

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

FRANQUEO
CONCERTADO

HISTORIAL

Fundadores: Sres. Delgrás, Escalar, 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 Skerner.— 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.



Cuando son frecuentes los
resfriados, la gripe,
la neumonía, etc.
apreciará Vd., Doctor, la eficacia de la
CARDIAZOL-QUININA



Es antipirética y aumenta la resistencia por parte del componente quinina, tonifica la circulación y por su componente Cardiazol obra como espasmolítica de los bronquios.

Demás indicaciones: Terapia y profilaxis de la bronquitis y neumonía postoperatoria • paludismo • taquicardia paroxística • arritmia absoluta • extrasístoles • afecciones febriles con intensa destrucción de albúminas (p. ej. tuberculosis) • debilidad primaria de los dolores del parto • partos prematuros febriles.

Tubos de 20 grageas. Cajas de 5 ampollas.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN/RH. (Alemania).

Klimaktón «Knoll»



En los achaques de la edad crítica

Tubos de 20, frascos de 50 grageas

— Ayuntamiento de Madrid

Kola granulada Astier

Antineurasténica

REGULADOR DEL CORAZÓN



Depresión nerviosa
Convalecencia de las enfermedades infecciosas
Deportes, Surmenaje físico e intelectual

Laboratorios P. ASTIER, 41-47, rue du Docteur-Blanche, Paris (16^e)
Sucursal en ESPAÑA: 129, Bruch, BARCELONA.



EXTRACTO
— DE —
MALTA

«EUMALT»

Aceptado por R.O. de 2 Abril 1913 en los Hospitales Militares

SIMPLE BLANDO y POLVO
C/HIPOFOSFITOS »
C/HEMOGLOBINA »
C/PEPSINA Y PANCREATINA »
C/YODURO FERROSO »
C/ACEITE HIG. BACALAO »
C/ACEITE HIG. BACALAO E HIP »

DIPLOMA DE MÉRITO
2^o CONGRESO DE MEDICOS DE
LA LENGUA CATALANA JULIO 1913
GRAN PREMIO EXPOSICIÓN DE
MEDICINA E HIGIENE
2^o CONGRESO DE C. M. SEVILLA 1924
DIPLOMA DE HONOR
VI^o CONGRESO DE MEDICOS DE
LA LENGUA CATALANA JULIO 1930

Dr. P. Andreu Lloberes
ESPLUGAS DE LLOBREGAT
(BARCELONA)

«EULAX» Extracto de Malta y Aceite de Parafina
(partes iguales)

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 pts. en toda España.

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día.

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

LACTOBULGARINA

profesión a que no perteneciese, o de un estado que no tuviera, o insignias o condecoraciones que no estuviere autorizado para llevar, será castigado con la pena de multa de 250 a 2.500 pesetas.

TÍTULO V

Delitos contra la Administración de justicia.

CAPÍTULO PRIMERO

ACUSACIÓN Y DENUNCIAS FALSAS

Art. 331. Se comete el delito de acusación o denuncia falsa imputando falsamente a alguna persona hechos que si fueren ciertos constituirían delito de los que dan lugar a procedimiento de oficio, si esta imputación se hiciere ante funcionario administrativo o judicial que por razón de su cargo debiera proceder a su averiguación o castigo.

No se procederá, sin embargo, contra el denunciador o acusador sino en virtud de sentencia firme o auto, también firme, de sobreseimiento del Tribunal que hubiere conocido del delito imputado.

Este mandará proceder de oficio contra el denunciador o acusador siempre que de la causa principal resultaren méritos bastantes para abrir el nuevo proceso.

Art. 332. El reo de acusación o denuncia falsa será castigado con la pena de presidio menor si se le imputare un delito, y con la de arresto mayor si la imputación hubiera sido de una falta, imponiéndose, además, en todo caso una multa de 500 a 5.000 pesetas.

CAPÍTULO II

FALSO TESTIMONIO

Art. 333. El que en causa criminal diere falso testimonio en contra del reo, será castigado con las penas de presidio menor a presidio mayor y multa de 1.000 a 10.000 pesetas, si hubiere recaído sentencia condenatoria por delito a consecuencia de la declaración falsa.

der se encontraren monedas falsas que, por su número y condiciones, se infiera razonablemente que están destinadas a la expendición.

CAPÍTULO III

DE LA FALSIFICACIÓN DE BILLETES DE BANCO, DOCUMENTOS DE CRÉDITO, PAPEL SELLADO, SELLOS DE TELÉGRAFOS Y CORREOS Y DEMÁS EFECTOS TIMBRADOS CUYA EXPENDICIÓN ESTÉ RESERVADA AL ESTADO

Art. 296. Los que falsificaren billetes de Banco u otros títulos al portador, o sus cupones, cuya emisión hubiere sido autorizada por la ley, o los que los introdujeren, serán castigados con las penas de presidio mayor a reclusión menor y multa de 1.000 a 50.000 pesetas.

La misma pena se impondrá a los que los expendieren en connivencia con el falsificador o introductor.

Art. 297. Los que sin estar en relación con los falsificadores o introductores adquirieren, para ponerlos en circulación, billetes de Banco u otros títulos al portador, o sus cupones, sabiendo que eran falsos, serán castigados con la pena de presidio menor en su grado medio a presidio mayor en su grado mínimo y multa de 500 a 5.000 pesetas.

Art. 298. Serán castigados con la pena establecida en el artículo anterior los que falsificaren en España billetes de Banco u otra clase de títulos al portador, o sus cupones, cuya emisión esté autorizada por una ley de un país extranjero o por una disposición que tenga en el mismo fuerza de ley.

Art. 299. Los que habiendo adquirido de buena fe billetes de Banco u otros títulos al portador, o sus cupones, comprendidos en los artículos 296 y 298 los expendieren sabiendo su falsedad, serán castigados con las penas de presidio menor en sus grados mínimo y medio y multa de 500 a 5.000 pesetas.

Art. 300. Los que falsificaren o introdujeren en España títulos nominativos u otros documentos de crédito que no

sean al portador, cuya emisión esté autorizada en virtud de una ley, serán castigados con las penas de presidio mayor y multa de 5.000 a 10.000 pesetas.

Art. 301. Los que falsificaren títulos nominales u otra clase de documentos de crédito que no sean al portador, cuya emisión esté autorizada por una ley de un país extranjero o por una disposición que tenga en el mismo fuerza de ley, serán castigados con la pena de presidio menor en sus grados mínimo y medio y multa de 5.000 a 10.000 pesetas.

Art. 302. El que a sabiendas negociare o de cualquier otro modo se lucrare, con perjuicio de tercero, de un título falso de los comprendidos en los dos artículos precedentes, incurrirá en las penas de arresto mayor en su grado máximo a presidio menor en su grado mínimo y multa de 250 a 2.500 pesetas.

Art. 303. El que presentare en juicio algún título nominativo al portador, o sus cupones, constándole su falsedad, incurrirá en las penas establecidas en el artículo anterior.

Art. 304. El que falsificare papel sellado, sellos de Correos o de Telégrafos, o cualquiera otra clase de efectos timbrados, cuya expedición esté reservada al Estado, será castigado con la pena de presidio menor.

Igual pena se impondrá a los que los introdujeren en territorio español o a los que los expendieren en convivencia con los falsificadores o introductores.

Art. 305. Los que sin estar en relación con los falsificadores o introductores adquirieren a sabiendas papel, sellos o efectos falsos de las clases mencionadas en el artículo anterior para expendierlos, serán castigados con la pena de arresto mayor y multa de 500 a 5.000 pesetas.

Art. 306. Los que habiendo adquirido de buena fe efectos públicos de los comprendidos en el artículo anterior los expendieren sabiendo su falsedad, incurrirán en la pena de arresto mayor en sus grados medio y mínimo, y multa de 250 a 2.500 pesetas.

Los que meramente los usaren, teniendo conocimiento de su falsedad, incurrirán en la multa del quinto al décuplo del valor del papel o efectos que hubieren usado.

CAPÍTULO VII

DE LA USURPACIÓN DE FUNCIONES Y TÍTULOS Y USO INDEBIDO DE NOMBRES, TRAJES, INSIGNIAS Y CONDECORACIONES

Art. 325. El que sin título o causa legítima ejerciere actos propios de una autoridad o funcionario público, atribuyéndose carácter oficial, será castigado con la pena de prisión menor en sus grados mínimo y medio.

Art. 326. El que atribuyéndose la cualidad de profesor ejerciere públicamente actos propios de una facultad que no pueda ejercerse sin título oficial, incurrirá en la pena de arresto mayor en su grado máximo a prisión menor en su grado mínimo.

Art. 327. El que usurpare carácter que habilite para el ejercicio de los actos propios de los ministros de un culto que tenga prosélitos en el país, o ejerciera dichos actos, incurrirá en la pena de arresto mayor.

Art. 328. El que usare públicamente un nombre supuesto, incurrirá en las penas de arresto mayor en sus grados mínimo y medio y multa de 250 a 2.500 pesetas.

Cuando el uso del nombre supuesto tuviere por objeto ocultar algún delito, eludir una pena o cansar algún perjuicio al Estado o a los particulares, se impondrán al culpable las penas de arresto mayor en sus grados medio y máximo y multa de 300 a 3.000 pesetas.

No obstante lo dispuesto en este artículo, el uso de nombre supuesto podrá ser autorizado temporalmente por la autoridad superior administrativa mediando justa causa.

Art. 329. El funcionario público que en los actos propios de su cargo atribuyere a cualquiera persona, en convivencia con ella, títulos o nombre que no le pertenezcan, incurrirá en la multa de 150 a 1.500 pesetas.

Art. 330. El que usare pública e indebidamente uniforme o traje propios de un cargo que no ejerciera, o de una

TERTULIA MÉDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

— AMENIDADES —

11-III 1938

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

Las grandes figuras de la Cruz Roja :: ::

LA VIZCONDESA NOVAR

Muy legítimamente la Cruz Roja australiana se enorgullece de haber tenido por creadora a una personalidad tan importante como Lady Helen Munro Ferguson, vizcondesa Novar, que honra también con su colaboración el Consejo de gobernadores de la Liga.

Fué en 1914 cuando, al ser nombrado su marido, Sir Ronald Ferguson, gobernador general del país, Lady Novar llegó a Australia. Hija de Lord Dufferin, uno de los más eminentes representantes de Gran Bretaña en el extranjero, Lady Novar aportó a su nueva residencia todo el saber y alta experiencia adquiridos al lado de su padre en la

rosas Asociaciones benéficas de su país, era también para ella un campo familiar.

Apenas había llegado Lady Novar a Melbourne cuando Gran Bretaña entraba en la Gran Guerra. Sin pérdida de tiempo, reunió en su palacio a las más

ilustre dama. Entretanto, el palacio del Gobierno de Melbourne, sede de la Cruz Roja, transformaba sus espaciosos salones en depósitos de material de todas clases. El ejemplo fué seguido por las secciones locales y pronto todas ellas se vieron entregadas a una febril labor de clasificación y expedición, al ejército en lucha, de las grandes cantidades de donativos y provisiones que de todos los lugares del país afluían.

Durante los cuatro largos años que duró la contienda, Lady Novar asumió la presidencia del Consejo central en cargo de dirigir la obra de la Cruz Roja en Australia y en todos los frentes donde combatían los soldados australianos. No es exagerado asegurar que Lady Novar se atrajo bien pronto la veneración de todo el país. Se la veía emprender largos y fatigosos viajes a través de la inmensa extensión del territorio australiano, para entrar en relación con el personal de los Comités

El complejo fósforo vitamínico

Vitophos

polvo - tabletas - jarabe

CHENIROSA IBERICA, S. A.

importantes personalidades de la localidad y, con el decidido apoyo de la Prensa, buscó todas las colaboraciones que eran necesarias para organizar una Asociación de la Cruz Roja. Muy pocos días más tarde, el 13 de Agosto de 1914, la Cruz Roja australiana se hallaba ya fundada y, bajo el entusiasta impulso de Lady Novar, se iniciaba brillantemente su actividad. Y casi inmediatamente la nueva Sociedad contó en cada Estado con una rama local colocada igualmente bajo la presidencia de la

OMNADINA

ACTIVO DE LAS DEFENSAS DEL ORGANISMO

India, Canadá y Rusia. La filantropía, ejercida por la ilustre dama en nume-

Estreñimiento: Supositorios Evacuatil Ribalta. De eficacia infalible. Prospectos gratis. Preparación de óvulos y supositorios. Rambla Cataluña, 44, Barcelona

locales de la Cruz Roja e instalar hospitales, casas de convalecencia o talleres para soldados. De regreso a Melbour-

— ¡Oh, señor!, preferiría morir hoy mismo a faltar en lo más mínimo.

— Que así sea — dijo atando las bridas del caballo—. Cuando mañana por la tarde venga a sangrarle veré si lo ha cumplido.

— Sigamos a pie por este torrente, porque desde aquí hasta la casa a que nos dirigimos es poco el trecho y un camino muy engorroso para los caballos; el muchacho de estos señores tendrá aquí cuidado de ellos. Contemple usted siquiera por algunos momentos este hermoso valle. ¿No es cierto que parece un jardín inglés? Ahora vamos a casa de un obrero inconsolable por la muerte de un hijo suyo. El mayor, todavía joven, pretendió durante el último verano trabajar como un hombre, y el pobre se excedió en sus esfuerzos y murió de languidez a fines de otoño. Esta es la primera vez que he encontrado el sentimiento paternal tan desenvuelto. Ordinariamente, los aldeanos consideran en su hijo muerto la pérdida de una cosa útil que forma parte de su fortuna y el sentimiento se encuentra en razón de la edad. Cuando es adulto, un hijo supone un capital en la casa. Pero este pobre hombre amaba a su hijo de corazón. «¡Nada puede consolarme de su pérdida!», me dijo el otro día que me le encontré en un prado, de pie, inmóvil, olvidándose de su tarea, apoyado en su hoz y teniendo en la mano la piedra de afilar, pero sin hacer uso de ella aunque lo necesitaba. Nunca se le oye hablar de su pena, pero

siempre se le ve taciturno y abatido. Hoy tiene también en ferma una de sus hijas..

Sin acabar la conversación, llegaron a una casita situada junto a la presa de un molino surtidor. En él, bajo la sombra de un sauce, se divisaba un hombre de unos cuarenta años comiéndose un pedazo de pan.

— ¡Hola!, Gasnier; ¿está mejor la pequeña?

— No lo sé, señor — contestó con tristeza —; allí está mi mujer a su lado y usted podrá verla ahora, aunque tengo la seguridad de que a pesar de todos sus buenos cuidados la muerte me la arrebatará como al otro y como seguramente hará con los que me quedan.

— La muerte no se estaciona en casa de nadie, Gasnier, porque no tiene tiempo para ello. Así es que no tenéis que desesperanzaros.

Benassis entró en la casa seguido del padre. Una media hora después salía acompañado por la madre, a la que dijo:

— Hagan ustedes minuciosamente lo que les he encargado y no tengan la menor preocupación por la niña, puesto que ya está salvada.

Cuando llegaron a los caballos y los montaron, dijo volviéndose hacia el militar:

— Si estas andanzas le resultan a usted pesadas, nos acercamos al camino del pueblo y se marcha usted por él a casa.

ne, sin tomarse el más breve descanso, organizaba recepciones y fiestas a beneficio de los heridos que volvían del frente. Se debe también a Lady Novar la creación de la Unión amigable de es-

ANTIPHLOGISTINE

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

posas y madres de los soldados, institución que desde sus comienzos mostró la mayor utilidad y cuyos grandes beneficios se hacen aún sentir. Frecuentemente concedió también su eficaz concurso a la *Victoria League*, a la Asociación de enfermeras del *Buhs* y a todos los movimientos filantrópicos en los que encontraba un medio de hacer el bien.

La interrupción de las hostilidades dejó sin objeto a una importante parte de las organizaciones exteriores de la Cruz Roja australiana y ésta dirigió entonces su solicitud hacia los hospitales y las casas de convalecencia para

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

los soldados o las enfermeras militares reintegrados a su país.

Coincidiendo casi con esta iniciada modificación de su rumbo, en 1918, una violenta epidemia de gripe, extendida a toda Australia, llevó a la Cruz Roja a aplicar su organización y su experiencia de cuatro años de intensa labor al socorro de los numerosos atacados por el mal. Con este fin se aumentó el personal y el material hospitalario, se reclutaron todas las enfermeras y auxiliares disponibles y los enfermos pobres

podieron así disponer de mantas, ropas de abrigo y los alimentos apropiados a su estado.

En el año 1919 la Cruz Roja australiana prestaba su adhesión a la Liga de Sociedades de la Cruz Roja. A partir de esta fecha todos sus esfuerzos se han dirigido a servir el programa de paz de la Cruz Roja. Lady Novar, comprendiendo todo el partido que las secciones locales podrían obtener de la perfecta organización lograda durante sus actividades del período bélico, las invitó a consagrar sus esfuerzos a la causa de la higiene y al nuevo programa de paz.

Con la unánime satisfacción de los

Solución salicilato sódico Domingo.

Cada cucharada contiene dos gramos de salicilato sódico puro.

J. DOMINGO CHURTO

C. Libertad, 14, BARCELONA

australianos, el mandato de Sir Ronald Ferguson, que debía expirar en 1919, fué prolongado hasta el año siguiente, durante el cual el príncipe de Gales hizo una visita al país. Fué solamente a finales del año cuando Lady Novar, con el más vivo sentimiento de la población, dejó el país y se vió obligada a abandonar la presidencia de la Cruz Roja australiana. Conservó, sin embargo, la misión de representarla en el extranjero. Y se debe a su colaboración y a su constante mediación el que la Cruz Roja australiana, a pesar de su alejamiento, se halle siempre al corriente de las asambleas internacionales de la institución, en las que Lady Novar toma

CARABAÑA: el mejor purgante.

ción, se halle siempre al corriente de las asambleas internacionales de la institución, en las que Lady Novar toma

una activa parte y en las que ejerce toda la influencia a que le da derecho su alta e indiscutible autoridad moral.

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

Jarabe Bebé. - Tetradínamo. - Septicemiol. - Purgantil (Jarabe de Frutas).

Véase anuncio, página III

La cartera de «Decio Carlan».

¡Cuántos esclavos conozco que se empeñan en ocultar sus cadenas digeríendolas en su estómago!

Ich.

..

¿Por qué la cerveza teniendo relativamente menor proporción de alcohol que el vino y mucho menos que las bebidas destiladas, produce, sin embargo, el alcoholismo crónico? Porque permanece más tiempo en el organismo y más

SARNA

Cápsulas con SULFURETO CABALLERO

difundida en los diferentes humores y tejidos.

Es un caso de perseverancia y permanencia más que de cantidad, y, por tanto, es más *histológica* que *dinámica* en sus efectos.

El borracho agudo de cerveza es raro y aun leve en sus manifestaciones ordinarias, mientras que la embriaguez vinica es pronta en aparecer y lo es también en borrarse si las dosis no han

SIGUE A LA PÁGINA XVIII

—En modo alguno, por el contrario, cada vez estoy más satisfecho.

—Como usted ve, todas las chozas tienen el mismo corte, y, en la apariencia, nada hay más monótono que el campo.

—Sigamos—dijo el comandante por toda respuesta.

Durante algunas horas caminaron a paso ligero, consiguiendo atravesar el cantón en toda su amplitud, y por la tarde llegaron ya a la parte más próxima al pueblo.

—Es preciso que me llegue allá abajo—dijo el médico a Genestas, indicándole unos árboles que se veían por un callejón formado entre dos montañas—. Aquellos árboles seguramente tendrán ya doscientos años. Allí vive la mujer cuyo aviso me dieron ayer en el momento en que íbamos a cenar, anunciándome que se ha quedado fría.

—¿Eso es muy peligroso?

—No—dijo Benassis—; son consecuencias de un embarazo. Esta mujer se halla en el último mes; con mucha frecuencia, en este período, algunas mujeres experimentan espasmos, y como precaución, es conveniente que yo esté al tanto por si ocurriese algo alarmante, porque a esta mujer la asistiré yo mismo. Por otra parte, os enseñaré allí una de nuestras industrias nuevas; hemos puesto un tejear que está a cargo de estas gentes. Como el camino está bueno, ¿quiere usted que galopemos un poco?

—¿Me seguirá su caballo?—añadió Genestas, a la vez que decía al suyo—: ¡Vamos, Neptuno!

En un momento, el oficial se encontraba a cien pasos envuelto en un torbellino de polvo; mas, a pesar de la velocidad de su caballo, no dejó un solo momento de oír a su lado los pasos del que montaba Benassis. Este impulsó nuevamente al suyo y sobrepasó al del militar, sin que Neptuno pudiese alcanzarle hasta que le aguardó en el tejear.

—¡El demonio que os siga!—dijo Genestas viendo que el caballo de su compañero ni sudaba ni respiraba con fatiga—. ¿Qué especie de bestia es la que montáis?

—¡Ah!—respondió el médico sonriendo—, ¿la había usted tomado por una rosa delicada? Por el momento, la historia de este hermoso animal nos consumiría mucho tiempo, y os bastará con saber que Roustan es un verdadero árabe traído del Atlas. Un caballo berberisco vale tanto como un caballo árabe. El mío recorre todas estas montañas a galope tendido sin llegar a sudar, y camina con pie firme a través de los precipicios. Por otra parte, es un regalo bien ganado. Un padre creyó pagarme con este animal la vida de su hija, una de las principales herederas de Europa, que encontré medio muerta en el camino de Saboya. Si os contare cómo curé a aquella joven me tomarías por un charlatán. ¡Escuche!; se oye el trote de unos caballos y el ruido de una jardinera en el camino; a ver si por casualidad fuese Vigneau, a quien os recomiendo miréis con atención.

En aquel momento el oficial divisó cuatro enormes caballos adornados como los que tienen los agricultores más

Polisalicilatos

LOS POLISALICILATOS son un líquido que marca el mismo equilibrio iónico que el Ringer, y esta tensión osmótica le permite ser tolerado por las venas y estómago.

LABORATORIO PIÑA
SAGASTA 17. MADRID.

PIÑA
tratamiento
ANTIRREUMÁTICO

FÓRMULA

Na	K	Ca
100	15	10

REUMATISMO ARTICULAR AGUDO CRÓNICO E INFECCIOSO. ARTRITIS Y SUS COMPLICACIONES. CIÁTICA, etc. etc.

ELIXIR

En este producto se suman las ventajas de cada uno de los salicilatos, eliminando los inconvenientes que tienen empleándolos aislados.



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.

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 salicílica.

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



**SANTAL
MIDY**

Inofensivo y de una Pureza absoluta

**CURACION
RADICAL
Y RÁPIDA**

(Sin Copaiba — ni Inyecciones)
de los Flujos Recientes ó persistentes

PARIS, 8, Rue Vivienne y en todas las Farmacias

Exigir la Firma

Santal Midy

Sobre el rótulo

Exigir el Nombre



Sobre cada cápsula

Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

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

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

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

FORMAS FARMACÉUTICAS :

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

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

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

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

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

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

**LIPIODOL
LAFAY**

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



PERCAINAL

"CIBA"

Pomada analgésica

astrigente

antiflogística

antipruriginosa

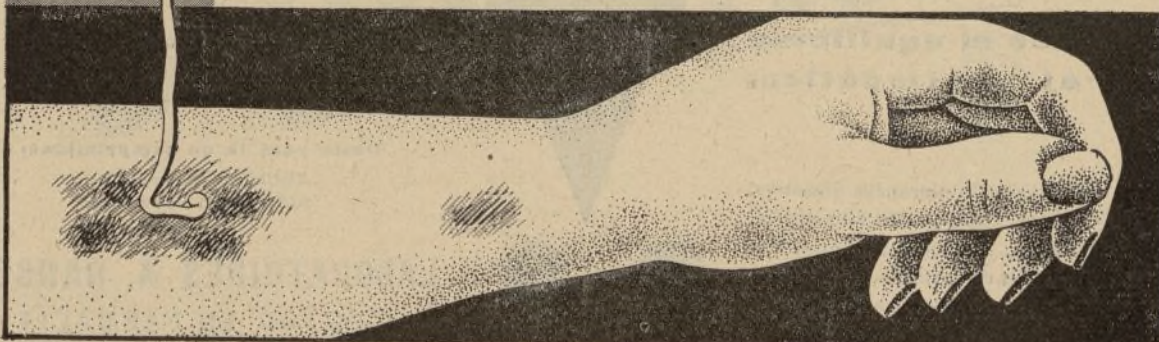
Eczemas
Maceraciones
Herpes
Grietas
Intertrigo
Prurito
Fisuras
Quemaduras
Hemorroides

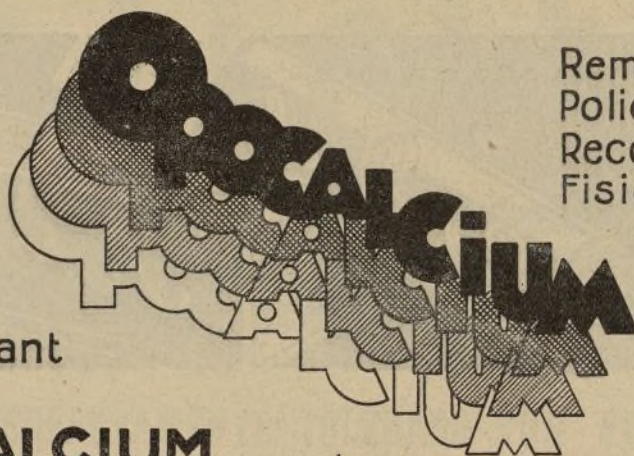
CIBA SOCIEDAD ANONIMA DE PRODUCTOS QUIMICOS

Aragón, 285

BARCELONA

Apartado 744





Remineralización
Poliopoterapia
Reconstituyente
Fisiológico....

del Dr. Guersant

1º OPOCALCIUM

Sellos, Comprimidos, Granulados

2º OPOCALCIUM IRRADIADO

Sellos, Comprimidos, Granulados

3º OPOCALCIUM

arseniado — Sellos

4º OPOCALCIUM

guayacolado — Sellos

LABORATORIOS A. RANSON

DOCTOR EN FARMACIA

121, AV^º GAMBETTA. PARIS

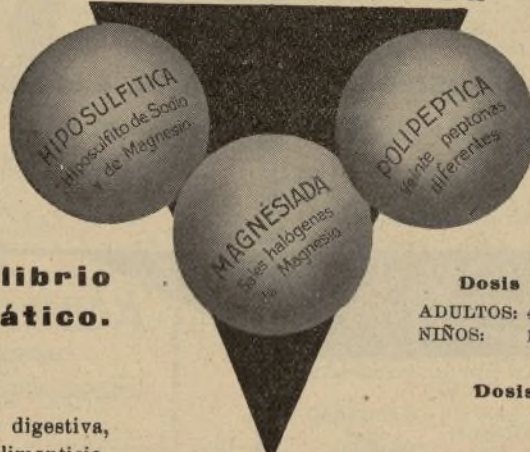
Depósito general en ESPAÑA: MIGUEL SOLER ELIAS.—Muntaner, 191.—BARCELONA

ANTIANAFILAXIA

CITOFILAXIA

PROFILAXIS ANTICANCEROSA

anacласine
RANSON
(ἀνά= CONTRA, κλάσις= SHOCK)
Asociación antianaafiláctica polivalente



**Restablece el equilibrio
humoral y simpático.**

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

Dosis para la fórmula granulada:

ADULTOS: 4 a 6 cucharadas de las de café por día.
NIÑOS: 1 a 2 cucharadas de las de café por día.

