma un ángulo sobre el plano de la pelvis, de unos 35°. Punción en el tercer espacio lumbar. Simultáneamente, punción cisternal. Ambas agujas obturadas con su mandril. Conectamos la aguja cisternal con un antiguo aparato Azúa de inyección de salvarsán. Preparamos suero fisio-

lógico, al 8 por 1.000, perfectamente esterilizado, que calentamos a 36°. Se vierte el suero en el aparato Azúa y se procura mantener constantemente su temperatura. El recipiente que contiene el suero está ahora colocado a una altura por debajo del plano de la pelvis del enfermo.

Se deja fluir el líquido cefalorraquídeo por la aguja lumbar, previa extracción del mandril, en cantidad de 10 c. c. Se levanta el depósito de suero de manera que el nivel superior del líquido que contiene el recipiente quede uno o dos centímetros por encima de la aguja cisternal. Se hace pasar muy lentamente el suero. En este momento observamos que las pulsaciones descienden de 74 a 40. Suspendemos el paso del líquido cuando apenas se habían gastado 3 ó 4 c. c. El enfermo recupera rápidamente el ritmo normal de pulsaciones. La aguja lumbar permanece abierta. Nuevo paso de suero, muy lentamente ahora, y sin apenas existir desnivel entre el superior del líquido y la aguja de punción cisternal. Las pulsaciones descienden a 50. Con intervalos de descanso, para que se reponga el ritmo del corazón, logramos hacer pasar hasta 40 c. c. de suero. El enfermo tolera perfectamente el lavado meníngeo.

Por la aguja lumbar se obtuvo un volumen de líquido cefalorraquídeo de 20 c. c. superior al suero inyectado. Se analizan tres porciones del líquido: la inicial, la media y la final. Las tres porciones contienen bacterias, pero la última en mucha menor cantidad.

En realidad, puede considerarse el caso como demostrativo de la eficacia del lavado meníngeo: el número de bacterias disminuyó con el primer lavado, y la última porción de líquido cefalorraquídeo arrastrado por el suero, con el segundo lavado era absolutamente aséptica. Los síntomas clínicos se aliviaron grandemente, y llegó a ser negativo el Kernig. Hubo indiscutible retroceso del proceso meníngeo. Pero hicimos el lavado muy tarde, cuando el estado general del enfermo era deplorable y ya existían úlceras por decúbito, foco septicémico que acabó con la vida del enfermo.

La técnica que hemos descrito promete amplias perspectivas terapéuticas en procesos de tanta gravedad como los meníngeos, justificativos de toda suerte de intervenciones por muy peligrosas que parezcan, si existe alguna posibilidad de salvar la vida del enfermo.

Para que el lavado meníngeo produzca buenos resultados es necesario practicarlo tan pronto como se inicia una meningitis purulenta o epidémica, y con una buena técnica. Los lavados con el método de la doble punción de Gennerich, a distintas alturas de las regiones lumbar y dorsal, son completamente ilusorios y no pueden tener otro efecto que arrastrar los depósitos purulentos del fondo de saco subdural. Kaneko pudo observar que la inyección de aire en el espacio subdural mejoraba la meningitis epidémica, especialmente cuando se combinaba con la inyección de suero por la misma vía, método inocuo. Popper había empleado, sin resultado, las inyecciones intrarraquídeas y carótidea de suero en una muchacha de diecisiete años afecta de meningitis epidémica. Con finalidades diagnósticas inyectó 100 c. c. de aire y observó que inmediatamente salía el líquido cefalorraquídeo con gran fuerza, como un surtidor, en cantidad superior a 50 c. c., iniciándose en seguida una mejoría de la enfermita, que terminó por curarse. Recomendamos emplear este método, que denomina pneumorraquis, y cree que produce un buen drenaje del conducto cerebroespinal.

Consideramos peligroso el método de Popper, porque en los casos incipientes puede contribuir a diseminar y a extender los focos de infección meníngea. Por otra parte, las simples punciones descompresivas, o la punción, sea

cisternal o lumbar, seguida de inyección de suero, resultan ineficaces, por muy repetidamente que se hagan, al menos en las meningitis purulentas. Una buena técnica requiere practicar un verdadero lavado meníngeo, y en este sentido, el método de la punción cisternal y lumbar combinadas puede ser eficaz en los casos de localización infecciosa raquídea.