Dosis para la de comprimidos:

ADULTOS: a 5 por día.
NIÑOS: 1 a 3 por día.

LABORATOIRES A. RANSON

DOCTOR EN FARMACIA

121, Avenue Gambetta, PARIS

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

Ayuntamiento de Madrid



Cada hora

debe administrarse **una tableta**
de 0.1 g. de

PIRAMIDÓN

en el tratamiento de las infecciones
tíficas, llegando, si esto fuera preciso,
hasta quince tabletas de Piramidón al
día. Este tratamiento, en apariencia
sintomático, hace desaparecer rápida-
mente el estupor, la inquietud, el sub-
delirio y los trastornos respiratorios.

Envase original

Bayer-Meister-Lucius

Frasco de XX tabletas de 0.1 g. Tubo de X tabletas de 0.3 g.

Piramidón





Alimento fisiológico completo

VINO DE VIAL

Quina, carne, lacto-fosfato de cal.

Rigurosamente dosificado

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

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

De venta en todas las farmacias.

Depositorio general para España:

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



TRICALCINE INYECTABLE

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

MEDICACION CALCICA
INTENSIVA Y ESTIMULANTE

TUBERCULOSIS
MISERIA
FISIOLOGICA

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

CONVALECENCIAS
ANEMIA
ESCROFULOSIS

Laboratoire des Produits SCIENTIA, 21, rue Chaptal, Paris. 9°

LA HELENINA Y LOS TERPENOS DEL GOMENOL

FORMULA

Eucaliptol...
Citreno...
Terpeno... 1 gr.
Terpinol...
Benzato y
Cinamato
sódico... 2 grs.
Helenina... 0,02
Fosfato de
codeína... 0,05

Convenientemente dosificados, estos poderes antisépticos, en sustitución de las antiguas trementinas y bálsamos, garantizan la eficacia terapéutica de EUBRONQUIOL en el tratamiento de las enfermedades del aparato respiratorio agudas, crónicas y recidivas. Tolerancia absoluta sea cual fuere la edad del enfermo.



EUBRONQUIOL

Pida muestras y literatura al LABORATORIO FEDERICO BONET, Rosalía de Castro, 31 - Apartado 501 - MADRID

LOS AMPHO-VACCINS de Ronchèse.



Lisado
bacteriano.

Bacterias
tratadas
por el bromo.

Responden a todas las exigencias de una vacunación completa tanto preventiva como curativa.

Lista de los Ampho-Vaccins:

INYECTABLES

ANTIINFECCIOSO
ANTIESTAHILOCÓCCICO
INTESTINAL
PULMONAR
URINARIO

A INGERIR

ANTIINFECCIOSO
ANTIESTAHILOCÓCCICO
ANTIPOÍDICO T. A. B.
INTESTINAL
PULMONAR
URINARIO

TOPICOS

ANTIPIÓGENO
(en 2 formas: ampollas de 2 y 10 c. c.)
RINOFARÍNGEO
AMPHO-TABLETAS
(a base de Ampho-Vaccins Rinofaríngeo.)
PYO-AMPHOGEL

Para la pulverización del Ampho-Vaccins Rinofaríngeo el
AMPHO-PULVERIZADOR RONCHÈSE

PAGÈS & SARRIAS

GOYA, 13.—Teléf. 55063. — MADRID

PUERTA FERRISA, 16.—Teléf. 25844.—BARCELONA



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

Agentes para España:

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

AETHONE

PODEROSO SEDATIVO, no TÓXICO

Tos esp dica

Tos Ferina

Tos de los **Tuberculosos**

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

Las dietas modernas amenudo carecen de minerales

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

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

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

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

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

JARABE de FELLOWS DE HIPOFOSFITOS

CONTIENE LOS MINERALES INDISPENSABLES

MUESTRAS A PETICION

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

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARIS

PREMIO ORFILA
1872



PREMIO DESPORTES
1904

DIGITALINE NATIVELLE CRISTALIZADA

**Obra más regularmente que todas
las preparaciones de Digital**

Gránulos al 1/10 de miligramo. — Solución al milésimo.
Ampollas al 1/4 de miligr. para inyecciones intramusculares.
Ampollas al 1/5 de miligr. para inyecciones intravenosas.

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession — PARIS (XV^e)

Draeger.

ANTALGOL DALLOZ

Granulado

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

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

Dr. Georg Henning, Berlin



Testogan

Preparado organo-terápico, de efecto seguro, indicado en los casos de: Potencia reducida, neurastenia sexual, estados de agotamiento, vejez prematura.

Teligán

Para combatir eficazmente los desórdenes funcionales de las glándulas genitales. Indicado en: Desórdenes de la menstruación, molestias de la menopausia, insuficiencia sexual, vejez prematura.

Sipolysin

Muy indicado en la adiposidad, tanto endógena como exógena. Formas mixtas.

Intestinol

Preparado a base de páncreas, secreta y carbón. Indicado en todos los desórdenes digestivos, como estimulante fisiológico de las glándulas digestivas.

Pituigan

Extracto estandarizado del lóbulo posterior de la hipófisis. Debilidad de las contracciones uterinas, hemorragias, postparto, postaborto y ginecológicas, debilidad circulatoria.

Myoston

Extracto estandarizado de la musculatura, libre de albúmina, Angina de pecho, esclerosis coronaria y enfermedades análogas de los vasos cardíacos.

Muestras y bibliografía al representante general para España:

GUILLERMO HOERNER, Suc. de WALTER ROSENSTEIN, BARCELONA — Apartado 712



MORRHUETINE

JUNGKEN

EL TÓNICO DE LA INFANCIA Y DE LA PUBERTAD
MEDICACIÓN YODADA POR EXCELENCIA. SE USA TODO EL AÑO SABOR GRATÍSIMO

NURRISOL

RECONSTITUYENTE GENERAL PARA LAS MUJERES QUE CRIAN
FACILITA LA LACTANCIA MATERNA

PAHIRVOL

TÓNICO ESTOMACAL
INSUFICIENCIA Y ATONÍAS GÁSTRICAS

SELLOS GRANULADOS



**TRICALCINE
IRRADIADA**

DOSIFICADA A $\frac{1}{2}$ MILIGRAMO de ERGOSTERINA
IRRADIADA POR DOSIS

VITAMINA D
SALES DE CALCIO

**RECONSTITUYENTE
GENERAL**

TRASTORNOS DEL CRECIMIENTO
DEBILIDAD - CARENIA
DESMINERALIZACION
RAQUITISMO

21, RUE CHAPTAL - PARIS. IX^e

TRICALCINE
EL ESPECIFICO RECALCIFICANTE MAS ANTIGUO

Altein El único sanatorio de primer orden en **Arosa**
para todos los casos de tuberculosis.

Médico jefe: DR. O. AMREIN

Precio de la pensión, incluido el tratamiento médico, cuidado, etc., a partir de 18 francos.

Prospectos y ofertas por la Dirección Comercial.

LABORATORIOS CORBIÈRE - PARIS

**SUERO ANTI-ASMATICO
DE HECKEL**

MUESTRAS
GRATIS



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


LA EXCITACIÓN DEL
NEUMOGÁSTRICO ESPASMA LOS
BRONQUIOS Y CAUSA LA CRISIS DE ASMA
SI POR MEDIO DEL SUERO DE HECKEL, SE EXCITA EL GRAN SIMPÁTICO,
LA ACCIÓN DEL NEUMOGÁSTRICO QUEDA ANIQUILADA Y EL ESPASMO CESA


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



TANTO SI EL PACIENTE ES

anciano  y débil  o tan joven

 que su aparato digestivo trabaje con

menos energía que sus miembros  o ya

sea un adulto, hombre de negocios,



sano, pero que lleve vida sedentaria



—prescriba AGAROL, seguro de que remediará
el estreñimiento y conseguirá restablecer el
buen funcionamiento de los intestinos.

AGAROL es la emulsión
original de aceite mineral
y agar-agar con fenolfta-
leína. Reblandece el conte-
nido intestinal y estimu-
la suavemente la
peristalsis.

Lo bastante suave para pacien-
tes jóvenes y lo activo suficiente
para los estados crónicos de
pacientes adultos y ancianos.

*Gustosamente le enviaremos
una muestra para su ensayo*

AGAROL para el estreñimiento

Laboratorio y Comercio Substancia, S. A. - Apartado 410 - Barcelona

ION - CALCINA

PALLARÉS

Hemostático-reconstituyente
a base de **cloruro de calcio**.

Frasco. — Para uso interno.

Ampollas. — Inyección intravenosa.

Laboratorio M. PALLARES

Plaza Mosén Sorell, 6.

VALENCIA

STROPHANTIVM

PALLARES

Tintura de estrofantus, especial-
mente preparada y exactamente
dosificada.

Asociación
aitarina-Dab



reemplaza con ventaja
Digital y Digitalina.

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

LABORATOIRES DEGLAUDE 8, Rue d'Assas
PARIS VI.

Muestras y
literaturas:

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

— BARACHOL —

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

LABORATORIOS FAUS.—VILLAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)



SANATORIO NEUROPÁTICO

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

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

Plaza de la Independencia, 8. MADRID. Teléfono 11680

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

Vídanse reglamentos á la Administración.

INSTITUTO MEDICO-PEDAGOGICO

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

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

Dirección médica: **Dr. Gonzalo R. Lafora.**

PARA LAS ENFERMEDADES NERVIOSAS

ELIXIR POLIBROMURADO AMARGÓS

BROMURANTINA

(Nombre registrado.)

Calma, regulariza y fortifica los nervios.

Contiene los bromuros potásico, sódico, estrócnico y amónico, asociados con sustancias tónico amargas.

¡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 Laxante

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.**

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

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

¡Cuidado! Pedid el DEYEN pues hay imitaciones.

BOLEASE MONAL

Globulos glutinizados de extractos completos
— et inalterables de Bilis et de boldo —

COLAGOGO - TÓNICO - HEPÁTICO - ANTI-TÓXICO

Enfermedades del Hígado
— y del Intestino —

DOSIS : 4 à 6 glóbulos por día



Cólicos hepáticos Litiasis
biliar, Icterias, Congestiones, Colemias,
Enteritis, Estreñimiento crónico,
auto-intoxicaciones

LABORATOIRES MONAL & C^{ie}, 6, RUE BRIDAIN, PARIS

Muestras y Literatura : M. BENEYTO, Representante, Antonio Maura 5 y 7, Apartado 648, MADRID

CATARROS FOSFOTIOL : : TOSSES : :

SOLUCION ARSENIO FOSFORADA CON TIOL

Ayuntamiento de Madrid

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

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.: Cl. 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)

CARIE/ O/EA Y DENTARIA TUBERCU LOSIS - RAQUITISMO.

ENERGO BLEFEL

ELIXIR E INYECT.

PODEROSO RECONSTITUYENTE EFICAZ ANTITUBERCULOSO

CALCILS LEFEL

ANALISIS

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

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

Carretas, 14, Madrid.

FUNDADO EN 1866

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 iodo alcalino.

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

Fscrófula, 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

Las enfermedades del

Estómago e Intestinos

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

ELIXIR ESTOMACAL SAIZ DE CARLOS (STOMALIX)

Poderoso tónico digestivo que triunfa siempre.

Venta Principal: farmacia del mundo.

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 diríjanse a D. Antonio Lliso, en dicho pueblo.

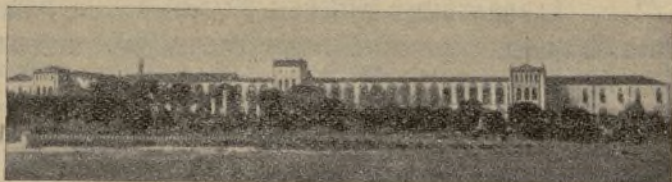
VACANTES

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

La de Arrecife de Lanzarote (Las Palmas), por oposición. Tribunal especial, (Continúa en la página siguiente.)

Sanatorio Psiquiátrico ESQUERDO Carabanchel Alto.

Director: Dr. Jaime Esquerdo Sáez



Informes y correspondencia... } AL DIRECTOR { MADRID.—Alfonso XI, 7 — Teléfono 16962 Carabanchel Alto, Sanatorio. Teléfono 20 Ayuntamiento de Madrid

sido excesivas. El cervecista permanece empapado en su alimento o su veneno (según las dosis) porque lo envenenado

STROPHANTUM

PALLARÉS

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

o alimentado es el tejido, mientras que el borracho vínico o el licorista quema sus células y arroja pronto sus cenizas. Preferid los vinos a las cervezas y los licores a los vinos, siempre que mezcléis aquéllos con agua o tengan una proporción o grados bajos de alcohol, aunque siempre será superior al de las cervezas.

No es esto lo que médicos y vulgo opinan; pero mi experiencia pienso que me autoriza a afirmarlo.

Ich.

"MALTOPOL"

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

Cuentas saldadas.

Un famoso doctor de Atlanta llamado Brown ha dado a sus clientes que tenían cuentas con él uno de los mejores obsequios de Pascua imaginables.

En carta atenta les ha comunicado, después de desearles una feliz entrada de año y un inmejorable final de éste, que como sus ingresos le permiten este lujo ha quemado sus libros de cuentas, y, por lo tanto, están saldados los atrasos.

La noticia ha producido los consiguientes jubilosos efectos. Pero entre las cartas de agradecimiento recibidas le ha llegado una por demás distinta.

En un tono bastante violento le dice su comunicante que no es tolerable adelantar las inocentadas y que no está dispuesto a tolerar bromas de mal género.

Parece que el doctor, ante la misiva, se ha quedado un tanto perplejo y desconcertado.

—No podía faltar un pequeño borrón —ha dicho el doctor—, ni siquiera en estas cuentas saldadas.

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

Un sabio penetra en el Strómboli.

El profesor Hyrner ha conseguido penetrar en el cráter del Strómboli. El sabio italiano, vestido con un «buzo» de amianto, se deslizó, sujeto por una cuerda incombustible, hasta la lava incandescente. Para no perecer asfixiado iba provisto de un aparato de oxígeno. En esta audaz exploración, el sabio profesor ha obtenido datos científicos de gran interés, que van a ser publicados.

Noel.

Fred y Jack son dos niños ingleses. Hermanos, de un extraordinario parecido físico. Son dos gotas de whisky. Pero su carácter es también extraordinariamente opuesto. Fred es alegre, dicharachero, optimista. Jack es desconfiado, silencioso, gruñón. El padre de ambos niños siente predilección hacia este último. «Tiene personalidad—dice—y trata a la vida como se merece; no le engañarán, llegará lejos.» Le preocupa, por

lo tanto, el carácter de Fred, y con el fin de producirle una impresión que le haga meditar, ha ideado una experiencia para la noche de Noel. Sabido es que

de médicos de España a los
CONVALESCIENTES
los
recetan **Elixir CALLOL**

en esta noche los niños de Inglaterra colocan sus zapatitos en espera del regalo maravilloso, al pie de la clásica chimenea, que es el camino por donde llega el Padre Noel. Ahora los deja de lante del radiador de la calefacción, que, naturalmente, no tiene la misma poesía. El papá de Jack y Fred ha ido a la cuadra; ha cortado unas crines de un caballo y las ha dejado por todo regalo en los zapatitos del alegre Fred. Al día siguiente, casi al amanecer, los dos chicos corren al radiador. Jack se encuentra

VINOS

MUY

ACIDOS

TRATAMIENTO:

BASICINA

con un precioso «auto». «¡Bah! exclama con su constante acento de decepción—. ¡Yo quería un aeroplano!...» El papá espera ver el efecto producido por el regalo de Fred. «¡Papá! —grita éste radiante de alegría—. ¡Noel me ha traído un caballo vivo. Sólo que estaba mal sujeto y se ha escapado!»

acomodados de la Brie. Los collarones con sus borlas de lana, los cascabeles y los cueros de los tiros, tenían un brillo chocante. En aquella hermosa jardinera pintada de azul iba guiando los caballos un hombrachón mofetudo y ennegrecido por el sol, manteniendo en la mano un látigo tan limpio como pueda estarlo cualquier fusil en el cuerpo de guardia.

—El que viene no es el dueño —dijo Benassis—. Vea usted como el bienestar industrial del amo se refleja sobre todas las cosas, aun hasta en los arreos del coche. ¿No es esto el indicio de una inteligencia comercial bastante rara en los campos?

—Indudablemente; todo tiene el aspecto de estar dirigido por una inteligencia despierta.

—Pues bien; Vigneau dispone de dos equipos semejantes. Además, tiene su caballo de silla sobre el que hace siempre sus negocios, porque su comercio se extiende bastante, aunque hace cuatro años no disponía de nada suyo, sino que tenía deudas. Pero, vamos a entrar.

—¡Mozo! —dijo Benassis, dirigiéndose al que estaba en la jardinera—, la señora Vigneau, ¿está en casa?

—¡Señor!, ahora se encuentra en el jardín; acabo de verla sentada debajo de un haya, pero la avisaré en seguida.

Genestas siguió a Benassis, quien le hizo recorrer un vasto terreno vallado por un seto. En un lado se encontraban amontonadas las tierras blancas y la arcilla necesarias

para la fabricación de tejas y de baldosas; en otro lado había también unos montones de troncos de árboles que servirían para calentar los hornos; más allá, en una explanada rodeada de alambrado, varios obreros confeccionaban tejas o ladrillos; frente a la entrada, y bajo unos enormes olmos, estaba la fábrica de tejas planas y acanaladas: una enorme sala cubierta por secaderos y al lado de la cual se hallaba la boca del profundo horno, las anchas palas y el abovedado y negro camino que conducía a él. Paralelamente a la fábrica se encontraba la casa de los dueños, de aspecto miserable, y en la que las cocheras, las cuadras y los establos tenían lugar preferente. Las gallinas y los cerdos disfrutaban de un extenso corral. La limpieza que se veía en todos estos departamentos y su buen estado atestiguaban la vigilancia que sobre ellos tenía a diario su dueño.

—El predecesor de Vigneau —dijo Benassis— era un desgraciado degenerado que constantemente estaba borracho. Como obrero que había sido siempre, reducía su intervención a encender el horno y a pagar puntualmente los jornales; pero carecía en absoluto de actividad y de espíritu comercial. Como no viniesen a buscar sus mercancías, se eternizaban aquí o se hacían mil pedazos, con harta frecuencia. De ese modo el dueño se moría de hambre. Su mujer, a quien había idiotizado con sus malos tratos, vivía miserablemente. Esta pereza y aquella incurable estupidez me tenían indignado, y el aspecto de esta fábrica resultaba tan

No me escapé de la cárcel: me echaron.

Esto ha dicho el recluso Pozalito, penado en Nueva Orleans, al ser detenido como evadido de su prisión.

—Nada de eso; me echaron. Y yo, claro es que me fui.

Naturalmente que inmediatamente

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

han comenzado las investigaciones para saber la verdad. Y, en efecto, le echaron.

Fué una equivocación de un carcelero, y sucedió así:

Una buena mañana formó en una galería a varios quincenarios, y entre ellos a Pozalito, condenado por varios años.

—Ahora os vais a ir todos a escape, y al que no salga más rápido que el rayo le echo yo a patadas.

Pozalito quiso replicar; pero el carcelero no le dió tiempo.

—¿Conque estabas muy bien aquí, eh?

¡So vago!

Y la emprendió con él a puntapiés hasta dejarle fuera de la prisión.

**Contra las neuralgias aconsejad
CEREBRINO MANDRI**

**Miren ustedes
por la cerradura.**

Ahora resulta que para decidir y dar una sentencia de divorcio en Belgrado, los testigos e incluso los jueces habían tenido que mirar antes por el ojo de una cerradura.

Si no hay cerradura, no hay divorcio.

¡Desdichados los demandantes que

aleguen hechos en campo abierto!... Como no hay cerradura... ¡pues no se les admitirá la demanda!

La cosa está bien y simplifica mucho.

Pero lo que tiene sus contras es que los hechos que pueden motivar un divorcio y ofrecer datos a los testigos por el ojo de una cerradura no son hechos que se produzcan precisamente en una cárcel, y, por tanto, quien sea sujeto de la culpabilidad no permanece tanto tiempo en su encierro para que se efectúen las diligencias con la parsimonia y lentitud que suelen efectuarse.

Entonces, ¿qué tratan de lograr los Tribunales que entienden de divorcios en Belgrado?

¡Pues que haya menos divorcios! ¡¿Qué duda cabe!!

**YODALGON
ARRHENALADO
COMBINACIÓN ORGÁNICA DE YODO Y ARSÉNICO**

**Un hombre de de-
cisiones tardías,
pero seguras :: ::**

Un sastre yugoeslavo se sintió días pasados muy enfermo, y pensando que había llegado el fin de su vida llamó a un cura.

A la una de la tarde recibió el bautismo, que aún no había recibido. A las dos de la tarde se casaba con su novia, con la que estaba en relaciones desde hacía tres años. Una hora después recibía la Extremaunción, y a las cinco de la tarde fallecía.

Un verdadero record. En menos de veinticuatro horas, bautizado, casado y muerto.

QUIEN hubiese encontrado una esperanza, por Dios, que me la vuelva, que me hace falta; mas... bien mirado, que se quede con ella quien la haya hallado.

Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.

Alcalá, 88. — Madrid.

EL SR. SALAZAR Alonso gira una visita de inspección al Manicomio Provincial. Entre el personal facultativo y administrativo que acompaña al visitante se encuentra un señor que se les ha agregado en un pasillo. A punto de retirarse el Sr. Salazar, le pregunta:

—Y usted, ¿quién es?

—Yo soy el presidente de la Diputación Provincial.

—Pues está usted apañado. Yo vine aquí por decir que era el duque de Alba, y así llevo cinco años. Conque prepárese.

JARABE ALMERA

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

—HA APARECIDO una mujer que había sido secuestrada por los bandidos, y creemos que es la de usted.

—¿Qué ha dicho?

—Nada.

—Pues no es mi mujer.

—¿LE DIJISTE al profesor que te había hecho yo el ejercicio de latín?

—Sí; papá.

—¿Y qué te dijo?

—Que, siendo así, no me castigaba.

desagradable que procuraba evitar pasar por ella siempre que podía. Felizmente aquellos dueños eran los dos bastante viejos. De pronto el tejero fué atacado por una parálisis y le trasladé al hospital de Grenoble. El propietario de la tejera consintió en venderla conforme estaba, y entonces busqué con actividad nuevos propietarios o arrendadores que supieran introducir en ella las mejoras que yo deseaba implantar. El marido de una doncella de la señora Gravier, pobre obrero ganando un jornal bien pequeño en casa de un cacharrero donde trabajaba y que no podía mantener la familia, comprendió el negocio y me siguió ciegamente. Este hombre tuvo valor suficiente para arrendar la tejera sin disponer de ningún dinero. Se instaló en ella, enseñó a su mujer y a su suegra a confeccionar las tejas, haciendo de ellas dos obreros. ¡No sé cómo se las pudieron arreglar! Seguramente que Vigneau buscó prestadas las maderas para calentar el horno, o también es probable que de noche saliera a buscarlas al monte; lo cierto es que desplegó una energía sin límites y que las dos mujeres en harapos trabajaban como negras. De este modo consiguió cocer algunas hornadas y pasó su primer año comiendo el pan caramente adquirido con el sudor de su frente; pero al fin se sostuvo y salió adelante. Su valor, su paciencia y sus cualidades excepcionales hicieron que reparasen en él muchas personas y que le tomasen en consideración. Siempre inansable en su trabajo, por las mañanas iba a Grenoble y fería

cuantas tejas y ladrillos había fabricado; a mediodía regresaba a su finca y por la tarde volvía a la ciudad, como hombre que hubiera encontrado la manera de multiplicarse. Al finalizar el primer año pudo tomar dos obreros, que le sirvieron de mucha ayuda. Al ver el rumbo que tomaba su labor, yo le presté algún dinero; pues bien, de año en año, la suerte de esta familia se mejoró increíblemente. A los dos años, las mujeres cesaron en su labor de fabricar ladrillos o de quemar piedras; pero afanosas siempre, se encargaron del cultivo del jardín, del cuidado de las comidas, del repaso de la ropa, hilaban en las veladas y pasaban el día en el bosque. La hija, que sabe leer y escribir, lleva también las cuentas de la casa. Vigneau se compró un caballito para recorrer con más holgura todos los alrededores en los que iba introduciendo sus productos; después aprendió a pintar y a fabricar baldosas con adornos, vendiéndolas a precios muy arreglados. En el tercer año compró ya un cochecito con dos caballos. En aquella casa todo iba de acuerdo con las ganancias y jamás faltó en ella el orden, la economía y la limpieza más escrupulosas, principios generales de todas las fortunas modestas. Por fin dispuso de seis obreros, a los que pagaba muy bien, yendo siempre adelante, aunque poco a poco se ingenió maravillosamente para extender, a la vez que sus trabajos, su comercio, y ahora se encuentra en el mayor desahogo. El año pasado compró la tejería, y en el próximo construirá nuevamente su casa. Ahora todos

útiles o instrumentos de que se habla en el artículo anterior y no diere descargo suficiente sobre su adquisición o conservación, será castigado con las mismas penas pecuniarias y las personales inferiores en dos grados a las correspondientes a la falsificación para que aquéllos fueren propios.

Art. 321. El funcionario que para ejecutar cualquiera falsificación en perjuicio del Estado, de una Corporación o de un particular de quien dependa, hiciere uso de útiles o instrumentos legítimos que le estuviesen confiados, incurrirá en las mismas penas pecuniarias y personales que correspondan a la falsedad cometida, imponiéndoseles en su grado máximo y, además, en la inhabilitación absoluta en su grado máximo.

Art. 322. Los que, sin estar comprendidos en el artículo anterior, se apoderaren de los útiles e instrumentos legítimos que en el mismo se expresan e hicieren uso de ellos para ejecutar cualquiera falsificación en perjuicio del Estado, de una Corporación o de un particular a quien pertenecieren, incurrirá en las mismas penas pecuniarias y en las personales inmediatamente inferiores en grado que correspondan a la falsedad cometida.

Art. 323. Cuando sea estimable el lucro que hubieren reportado o se hubieren propuesto los reos de falsificación penados en este Título, se les impondrá una multa del tanto al triple del lucro, a no ser que el máximo de ella sea menor que el mínimo de la señalada al delito, en cuyo caso se les aplicará ésta.

CAPÍTULO VI

DE LA OCULTACIÓN FRAUDULENTE DE BIENES O DE INDUSTRIA

Art. 324. El que, requerido por el competente funcionario administrativo, ocultare el todo o parte de sus bienes o el oficio o la industria que ejerciere, con el propósito de eludir el pago de los impuestos que por aquéllos o por ésta debiere satisfacer, incurrirá en una multa del tanto al quin-

CAPÍTULO IV

DE LA FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTOS

Sección primera.

De la falsificación de documentos públicos oficiales y de comercio y de los despachos telegráficos.

Art. 307. Será castigado con las penas de presidio mayor y multa de 1.000 a 10.000 pesetas, el funcionario público que, abusando de su oficio, cometiere falsedad:

- 1.º Contrahaciendo o fingiendo letra, firma o rúbrica.
- 2.º Suponiendo en un acto la intervención de personas que no la han tenido.
- 3.º Atribuyendo a las que han intervenido en él declaraciones o manifestaciones diferentes de las que hubieren hecho.
- 4.º Faltando a la verdad en la narración de los hechos.
- 5.º Alterando las fechas verdaderas.
- 6.º Haciendo en documento verdadero cualquiera alteración o intercalación que varíe su sentido.
- 7.º Dando copia en forma fehaciente de un documento supuesto o manifestando en ella cosa contraria o diferente de la que contenga el verdadero original.
- 8.º Intercalando cualquiera escritura en un protocolo, Registro o libro oficial.

Será castigado también con la pena señalada en el párrafo primero de este artículo, el ministro eclesiástico que incurriere en alguno de los delitos comprendidos en los números anteriores, respecto a actos y documentos que puedan producir efectos en el estado de las personas o en el orden civil.

Art. 308. El particular que cometiere en documento público u oficial, o en letras de cambio u otra clase de documentos mercantiles, alguna de las falsedades designadas en el artículo anterior, será castigado con las penas de presidio menor y multa de 1.000 a 10.000 pesetas.

Art. 309. El que a sabiendas presentare en juicio, o usare con intención de lucro, un documento falso de los comprendidos en los artículos precedentes, será castigado con la pena inferior en un grado a la señalada a los falsificadores.

Art. 310. Los funcionarios públicos encargados de los servicios de telegráfos que supusieren o falsificasen un despacho telegráfico, incurrirán en las penas de prisión menor en sus grados medio y máximo.

El que hiciere uso del despacho falso con intención de lucro o deseo de perjudicar a otro, será castigado como el autor de la falsedad.

Sección segunda.

De la falsificación de documentos privados.

Art. 311. El que, con perjuicio de tercero o con ánimo de causárselo, cometiere en documento privado alguna de las falsedades designadas en el art. 307, será castigado con las penas de arresto mayor en su grado máximo a presidio menor en su grado mínimo.

Art. 312. El que, sin haber tomado parte en la falsificación, presentara en juicio, o hiciere uso con intención de lucro o con perjuicio de tercero, de un documento falso de los comprendidos en el artículo anterior a sabiendas de su falsedad, incurrirá en la pena inferior en un grado a la señalada a los falsificadores.

Sección tercera.

De la falsificación de cédulas de vecindad y certificados.

Art. 313. El funcionario público que abusando de su oficio expidiere una cédula de vecindad bajo un nombre supuesto, o la diere en blanco, será castigado con las penas de prisión menor en sus grados mínimo y medio o inhabilitación especial.

Art. 314. El que hiciere una cédula de vecindad falsa será castigado con las penas de arresto mayor en sus grados medio y máximo y multa de 250 a 2.500 pesetas.

Las mismas penas se impondrán al que en una cédula de vecindad verdadera mudare el nombre de la persona a cuyo favor hubiere sido expedida o de la autoridad que la hubiese expedido o que alterase en ella alguna otra circunstancia esencial.

Art. 315. El que hiciere uso de la cédula de vecindad de que se trata en el artículo anterior será castigado con multa de 250 a 2.500 pesetas.

En la misma pena incurrirán los que hiciere uso de una cédula de vecindad verdadera expedida a favor de otra persona.

Art. 316. El facultativo que librare certificado falso de enfermedad o lesión con el fin de eximir a una persona de algún servicio público, será castigado con las penas de arresto mayor y multa de 250 a 2.500 pesetas.

Art. 317. El funcionario público que librare certificación falsa de méritos o servicios, de buena conducta, de pobreza o de otras circunstancias análogas, será castigado con las penas de suspensión y multa de 250 a 2.500 pesetas.

Art. 318. El particular que falsificare una certificación de la clase designada en los artículos anteriores, será castigado con la pena de arresto mayor en sus grados medio y mínimo.

Esta disposición es aplicable al que hiciere uso a sabiendas de la certificación falsa.

CAPÍTULO V

DISPOSICIONES COMUNES A LOS CUATRO CAPÍTULOS ANTERIORES

Art. 319. El que fabricare o introdujere cuños, sellos, marcas o cualquiera otra clase de útiles o instrumentos destinados conocidamente a la falsificación de que se trata en los capítulos precedentes a este título, será castigado con las mismas penas pecuniarias y con las personales inmediatamente inferiores en grado a las respectivamente señaladas a los falsificadores.

Art. 320. El que tuviere en su poder cualquiera de los

Vías respiratorias

JARABE FAMEL
a base de Lactocrocota soluble

**ACCION
RAPIDA
Y
SEGURA**

**calma la tos
facilita la expectoración
reanima el estado general**

*Depósito general para España
Catal y Marín-Aragón 228 - Bar*

ALMORRANAS



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

ANTIASMÁTICO PODEROSO

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES

Jarabe-Medina de Quebracho.

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

Balneario de Carlos III

TRILLO Temporada de 1.º de Julio
— A 15 de Septiembre. —

Medico director en propiedad: Excmo. Sr. D. Victor M.º Cortezo.

Nervios. - Reuma. - Escrófula. - Piel.

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

Servicio directo desde Madrid en tres horas

informes y folletos:

HOTEL LEONES DE ORO, Carmen, 30, Madrid.

segunda categoría, vacante por nueva creación; dotación, 2.750 pesetas y 175 familias de Beneficencia; censo, 5.234 habitantes. Tribunal: Presidente, D. Priscilo Luis Martín Pérez; los vocales serán nombrados. Secretario, D. José Betancort López. Instancias al alcalde hasta el 28 de Marzo.

— La de Guadalcanal (Sevilla), por oposición, Tribunal especial, segunda categoría, vacante por renuncia; dotación, 2.750 pesetas y 300 familias de Beneficencia; censo, 7.568 habitantes. Tribunal: Presidente, D. Carlos Ferránd López; los vocales serán nombrados. Secretario, D. Adrián Salinas Carrasco. Instancias al alcalde hasta el 28 de Marzo.

— La de Beas de Segura (Jaén), por oposición, Tribunal especial, primera categoría, vacante por renuncia; dotación, 3.000 pesetas y 300 familias de Beneficencia; censo, 12.766 habitantes. Tribunal: Presidente, D. Mariano Fernández Horqués; los vocales serán nombrados. Solicitudes hasta el 2 de Abril.

— La de Alcover (Tarragona), por oposición, Tribunal especial, tercera categoría, vacante por nueva creación; dotación, 2.200 pesetas y 25 familias de Beneficencia; censo, 2.762 habitantes. Tribunal: Presidente, D. Angel Vinue a Alonso; los vocales serán nombrados. Solicitudes hasta el 2 de Abril.

— La de Bújer (Balears), por oposición, Tribunal especial, cuarta categoría, vacante por renuncia; dotación, 1.650 pesetas y 15 familias de Beneficencia; censo, 1.205 habitantes. Tribunal: Presidente, D. Juan Durich Espuñes, los vocales serán nombrados. Secretario, D. Antonio Gelabert Beltrán. Solicitudes al alcalde hasta el 2 de Abril.

— La de médico tocólogo de Beas de Segura (Jaén), por oposición, Tribunal especial, primera categoría, vacante por nueva creación; dotación, 3.000 pesetas y 676 familias de Beneficencia; censo, 12.766 habitantes. Tribunal: Presidente, D. Mariano Fernández Horqués; los vocales serán nombrados. Solicitudes hasta el 2 de Abril.

— Tribunal para la plaza de Almansa (Albacete). Presidente, D. José Pérez Mel; vocales: D. Ventura Serna, don José Sánchez Aurell, D. Vicente Beltra Oleina y D. Juan Cuesta Salamanca.

Permuta.—Se hace de partido médico en la provincia de Valladolid, que produce 7.000 pesetas, con buenisimas 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.

— XX —

Los **DIABETICOS** ya pueden comer **DULCE**

gracias a

DULCIMIDA

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

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

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

Sabor agradable, tolerada perfectamente, inocua por completo.

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

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

Laboratorio MORATO.—Paseo República, 87.—BARCELONA

Recuerde siempre

DULCIMIDA

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

Si desea comprobar su sabor agradable pida una muestra.

LABORATORIO BENET

Enrique Granados, 114

BARCELONA



PAIDOTROFO

TÓNICO INFANTIL

a base de glicerofosfato de cal,
ácido arsenioso, glicerina
y muira puama.

FIMONAL

MEDICAMENTO

especial para el tratamiento de las
enfermedades del aparato
respiratorio.

Fórmula: Gomenol, arrhenal,
benzoato sód. benjui y dionina.

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

Director-Propietario: Excmo. Sr. D. CARLOS MARÍA 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: El seguro de enfermedad: Observaciones y prevenciones, por el Dr. F. Murillo.—El estómago de los tuberculosos, por el Dr. J. González Campo.—Conceptos generales acerca de la curabilidad de la sífilis, por el Dr. Tomé Bona.—Ampliaciones, comentarios y aclaraciones al libro de Contestación al programa para ejercicios de inspectores municipales de Sanidad: II. Paludismo, por C. M. O.—Bibliografía.—Periódicos médicos.

EL SEGURO DE ENFERMEDAD

OBSERVACIONES Y PREVENCIÓNES

POR EL

DR. F. MURILLO

Ex Director general de Sanidad.

Se aproxima la hora de la implantación en España de los seguros sociales. Lento y parsimonioso ha sido el avance de esta idea entre nosotros. Cuarenta y cinco años lleva establecido en Alemania el seguro de enfermedad. En tan largo período de tiempo muchos españoles le han dedicado trabajos de divulgación, aunque pocos con probado conocimiento del mecanismo que integra la ley y sus complejas aplicaciones. Este retraso en el estudio y adopción de la medida más trascendental política, económica y sanitaria de la época moderna, es lamentable por lo que supone de lentitud, de insuficiencia para la captación de las ondas circundantes del progreso, pero es ventajoso en cuanto permite aprovechar la experiencia de otros países, que ha sido y aun está siendo muy dura y de graves consecuencias.

No soy sospechoso. En mi discurso de ingreso en la Academia Nacional de Medicina puse de manifiesto los grandes beneficios que los seguros sociales traen a la Sanidad, y desde este punto de vista no tengo nada que retirar, a pesar de Lieck, que en su negra visión del problema llega a negarles eficacia sobre la salud pública. Confieso, sin embargo, que la experiencia, el choque con la realidad multiforme y cotidiana, viene señalando manchas, sombras y daños de varios órdenes que obligan a considerar la cuestión atentamente, para llevar a los reglamentos soluciones de justicia, sin la cual, a la corta o a la larga, nada prevalece.

Los daños a que me refiero son diversos y afectan, de un lado, a la profesión médica; de otro, a la economía del país, y de otro, no poco también, a la misma colectividad o clase social que el sistema trata de favorecer. Ciertamente; mas por encima de todos los inconvenientes

y perjuicios resplandece con lumbré inextinguible el espíritu del seguro, el principio que lo informa y los fines que persigue, elevados, generosos, hondamente humanitarios. Realiza un ideal de práctica fraternidad, satisface nobles anhelos y constituye base poderosa para cimentar aquella paz, aquella concordia de intereses que es indispensable al difícil progreso de la civilización.

¿Por qué, pues, se amontonan densos nubarrones en torno a los seguros cíclicos y, en especial, del seguro-enfermedad? No es mi ánimo entrar en la exposición de este tema, que necesitaría largas disquisiciones. Me limito a decir—y la respuesta vale igual para todos los países, experimentados o inexpertos, en la palestra de las luchas sociales—que el mal viene de la organización del seguro, del mecanismo burocrático que lo envuelve, del espíritu partidista exagerado que a veces predomina en él y de la tendencia al abuso (parasitismo), tendencia disculpable hasta cierto punto, si bien explotada en forma tan excesiva que, a la hora actual, habría dado en tierra con la institución de no tratarse de algo cuya razón de ser y efectos útiles brotan de las entrañas doloridas de la sociedad.

Dejando ahora aparte este aspecto del problema, sus vicios orgánicos y constitucionales, dedicaremos nuestra atención a otra faceta importante, que en realidad constituye un vicio de origen increíble a poco que se considere la naturaleza del seguro-enfermedad. Me refiero al *servicio médico* adoptado, mejor diría impuesto, por los legisladores del seguro, y que es urgente señalar a la clase médica española a fin de aperecirla a la lucha que se avecina, si no quiere caer en la inopia y el menosprecio público.

Hay en la historia del seguro contra la enfermedad un hecho claro y repetido que llama la atención extraordinariamente. Me explicaré. El fundamento y el motivo de este seguro es la asistencia en caso de enfermedad, con lo cual dicho está que el factor indispensable para saber si un asegurado deja de estar sano y pasa a la categoría de enfermo es el médico,

como el médico es, también, el profesional capacitado para conocer la naturaleza de la enfermedad (diagnóstico). Tal es la primera condición esencial del seguro. La segunda atañe al tratamiento, que, naturalmente, cae de lleno dentro de la esfera médica. En ambas condiciones el factor médico y el interés médico van íntimamente ligados al interés económico de las Empresas o Cajas del seguro, puesto que del diagnóstico y del tratamiento dependen, en cada caso, su mayor o menor costo, y el plazo de incapacidad para el trabajo, o sea, el número de días o semanas que las Cajas han de satisfacer al beneficiario la pensión o el subsidio correspondiente. En una palabra: por cualquier lado que se le mire, el seguro-enfermedad, considerado como empresa mercantil, como negocio, depende completamente de la intervención, del trabajo, acierto y honradez de los médicos encargados de la asistencia. El diagnóstico erróneo, el tratamiento equivocado y la laxitud ética o *manga ancha* en la asignación de incapacidad para el trabajo con derecho a indemnización diaria, y acaso más tarde, a pensión vitalicia, parcial o total, llevan la ruina a las Cajas y comprometen la existencia del seguro.

Sobre esto se ha escrito mucho y se han dado a conocer abusos increíbles, como los denunciados en la valiente y documentada obra de Liek (1), que constituye una formidable acusación contra los daños del sistema y sus trascendentales consecuencias étnicas, económicas y políticas. No me propongo analizarlas, y si las traigo a colación aquí es para afirmar que por su origen y su índole sólo el médico puede contrarrestar y limitar los males que el autor citado fustiga. El médico, por la naturaleza de su función y sin proponérselo, viene a ser el mejor *guardián* de las Cajas, el defensor de sus caudales contra la simulación, el despilfarro y el fraude.

Y aquí surge lo extraño, lo incomprensible, lo absurdo. ¿Cómo se explica que siendo el médico el eje del seguro-enfermedad, en ningún país ha sido consultada la clase, en ningún país ha sido oída la opinión médica para la elaboración y promulgación de la ley? En Alemania, en Inglaterra y en Francia los respectivos Gobiernos empezaron por dictar la ley, y sólo cuando los médicos atacados en su interés y en su derecho levantaron la voz y se manifestaron dispuestos a las más extremas protestas, fueron admitidos a discusión y lograron suavizar en los reglamentos algunas imposiciones vejatorias o draconianas. A pesar de lo cual, aquellas leyes continúan siendo leyes con su vicio de origen, su frialdad, tan lejana del cordial espíritu médico hacia los que sufren, y, en fin, reñidas con los criterios de justicia, que si ha de serlo necesita beneficiar igualmente a

todos los ciudadanos, sin preterir ni mucho menos sacrificar a los médicos.

¿Quién ignora las luchas de la clase médica alemana (Hartmannbund, Leipzigerbund, etc.) a fines del siglo último en favor del *Freiwahl* o libre elección del médico por el asegurado y contra los miserables estipendios señalados en las tarifas de asistencia? ¿Quién no recuerda las protestas y alzamientos de los médicos ingleses a principios del siglo actual (1911-1912) contra el proyecto de Lloyd George y sus inspiradores laboristas? Y en nuestros días, aunque los franceses, aleccionados por la experiencia de sus vecinos de Ultramancha y Ultrarhin han sabido sacar mejor partido en la reciente ley francesa, tampoco fueron consultados, y gracias a la piña de senadores y diputados médicos influyentes y prestigiosos, y gracias al talento ecuaníme y previsor de políticos como Laval, Loucheur y Tardieu consiguieron mejoras apreciables. Salvaron la libre elección y el secreto profesional, algún incremento en las tarifas, y el pleito sobre la asistencia directa a domicilio quedó en tablas, puesto que las Cajas se niegan a satisfacer honorarios por este concepto, obligando a los enfermos a sufragarlos de su peculio, con la agravante de que las indemnizaciones por honorarios facultativos en la forma ordinaria (consulta en el domicilio del médico o en locales designados *ad hoc*) son tan escasas que no llegan a cubrir el 60 por 100 del gasto efectivo, cosa que a más de justificar el descontento de la muchedumbre interesada, constituye un peligro serio contra la misma existencia del seguro.

Pues si en estas naciones de esmerada educación ciudadana, de envidiable y extendida cultura y de tradición tolerante, acrisolada en el juego de transacciones y concesiones recíprocas, pasa lo que pasa, ¿qué se podrá esperar de los legisladores en aquellos pueblos donde llegan al poder con el ánimo exacerbado por el odio de clases, cuentan con el apoyo de turbas inconscientes y al conjuro de la palabra *social*, como dice Liek—progreso social, bien social, justicia social—, se creen autorizados a los mayores desafueros y la convierten en salvoconducto de las mayores injusticias?

Aun sin esto, la tendencia natural, a lo largo de la escala zoológica, es al abuso del fuerte contra el débil, y como la fuerza radica en las masas y ellas no recapacitan que una reforma benéfica a la cual prestan los médicos su adhesión humanitaria, no da derecho a expoliarlos, será difícil que aquí ni en ninguna parte llegue a establecerse en la paz y armonía de intereses que, bien vistos, no son divergentes ni encontrados.

Esta experiencia general es la que debe servir de enseñanza y guía a los médicos españoles, apercibiéndolos desde ahora a ponerse en guardia, a trazar su plan y a comprometerse a seguirlo, si no quieren ver deshecha en pocos años la profesión y hundida la clase, normal y materialmente, bajo el yugo de una servidumbre insoportable.

Para lograrlo es menester sentar algunos concep-

(1) E. Liek: «Die Schaaeden der sozialen Versicherungen und Wege zur Besserung», 2te. Auflage 1923.

De esta segunda edición alemana es la traducción francesa, publicada en 1923, por R. y E. Lantzenberg con el título de «Les Mefaits des Assurances sociales».

tos que sirvan de base al convencimiento íntimo de todos y de norte en las discusiones, pugnas y forcejeos cuyos preliminares anuncia ya la prensa profesional.

Apuntaré tres de carácter general, en espera de que los compañeros más amenazados por la reforma, que son la numerosa y sufrida falange de los adscritos a clientelas de las clases modestas, digan su autorizada palabra en cuanto a las condiciones mínimas de su concurso al negocio de las Cajas, que siendo espléndido no tienen derecho a convertir a los médicos en parias.

1.º *El principio.*—El seguro-enfermedad bien organizado y bien administrado es una de las instituciones que más honran a la época moderna. Es un remedio de los más eficaces inventados hasta ahora contra la miseria. No es el único ni es absoluto en sus efectos, porque el pauperismo constituye una plaga tan honda y universal que no ha desaparecido de las naciones que llevan lustros disfrutando los beneficios del seguro, y, probablemente, no desaparecerá nunca de la tierra. Y como la civilización no es sólo lucha por la existencia—que si así fuera la humanidad habría ya desaparecido—, sino que es también deber de auxilio, obligación fraternal de asistencia al menor, al inválido, al enfermo y al carente de recursos, no cabe duda que una institución dedicada a satisfacer en grande escala estos postulados merece cordial acogida y leal cooperación por parte de los médicos. Lo

que no puede admitirse es que, a pretexto de salvar a unos, se aniquile a otros. Así, pues, la clase médica debe prestar su apoyo y simpatía a la implantación del seguro-enfermedad, pero dentro de condiciones que estipulen la remuneración justa del trabajo, la independencia profesional y el respeto a los prestigios y cargas que tienen su abolengo en el juramento de Hipócrates.

La adhesión al concepto que acabo de enunciar es incompatible con el Colegio Médico de Zamora, consignado en su primera conclusión sobre «El Seguro social de enfermedad» y que textualmente dice así:

«Los Colegios Médicos de España no aceptan la implantación del seguro de enfermedad obligatorio.»

Por los razonamientos que la preceden puede colegirse que en ella ha influido poderosamente el pesimismo de Liek. Ciertamente que en las páginas de su libro el autor alemán expone magistralmente las graves lacras que el seguro-enfermedad padece en el Reich. Nadie las niega, y es cosa descontada que acabarían por arruinar al país o por sumirlo en la guerra civil,

si las modificaciones de la ley, sometidas al Parlamento, no lo remedian urgentemente. Pero siendo el daño producto de una organización defectuosa y relajada que olvida su alta misión tutelar para acordarse únicamente de los fines políticos, fines de predominio despótico, ¿vamos a sacrificar la santidad de un principio justo, útil y humano a las malas artes de sus detentadores?

No sería buena táctica rechazar el principio, frente al dolor y la fuerza del proletariado. En cambio, cuantos esfuerzos se encaminen a despojar su aplicación de sombras y errores, perjuicios para los asegurados de buena fe, pérdidas biológicas para la nación y atentados contra la libertad y derecho al trabajo, decentemente remunerado del médico, serán, no digo ya plausibles siempre, sino obligatorios para la clase y bien recibidos por la opinión pública imparcial.

2.º *Unidad de frente.*—La experiencia de lucha y contraposición de interés que he recordado en líneas anteriores, y que hemos visto desarrollarse en naciones como Alemania, Inglaterra y Francia, hace temer

que en España se reproduzca la contienda, acaso con peores caracteres. La ley francesa, adaptada a las condiciones especiales de España—y esto se dice fácilmente, pero representa una labor muy meditada y previsora—, podría servir de esquema a las aspiraciones de nuestra clase médica. No es que el modelo francés carezca de sombras y lunares. Me atrevo a profetizar, a no largo plazo, choques, disensiones,

restricciones, protestas y rupturas como consecuencia natural de una organización burocrática gigantesca, en manos de gentes no siempre dispuestas al respeto del derecho ajeno.

Así y todo, los médicos franceses han tenido el mérito de evitar los primeros furiosos golpes del nuevo poder triunfante y han sabido obtener condiciones favorables que no alcanzaron, sobre todo al principio, sus predecesores alemanes e ingleses. Y esto, ¿por qué? Sencillamente porque han tenido el talento y la previsión de formar el frente único, asociándose los más en Sindicatos confederados, y uniéndose el resto a ellos previa aceptación del programa sindical de seguros por los libres y de igualdad de trato para todos en el terreno de la defensa común. Ahí está el secreto del éxito. Los médicos españoles no tienen más que inspirarse en la conducta de sus colegas franceses.

Ya se ha repetido hasta la saciedad: sin unión íntima, decidida, enérgica, a prueba de amarillos, de seducciones y de contrariedades no hay fuerza, y

Avance de sumario para el número próximo

(18 de Marzo de 1933)

DR. M. MARTÍN SALAZAR (Ex director general de Sanidad).—La gripe.

DR. E. DE OYARZÁBAL.—Uretritis y epididimitis no gonocócicas.

INFORMACIÓN CIENTÍFICA EXTRANJERA.—Papel del cobre en el metabolismo del hierro, por F. G. D.

SESIONES CLÍNICAS.—Hospital de la Beneficencia general (Princesa).

Bibliografía

Prensa extractada.

Sección profesional.

sin fuerza no hay victoria posible, ni la merecen los que no tienen sentido suficiente para comprenderlo. El enemigo es poderoso, es hábil y dispone de grandes recursos. En Grecia se ha dado recientemente (a mediados del año último) el caso que voy a relatar para enseñanza de caminantes alegres y confiados.

Un Gobierno, movido, al parecer, más por motivos políticos de halago a los electores que por ideales de humanitaria justicia, presentó al Congreso de diputados un proyecto de seguro enfermedad que no daba satisfacción a las aspiraciones de la clase médica, puesto que incluso negaba el derecho a la libre elección del facultativo por el enfermo. Alarmáronse nuestros colegas helénicos y consiguieron formalizar dentro de la Cámara viva oposición al proyecto. El Gobierno suspendió la discusión, pero pasado algún tiempo, un buen día la reanudó por sorpresa y ganó la aprobación a su gusto. Los burlados pusieron el grito en el Olimpo, y ahora toda su esperanza se cifra en el Senado (el Senado, fijarse bien), del cual esperan modificaciones substanciales. Antes, antes de la presentación y antes de aprobarlo las Cortes, es preciso unirse y pelear; después... *morituri te salutan*.

3.º *El programa*.—Aquí está la dificultad. El programa es indispensable: primero, como bandera de los derechos y aspiraciones de la clase; segundo, como texto expresivo y acta oficial de las condiciones que la misma formula para entrar en la organización del seguro y colaborar a su mejor éxito; y tercero, como garantía previsor de un futuro que, si hemos de escarmentar en cabeza ajena, ofrece perspectivas poco halagüeñas.

Ha de ser producto de una elaboración meditada, a base de igualdad de derechos y deberes para todos los asociados, y de defensa acérrima de uno para todos y todos para uno, frente a las extralimitaciones de las Cajas. Y digo de las Cajas, porque los conflictos, la hostilidad, no es ni ha sido en ninguna parte entre médicos y obreros asegurados, sino entre los médicos y las Cajas, que, sintiéndose omnipotentes, pretenden arrollarlos y aun convertirlos en polizontes forzosos de una saneada y pingüe recaudación. El programa ha de ser lazo de unión espiritual y aglutinante social de los médicos que, de grado o por fuerza, quieran o necesiten vivir de los servicios del seguro.