En las leptomeningitis cerebrales, los resultados del método empleado por nosotros han de ser necesariamente insuficientes. De aquí que Holz haya practicado un método de lavado de las cisternas hemisféricas y basilares con una técnica nueva, consistente en hacer una punción lumbar o cisternal, y luego otra lateral en la gran fontanela, evitando el seno longitudinal superior. Hace lavados con suero e inyecta suero o medicamentos, previa salida por el drenaje inferior de la correspondiente cantidad de líquido cefalorraquídeo.

El ataque del proceso inflamatorio de las meninges, plejos y ventrículos, ofrece serias dificultades por los obstáculos que para el lavado meníngeo representan los conglomerados purulentos que obturan las cisternas y espacio subdural, además del aumento de la presión intracraneal causado por el edema y exudación cerebrales. Por estas razones, dice acertadamente F. Starlinger que los métodos de tratamiento deben obrar rebajando la presión intracraneal, facilitando la expulsión de los exudados, desinfectando las superficies meníngeas e impidiendo la reabsorción de toxinas. Utiliza la carótida para la introducción de urotropina y otros desinfectantes por vía sanguínea. Pero concede mucha mayor importancia al drenaje prolongado del líquido cefalorraquídeo, sin producir lesiones con el vehículo usado para el lavado ni perjudicar el riego sanguíneo del cerebro. A tal efecto, practica la punción del cuerpo calloso y fija la cánula de tal manera que no se desplace por bruscos que sean los movimientos del enfermo. La salida del líquido tiene lugar por un drenaje de goma aplicado a la cisterna magna mediante punción suboccipital, y que queda fijo a un ojal cutáneo. Los ventrículos los lava con solución de urotropina al 10 por 100.

Dr. R. Ulecia de la Plaza: En meningitis meningocócica el diagnóstico precoz tiene especial interés para establecer el tratamiento inmediato por suero específico, tanto por vía intrarraquídea como intramuscular.

Hace poco tiempo hemos tenido ocasión de observar un caso de meningitis meningocócica en un niño de catorce meses, con sintomatología clínica indudable, confirmación diagnóstica por laboratorio, pero sin presentar fiebre durante todo el curso de la enfermedad. En este enfermito mediante el tratamiento intrarraquídeo e intramuscular por suero antimeningocócico conseguimos la curación, si bien quedó como secuela una hidrocefalia crónica.

Dr. Raúl de Montaud: Llamamos la atención sobre la disminución de frecuencia, en la actualidad, de la meningitis meningocócica en relación a años pasados. Antes era corriente ver todos los años varios casos de este proceso sobre todo en niños de seis a ocho años. Desde hace tres años son cada vez más raros. Es el interés de la comunicación presentada recordando el cuadro clínico y los puntos más importantes de la meningitis meningocócica para que el médico los tenga presente y le sea posible el diagnóstico y el tratamiento precoz de esta enfermedad.

Al hacer una punción lumbar por supuesto cuadro clínico meníngeo, debemos disponer de suero antimeningocócico; caso de salir líquido cefalorraquídeo purulento, inyectar el suero en el mismo momento. Tenemos la opinión de que meningitis meningocócica tratada precozmente y por

suero específico cura siempre a no ser tabicada. La inyección intrarraquídea de suero antimeningocócico la realizamos cuatro días seguidos, sin hacer caso del estado del líquido cefalorraquídeo. Aconsejamos extracción de gran cantidad de líquido e inyección del suero terapéutico en algo menor cantidad de la extraída de líquido. Ahora bien: cuando la salida del líquido no es fácil y abundante por la aguja de punción lumbar, entonces, en vez de sacar mucho líquido e inyectar menos suero, hacemos, al contrario, extraer poco líquido, y en cambio inyectamos mayor cantidad de suero terapéutico, aunque para ello precisemos hacer presión con la jeringa. Es como en bastantes casos hemos visto, en punción lumbar subsiguiente, salir líquido cefalorraquídeo de manera fácil y cantidad abundante, con gran mejoría del enfermo.

Nosotros solemos hacer el método de las dos punciones; la inferior lo más baja posible. El método de la punción cisternal exige indicaciones muy precisas.