Esta unión no ha de limitarse a la etapa primera de iniciación o luna de miel del seguro, sino que ha de llevar su previsión a etapas posteriores, en las que por extensión o ampliación de la ley a sectores cada vez más numerosos y menos necesitados de ella, la clientela privada se reduce considerablemente, tanto que en los centros urbanos apenas si da trabajo a un puñado de médicos libres. Según Liek—a quien, por lo que voy viendo, muchos copian y pocos citan—, en Alemania (se refiere al año 1927, y ahora están peor), para un total de médicos que oscila entre 42.000 y 43.000, el número de los que viven del ejercicio libre no llega a 1.500; 30.000 son médicos del Seguro, y el

resto funcionarios del Estado, Municipios, instituciones privadas, etc.

Véase, pues, con cuánta diligencia, tino, estudio reflexivo, amor a la profesión y amor a los compañeros menos favorecidos por la suerte, debe procederse a la gestión de un programa, que no podrá ser completo mientras no se conozca el texto del temible proyecto, pero que desde ahora podrá contener las directivas, los puntos cardinales que han de sustentar, caldear y definir la unidad de pensamiento y la unidad de acción.

Madrid, Febrero 1933.

El estómago de los tuberculosos ⁽¹⁾

POR EL

DR. J. GONZÁLEZ CAMPO

Sol, aire puro y alimentación adecuada concurren a formar el trípode sobre el cual descansa la defensa de la vida de los tuberculosos de todos los órganos y, en especial, de los del pulmón. De la acción vivificante del sol y de la trascendencia que se le concede a la pureza del aire no tengo para qué ocuparme, ya que otros más autorizados que yo os habrán dicho u os dirán lo que debéis saber. De la alimentación y de los disturbios de los órganos que intervienen en la labor digestiva es de lo que voy a hablaros.

Dando ingreso en el organismo a la cantidad necesaria de alimentos de la composición debida y realizándose las funciones por las cuales esos alimentos se hacen aptos para convertirse en partes integrantes de nuestro cuerpo, que es, en suma, lo que significa que sean asimilados, lograremos la mayoría de las veces contrarrestar las pérdidas causadas por las lesiones tuberculosas y, fortificando el organismo, aguerrirle para que consiga salir vencedor en la lucha entablada contra la enfermedad. Es sabido que los tuberculosos sufren por los pulmones, riñones y piel, considerables pérdidas, especialmente de nitrógeno y de carbono, substancias ambas que el cuerpo ha de tomar de los alimentos. Y para que puedan ingresar en el organismo tanto éstos como los demás elementos necesarios para el sustento corporal, es indispensable que el aparato digestivo y, en primer término, el estómago funcionen con normalidad. Por esto, como hace muchos años dijo un gran clínico, con frase no por muy repetida menos cierta, hay que dedicar piadosos cuidados al estómago del tuberculoso.

Debo hacer notar, y este es un resultado de mi experiencia, que pocas veces el estómago de tales enfermos conserva cabales sus funciones; casi siempre, y como efecto de la lesión pulmonar, que se suma a los síntomas locales y generales que ésta ocasiona, existen perturbaciones de la digestión que se traducen en molestias diversas. Y conste que me es-

(1) Conferencia en el Curso de Divulgación Antituberculosa organizado por el Dispensario Antituberculoso Municipal de Madrid.

toy refiriendo al estómago de los tuberculosos y no al estómago tuberculoso, pues, aunque no con frecuencia, en el estómago pueden localizarse lesiones debidas al bacilo de Koch lo mismo que se localizan en la laringe, en el pulmón, en el intestino, en el peritoneo, en los huesos o en otros órganos, pero no es a tales lesiones a las que dedico ésta charla. Los trastornos digestivos a que aludo como acompañantes casi obligados de la tuberculosis pulmonar, no está demostrado que sean de naturaleza tuberculosa, ni es probable que el bacilo los determine, sino que parecen depender de la absorción y difusión por todo el organismo de las toxinas específicas, o sea, de los venenos producidos por ese bacilo, y de las engendradas por los gérmenes secundariamente desarrollados en los focos tuberculosos, venenos múltiples que, no sólo por la sangre van al estómago y a los centros nerviosos que presiden y gobiernan las funciones de este órgano, sino que llegan a él con los esputos deglutidos. También influyen en el estómago y contribuyen a sus desarreglos los excesos alimenticios, los alimentos inadecuados y muchos medicamentos.

Aparte la inapetencia exagerada y tenaz que acompaña muchas veces a la tuberculosis pulmonar y que suele ser una de sus primeras manifestaciones, los síntomas que por parte del estómago molestan con mayor frecuencia a los tuberculosos son la pirosis, sensación de ardor que desde el citado órgano sube a la garganta durante las digestiones; las acedías y regurgitaciones ácidas, que consisten en venirseles a la boca bocanadas de líquido de sabor parecido al del vinagre, y la pesadez en la región del estómago, que da la sensación de hallarse el órgano estallando por plenitud aunque la comida haya sido escasa. La pirosis y las acedías indican, por lo general, la hiperclorhidria, esto es, el exceso de ácido clorhídrico en el líquido que el estómago elabora para, en unión de los fermentos, digerir las sustancias alimenticias, singularmente las ricas en albúmina, que son las que el expresado órgano transforma de un modo más acabado; suelen aparecer de una a tres horas después de las comidas. La pesadez gástrica, la sensación de hartazgo, de plenitud, es síntoma de hipotonía, o sea de hallarse disminuída la facultad que tiene el estómago normal de contraerse sobre su contenido alimenticio como ciñéndolo y apretándolo; en vez de actuar las paredes del estómago sobre los alimentos como para comprimirlos, no lo hacen, según ocurriría con una liga o un cinturón de goma que se hubiese dado de sí, como se dice vulgarmente con frase muy gráfica; esta molestia se presenta, por lo común, en seguida de comer y suele durar varias horas.

Mis observaciones demuestran que en los primeros tiempos de la tuberculosis, con gran frecuencia hay lo que se denomina hiperclorhidria, y que, como acabo de indicar, consiste en el aumento de la proporción del ácido clorhídrico que normalmente existe en el jugo gástrico, en el líquido que el estómago elabora para que el acto digestivo se realice, y que se sostiene en cantidad excesiva por espacio de bastante

tiempo, aunque luego disminuya y llegue a suprimirse, según ahora diré, así como desde el principio del mal las paredes del estómago sufren en bastantes casos considerable merma de su tonicidad, siguiendo relajadas mientras dura la enfermedad.

Más adelante, cuando las lesiones pulmonares no se limitan a una infiltración, sino que se ulceran, fraguándose cavernas y estableciéndose la supuración, el quimismo se suele invertir, y el exceso de ácido, la hiperclorhidria, se convierte en disminución, hipoclorhidria, o en falta completa de acidez clorhídrica, que recibe el nombre de aclorhidria o de aquilia, aunque sigan los enfermos sufriendo síntomas de acidez, porque cuando escasea o falta el ácido clorhídrico en el estómago se desarrollan en abundancia otra clase de ácidos, los orgánicos, producto de las fermentaciones, que dan también lugar a molestias debidas a la acidez exagerada.

En estos periodos avanzados del proceso pulmonar se originan ya muchas veces verdaderas lesiones en el estómago, aunque los síntomas sigan siendo los mismos que antes; no se trata entonces de perturbaciones funcionales, encontrándose el estómago en realidad sano, como son la sobra de ácido clorhídrico y la merma de tono, sino que se engendra la gastritis, el catarro crónico del estómago con destrucción de muchas glándulas productoras de ácido y de fermentos y que puede llegar a la atrofia, a la destrucción de la totalidad de tales glándulas.

En los periodos primeros en que hay exceso de acidez clorhídrica, ésta disminuye durante las épocas en que los enfermos tienen fiebre alta, como ocurre en los periodos febriles de todas las enfermedades en que hay ascenso de temperatura, para volverse a elevar cuando la fiebre cesa o sufre una baja considerable.

Intencionadamente no hablo de los vómitos, poco frecuentes en los tuberculosos con disturbios del estómago mientras no hacen excesos alimenticios, llamando excesos, no sólo a los que realmente lo son por afectar a la cantidad, sino al uso de alimentos inadecuados para ellos. Los vómitos que en esta clase de pacientes se observan con mayor constancia son los que acompañan a la tos, que aparecen en los periodos digestivos y están provocados por ella; la tos que los ocasiona lleva el nombre de emetizante, que significa tos que origina vómitos, y el fenómeno se conoce con el nombre de mortonismo, por haber sido Morton quien estableció la relación entre ambos síntomas. Como se ha dicho con acierto, los enfermos tosen por haber comido y vomitan porque tosen. La causa de esta relación estriba en lo siguiente: existe a cada lado del cuerpo un importantísimo nervio, el neumogástrico, con ramificaciones múltiples, al que pudiéramos comparar a un árbol colocado del revés, con su raíz implantada en el cerebro, el tronco descendiendo a lo largo del cuello y las ramas divididas en tres grupos, de los que uno se distribuye por el pulmón, otro va al corazón y un tercero se extiende por el estómago. Las excitaciones que el alimento produ-

ce en las ramitas del estómago se transmiten por el tronco del árbol hasta la raíz cerebral, estimulando el centro de la tos y determinando la aparición de ésta, y al excitar en virtud de dichos actos el centro que en el cerebro es capaz de ocasionar el vómito, éste se presenta de un modo inmediato. Y para que las cosas ocurran así no hace falta que el estómago se halle afectado.

Los medios que poseemos para reconocer las alteraciones funcionales del estómago en los tuberculosos, de manera tal que nos permita llegar a su completo conocimiento, son fundamentalmente dos, lo mismo que en los sujetos no tuberculosos que padecen dolencias del citado órgano: el sondeo del estómago para extraer y analizar su contenido y el empleo de los rayos X.

Respecto del sondeo, diré que por algunos autores se ha incluido la tuberculosis pulmonar un tanto avanzada entre las contraindicaciones de la introducción de la sonda. Debo declarar que al introducirla no se hace correr ningún riesgo al enfermo, sino sólo una pequeña incomodidad, y me lo prueba el no haber observado nunca el menor accidente a consecuencia de esta exploración en ninguno de los muchísimos enfermos que en distintos períodos de tuberculosis he explorado, debiendo añadir que muchos de ellos se encontraban en etapas avanzadísimas del proceso. Claro está que la sonda que en tales enfermos se utilice ha de ser blanda, y la maniobra realizada por quien esté bien habituado a practicarla; así la exploración es cosa de segundos y se reduce a una molestia muy pasajera, muy tolerable y sin importancia. Analizando el líquido extraído, averiguaremos fácilmente si es normal, con exceso o con disminución o falta de ácido, lo cual es interesante para saber qué clase de alimentos convienen a cada enfermo y si la alteración de su quimismo requiere el empleo de algún medicamento que neutralice el exceso de ácido o que substituya al que falte.

Los rayos X, haciéndonos ver si el estómago conserva o no su tono y si se vacía en el tiempo debido o tarda en hacerlo más que de ordinario, nos acabarán de ilustrar acerca de las funciones que al expresado órgano le están encomendadas.

A la vez, estos medios exploratorios, unidos a alguno más cuando se estime necesario, nos permitirán reconocer las lesiones del estómago, úlceras, estrecheces pilóricas, tumores, etc., en aquellos casos en que alguna de éstas exista simultáneamente con la tuberculosis pulmonar, cosa que en determinadas ocasiones acontece.

Al entrar ahora en algunos detalles concernientes a la alimentación en sus relaciones con los trastornos del estómago de los tuberculosos, diré unas palabras, pocas, de lo que pienso acerca de los regímenes de sobrealimentación, de las llamadas curas de cebamiento, que hace algunos años se recomendaban mucho. El organismo humano, para mantenerse vigoroso y para sufragar los gastos que le impone el desempeño de sus múltiples funciones, necesita una

ración alimenticia que, según demuestra la observación en nuestro país, no es preciso que llegue a la que para gentes de otras naciones y otras costumbres bastante diferentes de las nuestras se ha señalado como tipo. El valor nutritivo de los distintos alimentos se mide en calorías, denominándose caloría a la cantidad de calor necesaria para elevar en un grado la temperatura de un kilogramo de agua. Si hemos de procurar que ingresen en el estómago de los enfermos las calorías necesarias para subvenir a sus necesidades, tenemos que hacer a la vez lo posible por que lo que se coma se asimile, ya que de nada vale dar a un individuo una ración superior a la necesaria si no posee la aptitud digestiva que requiere su aprovechamiento. Y al sobrecargar de materias alimenticias al aparato digestivo, a pesar de nuestro buen deseo dificultamos la digestión por obligarle a ejecutar un esfuerzo mayor del que puede realizar, y más en un enfermo que en un sano, por lo que en lugar de beneficiar al paciente obtenemos efectos contrarios a los que nos proponíamos, ocasionándole un perjuicio.

Teniendo en cuenta las alteraciones funcionales y aun las orgánicas de catarro que en algún momento del mal es corriente sufran los tuberculosos, hay que tener tino para aconsejarles o prohibirles lo que según la índole de su alteración les convenga o les perjudique, lo que se logrará de una manera científica y exacta si nos hemos cuidado previamente de determinar con certeza la causa de sus trastornos gástricos por medio del análisis del contenido del estómago y de la exploración con rayos X.

Como el organismo del tuberculoso, además de las pérdidas comunes a todos los individuos, sufre otras por influencia de los bacilos, es necesario suministrarle una alimentación mixta en que la albúmina se halle abundantemente representada, pero sin exageraciones. En general, hoy se procura dar a los tuberculosos diariamente de 100 a 120 gramos de albúmina, 300 a 400 de hidrocarbonados y de 100 a 150 de grasa, con un total de 2.500 a 3.000 calorías. Para administrarles esta cifra se pueden emplear toda clase de alimentos siempre que sean digestibles y no existan trastornos gástricos ni intestinales que obliguen a seleccionarlos o limitarlos, siendo importantísimo dar muchas vitaminas, que son unas sustancias mal definidas todavía en su concepto químico-biológico, pero esenciales para la vida, que se hallan en las legumbres frescas, verduras y frutas crudas principalmente. Es útil variar las comidas todo lo posible, tanto cambiando la calidad de los alimentos como preparándolos y condimentándolos de diversos modos para que la monotonía no cause inapetencia y cansancio, adaptándolos al gusto de los pacientes con objeto de conservar o estimular su apetito.

Puesto que nombro al apetito, he de decir que en lo que se refiere a la inapetencia de los tuberculosos pueden poco los amargos y los demás preparados que se suelen recomendar; su mejor tratamiento es el

aire libre y, si acaso, los arsenicales, debiendo añadir que es bastante exacto el refrán que dice que el apetito se despierta comiendo, y que los enfermos que por su inapetencia comen a la fuerza, si insisten en comer a las horas debidas, por lo regular logran ir haciéndolo cada vez con menos disgusto, llegando así en la mayoría de los casos a recuperar el apetito. Si no están en ellos alteradas las funciones digestivas, les serán beneficiosos los condimentos, las especias, el zumo de limón, etc.

A los tuberculosos les son convenientes las comidas pequeñas y repetidas con cierta frecuencia, no excesivas, para dar lugar a que cuando se haga una haya tenido tiempo la anterior de abandonar el estómago por paso al intestino. También es importante comer siempre a las mismas horas, puesto que el estómago se acostumbra a recibir los alimentos con los intervalos a que se le tiene acomodado y despierta sus aptitudes digestivas, entra en orgasmo funcional, en los momentos a que está habituado a digerir.

Lo más acertado es que tales enfermos hagan cinco comidas al día, y no entro en el detalle de la composición de ellas por no parecerme que este extremo se encuentre comprendido en el tema que estoy desarrollando.

Advierto que no conviene beber excesiva cantidad de agua en las comidas, porque retarda el vaciamiento del estómago; el momento más oportuno para que los enfermos apaguen su sed bebiendo el agua que necesiten es media hora antes de las comidas; de este modo, al comer, el agua ha pasado ya al intestino y no se prolonga indebidamente la permanencia de los alimentos en el estómago.

Hay quien permite un vaso de vino en la comida y otro en la cena por entender que estimula el apetito, facilita la digestión de las grasas y favorece el sueño. Yo no lo creo conveniente, pues de un estudio experimental que llevé a cabo en un número considerable de individuos hace ya muchos años, resultó que el alcohol, cualquiera que sean su forma, su cantidad y el momento de la digestión en que se sumistre, aumenta la acidez y retrasa el vaciamiento del estómago. Y aunque por el primer concepto, por aumentar la proporción de ácido, pudiese parecer indicado en los casos de hipoclorhidria, de acidez disminuida, hay que tener en cuenta que esta disminución de la cifra normal de ácido clorhídrico es casi siempre consecuencia del catarro del estómago, de la gastritis, y este catarro empeora irremisiblemente con el alcohol. Y yo, además, soy de los que niegan el valor alimenticio de tal substancia, que como el café y el té es un estimulante, pero en manera alguna un alimento; es como el espolazo que se le da a la cabalgadura para que, sacando fuerzas de flaqueza, acelere su marcha, pero no el alimento que la nutra y fortifique.

Aunque no tenga ninguna relación con los alimentos, por solerse hacer de preferencia después de las comidas, diré que los tuberculosos no deben fumar jamás. Además de la acción perniciosa que el tabaco

ejerce sobre el aparato respiratorio, se han publicado gráficas demostrativas de que al fumar un cigarrillo aumenta en el acto la secreción clorhídrica del estómago, y que los productos de esta planta, deglutidos con la saliva, ejercen una acción desastrosa en el estómago afecto de gastritis o predispuesto a padecerla.

Después de las comidas principales se impone que el tuberculoso repose tendido, sin leer y sin dormir por una y media o por dos horas. Durante la digestión gástrica todas las actividades del organismo que pudiéramos llamar ociosas refluyen en el estómago, y el derivarlas hacia otros territorios del cuerpo, poniéndolos en ejercicio, supone aumentar la insuficiencia digestiva que, como he dicho, suele estar maltrecha por causa de la infección pulmonar.

No creo necesario hablar del esmerado aseo de la boca que ha de observar el tuberculoso, ni tampoco de la necesidad en que se encuentra de no tragar nunca sus esputos, si quiere, como debe, digerir bien, ni de que ha de imponerse la obligación de comer muy despacio, masticando perfectamente cada bocado de alimentos, pues hasta las féculas en puré necesitan una trituración masticatoria cuidadosa para con ella romper las pequeñas células, los minúsculos granitos que las constituyen y que se digieren y aprovechan de un modo incompleto si no se sigue esta norma, así como deben mezclarse bien con la saliva, ya que la digestión de las substancias harinosas, pan, legumbres secas, patatas, etc., empieza en la boca, se suspende en el estómago a causa de la acidez que en él existe y se continúa en el intestino, cuyos jugos son, como la saliva, alcalinos, y sólo en medio alcalino, nunca en medio ácido, son capaces de sufrir dichos productos alimenticios su metamorfosis digestiva.

Ahora debo decir que en los casos de tuberculosis con fiebre alta deben alimentarse bien los enfermos, a diferencia de lo que es corriente hacer en la fiebre motivada por otras afecciones; pero mientras dura la exagerada elevación de temperatura la digestión se halla dificultada, por lo que entonces no suele aconsejarseles más que leche, nata, mantequilla, zumos de frutas y purés y papillas, elementos todos que se soportan bastante bien.

La leche, siempre utilísima, suele no digerirse de un modo perfecto en estado natural por los estómagos con acidez escasa o nula; en tales casos es más conveniente utilizarla en forma de kéfir o de yoghourt; son éstas leches fermentadas a beneficio de una substancia especial, que les da un sabor agradable para algunos enfermos y muy desagradable para otros; no se emplearán cuando desagraden, pues una condición esencial para que los alimentos se digieran bien es que sean tomados con gusto, así como tampoco deben dárseles a los que tienen en su estómago sobra de ácido, a los hiperclorhídricos, porque estimulan la secreción clorhídrica.

El té y el café no convienen a los pacientes con tendencia a los estados congestivos: esputos con san-

gre, amenaza de otras hemorragias o palpitaciones dolorosas del corazón; la cafeína que ambas plantas contienen es excitante de este último órgano y al estimular la energía de sus contracciones favorece aquellos estados.

Los pescados, que suelen digerirse mejor asados o cocidos que fritos, contienen, en general, mucho fósforo, por lo que se hallan muy indicados en los tuberculosos, para los que es también utilísimo el pan, de preferencia la corteza, así como las galletas y bizcochos, porque contienen gran proporción de unas sustancias que reciben el nombre de nucleínas y otros elementos fosforados muy útiles para la nutrición de tales enfermos.

Las grasas, sobre todo la nata y la mantequilla, que son las más convenientes por ser las que con más facilidad se digieren, cuyo valor para los sujetos a que me estoy refiriendo es tan grande, son beneficiosas para los hiperclorhídricos, porque disminuyen la producción de ácido, pero por esto mismo no pueden dárseles con mucha abundancia a los que tienen merma la acidez y a los sujetos cuyo estómago tarda en vaciarse mucho más de lo debido, porque retardan el vaciamiento. El caldo y, por lo tanto, las sopas hechas con caldo del cocido, llevan sustancias extractivas de la carne que, lo mismo que los jugos y extractos de esta última, estimulan la producción de ácido clorhídrico, por lo que, siendo útiles a los hipoclorhídricos y aquilicos, es decir, a los que tienen disminuída la acidez, sobre todo tomándolos algunos minutos antes de las principales comidas con el fin de preparar al estómago para digerir, perjudican a los que tienen la acidez aumentada, a los hiperclorhídricos; a éstos les convienen, más que las sopas hechas con caldo de carne, las preparadas con caldo vegetal.

Las carnes, muy fáciles de digerir por los enfermos de esta última clase, se digieren peor cuando escasea el ácido, y aunque los fermentos pancreáticos que se vierten en el intestino suplan luego la deficiencia digestiva del estómago, transformando los alimentos que este órgano dejó sin desdoblar y haciéndolos asimilables, esta labor se realiza imponiéndose al intestino una sobrecarga de trabajo que es causa, en ocasiones, de que en él se produzcan desarreglos.

A los hiperclorhídricos les convienen más las carnes cocidas o guisadas que las asadas; las primeras están ya desprovistas por la cocción de las sustancias extractivas a que me referí hace un momento, y, por lo tanto, estimulan menos que las últimas la acidez del líquido segregado por el estómago; esta forma de preparación es, al contrario, la más adecuada para aquellos enfermos que tienen un jugo gástrico de acidez disminuída.

Las féculas, tan convenientes para que el tuberculoso aumente de peso, se digieren mal, de ordinario, en un estómago con mucha acidez, porque, como he dicho, las mutaciones digestivas se suspenden en virtud de la expresada reacción, mientras que se trans-

forman muy bien cuando la cifra de ácido está rebajada, en cuyo caso pueden utilizarse con prodigalidad.

Como los hiperclorhídricos suelen ser estreñidos, los tuberculosos con exceso de acidez en el estómago sufren, generalmente, de estreñimiento, por lo que las verduras, las frutas, la mantequilla, la miel, las mermeladas y las compotas ayudarán a combatirlo.

En los casos de diarrea, que depende unas veces de alteraciones de carácter tuberculoso en el intestino mismo y que cuando obedece a esta causa es difícil de corregir, y que otras se halla originada por la falta de ácido en el estómago, no deberán emplearse los citados alimentos.

Las ensaladas y, en general, los alimentos preparados con vinagre son nocivos para los tuberculosos con alteraciones digestivas, sobre todo para los hiperclorhídricos; en cambio, el zumo de limón puede ser usado por los que tienen deficiencia de acidez en el líquido elaborado en el estómago.

Añadiré que a los enfermos con hipotonía o atonía gástrica les será conveniente tomar en seguida de las comidas principales una taza pequeña de una infusión muy caliente, de preferencia de manzanilla, que excita el tono y la contractilidad de aquel órgano, disminuyendo las molestias debidas a la expresada alteración.

Y como os he cansado bastante, doy aquí por terminada mi charla, deseando que si entre los que habéis tenido la paciencia de escucharme hay algún tuberculoso, pueda lo que he expuesto contribuir en una pequeña parte a la gran obra que, en beneficio suyo y de los demás enfermos semejantes, realizan los distinguidos y entusiastas médicos de este importantísimo Centro Municipal, que honra al Ayuntamiento de Madrid, y al frente de los cuales se halla una personalidad tan eminente como el Dr. Codina y Castellví, antiguo y muy querido amigo mío.

Tened fe y esperad confiados vuestra curación; como se ha dicho, la tuberculosis es la más curable de las enfermedades, y cuando para combatirla se cuenta con personas de solvencia y talla científicas tan grandes como las de que gozan con justicia los profesores de esta Casa, el propósito de vencerla es relativamente fácil de conseguir y la batalla está a punto de ganarse.

Conceptos generales acerca de la curabilidad de la sífilis

POR EL

DR. JAVIER M. TOMÉ BONA

La sífilis es el prototipo de las enfermedades crónicas. Durante muchos años admitióse sin discusión el conocido aforismo de Fournier, que dice: «la sífilis duerme, pero no muere», queriendo indicar con ello que, aunque esta enfermedad no dé síntomas, pende constantemente como una grave amenaza sobre los individuos que en un momento cualquiera han dado manifestaciones de ella.

Actualmente los conceptos científicos en este sentido han variado por completo. Schaudin, Wassermann y Ehrlich, cada uno desde su particular punto de vista y todos inspirados en el mismo fin remoto, han transformado de un modo absoluto los problemas actuales de la sifiliografía, dando los dos primeros medios para el diagnóstico correcto, y el tercero sentando las bases de la terapéutica esterilizante.

Con anterioridad a los descubrimientos del treponema, de las técnicas de diagnóstico serológico y de la terapéutica arsenical, algunos autores, muy especialmente Neisser, previeron de un modo empírico la posibilidad de una curación absoluta de la infección sifilítica. Sin embargo, a pesar de estos balbuceos de los precursores, podemos afirmar que la actual ciencia sifilográfica no ha nacido hasta los albores del presente siglo. Los trabajos del gran Fournier y de tantos otros investigadores del siglo XIX, no pueden considerarse actualmente más que como la gestación precisa de todo un sistema científico nuevo, que tiene como bases los trascendentales descubrimientos de Schaudin y Hoffmann del treponema; Neisser, Wassermann y Bruch, de las aplicaciones a la sífilis del fenómeno de Bordet, y Gengou y Pablo Ehrlich, por la introducción de los salvarsanes en la terapéutica antisifilítica.

Desde este momento de la historia puede afirmarse, de un modo terminante y seguro, que la sífilis es una enfermedad comprobadamente curable.

Conociendo la trascendencia de este concepto y lo relativamente poco generalizado que se encuentra fuera del ambiente puramente de la especialidad, nos ha parecido muy oportuno dedicar unas palabras a ésta, exponer a nuestros lectores algunos conceptos fundamentales sobre la curación de las sífilis.

Preciso es, ante todo, diferenciar claramente los conceptos de «curación aparente» o clínica y «curación real». La primera supone una atenuación más o menos transitoria de la infección, que la impide manifestarse de un modo objetivo. La curación real implica la total desaparición de los gérmenes específicos del organismo.