SOBRE LAS VARIACIONES DE LA AMILASA TRAS EL SHOCK HISTAMÍNICO Y PEPTÓNICO

Dr. A. Rodríguez Ollerós: En realidad el trabajo debería titularse «Shock histamínico y peptónico y páncreas».

Dejando a un lado pequeños detalles que en el sentir de algunos autores servirían para diferenciar el shock histamínico del shock anafiláctico y peptónico, se pueden considerar como idénticas las alteraciones básicas que estos diferentes shocks producen. Estas alteraciones son diferentes en las distintas especies de animales, pero son constantes dentro de cada especie. En el cobaya se produce principalmente contracción de los músculos bronquiales; en el conejo, contracción de los vasos pulmonares, y en el perro y en general en los carnívoros, intensos fenómenos congestivos activos del hígado y demás vísceras abdominales.

Hemos verificado shock histamínico y peptónico en dos series de ocho perros cada una y shock histamínico en una extensa serie de conejos, y hemos investigado la marcha de la amilasa sanguínea, utilizando para ello el micrométodo de Berta Ottenstein, y la marcha de la glucemia por el micrométodo de Hagedorn Jense.

En los perros hemos observado que tres horas después del shock se produce un aumento de la amilasa sanguínea, que persiste hasta las ocho horas después del shock y ha desaparecido a las veinticuatro horas. En los conejos no se produce análoga alteración.

En lo referente a la glucemia, además de la hiperglicemia e hipoglicemia subsiguiente, precoces y rápidamente transitorias, anteriormente señalada por diversos autores, hemos observado, únicamente en los perros, una hipoglicemia hacia las dos o tres horas después del shock que explicamos por un hiperinsulinismo producido por la congestión activa del páncreas en estos animales.

La investigación anatomopatológica del páncreas de perros que fueron sacrificados veinticuatro horas después del shock, muestra una congestión intensa de este órgano y una infiltración leucocitaria discreta, pero indudable, de la porción glandular del páncreas.

Concluimos: el shock histamínico, peptónico o anafiláctico puede producir una pancreatitis ligera, demostrada en nuestros experimentos por el «derrame de fermento» y por las investigaciones anatomopatológicas. — *M. Aceña*.

HOSPITAL CENTRAL DE LA CRUZ ROJA

CURSO DE GINECOLOGÍA DIRIGIDO
POR EL DR. FRANCISCO LUQUE

Martes, Jueves y Sábados.—Conferencias.—Trabajos en el Dispensario.—Interrogatorios y exploración de enfermas.

Miércoles.—Exploraciones especiales.—Biopsias.—Insuficiencia de trompas.—Metrosalpingografías.

Lunes y Viernes.—Sesiones operatorias.

PROGRAMA DE LAS CONFERENCIAS

Marzo.

Día 2.—La exploración ginecológica.

Día 4.—Trastornos de la menstruación.

Día 7.—Desviaciones uterinas.

Día 9.—Anexitis.

Día 11.—Esterilidad.

Día 14.—Aborto.

Día 16.—Gestación ectópica.

Día 18.—Quistes de ovario.

Día 21.—Fibromas.

Día 23.—Metritis de cuello.

Día 25.—Cáncer de cuello.

Día 28.—Cáncer de cuerpo.

Día 30.—La Fisioterapia ginecológica.

La inscripción en el Curso deberá hacerse en la Secretaría del Hospital.

La inscripción en el Curso es gratuita.

Los trabajos y conferencias darán comienzo a las diez de la mañana.

GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 706,8; ídem mínima, 696,7; temperatura máxima, 6°,8; ídem mínima, 2°,3; vientos dominantes, N. y NE.

Las afecciones infecciosas más abundantes durante la semana última han sido las anginas, algunas flegmonosas; las bronquitis y las pleuresías secas y con derrame. También se han agravado los reumatismos articulares y musculares.

En los niños continuaron algunos casos de difteria y se reprodujeron otros de catarros y bronquitis. Asimismo se han registrado varios de meningitis tuberculosa.

CRONICAS

El Dr. Valdés Lambea, en Valencia.—El ilustre fisiólogo ha sido invitado por la Facultad de Medicina de Valencia para dar un cursillo acerca de *Anatomía patológica y patogenia de la tuberculosis*. Este cursillo comenzará el 6 de Marzo y durará hasta el día 11 inclusive. Deseamos a nuestro querido amigo el éxito a que sus méritos le dan justo derecho.