La consecución de una u otra de estas curaciones, o de ninguna de ellas, depende de una serie de circunstancias que es preciso conocer. Tales son, como más principales en nuestro criterio, la edad de la infección, la terapéutica empleada y, en menor proporción, las condiciones individuales.

EDAD DE LA INFECCIÓN

La sífilis en sus dos primeros periodos es curable en un elevado porcentaje de los casos. De aquí se deduce la importancia extraordinaria que tiene el diagnóstico precoz para la curación radical de la enfermedad. En estos periodos iniciales es cuando puede pretenderse una absoluta esterilización del individuo, curación verdadera que aun en condiciones de evolución normal de la enfermedad va disminuyendo en probabilidades rápidamente, según pasan los días, hasta que, establecido el periodo terciario, hemos de conformarnos ya con una curación clínica aparente, que no libra al individuo para siempre de los peligros de su infección, y que le obliga, para mantener ésta, a efectuar repetidos y constantes tratamientos. Llegado el periodo cuaternario, tropezarán nuestros esfuerzos con el invencible escollo de la resistencia absoluta a toda medicación específica. No se consigue cuando más, que una detención transitoria en la evolución fatal de estos cuadros clínicos. Los resultados de la terapéutica inespecífica, que durante algún tiempo han apasionado

tanto a neurólogos y sifiliógrafos, no permite, desgraciadamente, y en líneas generales, modificar este concepto pronóstico.

Sin embargo, puede sentarse como principio general, aun en las formas sistematizadas, que cuanto más precoz sea el tratamiento, tanto más halagüeños serán los resultados favorables que se obtengan.

TRATAMIENTO

Implicito queda en los anteriores párrafos el concepto de que la sífilis carece casi en absoluto de tendencia espontánea a la curación. Para alcanzar ésta precisa un adecuado tratamiento.

El Dr. Garriga, en un reciente libro dedicado de un modo especial a estas cuestiones, considera como condiciones imprescindibles para un adecuado tratamiento curativo las que él agrupa bajo los epígrafes genéricos de «eficiente» y «suficiente».

El prototipo de los medicamentos antisifilíticos «eficientes» es el neosalvarsán, compuesto de arsénico trivalente que constituye el medicamento de elección, especialmente en las formas precoces de la enfermedad y siempre que exista actividad clínica y serológica, cualquiera que sea el momento de la misma. Los compuestos de arsénico pentavalente tienen una acción terapéutica mucho menos activa, y no deben emplearse nunca fuera de la existencia de obstáculos insuperables a la terapéutica salvarsánica o de los llamados tratamientos de consolidación o entretenimiento.

Los compuestos bismúticos tienen una gran actividad antiluéica, si bien menor a la del neosalvarsán. La introducción reciente de los compuestos liposolubles, de los que hablamos en otra ocasión, ha aumentado aún más la eficacia del bismuto. Las indicaciones aisladas de estos preparados, aparte los casos de intolerancia o de resistencia a la medicación arsenical, se encuentran en muchos casos de lúes visceral (circulatoria) y nerviosa, especialmente al iniciar el tratamiento, así como en las curas de consolidación. Por lo general se emplea simultáneamente con el tratamiento arsenical.

La medicación mercurial carece de indicaciones casi en absoluto en la época actual. Aparte los raros casos de resistencias combinadas a los compuestos arsenicales y bismúticos, nos parece que los compuestos hidrargíricos están llamados a pasar al dominio de la historia. Existen, sin embargo, autores que emplean aún el mercurio como preparador de la medicación salvarsánica, con el objeto de evitar peligrosas reacciones de Hersheimer. Creemos que los bismúticos llenan perfectamente este cometido, siendo, por otra parte, mucho más activos y mejor tolerados.

Los yoduros conservan a pesar de su reconocida inespecificidad un lugar más preeminente que los mercuriales. Como medicación sintomática la continuamos empleando todos.

Una vez indicadas muy brevemente las condiciones de «eficiencia» de las medicaciones antisifilíticas, vamos a exponer con igual brevedad las de «suficiencia». Estas últimas tienen una importancia tanto o más trascendental que las ya citadas.

Los peligros y accidentes, a veces mortales, que se arriesgan con tratamientos insuficientes son observados a diario por los sifiliógrafos, y nunca debemos cansarnos de hacérselo ver a los enfermos y a los médicos generales. No se debe olvidar que los medicamentos antisifilíticos verdaderamente activos, a dosis pequeñas o aisladas,

tienen una acción reactivadora, y que de la negatividad clínica a la curación hay un lapso de silencio que es preciso llenar con una terapéutica suficiente para evitar los riesgos de nuevos y cada vez más graves despertares de la enfermedad aun en evolución. La gran mayoría de las recidivas son consecuencia de tratamientos insuficientes. Igualmente esta parquedad puede dar lugar a precipitaciones en la evolución clínica de esta infección, así como a las llamadas neurorrecidivas de tan trascendental importancia en la historia de la terapéutica arsenical.

Un tratamiento antisifilítico, para ser suficiente, debe reunir las siguientes indicaciones fundamentales:

1.^a Los tratamientos de asalto o de extinción deben practicarse con neosalvarsán. Los de consolidación se efectuarán con bismuto, por ser el primero muy activo y el segundo más persistente.

2.^a Una vez explorada debidamente la tolerancia individual, debe aplicarse la dosis adecuada sin temor a pecar por exceso, hasta alcanzar la dosis global determinada en el lapso de tiempo previsto. Los resultados terapéuticos no son lo mismo cuando para alcanzar la dosis global se multiplican las inyecciones de dosis pequeñas que cuando lo más rápidamente posible se va a alcanzar la dosis máxima de tolerancia, alcanzándose, por lo tanto, la dosis total en un plazo de tiempo mucho menor.

3.^a Deben igualmente reglarse cuidadosamente los intervalos entre uno y otro tratamiento, evitando tanto las posibles acumulaciones medicamentosas como la pérdida de los efectos de avance conseguidos con la cura anterior. Es regla general que los intervalos entre uno y otro vayan siendo progresivamente mayores.

4.^a La curva serológica será la mejor pauta para el correcto tratamiento, deduciéndose de ella todos los matices y modificaciones que sucesivamente han de irse imprimiendo al mismo.

5.^a Deben someterse a una cuidadosa observación los enfermos que ya consideramos suficientemente tratados. La duración de este período de observación varía según el de la infección en que ha sido iniciado el tratamiento. En el criterio de la mayoría de los autores, cuando se inició la terapéutica en período primario, basaron dos años de observación con constante negatividad de las pruebas, tanto clínicas como humores, para autorizar a un sifilítico correctamente tratado para contraer matrimonio, lo que es prácticamente considerarle como curado.

Cuanto más avanzado sea el período, más dilatada ha de ser la observación. La de un sifilítico cuaternario, como es lógico, ha de durar toda la vida.

EL CRITERIO DE CURABILIDAD DE LA SÍFILIS

Al comienzo de este artículo sentábamos la premisa de la curabilidad de la sífilis y en el transcurso de él hemos pretendido trazar un esquema de las condiciones necesarias para conseguir este fin. Al llegar a este punto y vernos precisados a señalar de un modo estricto cuál es el momento y qué condiciones han de concurrir para que podamos dar al enfermo la noticia de curación, nuestra modesta experiencia clínica y el recuerdo de la bibliografía nos hace dudar. No es, en manera alguna, que pueda dudarse la posibilidad de una absoluta curación de la sífilis. Lo que sucede es que, desde el punto de vista rigurosamente científico, la curación de la sífilis requiere una serie de condiciones y está rodeada de tantos distinguos y reproches que resulta en extremo difícil, debiendo llegar a una afirmación categórica en este sentido.

Sin embargo, encerrarse en un rigorismo científico exa-

gerado siembra la alarma en los enfermos y en los médicos no especialistas, dificultando con ello, en gran manera, los fines eminentemente profilácticos que se deducen del tratamiento esterilizante de la sífilis. Por lo tanto, y ya que no puedan aparecer limpias por su origen, expondremos a continuación las condiciones necesarias para poder dar por curado a un enfermo de sífilis:

1.^a Comprobación de un tratamiento adecuado y suficiente.

2.^a Dos años, por lo menos, de completa, lactancia clínica y serológica, con exámenes repetidos de líquido cefalorraquídeo y exploración visceral completa, especialmente del sistema circulatorio.

3.^a Comprobación repetida, dos veces cuando menos, de una negatividad, tanto sintomatológica como humoral, después de una reactivación.

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

II

Paludismo.

La idea de que el paludismo es la consecuencia de la penetración en el organismo humano de un elemento vivo se encuentra ya expresada por los autores más antiguos (Vitruve). Pero, sobre todo, cuando toma cuerpo es en el siglo XIX. Los *serafici* de los italianos al principio de este siglo; los esporos vegetales; las algas febrígenas de Salisburi (1862), de Valestra (1870) y de la misión lionesa de 1872; por último, el *bacilo malario* de Klebs y Tomasi Crudeli (1879), que ha provocado en Italia una suma de trabajos bastante considerables, fueron sucesivamente incriminados...

EL HEMATOZOARIO EN GENERAL

El hematozoario del paludismo, objeto del memorable descubrimiento de A. Laderan, pertenece al género *plasmodium* (*hemamoeba*), familia de los *hemosporidios*, clase de los *esporozoarios*. Por consecuencia, es un protozoario, como la mayor parte de los parásitos de la sangre. Su morfología, y sobre todo su evolución, son idénticas a la de los *esporozoarios* en general. La comparación con los caracteres morfológicos, y sobre todo los evolutivos con el orden de los *coccidios*, ha sido con frecuencia hecha, y el estudio de estos últimos facilita, efectivamente, la comprensión de los diversos estados del *plasmodium*...

LOS HEMATOZOARIOS. Conviene completar el estudio del paludismo analizando los caracteres evolutivos y morfológicos de cada una de las especies que componen el género, o al menos de los tres tipos morfológicos que se diferencian en el género *plasmodium*:

1.^o *Plasmodium vivax* (Grassi y Feletti), parásito de la terciana benigna.

2.^o *Plasmodium malario* (Grassi y Feletti), parásito de la cuartana.

3.^o *Plasmodium inmaculatum* o *precox* (Grassi y Feletti), parásito de la fiebre tropical.

La unidad de esta última forma no está admitida por todos. Para unos (Koch, Hewetson, Ruge), el *plasmodium precox* es uno; para otros (Grassi, Marchiafava y Vignani), sería doble; para otros (Mannaberg), aun triple. La cuestión es demasiado insegura para que se pueda

dar por terminada. Nos atenderemos, pues, a la primera división, que deja al plasmodium precox su unidad.

Expondremos sucesivamente los tres tipos de *plasmodium*, empezando por el más conocido: *plasmodium vivax* o de la terciana.

A) *PLASMODIUM VIVAX* O DE LA TERCIANA. — 1.º *Morfoloía*.—En las preparaciones coloreadas, los *esquizontes* (1) muestran, desde las primeras horas que siguen a la penetración del merozonte en la hematíe, los caracteres clásicos de una sortija desgastada; sus dimensiones varían del cuarto a la mitad del diámetro de la hematíe que le contiene; este estado persiste durante la primera mitad del ciclo total, del acceso, alrededor de veinticuatro horas; únicamente aumenta un poco de dimensión.

Durante la segunda mitad del ciclo el protoplasma aumenta, se carga de pigmento negro, esparcido regularmente en su superficie, y toma la forma de un disco lleno o de una superficie irregular, acribillada de depresiones y provista de expansiones; en una palabra, la forma de una *amiba* animada de movimientos pseudopódicos y que hubieran quedado fijados en plena movilidad; de aquí una diversidad muy grande de aspectos. Al mismo tiempo el glóbulo rojo parasitado *se hipertrofia*, palidece y pierde su forma redonda para adquirir otra ovalada y un poco irregular. En las diez últimas horas de la evolución, entre las cuarenta y las cuarenta y ocho horas, el esquizonte, que representa un disco azul, regularmente circular o irregular y que llena casi por completo el glóbulo hipertrofiado, comienza la división de su nudo. En lugar de un grano de cromatina se cuentan dos, tres, cuatro, ocho, dieciséis, repartidos irregularmente en el interior del protoplasma; el pigmento está aglomerado en la parte central; el glóbulo parece que ha desaparecido; el conjunto del parásito representa, según las imágenes más admitidas, una frambuesa, una mora o un rosetón. La *mórula* (2), o también el *esporozoito* (3), está constituido. El glóbulo rojo estalla, y el *plasmodium* pone en libertad de 16 a 25 elementos jóvenes o *merozoitos* (4). El ciclo de *plasmodium vivax* ha terminado. Puede volver a empezar por la penetración de nuevos merozoitos en la hematíe.

Una última particularidad del *plasmodium vivax* existe en la *pigmentación del glóbulo rojo parasitado*. Por Romanowsky, en efecto, el glóbulo que encierre un esquizonte del *plasmodium vivax* durante doce horas aproximadamente está lleno de finas granulaciones rosas o rojas en número bastante considerable (esquizonte enanillo), pero claramente separadas y que recubren al parásito mismo. Es este el estado granuloso que describieron Ruge y Mauret casi al mismo tiempo, de donde le viene el nombre de «granos de Ruge y de Mauret», con el cual se les designa.

Estos granos son característicos del *plasmodium vivax*. Deben diferenciarse, según Ruge, de los granos de

Sch'Uffner, que serían producidos por la hematosilina y aparecerían como puntos *azulados* o *violáceos*, sobre el fondo del glóbulo incoloro. Debemos añadir, sin embargo, que la denominación de granos de Sch'Uffner ha prevalecido y sigue siendo clásica.

El ciclo del *plasmodium vivax* en el estado de esquizonte puede resumirse de la manera siguiente: *Ciclo total, cuarenta y ocho horas. Forma de anillos, veinticuatro horas. Forma de amiba, móvil y pigmentada, dieciséis horas próximamente. Forma de división nuclear, terminando en esporozoitos, ocho horas próximamente.*

Los gametos se reconocían con dificultad, bajo su forma joven; muestran entonces un protoplasma más abundante, más espeso, más coloreado que el joven esquizonte; además, también se encuentra ya pigmentado. El núcleo frecuentemente es central. Estos mismos caracteres persisten en estado plasmodial, en el que el gameto tiene una forma más regular y un tinte azul más oscuro que el esquizonte en el mismo estado.

Los gametos adultos tienen una dimensión casi igual a la del esquizonte adulto; su pigmentación, en vez de estar como en el esquizonte, a veces reunida, en conjunto más o menos compacto en un punto del elemento, está esparcida en su superficie; muestran, además, una entalladura del protoplasma más o menos extensa y lisa, ocupada por el núcleo; la cromática nuclear, condensada en un solo conjunto, tiene el aire de estar hecha de la unión de granos o del pelotón de un delgado filamento. La evolución de los gametos, sobre todo la conocida por el nombre de macrogameto, es por lo menos dos veces más larga que la del esquizonte.

Los caracteres diferenciales de los macrogametos y de los microgametocitos están constituidos por la coloración siempre más intensa en el primero que en el segundo. El macrogameto tiene, pues, una coloración más azul, una pequeña cinta circular o semicircular en su periferia, dimensiones más grandes (diez a catorce micras), una pigmentación más fina; está respecto al protoplasma como un octavo o un dozavo.

El microgametocito ya tiene una coloración más pálida (un verde gris casi incoloro), una cortadura mayor, que ocupa a veces la mitad del parásito; dimensiones más pequeñas (de ocho a nueve micras), una pigmentación más espesa y más difusa; en fin, la cromatina está respecto del protoplasma como un quinto o un cuarto. En resumen, el macrogameto se reconoce por la débil dimensión del grano de cromatina en medio del protoplasma teñido de azul oscuro; el microgametocito demuestra una cromatina nuclear más extendida en medio de un protoplasma gris rosa o gris verde.

Los caracteres evolutivos en la sangre viva, dejando aparte toda cuestión de estructura, son la reproducción de los que hemos descrito en las preparaciones coloreadas. Además, la observación del *plasmodium vivax* en la sangre fresca y viviente, fuera del organismo, en cámara húmeda, permite asistir al acto de fecundación del macrogameto, y hace que el estudio de la sangre no permita comprobar, puesto que esta fecundación es siempre exterior al organismo.

Al principio de la evolución de los esquizontes del *plasmodium vivax* en el protoplasma del glóbulo rojo, se puede comprobar en ciertos glóbulos pequeñas figuras, redondas u ovaladas, de un color gris dorado, pálido, de contornos confusos difíciles de distinguir del protoplasma globular; sus movimientos ameboides permiten, sin embargo, reconocerlos como elementos vivos. Su diámetro

(1) *Esquizonte*: Ser que se reproduce por esquizogonía, o que resulta de una división esquizogónica.

(2) *Mórula*: Nombre vulgar que se aplica a todas las formaciones que recuerdan el aspecto muriforme en forma de mora. (Las células del embrión, en un momento determinado, están amontonadas con aspecto de mórula; el parásito del paludismo, al dividirse por esquizogonía, presenta también los parásitos hijos, agrupados a veces en forma de mórula.)

(3) *Esporozoitos*: Producto de la reproducción esquizogónica o sexual en los protozoos o animalículos inferiores.

(4) *Merozoitos*: Producto de la reproducción esquizogónica o asexual en los protozoos.

constante es de un quinto del glóbulo. Estas formas crecen el glóbulo hipertrofiado y decolorado, se cargan de granos de pigmento, que con frecuencia son extremadamente móviles en el parásito.

En cuanto el plasmodium vivax vive veinticuatro horas puede percibirse, a veces, en su interior una zona clara y brillante que debe considerarse como la cromatina. Durante las doce horas siguientes el parásito continúa creciendo, el pigmento aumenta bajo la forma de un polvo muy tenue y los movimientos disminuyen. Hacia el fin de la evolución, sobre la hora cuarenta y seis o cuarenta y ocho, el pigmento se fija y se ordena en una banda en uno o dos montones, zonas claras y brillantes, respondiendo a tantos granos cromáticos como jóvenes parásitos se adelantan poco a poco en el interior del plasmodium vivax hasta que se ve completamente lleno de ellos. De este modo queda constituido el esporozoito. En último término, el resto de la envoltura del glóbulo estalla y los jóvenes parásitos (merozoitos), que semejan entonces a globulitos, están prestos a empezar nuevamente el ciclo, mientras que el pigmento es fagocitado por los leucocitos.

Los gametos se reconocen al lado de los esquizontes o mejor de los esporozoitos por su mayor dimensión, puesto que sobrepasan la del glóbulo rojo, en apariencia libre, en su pigmento repartido en orden y siempre móvil. Entre estas formas se pueden reconocer aún dos distintas una de otra: la una posee un protoplasma transparente, un rico pigmento pardo dorado, una dimensión generalmente poco superior a la del glóbulo rojo normal. La otra tiene un protoplasma finamente granuloso, un pigmento pardo negro en granos o en finos bastoncillos. La primera forma responde al microgametocito, la segunda al macrogameto. La demostración está hecha por la evolución ulterior.

Efectivamente, después de diez o veinte minutos de observación, los gametos de protoplasma transparente son presa de movimientos bruscos, se arrojan de una parte a otra, y emiten de su interior de cuatro a ocho filamentos largos y lisos, los «flagelos»; éstos son de una dimensión igual a dos o tres diámetros del glóbulo rojo: golpean con violencia alrededor de ellos, azotan los flancos de los hematíes vecinos, se separan de su esfera, recorren con movimientos serpentinos el campo del microscopio y penetran, por último, en el interior de la segunda variedad del gameto, en donde desaparecen. De este modo cumplen su fecundación. En cuanto a la proporción de los microgametozoitos con relación a los macrogametos es de las más variables; para Rouge puede ir de uno a un cuarentavo; en las observaciones personales de Vincent, la proporción de los macrogametos ha sido siempre muy superior a la de los microgametozoitos. (Vincent).

2.º *Partenogénesis de los macrogametos del plasmodium vivax.*—Cuando un macrogameto llega por partenogénesis a la formación del esquizonte, los elementos que le constituyen, protoplasma y cromatina nuclear, se parten por medio. De estas dos mitades, la una conserva, aumentándola, la morfología primitiva, es decir, la del macrogameto (vasofilia muy acentuada del citoplasma núcleo extendido y finamente reticulado, fuerte pigmentación); la otra mitad toma, por el contrario, creciendo, el aspecto del esquizonte, medio maduro o maduro, después del estado de *mórula*, con producción de merozoitos. Estos hechos, establecidos desde luego por Schaudynnn, son de observación bastante fácil en la sangre de los palúdicos,

muy rica en plasmodium tercianum. Pero conviene no confundir un gameto llegado por partenogénesis al estado de esquizonte con un gameto que ocupe con un esquizonte el interior de un mismo hematíes.

B) *PLASMODIUM MALARIO O CUARTANO.*—En las preparaciones coloreadas, los esquizontes de plasmodium malarium muestran en las primeras horas de su evolución caracteres poco diferentes de los del plasmodium vivax. Tiene la misma forma de anillo, con su grano de cromatina, su zona acromática y el crecimiento protoplasmático; el conjunto tiene dimensiones del tercio o de la mitad del hematíes parasitado. Este estado persiste durante un tercio de la evolución total, es decir, durante veinticuatro horas. A partir del segundo día, el esquizonte, por una especie de ensanchamiento del protoplasma del anillo primitivo, toma el aspecto de una cinta larga y estrecha, de un signo de admiración, azul bastante pigmentado, extendido en el interior del glóbulo rojo que atraviesa a veces totalmente. El glóbulo ni es hipertrofiado ni decolorado. El hematíes parasitado se rodea de una corona de otros hematíes sanos acogidos a ella. Durante todo el segundo día, la cinta del esquizonte aumenta alcanzando una dimensión dos o tres veces más considerable y con mayor pigmentación, llegando a presentarse en forma de bastoncitos finos más bien que de granos. Por último, en las veinticuatro horas restantes del ciclo total, el esquizonte del plasmodium malarium que ha tomado una forma regularmente redondeada, comienza la división de su cromatina. En lugar de un grano cromático, el protoplasma pigmentado encierra dos, cuatro, ocho, raramente más, repartidos en medio o colocados regularmente en el borde. El pigmento se asemeja al centro de la figura, que da a veces una imagen de margarita. Durante toda esta evolución, que guarda una regularidad generalmente mayor que el ciclo del plasmodium vivax, el esquizonte del plasmodium malarium no toma jamás dimensión superior a la de un hematíes normal. Este, parasitado, nunca modifica su dimensión y su color normales. No se observan granulaciones; el esporozoito del plasmodium malarium, cuando llega al fin del ciclo de setenta y dos horas, pone en libertad sus esporos o merozoitos, que son, generalmente, en número de ocho. El ciclo precedente está pronto a empezar de nuevo. Podremos resumirle de la siguiente forma: *ciclo total, setenta y dos horas; forma de anillo, veinticuatro horas; forma de cinta, veinticuatro horas; forma de división nuclear terminando en el esporozoito, veinticuatro horas.*

La evolución y la morfología de los gametos son menos conocidas que las de los gametos del plasmodium vivax. No se les diferencia bien más que en el estado adulto, en el que presentan caracteres que hemos descrito ya en los gametos del plasmodium vivax: coloración más intensa del protoplasma y ausencia de división de la cromatina. La diferencia reside tanto como en el gameto, que es intraglobular, mientras que el gameto del plasmodium malarium es más pequeño que el del plasmodium vivax.

Esta diferenciación no es posible a partir del momento en que los gametos están libres, porque hay gametos del plasmodium malarium relativamente grandes y gametos del plasmodium vivax relativamente pequeños.

En cuanto a la diferenciación entre macrogametos y macrogametocitas de plasmodium malarium, ha sido hecha por Levi Della Vida. El protoplasma de los macrometos es más denso y más colorable, el de microgametocitas es más pálido, más pigmentado y menos coloreado.

La evolución en la sangre viviente realiza un cuadro en todo comparable al descrito para el plasmodium vivax. Solamente la duración es de setenta y ocho horas, en lugar de cuarenta y ocho. Además, el plasmodium malarium rompe antes sobre el protoplasma globular que el plasmodium vivax; su pigmentación es más abundante, sus movimientos ameboides más débiles, sus granos de pigmento más gruesos, más parduzcos, y su división lleva ocho o catorce, o más, merozoitos; no se observa coloración ni hipertrofia globular. En cuanto al acto de fecundación es idéntico al del plasmodium vivax.

C) PLASMODIUM INMACULATUM O PRECOX.—La duración total de la evolución de los esquizontes no es tan exactamente conocida como la del plasmodium vivax o la del plasmodium quartano. Está admitido que esta evolución varíe entre el segundo y el octavo día. La forma más joven del esquizonte del plasmodium inmaculatum se presenta bajo la forma de un pequeño anillo de dimensión de un sexto de glóbulo rojo, de color azul oscuro casi negro, y cuyo círculo tiene la fineza de un cabello y parece estar trazado a pluma; este anillo lleva en su periferia uno o dos pequeños granos de pigmento muy fino de color pardo muy oscuro. La zona acromática está muy desenvuelta; por último, el esquizonte se halla casi siempre colocado en el borde del glóbulo, y a veces solamente unido a él (fase o estado paraglobular). En un estado ulterior, estos pequeños anillos, más numerosos ya en la sangre periférica, se han hecho de doble tamaño. El esquizonte representa siempre un anillo, aunque de protoplasma más espeso. Su forma es a veces incompleta y adopta la de una herradura. Este es *medio anillo* del plasmodium inmaculatum. Por último, en un estado más avanzado aún el anillo precedente aumenta su dimensión, haciéndose igual a un tercio del glóbulo rojo; su protoplasma dibuja una media luna azul bastante espesa; el conjunto es en todo comparable al anillo del plasmodium vivax en las veinticuatro primeras horas de su evolución. Este es el *gran anillo* del plasmodium inmaculatum. El glóbulo parasitado ni es hipertrofiado ni decolorado; está más bien apergaminado. El esquizonte desaparece de la sangre periférica y acaba su evolución en los capilares de las vísceras, tales como el bazo o la médula huesosa. Se sabe, sin embargo, que al final de esta evolución el esporozoito del plasmodium inmaculatum aparece bajo la forma de elementos azules de pequeña talla, de contornos irregulares, de pigmento central y encerrando de 10 a 25 granos de cromatina. Por el número de éstos recuerda al esporozoito del plasmodium vivax, pero su talla es tres veces más pequeña. Por su talla recuerda el esporozoito del plasmodium malarium, pero sus granos de división son mucho más numerosos. La libertad de los merozoitos se hace igualmente en las vísceras centrales, así como el principio de la evolución de los nuevos esquizontes. Algunos autores admiten que el esquizonte del plasmodium precox se divide directamente por bipartición, sin alcanzar necesariamente el estado rosado.

La observación de los hechos precedentes es fácil, sobre todo, cuando se tiene que hacer en caso de primera invasión; pero en las recaídas la confusión se hace posible, pudiendo observarse al mismo tiempo todas las formas de anillos. Mauret ha descrito en 1902 los granos incluidos en el protoplasma de los hematíes parasitados por el plasmodium inmaculatum; éstos son, en contraposición a los del tercio benigno, granos bastante voluminosos, poco numerosos y regulares, y de dimensión desigual, designados bajo el nombre de granos o manchas de Mauret.

Contrariamente a los esquizontes, los gametos del plasmodium inmaculatum son muy conocidos, porque se encuentran con frecuencia en la sangre periférica, y su forma es bastante característica para haber atraído siempre la atención. Los gametos del plasmodium inmaculatum no son efectivamente otros que los cuerpos en forma de hoz o de media luna, tantas veces observados por los que han tenido ocasión de investigar el hematozoario del paludismo. Su forma común es la de un croissant, de una media luna, de una salchicha, de una hoz, y por último, de una masa esférica. Estas formas, por otra parte, no son debidas al azar de la fijación; representan, según Rouge, al menos, una verdadera evolución. La forma inicial es al principio la de un anillo pigmentado endoglobular, análogo al del plasmodium vivax, y después la de una media luna o del croissant, con extremidades redondeadas. La longitud es de diez y media; la anchura, la mitad de la del glóbulo rojo. Las extremidades se colorean en azul pálido o azul gris, por el Giemsa. El centro presenta un montón de pigmentos ordenados en corona alrededor de un grano de cromatina. Al principio de su evolución, el gameto del plasmodium inmaculatum está incluido en medio del glóbulo. Este se extiende en longitud para adaptarse en alguna forma en figura de media luna del gameto mismo, si bien que el glóbulo designa una ligera curvatura colocada en la concavidad del croissant. Bajo este aspecto, el microgametocito se reconoce en la laxitud de su red de cromatina y el macrogameto de su densidad. En un estado más avanzado, se observa en forma de bolillo, y por último, en forma esférica. Esta representa el estado adulto del gameto, y responde a la misma forma de los gametos del plasmodium vivax y del plasmodium malarium; es también una superficie regularmente redondeada, muy coloreada y pigmentada por una masa cromatinosa más o menos lisa; el conjunto es de dimensión inferior a los gametos del plasmodium vivax y del plasmodium malarium.

La observación del esquizonte del plasmodium precox en la sangre fresca y viviente es bastante difícil. Esta tiende a la rareza del parásito joven a la dificultad de descubrirse en el protoplasma del hematíes con la ausencia del pigmento; también escapan generalmente a un ojo poco acostumbrado. Al principio de su evolución aparecen como pequeños anillos, midiendo de un sexto a un cuarto del diámetro de un glóbulo, o masas sin caracteres precisos. No existe, en efecto, ningún pigmento. Solamente los movimientos ameboides permiten su conocimiento. Cuanto más tarde el pigmento aparece, permite descubrirle más fácilmente. La evolución interior, hasta poner en libertad los merozoitos, es la misma que para el plasmodium vivax. El esporozoito emite de 8 a 25 merozoitos, pero siempre son más pequeños que los del plasmodium vivax.

En cuanto a los gametos, su diferenciación de con los gametos del plasmodium vivax o malarium es fácil. Ha sido descrita en particular por Ciemann, y por último, facilitada por el aspecto reniforme o fusiforme del elemento. Se reconoce, por otra parte, en su cara cóncava la línea curva del contorno de la hematíes decolorada. Se puede diferenciar, por último, el microgametocito del macrogameto. El primero tiene un aspecto hialino; el segundo es granuloso.

Tales son, en su análisis, los caracteres morfológicos de los tres tipos clásicos del plasmodium. Algunos los consideran como de especies del género plasmodium, tan separadas las unas de las otras como lo son las especies

animales de las vegetales. Otros las tienen por razas, o más simplemente variedades de una especie plasmodium susceptibles, a título de pasaje, de crecimiento y transformaciones recíprocas. Esta tesis unicista fué defendida por el profesor Laderan, para quien los diferentes aspectos bajo los cuales aparece el plasmodium no bastaban a establecer una demarcación absoluta específica entre sí.

Añadamos, por último, que algunos autores diferencian, en los tres tipos clásicos que se han descrito, variedades morfológicas más o menos señaladas.

C. M.^a C.

BIBLIOGRAFIA ⁽¹⁾

ANALES DEL INSTITUTO MADINAVEITIA (Tomo VII). Madrid, Larra, 8, 1932. 12 pesetas.

Después de dos años de ausencia vuelven otra vez a las prensas los «Anales del Instituto Madinaveitia» llenos de ciencia fresca y enjundiosa. Comprenden dicho tomo, a más de dos conferencias de los profesores Corochán y Villar del—sobre estenosis rectal inflamatoria y éxitos y fracasos de la colecistectomía—, un buen número de temas sobre gastroenterología, endocrinología y enfermedades de la nutrición, formando todos ellos al día los asuntos tratados de una manera magistral.

Colaboran en dicho tomo los profesores Barreda, Díaz Manio, Martínez Avial, Milicua, Prendes, Pérez Valdés y Ramírez Arroyo, y como colaborador en todos los artículos aparece el joven Dr. J. M. Madinaveitia, que, en unión del venerado maestro Madinaveitia, es el alma directora de dicho Instituto, donde tanta fructífera y bella labor se realiza por la ciencia médica española.

Dicho tomo se encuentra avalorado por su perfecta impresión tanto en la parte gráfica como en la de microfotografías y radiografías.

LA PESTE BUBÓNICA EN SON SERVERA (1820), por Pedro Servera. I. La Actividad. Arta, 1932. Sin precio.

Sobre la terrible epidemia que en el año 1820 asoló a Son Servera realiza el inspector de Sanidad Dr. Servera un acabado e interesante estudio de esta terrible enfermedad, tanto desde el punto de vista clínico y terapéutico como desde el geográfico e histórico, haciendo una detallada mención de las epidemias pestosas que asolaron a la bella tierra mallorquina desde el año 1114 hasta la por él reseñada del 1820.

Acaba su pequeño folleto con una muy interesante relación de las personas que en ella intervinieron y la labor que cada una de ellas realizó.

Añadido a la obrita, y a guisa de apéndice, publica datos e historia de la epidemia frustrada de cólera del año 1865.

ESTUDIO MÉDICO DE LOS CULÍCIDOS HEMATÓFAGOS, por Mariano Baeza Cuéllar. Talleres Herrera. Madrid, 1933. 8 pesetas.

El libro del culto parasitólogo Dr. Baeza, médico militar de nuestro Ejército en Africa, sobre los culícidos hematófagos, tiene el acierto de reunir en breves páginas un muy acabado estudio—anatómico, morfológico y embriológico—de estos mosquitos; hace también en uno de sus capítulos una descripción maravillosamente lograda de las subfami-

lias de los mismos, y termina la obra con otros dos: uno acerca de las medidas que deben ponerse en práctica para su extinción, y otro sobre la técnica que debe seguirse para lograr un estudio detenido de los mismos.

Avalora la obra una muy bien nutrida bibliografía y más de 80 dibujos bellamente realizados por el mismo autor, que nos demuestra que a la vez que eminente parasitólogo es excelente dibujante.

Se puede decir sin ningún género de encomio que la obra reseñada ha de ser de utilidad suma a todo aquel que quiera llevar a cabo un estudio detenido sobre estos mortificadores mosquitos.

PRÉCIS DE TECHNIQUE HISTOLOGIQUE, por Pierre Isidor. Editeur Félix Alcan. París, 1932. 10 francos.

La obrita del Dr. Isidor tiene la habilidad y el acierto de encerrar en muy breves páginas toda la sutil y bella técnica histológica—fórmulas de colorantes, descripción de técnicas de impregnación, de coloración, de corte y montaje—; a ésta añade un capítulo de sumo interés actual, como es el que trata sobre las inyecciones intravasculares de las materias sólidas. Hay que añadir al valor de la obra el que le dan una serie de claros y expositivos dibujos.

Al médico rural que quiera montarse un pequeño laboratorio y al joven estudiante de Histología les será de máxima utilidad esta obrita.

DEL DESTINO DE LAS INYECCIONES PARENTERALES DE CALCIO EN EL ORGANISMO CON BALANCE DEL CALCIO POSITIVO, por los Dres. Bickel y Liss. Pathologischen Instituts der Universität. Berlín, 1932. Sin precio.

Sobre este apasionante tema han realizado los doctores Bickel y Liss un interesantísimo trabajo lleno de nuevas sugerencias y observaciones del más alto interés; acompañan a éste unos cuantos cuadros sinópticos resumen de sus experiencias, perfectamente realizados.

Nuestra más cálida enhorabuena a los profesores Bickel y Liss, a la par que al Instituto Patológico de la Universidad berlinesa, que se eleva a una gran altura científica al tratar temas como el reseñado.

JUAN H. SAMPELAYO

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

A. Bretón. LOS DIENTES DE LOS TUBERCULOSOS.—Desde Robin se viene admitiendo sin discusión que la tuberculosis evolutiva se acompaña de desmineralización, y desde Farrier se admite asimismo que los tuberculosos tienen mala dentadura porque se hallan decalcificados. Nadie hasta estos últimos años se hubiese permitido oponer la menor duda a estas dos afirmaciones. Pero el problema de la caries dentaria de los tuberculosos no puede ser considerado bajo una forma tan simplista desde que se conoce mejor el papel del calcio en el organismo humano, las variaciones del metabolismo cálcico en el curso de una bacilosis pulmonar y la influencia en las glándulas endocrinas sobre la calciosis dentaria.

La influencia de la tuberculosis sobre el estado de los dientes no parece ya hoy tan importante como antes y hasta

hay algunos fisiólogos que la niegan. El autor, con el objeto de plantear la cuestión en sus verdaderos términos, pasa revista a los diversos estudios hechos sobre la misma, define la caries exponiendo sus diferentes teorías, recuerda la mineralización del diente y resume la solución del problema en las contestaciones a las cuatro preguntas siguientes:

1.ª ¿El bacilo de Koch tiene una acción directa sobre el diente? Respuesta negativa. El bacilo de Koch no interviene para nada en la formación de la caries, este es un hecho probado. La flora microbiana encontrada en el examen bacteriológico de una caries de tuberculoso es la flora habitual de toda caries corriente. Si en ella se encuentran bacilos de Koch, es porque han sido aportados secundariamente por la saliva del individuo.

2.ª ¿El bacilo de Koch modifica el pH salivar y favorece, en consecuencia, el ataque del diente por los ácidos? Los trabajos de Teresa Oppenet y después los de Hulin parecen poner de manifiesto una indiferencia absoluta entre el pH salivar y la caries, en la patogenia de la cual no desempeña aquél ningún papel. La respuesta a esta segunda pregunta es, pues, también negativa.

3.ª ¿La tuberculosis puede obrar sobre la mineralización dentaria por el intermedio de las glándulas endocrinas y del sistema neurovegetativo? En los comienzos de una tuberculosis pulmonar se observan un cierto número de signos clínicos, llamados de impregnación, que parecen poder ser relacionados con una perturbación ligera del sistema neurovegetativo y con una disarmonía del equilibrio endocrinario; pero esto no pasa de ser una impresión clínica más bien que una serie de hechos claramente probados. Nada decisivo puede decirse todavía a este respecto, pues faltan datos científicos debidamente documentados y no puede ser esto considerado más que como una hipótesis que acaso encierre una parte de verdad.

4.ª ¿La tuberculosis puede favorecer del mismo modo que cualquier otra enfermedad crónica caquectizante la aparición de una caries, rebajando el coeficiente de vitalidad y de resistencia del individuo? Parece una cosa de sentido común responder afirmativamente a esta última interrogación. Plantear el problema en esta forma es resolverlo, pues resulta evidente que el tuberculoso es un vaso frágil y que si la caries dentaria parece más frecuente en los tuberculosos, esto quizá sea debido a la atención especial con que los médicos siguen los menores signos de decadencia en estos enfermos.

Esta revista general de la influencia de la tuberculosis sobre los dientes demuestra:

a) La complejidad del problema, mucho menos sencillo de lo que se creía otras veces, y la necesidad de nuevas investigaciones para resolverle claramente.

b) La certidumbre de que la desmineralización de un diente por la tuberculosis, vista según la concepción de Ferrer, no responde a hechos perfectamente exactos, sin que esto constituya una razón suficiente para negar toda influencia a la tuberculosis sobre el estado de los dientes.

c) La necesidad de vigilar con frecuencia la boca de los tuberculosos y de hacer profilaxis, pues la aparición de la caries dentaria acarrea, por lo menos, una mala masticación de los alimentos y una hipoalimentación perjudicial para la buena defensa contra la infección bacilar. (*Gazette des Hôpitaux*, núm. 2, 7 de Enero de 1933).—T. R. Y.

W. Zweig. ELIMINACIÓN DE LAS EMANACIONES DE RADIUM DESPUÉS DE SU ADMINISTRACIÓN AL INTERIOR.—Hasta la fecha, las emanaciones de radium al interior se han dado

de un modo empírico, sin que se hayan hecho estudios sobre la rapidez de su absorción ni sobre su eliminación. El autor ha procurado estudiar ambas cosas en el Instituto del Radium de Viena, procurando determinar con la mayor exactitud posible el momento en que dichas emanaciones aparecen en el aire espirado de los individuos que las tomaron al interior. Para ello daba a los sanos, en ayunas, un vaso de agua de unos 50 c. c. con emanaciones de radium equivalentes a 10 unidades Einheim, o sea 3 6.10 6 Curie y observó la eliminación de estas emanaciones por el aire espirado 5, 10, 15, 20, 30, 40, 55, 75, 90, 120 y 180 minutos después de ingerida el agua. Los resultados fueron los siguientes:

1.º En los sanos que bebieron agua en ayunas, la eliminación aparece muy pronto y alcanza su máximo a los 5-15 minutos. Los individuos con taquicardia lo eliminaron antes que los bradicárdicos. Hay que aceptar que la emanación se absorbe muy pronto y pasa en seguida al torrente circulatorio.

2.º En los sanos que han tomado ya el desayuno, las cosas pasan de distinto modo, según el tiempo que haga que han desayunado, siendo tanto más rápida la observación cuanto menos restos alimenticios quedan en el estómago. En los que tomaron las emanaciones a poco de desayunar, la eliminación máxima se verificó entre los 60 a 120 minutos.

3.º En los enfermos de cáncer gástrico no se observaron modificaciones, en comprobación con la normal, que pudieran servirnos como medios diagnósticos.

4.º En la úlcera del duodeno y en la hiperacidez, la eliminación fué absolutamente normal.

5.º En la anacidia y aquilia gástrica, la absorción fué muy lenta y tardía. El primer máximo eliminatorio se encuentra a los diez minutos y el segundo después de los treinta, presentándose un tercer máximo a los cien minutos aproximadamente.

6.º Las radioemanaciones tomadas en ayunas, poco después de haber ingerido un poco de carbón, modificaron la curva eliminatoria de un modo extraordinario, debido a que el carbón se adhiere muy íntimamente a las radioemanaciones. Muy pocas de éstas se observan en el estómago y una gran parte de las mismas se eliminan con las heces adheridas al carbón.

De estos estudios se desprende la necesidad de dar el agua rica en emanaciones de radium en ayunas o cuando el estómago esté vacío, evitando dar al mismo tiempo medicamentos capaces de absorber las emanaciones como carbón, etcétera. (*Wiener med. Woch.*, 1933, núm. 7).—F. G. D.

R. Beneke. SECUELAS QUE EL ANGIOESPASMO REFLEJO ES CAPAZ DE PROVOCAR EN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.—Las necrosis isquémicas por angioespasmos reflejos son muy frecuentes en el sistema nervioso central, pues todos sus elementos son extremadamente sensibles a la falta de oxígeno, y bastan de seis a diecisiete minutos de isquemia para provocar en perros la destrucción total de una porción del sistema nervioso central. Las isquemias traumáticas reflejas son causa de necrosis múltiples, como se ha demostrado muchas veces por autopsias. Estos focos pueden combinarse en ocasiones con éstasis y hemorragias secundarias, produciéndose de esta forma lesiones complejas. Factores psíquicos son capaces de provocar igualmente estas necrosis por angioespasmo. Todo esto es muy interesante y no debemos olvidarlo nunca cuando informamos como peritos acerca de las posibles consecuencias de un traumatismo físico o psíquico. Las lesiones que producen tales espasmos vasculares son análogas a las observadas en

casos de embolias capilares, por lo que sólo haremos el diagnóstico de angioespasmo cuando se haya eliminado toda posibilidad de existencia de una embolia de grasa, de aire, etc. El diagnóstico es muchas veces dudoso cuando existe hemorragia, pues no siempre es posible afirmar si la hemorragia fué primitiva o secundaria a una isquemia (éctasis y hemorragias secundarias). Cuando el médico tiene que informar acerca de relaciones de causalidad entre un trauma anterior y síntomas de excitación o de déficit que aparecen más tarde, su situación es muy delicada. El espasmo vascular puede presentarse algún tiempo después de la acción del trauma y no hay regla fija que pueda guiarnos en tales casos; pero de todos modos esto ocurre mucho menos en casos de traumas mecánicos que cuando hay un factor psíquico de importancia (miedo intenso, terror).

El autor llama después la atención sobre la posibilidad de que los focos de necrosis por isquemia sean punto de origen de un glioma, de un gliosarcoma, de tumores meníngeos. Acerca de este punto hace consideraciones muy curiosas, aunque es algo aventurado en sus conclusiones.

Indudablemente las [predisposiciones individuales juegan un gran papel en la aparición de las necrosis por angioespasmo. Los hipertónicos y los arterioescleróticos sufren espasmos vasculares después [del trauma con mucha más facilidad que las personas con vasos normales y sanos.

Cree el autor que, si bien no han sido mencionados, no pueden negarse y deben ser relativamente frecuentes las necrosis del lóbulo anterior de la hipófisis por espasmos vasculares consecutivos a traumas de diversa índole. Sobre todo en los niños pequeños pueden presentarse por el trauma del nacimiento y con especial predilección en aquellos que, por padecer sífilis congénita, tienen una indiscutible inferioridad en sus arterias. De este modo se explicaría el autor muchos casos de enfermedad de Simmond (adelgazamiento crónico absoluto), de distrofia adiposogenital congénita y de enanismo hipofisario congénito. Los focos de necrosis productores de estas dolencias evolucionarían al principio sin síntomas llamativos, y sólo más tarde, cuando la falta de compensación de otras glándulas de secreción interna o cualquier otra causa pusiera en evidencia el déficit de la hipófisis, se observaría el cuadro clínico de la enfermedad. (*Muenchener med. Wochenschrift*, 1931, número 45).—F. G. D.

E György. ADMINISTRACIÓN DEL PLASMA SANGUÍNEO POR VÍA RECTAL A LOS NIÑOS DE PECHO.—De ordinario, cuando queremos hacer transfusiones de sangre a los niños utilizamos las venas de la cabeza los senos venosos, la safena magna o la cubital, y otras veces nos limitamos a las inyecciones intramusculares. En los niños muy pequeños, y sobre todo en los recién nacidos débiles o en los que nacen antes de tiempo, estos métodos son difíciles o imposibles de utilizar. El autor propone recurrir en tales casos al plasma sanguíneo dado por vía rectal. Procede del siguiente modo: La sangre del donante la toma de una vena y la deja en un pequeño matraz donde hay un decigramo de citrato sódico disuelto en unos pocos centímetros cúbicos de agua destilada. Se centrifuga el plasma y se guarda en matracitos de 10 c. c. de cabida, que se conservan en heladoras. Antes de utilizarlo se le calienta a la temperatura del cuerpo. El autor ha utilizado este plasma por vía rectal en las enfermedades catarrales (gripe y bronconeumonías), en graves lesiones de la piel (furunculosis extensas, eritoderma descamativa y esclerodermias), y en los nacidos antes de tiempo que maman mal y a los que es difícil alimentar. Cada vez da 15 a 20 c. c., repitiendo la dosis dos o tres

veces al día en los casos graves. El enema debe darse, a ser posible, por la noche, después de una mamada y precedido de un enema de limpieza. El plasma se introduce con un catéter de goma muy delgado y se deja 15 a 20 centímetros más allá del ano. Se saca el catéter rápidamente y se cierra el ano con un taponcito de algodón hidrófilo, sujeto con una tirita de aglutinante. Es raro que el plasma se pierda y nunca se han observado molestias consecutivas en las deposiciones. Los resultados fueron buenos, sobre todo en las enfermedades catarrales. En los niños nacidos antes de tiempo y tratados con este método la mortalidad descendió del 50 al 30 por 100. (*Monatschr. f. Kinderheilk* 54/5. *Apel Wien. Klin. Woch.*, 1933, núm. 4).—F. G. D.

A. Cade, Ph. Barral y J. Roux. LA ANAFILAXIA A LA INSULINA Y LA PATOGENIA DE ALGUNOS ACCIDENTES DE INTOLERANCIA A LA INSULINA.—Desde el principio del empleo de la insulina se señalan reacciones locales consecutivamente a la inyección de este producto; se han referido muchos casos de reacciones anafiláticas a la insulina.

La mayoría de los autores han atribuido estos fenómenos anafiláticos a las impurezas contenidas en la insulina.

Habiendo observado repetición de estos fenómenos anafiláticos en el curso del tratamiento insulínico, hemos tratado de fijar su patogenia.

Las reacciones locales consisten en nódulos dolorosos, placas eritematosas, infiltraciones edematosas, pseudoflegmonosas, abscesos estériles; como reacciones generales, urticarias y prurito, eritemas escarlatiformes o sarampiñosos, edemas, eritrodermia edematosa pruriginosa.

Accidentes que desaparecen espontáneamente o sencillamente por terapéutica antichoc o por el cambio de preparación insulínica, si bien hay casos que persisten cualquiera sea la marca de insulina empleada.

Las experiencias que hemos realizado en cobayas nos indican que la insulina se comporta como un antígeno específico y crea sensibilización a igual que los restantes antígenos específicos. Reacciones anafiláticas tanto más intensas cuanto más impura la insulina empleada. Clínicamente se observan raramente cuando se emplea insulina purificada. (*Bulletin de L'Académie de Médecine*, París 6 de Abril de 1931, tercera serie, tomo CV, año 1895, pág. 575). M. A. C.

Becker. NECROSIS DE LAS EXTREMIDADES EN LA POLICITEMIA VERDADERA.—Presenta el autor la observación de un hombre de setenta y dos años que presenta una policitemia roja verdadera, caracterizada por coloración típica de la cara y de los músculos, aumento de volumen del bazo y del hígado, presión normal, sensación vertiginosa, nueve millones de eritrocitos, 146 por 100 de hemoglobina. Este hombre había sido pintor anteriormente. Presentaba, por último, una sensación de frío de los segundos y tercer dedos con dolores lancinantes. A pesar del tratamiento el estado se agravó, comprobándose una verdadera momificación de los dedos e ictericia. Muerto el enfermo y autopsiado, se encontró un cáncer primitivo del hígado.

Los casos de gangrena o de necrosis en la policitemia son extremadamente raros. Obsérvanse mucho más frecuentemente trombosis venosas y más raramente arteriales. En los casos en que verdaderamente se trata de una interrupción de la circulación de las pequeñas arterias digitales se debe a la viscosidad de la sangre.

La coincidencia entre el cáncer y la policitemia no había sido señalada en las observaciones presentadas hasta el momento. (*Klin. Woch.*, 23 de Julio de 1932).—T. B.

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. Nouvilas, a Málaga.—Academias, Sociedades y Conferencias.—Colaboración médico-rural: Problema médico, por Sisinio Crespo. Los nuevos suscriptores de El Siglo Médico.—Concursos y oposiciones oficiales.—Hospital Central de la Cruz Roja.—Sección oficial.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Estaleta de partidos.—Código Penal.—Tertulia médica.—Anuncios.

Boletín de la semana.

Introducción a los encantos de la primavera.

Está el aire sutil y frío. España vuelca sus meses cargados de nieve en el abismo azul de un cielo sin tacha, caliente por un sol nuevecito que pinta las cosas de oro y las ideas de esperanza.

El amante desazonado de la muerte empieza a jugar el triste papel de los viejos que cortejan mocitas. ¡Adiós caballero Invierno!

Desde el bocal de mi ventana te miro pasar, calle abajo, abrumados tus hombros por la capona parda debajo de la cual tantas malicias nos trajiste. Renqueas, renqueas y tu lastimoso caminar apenas encuentra una mirada compasiva. ¡Adiós caballero Invierno! Estallan los almendros en millares de florecillas que parecen pezones de virgen, y corre un remusguillo por la sangre que nos quita la pena del alma y el reuma de las articulaciones. Las mujeres siempre bonitas están más bonitas, y las feas no ofenden. El alma salta y el cuerpo camina por las veredas de la vida española llenas de sol, como predicando una cruzada para librar a la felicidad del poder de tus hipotecas. ¡Adiós caballero Invierno!

¿Qué hacer en este brillante preludio de la primavera? ¡Esperar! La fatalidad de estas sucesiones en el ambiente de la vida nunca suprimió el encanto de su sorpresa. El invierno nos tuvo sujetos a todas sus tristezas y a todas sus maldades, y sabíamos que el invierno tendría que acabar. Pero nunca damos a la experiencia nuestra atención como a persona seria. La experiencia nos cantaba que el tiempo malo finiría, y nosotros no hemos querido quitarnos el gustazo de la sorpresa ante este preludio de la primavera.

Dentro de poco será verdad. Tendremos el día largo y templado, la noche serena, sin gemidos de aquilón ni puñales de hielo que nos abran la espalda traicionando. Dentro de poco será verdad. La justicia ha salido ya caballera en un rayo de sol y trae buenos andares, porque viene impaciente de que en España haya flores y entre sus hombres haya paz. Esta primavera de España anuncia

más encantos que otra ninguna, acaso porque España nunca fué tierra de inviernos tan feroces como el que nos abandona.

Veremos otra vez los prados cuajados de trébol y a las azulinas entre el musgo de los peñascales, y correrá el agua sudada de las nieves y parida del soterrano, y cantará el mirlazo, y olerá la vida a vida, y el pan tendrá gusto de pan, y la libertad sonido de libertad.

¡Tiempo de Mayo! Apenas te anunciaste y ya hemos comenzado a gozar de tus alegrías. El mucho hielo, las muchas sombras, el hambre, negra como la cavilación del crimen, la envidia, de la color del cáncer, y el miedo absorbente como una esponja, parecen huir delante de este mal parado caballero Invierno que aun pretende invitar a sus hechuras a que aguarden un poco porque su paso es tardo y vacilante. ¡Fuera, fuera, caballero Invierno! Nadie te quiere ni nadie te quiso. Nosotros somos hombres para el sol y para la alegría, para el amor y para la nostalgia, y para la cordialidad y para la dicha de ver filar el tiempo entre las horas como la brillante baba del gusano envolviéndonos en un pintado capullo de ilusiones de seda.