Academia Española de Dermatología y Sifiliografía. Curso de 1932-1933. —Esta Academia celebrará sesión el 1 de Marzo, a las siete de la tarde, en el Dispensario Olavide, Sandoval 5, con el siguiente orden del día: Doctor Sáinz de Aja: Dermatitis medicamentosa. Laberintitis arsenical.—Dr. J. L. Carrera: Presentación de una cartilla oficial para enfermos venéreos (Sociedad Dermatológica Argentina). Dr. Bertoloty: Un contagio raro de blenorragia.—Dres. G. de la Rosa y Turégano: Estudio comparativo de la reacción del cicoto con la de Wassermann y de floclación.—Dr. S. Gallego: Los anticuerpos inhibidores del antígeno específico en el suero de los enfermos de cuarta enfermedad venérea.

Díaz y Rodríguez (Oficina especializada en asuntos sanitarios).—Con uno de nuestros pasados números enviábamos una tarjeta en la que ofrecía servicios a los médicos una Oficina titulada Díaz y Rodríguez. Según nuestras noticias, se ha disuelto en pocos momentos dicha Sociedad, y lo avisamos a nuestros suscriptores para que no sorprendan su buena fe y, además, no encarguen sus asuntos en la creencia de que les resolverán lo deseado, pues perderían tiempo y quizás documentación y dinero.

Pliegos de la obra «Oposiciones».—Agradeceremos mucho a aquellos suscriptores que por error de esta Administración se les hayan enviado pliegos duplicados de la obra «Oposiciones médico-rurales», nos los devuelvan, pues a ellos en nada les beneficia, mientras que se quedan incompletas tantas obras como pliegos nos falten.

Necrologías.—En Puenteareas (Pontevedra) ha fallecido el médico forense D. León Mosquera a avanzada edad. A su viuda e hijos enviamos nuestro sentido pésame.

Noticias.—Por el Ministerio de la Gobernación se ha nombrado a D. César Nistal Martínez jefe técnico de la Sección de Higiene de la alimentación en la Dirección general de Sanidad.

—Se ha dispuesto que a partir del 14 del corriente no es necesario, para prescribir la paracodina Knoll, receta oficial.

—Ha sido nombrado D. Lorenzo Gironés y Navarro catedrático numerario de Patología médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago.

Enfermeras visitadoras.—Se advierte a las personas que se han dirigido en estos últimos tiempos a la Dirección de la Escuela Nacional de Sanidad, para informes acerca de los Cursos especiales de enfermeras visitadoras, que en la *Gaceta* del 15 de Febrero aparece con el detalle de las condiciones exigidas (pág. 1.261) la convocatoria para 50 plazas de enfermeras alumnas.

Vendedoras de cocaína.—En Barcelona por los agentes de vigilancia han sido detenidas dos mujeres que se dedicaban a la venta pública de cocaína.

Los curanderos.—La Prensa nos da noticias de Barcelona según las cuales ha sido puesto a disposición del Juzgado un curandero que tenía su clínica en la barriada de Sans. Se llama Juan Vila y su especialidad era curar la diabetes.

A cuantos clientes caían en sus manos, gracias a la red de propagandistas que tenía organizada, les facilitaba unas hierbas, que de momento parecían aliviar los dolores. Después, para convencer al cliente de que estaba curado, le hacía llevar pasteles y botellas de Champaña, y entre el cliente, el curandero y la esposa e hijos de éste se comían los pasteles y se bebían el Champaña. Después de esta operación, y previo pago de cien pesetas, les daba de alta. Los casos no eran denunciados porque el curandero decía a los engañados que los iba a curar, hasta que un cliente ha denunciado el hecho al Juzgado.

Enfermera titulada.—Tiene aprobados todos los estudios de la carrera de practicante. Posee el inglés. Con numerosos años de práctica en Sanatorio médico quirúrgico. Especialidad en el servicio de quirófano. Todo ello comprobado por certificados de primera calidad. Ofrecese para cargo propio de sus aptitudes. Dirección: Laurentina Carvajo, Ifigenia, Galileo, 56, Madrid.

SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados).

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Único preparador en España: DOCTOR GIRAL

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

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

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

Ambas formas: A granel por kilos.—Muestras gratuitas

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

IMPRENTA DEL SUCESOR DE ENRIQUE TEODORO

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