Nosotros los españoles, no somos hombres de uraño ni de ventisquero, somos hombres de planicie triguera y montaraces de pinos claros y tomillares bravíos. España no es campo para el lúpulo, sino para la manzana sidrera y la uva moscatel.

¿Quién dijo, por muy dura que se diese la invernada, que fueran a secarse los huertos y las viñas españolas?

¡Adios, caballero Invierno!

¡Esperanza, Esperanza! Eres la bola de oro que lanza el hombre contra todos los fantasmas de la vida. Muchas veces no das en el blanco y se pierde tu noble tiro. Pero el afán del hombre no reposa, y en estas fúlgidas mañanas, a las puertas de la primavera, los españoles tiramos nuestra bola de oro, nuestra esperanza pulida y rútila, contra los fantasmas medrosos y los espantajos burdos con que vistieron las noches tristes del invierno que muere estos bellos campos de España, hechos por Dios para el volar de las palomas y el triscar de



los corderos, para el galopar de los corzos y el saltileo de las perdices, para los naranjos y para las zarzamoras, y los espinos, y los lirios, y el roble, y la caña, y las endrinas, y los madroños, y las fiestas de toros, y los frontones, y los bellos cantos, y las danzas airoas, y el amor de Dios, y el amor de la hembra, y el amor del vino... ¡Esta vez, como siempre haremos, los españoles hemos lanzado nuestra esperanza contra el fantasma de Caín, que ha dado en el suelo en este bello preludio de primavera!

DECIO CARLAN

LA PRACTICA DE LA MEDICINA EN EL RIF

POR EL

DR. MARIANO BAEZA

VIII

CURANDERISMO.

SANGRADORES, MAESTRONES Y SACAMUELAS.

De modalidad diferente ya a las viejas y comadres, por tener su ciencia perfectamente sistematizada, son los *sangradores*. Hombres que ejercen su oficio, como la mayoría de los curanderos, en sus casas y en los zocos, donde se ins talan en una tiendecilla de lienzo. Tienen el máximum de clientela en la primavera, en que la sangría se aplica como depurativo y descongestionante craneal.

Los útiles empleados en la operación son: una navaja para afeitar, que es de las que entre nosotros se llaman *cabriteras*; una especie de escoplo pequeñito y muy bien afilado para hacer las escarificaciones, y un par de ventosas, de metal.

La técnica de la sangría es la siguiente: afeitan la nuca; hacen a cada lado inmediatamente, por detrás de las apófisis mastoides, unas cuantas (cuatro por lo general) escarificaciones paralelas de $1\frac{1}{2}$ a 2 centímetros de longitud, y sobre ellas aplican la ventosa, en la que hacen el vacío por succión. La salida de sangre la facilitan con masaje. Cobran por la operación una peseta.

* *

Los *maestrones* son los que se dedican a arreglar fracturas y luxaciones. Entre ellos hay pobres hombres torpes que no tienen idea de lo que se traen entre manos, que hacen graves desatinos, y hay verdaderos practicones de los que no se puede decir otro tanto.

En las fracturas abiertas todos quedan al mismo nivel, porque las embadurnan con aceite, huevo y yerbas machacadas, como una herida cualquiera, y luego la tapan sin ninguna precaución aséptica y antiséptica, con lo que la infección es segura.

Conocemos un viejecito maestrón con tal cantidad de experiencia y buen sentido que nos causa admiración. Hemos visto vendajes puestos por él a los que no hay nada que objetar. Citaremos los dos que más nos han asombrado: uno aplicado a una fractura de clavícula, y otro a una fractura de fémur. Los dos han consolidado también como para su éxito personal hubiese pedido un cirujano de primera línea. Otros, en cambio, por ejemplo uno aplicado a una fractura de húmero en un viejo, le han salido bastante mal.

El vendaje de clavícula consistía en una almohadilla en semiluna colocada en la axila y sostenida por unas cintas cosidas a sus ángulos, que iban a anudarse al hombro sano. El codo quedaba sujeto al tronco por un turbante, que a la vez le fijaba hacia atrás, y la mano sostenida delante del pecho por una charpa. Sayre hubiera pretendido muy poco más.

El vendaje de fémur consistía en una gotiera en forma de largo cajón, hecho con tres tablas, sujetas unas a otras por torniquetes en forma que sería muy prolijo describir. Dentro de esta gotiera, almohadillada con lana y trapos viejos, se coloca la extremidad enferma. Rodea al foco de fractura una especie de persiana o bisma hecha con trozos finos de caña, cosidos a un trozo de tela, de cuya aplicación resulta un entablillado elástico y firme a la vez, el cual se adapta al muslo con unas cuerdas que se aprietan más o menos por torsión. La extensión continua se hace atando al pie un turbante, y al turbante una cuerda de lana que se lleva al palo transversal del extremo del cajón. gotiera, cuerda que también se temple por torsión. La contraextensión más molesta queda hecha por el apoyo de la ingle en la tabla interna del cajón y en el palo transversal del extremo superior del mismo, que se almohadilla. Pende del techo una cuerda, a la que se agarra el enfermo para incorporarse un poco y cambiar de postura sin ayuda de nadie. Las torsiones se hacen utilizando trozos de caña que se fijan en la posición deseada, metiendo un palo en el hueco de los mismos, palo que apoya en otro punto cualquiera.

* *

Para inmovilizar articulaciones después de reducidas utilizan los maestrones trapos usados impregnados de clara de huevo. El vendaje tiene el inconveniente del endurecimiento lento y de que es de aspecto poco grato; pero no resulta del todo mal.

El precio de esta clase de curas varía de 3 a 30 duros, según la categoría de la lesión del cliente y del maestrón.

Los maestrones, perseguidos por los médicos cristianos, y con razón, porque han producido verdaderas catástrofes orgánicas, se retraen cuando les interrogamos y no quieren mostrarnos sus procedimientos (aun cuando no somos nosotros quienes los perseguimos). Sólo conocemos los empleados en los casos que accidentalmente hemos visto. Pero entendemos que no sería en vano un estudio detallado de los mismos; tal vez en ellos se encontrasen orientaciones que, puestas en vías de hecho con los medios de que disponemos, solucionarían ciertos problemas de orden técnico o de aplicación. No se debe olvidar que los maestrones, para hacer lo poco bueno que hacen con los escasísimos medios de que disponen, han de revelarse como verdaderos artífices.

* *

Los rifeños, contrariamente a como suele pintárseles, con los dientes muy sanos y blancos, andan muy mal de dentadura; pero que muy mal. Es excepcional el que no padece caries. Si por el campo hubiese dentistas no les faltaría trabajo, porque es la boca lo que con más interés tratan de arreglarse.

A falta de dentistas, son abundantes los sacamuelas, que ejercen la profesión en sus casas respectivas y en los zocos. Por todo material disponen de un gancho o llave inglesa que suelen comprar en Argelia. El procedimiento de extracción es del todo brutal. No utilizan anestesia alguna. El artífice se sienta en un cajón o en una piedra de

40 centímetros de altura, poco más o menos, con las rodillas un poco separadas. El cliente, sentado en el suelo, a sus pies, y dándole la espalda, echa la cabeza hacia atrás para que el «dentista» la sujete entre las rodillas, y queda con la boca hacia lo alto y las manos y los pies cogidos por los que le acompañan, que a la vez le infunden alientos. El saca muelas se inclina hacia delante, examina la boca, mete la llave, tuerce..., un alarido y... lo demás... Dios sabe lo que será. Las muelas que se rompen son muchas; las fracturas de maxilar, abundantes; el sacar una muela por otra no es infrecuente, y las infecciones casi la regla.

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

EL DR. NOUVILAS, A MÁLAGA

Nuestro querido amigo y compañero de Redacción el ilustre psiquiatra Dr. Pedro A. Nouvilas, ha marchado a Málaga para encargarse de la dirección del Sanatorio Psiquiátrico de San José.

Nos llena de sincera alegría este reconocimiento de los méritos y laboriosidad del Dr. Nouvilas, plasmado en tan alta y honrosa designación, que es un verdadero acierto de los Hermanos de San Juan de Dios, como rectores del establecimiento.

El Dr. Nouvilas lleva a Málaga todo su prestigio de médico militar, y al tiempo la aureola de uno de los valores más destacados entre los especialistas de la escuela psiquiátrica española.

No dudamos de los rápidos y sonoros triunfos de nuestro querido amigo en el ejercicio profesional dentro del nuevo campo de sus actividades, y esperamos de su reconocida capacidad científica una labor clínica e investigadora al frente de su nuevo Servicio que amplíe su justa fama al amparo de medios más eficaces e inmediatos.

Academias, Sociedades y Conferencias

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Sesión del 4 de Marzo de 1933.

EL FACTOR ENDOCRINO EN LA GÉNESIS DEL PIE PLANO

Dr. G. Marañón: Vamos a ocuparnos del pie plano desde el punto de vista médico. Hasta el día ha sido proceso bajo los cuidados principalmente del cirujano ortopédico.

Los estudios modernos sobre la enfermedad reumática han puesto de manifiesto que muchos de estos enfermos, considerados como tales, son sencillamente enfermos de pie plano.

Desde hace cinco años, en nuestro Servicio estudiamos sistemáticamente, sea cualquiera su afección, los pies de todos los enfermos.

Este estudio nos ofrece, ante todo, la frecuencia del pie plano; casi la mitad de los individuos que pasan de los cuarenta años tienen el pie deformado.

La intensidad del pie plano no guarda relación con las molestias que proporciona. La mayoría de los individuos que dan huella plantar de pie plano no aquejan molestias. Los casos de pie plano inicial, de pie cansado, de pie relajado, son los que presentan la mayor intensidad de síntomas.

La sintomatología del pie plano es conocida de todos los clínicos. Solamente vamos a añadir a este síndrome

algunos detalles ya vistos por otros autores. Es la usura de la parte interna del tacón. Con este síntoma podemos hacer el diagnóstico de pie plano.

Otro síntoma de interés es el trofoedema de tobillo. Casi todos los casos de pie plano juvenil van acompañados de este síntoma, así como de varices. Casi la totalidad de los hombres, y principalmente de mujeres, sobre todo jóvenes, con tobillos gruesos, tienen pie plano; muchos casos de trofoedema de tobillo se acompañan de varices.

Son muchos los casos de esta naturaleza que se presentan al médico aquejando varices; en ellos la exploración clínica debe fijar especial atención a la existencia de pie plano. Casos en los que estas varices curan simplemente cuando se modifica la planta del pie.

El dolor local del pie plano es bien conocido. Todos los clínicos tienen la experiencia de que las personas con pie plano completo no presentan dolores. En cambio, las formas más dolorosas son los grados iniciales de pie plano.

Mayor interés tienen los síntomas alejados del pie. Es fácil que el médico, al no prestar suficiente atención a la deformidad del pie, no establezca la debida relación e interprete indebidamente los síntomas alejados. Son dolores musculares de pierna y aun de tronco. Gran parte de los dolores en miembros inferiores y del tronco que pasan como reumáticos, principalmente llamados musculares, son una consecuencia del pie plano. Dolores debidos a procesos de fibrositis o estados de mielogelosis en relación directa con el esfuerzo tenaz de los músculos de la pierna para mantener el tono neuromuscular del pie. Como consecuencia aparecen modificaciones de la rodilla, de la articulación de la cadera y hasta acentuaciones de las incurvaciones fisiológicas de la columna vertebral. Cada una de estas modificaciones va seguida de la contracción tenaz de los músculos correspondientes y alteraciones musculares en forma de fibrositis o mielogelosis.

En las causas del pie plano todos sabemos intervienen de manera secundaria las alteraciones del esqueleto. Lo que primitivamente produce el pie plano es la relajación del tono neuromuscular mantenedor de la actitud. Cuando este t no decae o desaparece, aparece el pie plano, sin necesidad de deformaciones esqueléticas.

La aparición del pie plano en la convalecencia de las enfermedades y solamente por deficiencia del tono neuromuscular es una prueba de este aserto. Es el pie plano en ocasión de debilitación del tono neuromuscular. Es lo que sucede en ciertos trastornos endocrinos.

Entre las alteraciones del tono neuromuscular tenemos causas mecánicas y causas funcionales. Entre las primeras, el aumento rápido de peso, tanto en volumen como en altura; el embarazo; las grandes cargas, etc. Las observaciones recientes han demostrado que estas causas mecánicas actúan solamente como adyuvantes en la aparición del pie plano.

Las causas principales del pie plano son las de carácter trófico. Tenemos como más interesantes las causas posturales. De manera fisiológica la postura continuada lleva a la fatiga del tono neuromuscular. Es la frecuencia del pie plano en los individuos con profesiones que han de estar de pie la mayor parte de su jornada: cocineros, empleados de comercio, etc., etc.

No faltan teorías que atribuyen la aparición del pie plano al uso del tacón alto; éste hace variar el centro de gravedad y con ello modificaciones en los puntos de apoyo del pie y la posibilidad del hundimiento del mismo. Citemos que las personas con pie plano generalmente pertenecen a la clase social que no llevan tacón alto.

Mayor importancia tienen los factores tróficos en la aparición del pie plano. Los principales son de carácter nervioso. Las enfermedades nerviosas periféricas o centrales que debilitan el tono neuromuscular pueden ser causas del hundimiento de la bóveda plantar.

Al presentar los factores endocrinos del pie plano podemos de manifiesto que el Dr. Decref en sus estudios sobre la escoliosis de la adolescencia fija sus relaciones con la insuficiencia ovárica. Hemos demostrado que la insuficiencia ovárica da lugar a la relajación del tono neuromuscular. Es la facilidad a la incurvación de la columna vertebral como también las perturbaciones del metabolismo cálcico y su consecuencia las modificaciones de las estructuras óseas vertebrales.

En la génesis del pie plano también intervienen estos factores endocrinos. Es la frecuencia de la asociación del pie plano y de la escoliosis.

La observación clínica nos ha demostrado que las personas con pie plano presentan perturbaciones de las glándulas endocrinas; son enfermos tiroideos, hipofisarios o suprarrenales; principalmente son insuficientes genitales. En una descripción de los eunuocos hecha en el siglo XII ya se marca como síntoma principal esquelético el pie plano. Hay pie plano en insuficientes ováricas. Trastorno de la bóveda plantar del pie que desaparece durante los años de madurez genital de la mujer y reaparece en la menopausia.

Aparte de los casos citados, el pie plano se observa con alguna frecuencia en los adolescentes, en los púberes masculinos que crecen rápidamente. Pie plano que se atribuye al crecimiento excesivo de estos prepúberes ligado a estado de insuficiencia genital transitoria en preponderancia del factor hipofisario.

El pie plano observado durante el embarazo seguramente está ligado a perturbaciones endocrinas, ováricas principalmente.

Es decir, hay hechos demostrando un factor primitivamente distrófico que altera la tonicidad neuromuscular de la planta del pie; con ello el hundimiento de la misma; factor ligado a perturbaciones de las glándulas de secreción interna. Nada extraño, dadas las asociaciones funcionales de las glándulas de secreción interna, principalmente genital, en relación con el metabolismo del calcio, en colaboración de la función neurotónica muscular.

Pero ¿por qué tan gran número de casos de pie plano no presentan síntomas dolorosos?, y ¿por qué sólo aparecen en cierto número de ellos? Creemos este hecho tiene fácil explicación. No es el hundimiento de la bóveda plantar el causante del dolor; es el esfuerzo muscular a realizar para mantener la tensión, el tono neuromuscular; esfuerzo mayor al iniciarse el hundimiento de la bóveda plantar; a esta lucha es a lo que corresponden aquellos casos denominados de pie débil, de pie relajado; es la fase de los dolores. Cuando la bóveda plantar se ha hundido, cuando queda apoyada, es cuando descansan los músculos; éstos no precisan del esfuerzo; los dolores desaparecen.

Además, el pie plano es siempre un pie inflamado; para muchos autores, inflamación por alteraciones esqueléticas. Nosotros creemos que el pie plano es un pie traumatizado es el fijador de las causas reumáticas habituales. Es como la radiología del pie plano muestra lesiones traumáticas; lesiones de rarefacción ósea y hasta formaciones óseas excesivamente compensadas. Es como el pie plano, el pie traumatizado, sirve de fijador de agentes reumatoideos. En estos enfermos la investigación clínica detenida pone de manifiesto foco séptico infeccioso, sífilis, gonococia y, en muchos casos, uricemia.

Estos datos que acabamos de exponer acaso puedan explicar la predilección localizatoria del ataque de gota por la articulación del primer dedo del pie. Es parte que fisiológicamente sufre traumatismos; traumatismos pequeños y seriados que acaso sean determinadores de la localización del ataque de gota.

Es como el pie plano en un enfermo debe obligar al médico, no sólo a la corrección ortopédica consiguiente, sino también a investigaciones de focos sépticos, sífilis, gonococia, uricemia, etc., para aconsejar un verdadero tratamiento.

Dr. Decret: El estudio de los casos de pie plano pone de manifiesto que en España se padecen formas con alteraciones de tejidos blandos con limitación de alteraciones esqueléticas. Deformaciones que no sólo comprenden al arco de la bóveda plantar anteroposterior, sino también al arco que limita la cuerda trazada por las cabezas de los metatarsianos primero y quinto.

Las alteraciones del pie plano guardan estrecha relación con las observadas en la escoliosis, tanto en la sintomatología como en las condiciones patogénicas.

NUEVAS INVESTIGACIONES SOBRE LA OTOESPONGITIS. NOTA PREVIA

Dr. A. M. Calderín: En los momentos actuales la sordera, topográficamente, tiene tres localizaciones, y sus formas evolutivas también difieren.

El primer tipo de sordera es la timpanoesclerosis, cuya localización está en la caja y tímpano relacionada con lesiones rinofaríngeas, procesos nasales o de caja.

El segundo tipo es la osteítis crónica metaplástica otoespongiosa; otoesclerosis localizada por transformación de la cápsula que envuelve al laberinto.

La tercera localización es la sordera nerviosa o determinada por atrofia del órgano periférico o central de la audición.

Nos vamos a referir a la sordera capsular. En ella reina divergencia de opiniones. Es la sordera principalmente de jóvenes; muy frecuente en el sexo femenino y ligada con trastornos de la menofania, agravada por el embarazo y lactancia. Es como se comprende sus relaciones con trastornos de las glándulas endocrinas.

Anatomopatológicamente la sordera capsular sigue tres fases: osteoide, osteospongiosa y otoesclerótica. Tres fases que reproducen tres estados de la enfermedad: juvenil; de osteítis rarefaciente y de osteítis condensante.

La sordera capsular no está relacionada con procesos infectivos. Es una sordera bilateral. En los momentos actuales se trata de explicar con las teorías trofoneurótica, congénita o endocrina.

En relación a la teoría endocrina hemos investigado varios casos, en especial en cuanto a la forma hormonal de Stern, en unión de investigaciones químicas de sangre y metabolismo basal, habiendo distribuido los enfermos según los tipos de Bauer para el género masculino y de Marañón para el femenino. Los resultados obtenidos no nos permiten fijar conclusiones, si bien nos inclinan el ánimo a un tratamiento de calcio y extracto paratiroideo. Consejos terapéuticos no definitivos a confirmar por investigaciones más numerosas. — *M. Aceña.*

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del 6 de Marzo de 1933.

LA VACUNACIÓN SISTEMÁTICA DE LOS RECÉN NACIDOS
POR EL B. C. G. SUS RESULTADOS

Dr. De Benito Landa: La vacuna de Calmette Guérin por vía oral no produce trastorno funcional alguno en el

recién nacido siguiendo la técnica preconizada por los autores; debe realizarse de manera sistemática por diversos conceptos:

Porque es más fácil averiguar los focos de contagio de la tuberculosis ocultos que puedan hacerla en muchos casos ineficaz, y conocidos pueden tomarse medidas de aislamiento favorables a todos y al nuevo ser el primero.

Porque llevada a las casas por la enfermera visitadora, ésta puede ejercer acción social educativa en el público en general, muy útil y necesaria para combatir con eficacia tan mortífera endemia.

Porque puede extender su bienhechora acción a mayor número de recién nacidos.

Porque positivamente disminuye la mortalidad infantil, debido indudablemente a la relativa inmunización que contra la tuberculosis grave confiere al niño, salvándole de una muerte cierta.

La vacuna será dada al niño indefectiblemente por la enfermera visitadora en todos los casos, tanto en la vacunación como en las revacunaciones.

Para el mejor conocimiento de los efectos de la vacuna, la enfermera visitadora hará investigación social discreta de la vida de los padres o familiares del recién nacido.

Al niño vacunado hay que seguirle en el curso de su vida, tanto para revacunarle como para conocer las incidencias habidas en su salud.

La vacunación será inútil si no va seguida de la revacunación en el primero y tercer año de la vida del niño e incluso a los siete y diez años.

La vacunación será gratuita siempre, puesto que gratuitamente la han cedido sus beneméritos autores en beneficio de la humanidad.

Dr. Alonso Muñozerro: En nuestra primera serie de casos de B. C. G. realizada en 1926 obtuvimos una mortalidad por tuberculosis de 4 por 100 en los no vacunados y del 1,38 por 100 en los vacunados. Son datos de gran valor y de acuerdo con los publicados por Calmette como resumen de todas las instituciones que emplean el B. C. G.

Hemos continuado en el empleo de la B. C. G. y los resultados confirman los datos anteriores.

Ahora bien: ¿en qué medio se empleará la B. C. G.? En todas las instituciones de puericultura, consultas de recién nacidos en las maternidades, y siempre dentro de los diez primeros días de la vida.

No somos partidarios de emplear la B. C. G. en ambiente tuberculoso a menos que se retire al niño durante las seis primeras semanas que siguen a la vacunación antituberculosa, que es, según las investigaciones de Calmette, el tiempo que tarda en desarrollarse el período de preinmunidad.

TRATAMIENTO ABORTIVO DE LOS FLEMONES PERIAMIGDALINOS

Dr. César Bertrán: Es el tratamiento abortivo empleando el electrargol según técnica de Bourgeois. No es método atrevido ni nuevo; es beneficioso para los enfermos; sencillo de técnica y al alcance de todos los médicos.

Los trabajos de Canuyt y Viela sobre estos abscesos han puesto de manifiesto la localización exacta de los flemones periamigdalinos; es un absceso situado en la caja amigdalina, a nivel del espacio celular extracapsular entre pared faríngea y cápsula amigdalina; relacionados por delante con el pilar anterior, por detrás con el pilar posterior, por dentro con amígdala, por fuera con la pared lateral de la faringe, y por abajo llegaría al asta mayor del hioides, pero, generalmente, cerrada a nivel de su tercio inferior por

la unión cápsuloparietal y por arriba responde al hiato velotonsilar.

Localización confirmada por el empleo sistemático de la punción exploradora para el diagnóstico de estos abscesos periamigdalinos. Punción que se verifica introduciendo 1 $\frac{1}{2}$ a 2 centímetros la aguja a través del pilar anterior, en el sitio de elección, éste situado un poco por encima y por dentro del último molar inferior. Es como se cae en el espacio que existe entre pared lateral de faringe por fuera y cápsula amigdalina por dentro, esta es la caja amigdalina.

Así limitada la localización exacta del absceso amigdalino, estamos en condiciones de utilizar eficazmente el electrargol *in situ* como abortivo de estos abscesos.

Es el 1917 cuando Bourgeois utiliza *in situ* en abscesos periamigdalinos la inyección de $\frac{1}{2}$ c. c. de electrargol; obtiene en la mayoría de los casos la yugulación del proceso; en unas veinticuatro horas desaparecen todas las molestias. Cuando la inyección fué tardía, el absceso sigue su curso, pero acortándose extraordinariamente su evolución.

Conociendo los trabajos de Bourgeois, venimos utilizando su procedimiento de manera sistemática como abortivo de estos abscesos que se nos presentan dentro de las primeras cuarenta y ocho horas de evolución, condición primordial para el resultado de este método.

La inyección *in situ* de electrargol la hacemos previa anestesia con toques de cocaína al décimo en el sitio donde parece va a formarse el absceso, procurando siempre hacerla en el espesor del velo o de los pilares, porque de atravesar éstos se haría la inyección fuera y no se obtendría ningún resultado.

La cantidad de electrargol que inyectamos es de 1 a 2 c. c. Siempre empleamos jeringa odontológica y aguja corta, haciendo penetrar ésta 1 $\frac{1}{2}$ a 2 centímetros.

Inmediatamente después de inyectar el electrargol o de las tres a las cinco horas de la misma, el enfermo aqueja dolor violentísimo, a veces con irradiación auricular. Dolor que puede mitigarse con la administración de calmantes.

Los enfermos tratados podemos agruparlos: un 80 por 100 que a las veinticuatro o cuarenta y ocho horas de la inyección se encuentran casi curados; la disfagia ha desaparecido, así como el abombamiento de velo y el edema de la úvula; no tienen fiebre y puede decirse que el tratamiento ha abortado el proceso.

Un 15 por 100 mejora un poco o no mejoran; pero el flemon sigue un curso abreviado, y en la mayoría de los casos puede ser incindido al día siguiente de la inyección.

Un 5 por 100 ni curan ni se reduce el curso de la enfermedad; en ellos no sirvió absolutamente para nada el electrargol; hay que emplear otros procedimientos.

Es un procedimiento que en nada contraindica otros consejos terapéuticos.

Dr. A. Martín Calderín: Todos los trabajos acerca de abscesos amigdalinos y periamigdalinos adolecen de un defecto: que sólo señalan el sitio del absceso. Nada dicen en cuanto a su iniciación. Esta siempre es una linfangitis reticular. Sería el tratamiento de ésta el verdadero y abortivo del absceso periamigdalino. Ya en este tratamiento abortivo del absceso debemos buscar el procedimiento mejor y menos doloroso. A este respecto, desde hace siete años, utilizamos la autohemoterapia, no local, sino general. Todos sabemos que la autohemoterapia local en pleno foco amigdalino provoca disfagia intensa.

La autohemoterapia general en el tratamiento abortivo de los abscesos periamigdalinos la realizamos con sangre pura sin modificación alguna; tomamos 10 c. c. de sangre de una vena del pliegue del codo del propio enfermo para

inmediatamente inyectarla intramuscularmente en masa glútea. A las veinticuatro o cuarenta y ocho horas, el flemón ha desaparecido. En caso contrario, asistimos a una aceleración en la evolución del absceso, y éste, en pocas horas, alcanza condiciones para proceder a su abertura, que en la generalidad de los casos se realiza con pocas molestias para el enfermo.

Los resultados obtenidos por el electrargol *in situ* y la autohemoterapia general son comparables; ambos procedimientos acusan un 5 por 100 de fracasos. Este tanto por ciento, en cuanto a la autohemoterapia, le hemos estudiado detenidamente y llegado a conocimiento que son abscesos en cuya formación entra el estreptococo. Es agente etiológico que debiera también investigarse en los fracasos del electrargol *in situ*.

Como se comprende, la autohemoterapia en estos enfermos tiene la gran ventaja, sobre los tratamientos locales, de ser tratamiento indoloro; pues este carácter no se ve en las actuaciones *in situ*, aun cuando realicemos anestesia local, ya que ésta será muy limitada por actuar sobre tejidos inflamados.

Dr. Sánchez Rodríguez: Teniendo en cuenta que la primera fase de los abscesos periamigdalinos es la linfangitis velopalatina y que muy pronto se realiza la formación de pus, creemos que el mejor tratamiento es la abertura quirúrgica, el desagüe del absceso; maniobra siempre dolorosa, aunque hagamos anestesia.

Dr. Llerena: Los abscesos periamigdalinos los venimos tratando por la inyección local de 2 c. c. de bacteriófago de D'Herelle; dentro de las cuatro o cinco horas de esta inyección los enfermos acusan dolor intolerable; pasado este tiempo, todo se borra, y en muchos casos se consigue abortar el absceso.

En el grupo de los abscesos periamigdalinos creemos existe buen número de ellos a incluir en el capítulo de las periamigdalitis anormales en su evolución, casos que se presentan con los caracteres de absceso periamigdalino y en un momento dado ceden en su evolución; son linfangitis atípicas del velo del paladar evolucionando sin formación de pus.

Dr. Sicilia: En el tratamiento de los abscesos periamigdalinos hemos visto buenos resultados con los toques de suero estreptocócico, o bien de sales de plata coloidales, como también con inyecciones intravenosas de citrato de cobre amoniacal.

Dr. Yagüe Espinosa: Como médico general creemos interesa a todos precisar la técnica de Bourgeois, pues todo lo que se dice aquí siempre repercute en el medio rural. Se dice que el tratamiento local del absceso periamigdalino provoca dolor intenso, dolor con una duración de tres a cinco horas, y por lo cual debemos indicar al médico la conveniencia de medicamentos del grupo derivado de la antipirina.—*M. Aceña.*

DISPENSARIO ANTITUBERCULOSO MUNICIPAL DE MADRID

FACTORES DE PROPAGACIÓN DE LA TUBERCULOSIS

Conferencia dada por el Dr. D. Luis Ruigómez en el curso de divulgación antituberculosa organizado por este Dispensario.

Comienza haciendo una exposición resumida de la función docente realizada por el Dispensario en proporción cada vez más elevada y eficaz, haciendo observar que en el curso actual han ocupado el aula del Dispensario las más prestigiosas figuras de la Medicina española.

Entrando en materia describe las posibilidades de propagación por los animales domésticos, detallando la influencia del ganado bovino (vaca) y sus productos (leche, etc.), aunque es fácil en este caso la destrucción del agente contagioso por la acción del calor (hervido) a que habitualmente se someten para su consumo.

El factor humano es el más importante desde el punto de vista de contagiosidad bajo el postulado de que el «adulto es el que más contagia y el niño el más apto para ser contagiado».

La manera de adquirir la tuberculosis en este aspecto puede ser de *contagio directo* (el más importante y frecuente el *contagio interfamiliar*). La labor del Dispensario en este sentido es efícazísima; particularidad interesante del contagio directo es que la enfermedad adquirida es generalmente menos grave que la causada por otros factores de contagio.

CONTAGIO INDIRECTO O EXTRAFAMILIAR

El proceso morboso resultante de este contagio es generalmente de los más graves; se adquiere la enfermedad de una manera masiva. El contagio en la escuela es un factor importante a estudiar; las investigaciones del conferenciante en este sentido dan estadísticas de aumento de manifestaciones tuberculosas en los escolares, según aumentan los años de escolaridad.

Todo individuo humano es capaz de padecer la tuberculosis en mayor o menor grado; factores de predisposición son: *la alimentación insuficiente; la aglomeración humana* (hacinamiento en viviendas, falta de sol, etc.) *Momentos críticos de la vida* (pubertad, preocupaciones, disgustos, etc.). *La raza.* Así los negros son más aptos para contagiarse de tuberculosis que los blancos; los kalmyts y la raza judía parecen resistentes a este mal.

El conferenciante hace las consecuencias lógicas de esta exposición para dar *orientaciones políticas*, la más importante de las cuales es *la separación la más absoluta posible del adulto infectante para que no tenga contacto de ninguna clase con los niños*.

COLABORACIÓN MÉDICO RURAL

PROBLEMA MEDICO

En la prensa profesional leemos que un señor diputado a Cortes tiene pedida una interpelación al señor ministro de la Gobernación sobre Sanidad pública, en especial sobre la Sanidad municipal. A este señor diputado le admiramos, se lo agradecemos y le queremos. ¿Cómo juzgar sin saber cómo piense? Mas una duda nos roe, y es que si solamente enfoca el problema de la Sanidad y no hace hincapié en el punto vital, que es el excesivo número de médicos existentes y los que cada año van a salir (tenemos oído que con la reforma hecha en el Ejército han quedado muchos jóvenes militares en situación de burgueses, pero que no la aceptan y quieren trabajar, para lo cual han ingresado muchos de ellos en la Facultad de Medicina—esto en política se llama enchufe—), si esto es cierto, debió preverlo el señor ministro, y puesto que suponemos les habrán dejado en situación económica suficiente para atender a las necesidades de la vida, estos señores bien podían quedarse en casa y no acaparar puestos. Decimos que si no toma en consideración esto que nosotros llamamos punto vital, es muy fácil que todo lo que piense, acompañado, eso sí, de muy buena voluntad, no tenga realidad. ¿Por qué? Porque siempre, elija el

camino que mejor le parezca, encontrará el fantasma del excesivo número de médicos.

Independientemente de lo que pueda pensar, decir o hacer este señor diputado, hay dos corrientes para resolver este problema, que parece no ha de tener nunca solución. Para ésta nos han convidado con profusas literaturas. Una versa en pro de la implantación de la ley del Seguro social de enfermedad. Para estos señores esta ley es el puerto de refugio que nos ha de conducir al bienestar, no solamente de la clase médica, sino de toda España. Para otros es la tormenta más borrascosa que jamás se ha visto formar sobre nuestras cabezas, contra la cual debemos defendernos y unirnos en fraternal lazo para conseguir que no descargue sobre ellas. Para estos señores el puerto seguro es el pase de los médicos titulares inspectores municipales de Sanidad al Estado.

No es nuestra idea hoy por hoy juzgar quién de ambos bandos tiene razón, pues los que defienden el pase de los médicos titulares inspectores municipales de Sanidad al Estado no nos dicen más que esto, y nosotros decimos que como éste es un derecho, éste tiene que llevar consigo deberes, y que como no los conocemos, no juzgamos. Los que defendemos la implantación de la ley del Seguro social de enfermedad no tenemos suficientes datos para poder enjuiciar en pro o en contra. De lo que sí estamos seguros es de que, quieran una reforma u otra, ninguna es viable si no se limita el número de estudiantes de Medicina a las necesidades inherentes a la buena asistencia médica de todos los ciudadanos españoles, estén donde estén. Y ahora preguntamos nosotros: ¿Qué medios van a emplear las Cajas aseguradoras para dar trabajo a tantos médicos? Y damos por supuesto, que es mucho suponer, que limitando el número de familias como máximo a 300, se aumenta el campo del trabajo y hay el suficiente para que podamos trabajar los que haya el día de su implantación. Y después: ¿Cómo es posible dar trabajo a todos (menudos trabajos tendremos que pasar) existiendo una proporción tan desproporcionada entre médicos que fallecen y médicos que salen? Cuando esto llegue, ¡pobre del médico que no sea político! Lo de menos es la cultura y la educación.

Y el Estado, ¿qué medios iba a emplear para dar solución al problema médico?

El no disminuir el número de estudiantes, más que otra cosa, parece mercantilismo, que bien puede empezar éste en las poblaciones donde existen las Facultades, a las que lo que las interesa para su vida es que, en vez de disminuir, los estudiantes aumenten; así cada uno de éstos en algo beneficia. Cuantos más estudiantes, mejor para el Estado, con ello hay más matrículas y, por lo tanto, más ingresos. Cuantos más estudiantes, mejor para los profesores que tienen libro de texto propio, más venden, y, por lo tanto, más ingresos. ¿Y la Humanidad, qué consigue con esto? No puede sacar ningún beneficio, pues si cuando escasamente llegábamos a 100 alumnos por curso, los profesores no se preocupaban de enseñar (unos por apatía y por eso que llamamos mercantilismo, o sea, que muchos de estos señores, después de haber obtenido la plaza, bien por oposición o por la puerta falsa, se hacen la cuenta de que ya han conquistado lo necesario para vivir, y se ocupan de todo menos de cumplir con su deber de enseñar, y otros porque les parecía el número excesivo), ¿qué será ahora con ese número tan grande de estudiantes? No creemos mejores ni peores a los profesores de ahora que a los de tiempos pasados, pero sí que estamos seguros de que por trabajador que sea un profesor no es posible enseñe a sus alumnos lo que debe enseñar. ¿Y qué resulta de esto? Que en vez de ser médicos, sólo

somos unos charlatanes que tenemos que suplir nuestra ignorancia con un charlatanismo hueco, que más tarde o más temprano el público llega a descubrir, y, como consecuencia de ello, a desconfiar de nuestra ciencia, y aquí también nos toca el mercantilismo, que consiste precisamente en ese charlatanismo del que tenemos que valernos para ocultar nuestra ignorancia, que no la podemos evitar ni remediar. ¿Por qué? Porque las Facultades han cimentado nuestra cultura con cimientos de arena, y por más que nos esforcemos no podemos adquirir lo que allí nos debían haber enseñado, cosas que no tienen importancia al parecer, pero que dicen mucho en pro o contra de la cultura de un médico. Con esta manera de obrar pretendemos sugestionar a los enfermos, prometemos a tontas y a locas, y conseguimos con ello que una gran parte del público huya de nosotros desconfiados y asustados por esos enormes honorarios (que algunos cobran) y por las idas y vueltas que les hacen dar.

Luego casi todos los enfermos nos creemos que son coquejillos de Indias (objeto muy a propósito para lo que nosotros llamamos experimentos); esto y no otra cosa es lo que se hace con tanta toma de sangre y pruebas a que se someten a muchos enfermos, y, por último, se les dispone un específico y se les dice: «a ver qué tal le va a usted con estos». Así damos una despedida a la Terapéutica, pero llenamos el cuerpo del enfermo con el contenido de un frasco o ampolla que desconocemos, así como de sueros y vacunas que producen enfermedades; pero no importa, el caso es hacer que se hace; de aquí nace nuestro desprestigio y la desconfianza del público a la Medicina, dándose el caso frecuentísimo de que las consultas de los curanderos y saludadores sean más numerosas que las de los médicos.

Restringir el número de estudiantes al límite normal. Con esto se favorece la tan necesaria cultura de los médicos. Entonces, siendo menos y más cultos, cualquier reforma es buena.

SISINIO CRESPO

Padilla de Abajo.

Los nuevos suscriptores de EL SIGLO MEDICO

Continuamos la publicación de la lista, comenzada en nuestros dos números anteriores, en la cual figuran los nuevos suscriptores, ÚNICAMENTE LOS NUEVOS de 1933, para que se sirvan rectificar cualquier error en la relación de sus nombres. Véanse nuestros dos números inmediatamente anteriores.

473. Gerardo Pascual Llorente.—Madrid.
474. Manuel Paz González.—Madrid.
475. Ricardo Puyol Casado.—Madrid.
476. Raimundo Sáenz Martín.—Madrid.
477. Juan José Saint Gerons.—Madrid.
478. Vicente Sifre Pelufo.—Madrid.
479. José Velázquez Vicente.—Madrid.
480. Celestino Velayos Rico.—Madrid.
481. Nemesio Ocejá.—Elechas (Santander).
482. Jaime Alvarez Treifido.—Santiago.
483. Buenaventura Benaiges.—Barcelona.
484. Dionisia Vázquez Trocofi.—Sevilla.
485. Francisco Piqueras Tobarra.—Valencia.
486. Manuel Lecea Alonso.—Valladolid.
487. Francisco Escudero del Agua.—Valladolid.
488. Juan Alvarez.—Puebla del Maestre (Badajoz).
489. Eduardo Alvarez Macedo.—Puebla del Maestre (Badajoz).
490. Antonio González Márquez.—Sevilla.

491. Engenio Abad y Díez.—Valencia.
492. Lorenzo Abrufredo Velasco.—Salamanca.
493. Francisco Acebes Anda.—Madrid.
494. Esteban Acosta Gómez.—Sevilla.
495. Francisco Aguilar Consuegra.—Cádiz.
496. Adolfo Alba Gutiérrez.—Barcelona.
497. Julio Abad Vega.—Zaragoza.
498. Emilio Alday.—Madrid.
499. Emilio Aldaz Subirana.—Madrid.
500. José Alemán Caballero.—Madrid.
501. Miguel ALEN Padreny.—Barcelona.
502. José María Alés Reinlein.—Madrid.
503. Genaro Alfaro Arenas.—Madrid.
504. José Almela Guillén.—Valencia.
505. Angel Alonso Alegre.—Bilbao.
506. Antonio Alonso Cochón.—Santiago.
507. Arturo Alonso.—Madrid.
508. Félix Alonso Misol Martínez.—Madrid.
509. Wenceslao Alonso Sáenz.—Zaragoza.
510. José Alos Aracil.—Madrid.
511. Isidore Alvarez Sonto.—Valencia.
512. Pelayo Alvarez de Castro.—Madrid.
513. Teodoro Alvarez Martín.—Salamanca.
514. José Amado Malayen.—Madrid.
515. Bartolomé Amer Fiol.—Madrid.
516. José Andrés Garcés.—Zaragoza.
517. Luis Anguiano Alvarez-Buille.—Santiago.
518. Pedro Aramburu González.—Zaragoza.
519. José Aren Vilan.—Santiago.
520. Pablo Ares Feal.—Santiago.
521. María Ascensión Ariz El Carte.—Zaragoza.
522. Arteaga.—Madrid.
523. José Angel Astorgui.—Madrid.
524. Julio Ayala.—Madrid.
525. Rafael Baamonde.—Madrid.
526. José Ballester Alonso.—Masanasa (Valencia).
527. Félix Bandrés Chacón.—Zaragoza.
528. Cayetano Barriga.—Madrid.
529. José Bausa.—Madrid.
530. José Benavente Campos.—Madrid.
531. Antonio Benítez Pineda.—Santiago.
532. Bartolomé Blanco.—Madrid.
533. Socorro Blanco Carrages.—Madrid.
534. Enrique Bonet.—Madrid.
535. Félix Borrella.—Madrid.
536. Lope Bueno Rodrigo.—Salamanca.
537. José Bugallo Sinciro.—Santiago.
538. Agustín Bullón Ramírez.—Salamanca.
539. José Caballero.—Zaragoza.
540. José Cadrecha Alvarez.—Madrid.
541. Francisco Cabrero Gómez.—Madrid.
542. Alfredo Cadroy Mateu.—Sierra Engarcerán (Castellón).
543. Manuel de la Calle.—Santiago.
544. Eduardo Calleja.—Madrid.
545. José del Campo.—Salamanca.
546. Juan Campos Busón.—Madrid.
547. Alejandro Cano.—Salamanca.
548. Guillermo Cañella González.—Carcagente (Valencia).
549. Miguel Luis Cárdenas Reyes.—Cádiz.
550. Mario Cárdenas.—Madrid.
551. Ricardo Cardona Galcerán.—Barcelona.
552. Emilio Cardús Huerta.—Barcelona.
553. Bienvenido Carrasco.—Madrid.
554. José Carrascosa García.—Valencia.
555. Carlos Carreño Fernández.—Santiago.
556. Bernardo Carriles Alvarez.—Madrid.
557. Baldomero Casal.—Santiago.
558. Vicente Casanova Verdú.—Aguilent (Valencia).
559. José Castillo Pejón.—Madrid.
560. Juan Andrés Castillo.—Zaragoza.
561. Víctor Ignacio Caveró.—Villamediana de Iregua (Lo. groño).
562. Demetrio Cantopera.—Madrid.
563. Noberto Cerdá.—Salamanca.
564. Sebastián Cerezo Campos.—Zaragoza.
565. Emiliano Combarros Alvarez.—Salamanca.
566. Jaime Costa Signes.—Valencia.
567. José Cotos Rajoy.—Santiago.
568. José de la Cruz Losa.—Madrid.
569. Antonio Cuadrado Ramírez.—Cádiz.
570. Antonio Cubero Sánchez.—Castro del Río (Córdoba).
571. Luis Cuesta y R. de Valcárcel.—Salamanca.
572. Pastor Baamonde Pastor.—Madrid.
573. José Daparta González.—Santiago.
574. Ricardo Delgado Piñate.—Zaragoza.
575. Emilio Díaz Miguel.—Madrid.
576. José Díez del Villar.—Madrid.
577. Carlos Díez Pedro.—Madrid.
578. Rafael Díez Alvarez.—Madrid.
579. Antonio Darán.—Madrid.
580. Jesús Echevarría Urrutia.—Zaragoza.
581. Antonio Espantaleón Carmena.—Jaén.
582. Cayetano Espinosa.—Valencia.
583. L. Fajardo Padilla.—Valencia.
584. José Faura de Miras.—Valencia.
585. Alfredo Fernández Albendín.—Madrid.
586. Aveino Fernández Jiménez.—Jovellanos (Ciudad Real).
587. Bernardo Fernández Anfión.—Madrid.
588. Juan Fernández Layos.—Madrid.
589. Gregorio Fernández García.—Salamanca.
590. José Luis Fernández.—Madrid.
591. Juan Fernández.—Madrid.
592. Luis Fernández Morales.—Madrid.
593. Luis Fernández Rodríguez Ibarra.—Madrid.
594. Manuel Fernández Pérez.—Zaragoza.
595. Agustín Forcadell Solé.—Amposta (Tarragona).
596. Alejandro Forcadell Solé.—Amposta (Tarragona).
597. Pedro Font Trías.—Zaragoza.
598. Francisco Forcadell Moreno.—Zaragoza.
599. Vicente Tomás Fortuna.—Valencia.
600. Fournier.—Madrid.
601. Juan Fraguas.—Madrid.
602. Francisco Fuentes Fuentes.—Madrid.
603. Francisco Fúster Martín.—Valencia.
604. Teodosio Gabaldón García.—Valencia.
605. Jacinto Gabizón Benhamu.—Madrid.
606. José Galán Lías.—Madrid.
607. Manuel Galván.—Barcelona.
608. Isaac Gallego Carlos.—Salamanca.
609. Florencio Garayalde.—Zaragoza.
610. Antonio García González.—Barcelona.
611. Agustín García Sancho.—Santiago.
612. Carlos García Pastor.—Madrid.
613. Elisardo García Fernández.—Santiago.
614. Jesús García Montiel.—Madrid.
615. José García Monje.—Madrid.
616. Luis García de Longoria.—Santiago.
617. Luis García García.—Salamanca.
618. Luis García Martínez.—Zaragoza.
619. Manuel García.—Madrid.
620. Mario García Albaro.—Valencia.
621. Guillermo Gasser.—Madrid.

622. Guillermo Gasser Santiandren.—Madrid.
 623. Enrique Gelaberte.—Madrid.
 624. Félix Gil Ossorio.—Madrid.
 625. Esteban Giménez Olarte.—Logroño.
 626. Humberto Giménez Tomás.—Valencia.
 627. Gumersindo Gómez Martínez.—Santiago.
 628. Manuel Gómez Pedreira.—Santiago (La Coruña).
 629. Pablo Gómez Horrillo.—Madrid.
 630. Emilio González Gil.—Salamanca.
 631. Manuel González Carvajal.—Madrid.
 632. Pedro González Allo.—Madrid.
 633. Pedro González Haba y Gil.—Zaragoza.
 634. Ramiro L. González Borrego.—Salamanca.
 635. Señorita Gudín.—Madrid.
 636. José Gutiérrez Marset.—Madrid.
 637. Luis Guzmán.—Madrid.
 638. Angel Hebrero.—Madrid.
 639. José Heras Horcilla.—Zaragoza.
 640. Lorenzo Hernández Díaz.—Salamanca.
 641. Eduardo Herrera Ardans.—Cádiz.
 642. Fausto Herrera Romero.—Madrid.
 643. Lorenzo Horna Gil.—Madrid.
 644. Miguel Huici.—Madrid.
 645. Manuel Ibáñez Poveda.—Valencia.
 646. Jaime Illanes.—Madrid.
 647. Ramón Imar Arrospial.—Zaragoza.
 648. Casto Jaén y Pérez de Monforte.—Salamanca.
 649. Luis Jardón.—Madrid.
 650. Ulpiano Jiménez López.—Madrid.
 651. Manuel Caguarda Peris.—Valencia.
 652. Joaquín Larrosa Revilla.—Zaragoza.
 653. Félix Leiro Noguera.—Santiago.
 654. Bernardino Loarte García.—Madrid.
 655. José Longo Sanz.—Salamanca.
 656. Alfonso Federico López.—Santiago.
 657. Angel López Periel.—Sabidánigo (Huesca).
 658. Carlos López Blanco.—Madrid.
 659. Claudio López Cuervo.—Madrid.
 660. Federico López Ruiz.—Madrid.
 661. Francisco López Olisas.—Madrid.
 662. Jesús López Alonso.—Madrid.
 663. Jesús López Martínez.—Madrid.
 664. José López Esteve.—Madrid.
 665. José López Fernández.—Zaragoza.
 666. Rafael López Fernández.—Madrid.
 667. Ramón López García.—Madrid.
 668. Valentín López Abad.—Zaragoza.
 669. Vicente López.—Madrid.
 670. María Victoria Losada.—Madrid.
 671. Antonio Luque Moreno.—Sevilla.
 672. Luis Llano Sánchez.—Barcelona.
 673. Daniel Llombart Torres.—Barcelona.
 674. Diego Madruga Navarro.—Salamanca.
 675. Miguel Mayol Palos.—Barcelona.
 676. José María Marcellán Alenbierre.—Zaragoza.
 677. José Marcellán Loperena.—Zaragoza.
 678. Fernando Marín Márquez.—Sevilla.
 679. José Mariño Barbazán.—Santiago.
 680. Vicente Marqués S.—Valencia.
 681. Daniel Marliner Morán.—Santiago.
 682. Antonio García Utrabo.—Santiago.
 683. Dionisio Martín Tello.—Zaragoza.
 684. Francisco Martín Lorenzo.—Madrid.
 685. Juan Martín Vázquez.—San Fernando (Cádiz).

(Continuará).

NOTA COMICA —SEMANAL—

Temperaturas ambientes.

1.º

Tibia en ambiente húmedo.



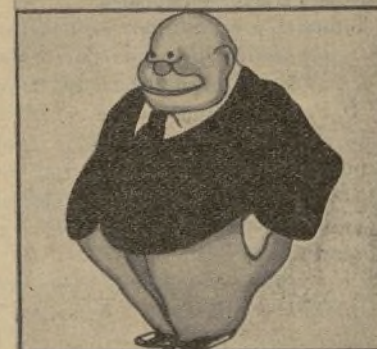
2.º

Enervante en ambiente cálido.



3.º

Ni frío ni calor.



4.º

Desagradable por tiempo frío y seco.



Concursos y oposiciones oficiales.

DIRECCIÓN GENERAL DE PRISIONES.—Se anuncia la provisión, por concurso, de una plaza de jefe de la Sección de Sanidad e Higiene.

Los concursantes han de pertenecer necesariamente al Cuerpo de Sanidad Nacional, debiendo acreditar haber desempeñado el cargo de inspector provincial durante un período no inferior a diez años.

Las solicitudes y documentación al señor director general de Prisiones (Ministerio de Justicia) hasta el 20 de Marzo. (*Gaceta* del 28 de Febrero.)

* *

Por la Dirección general de Sanidad se convoca a concurso-oposición para proveer 30 plazas de médicos del Cuerpo de Sanidad Nacional, 15 de las cuales se destinarán a las Direcciones de los Centros de higiene rural, creados en los vigentes Presupuestos.

Los aspirantes presentarán sus instancias en el Registro general de la Dirección, dentro del plazo de quince días laborables, a contar del 3 de Marzo.

Los aspirantes habrán de ser españoles; poseer el diploma de oficial sanitario u ocupar cargos dependientes de los Institutos provinciales de Higiene o de las Instituciones sanitarias comprendidas en el primer grupo de los tres que constituyen la base primera del Real decreto de 10 de Junio de 1930; que hayan obtenido sus plazas por concurso u oposición y haber realizado la prueba de aptitud a que se refiere la Real orden de 26 de Febrero de 1930, con resultado positivo; no exceder de cuarenta y cinco años de edad; carecer de antecedentes penales.

Presentarán: Certificación de nacimiento; certificado de aptitud física; testimonio notarial del título; diploma de oficial sanitario o de haber sido aprobado en la prueba de aptitud a que se hace referencia; declaración jurada de no haber sido expulsado de ningún Cuerpo u organismo del Estado, Provincia o Municipio; certificación negativa del Registro de Penados y Rebeldes.

El Tribunal, presidido por el inspector general de Sanidad interior, estará constituido por D. Gerardo Clavero del Campo, D. Federico Beato González, D. Pedro Zarco Bohórquez y D. Francisco Ruiz Morote.

El día anterior al del comienzo de los ejercicios, que será fijado previo anuncio del Tribunal con cuarenta y ocho horas de antelación como mínimo, se efectuará un sorteo público de todos los opositores, los cuales actuarán por el orden que resulte de dicho sorteo.

Los aspirantes presentarán toda clase de documentos que acrediten sus méritos, verificando los ejercicios siguientes:

1.º Desarrollo por escrito en tres días consecutivos durante el plazo de cuatro horas para cada uno, como máximo, de tres temas de Sanidad en general, que serán designados libremente por el Tribunal en el momento de comenzar los ejercicios.

2.º Diagnóstico de una epidemia, consideraciones epidemiológicas y recomendaciones sanitarias sobre la misma a partir de los datos que suministre el Tribunal.

3.º Desarrollo por escrito de dos temas, durante el plazo máximo de cuatro horas para cada uno, sobre Administración y Organización sanitaria.

4.º Resolución de dos problemas prácticos de laboratorio con aplicación al diagnóstico de las enfermedades infecto-contagiosas y a la epidemiología.

5.º Desarrollo por escrito de una organización sanitaria que libremente señale el Tribunal. (*Gaceta* del 3 de Marzo.)

—Por la Dirección general de Sanidad se convoca a concurso-oposición para la provisión de las plazas de profesores titulares de la Escuela Nacional de Sanidad encargados de las asignaturas de Medicina social e Higiene escolar, Higiene de la alimentación y de la nutrición y Técnica bromatológica, Enseñanza de Ingeniería sanitaria e Higiene urbana, Administración sanitaria y Sanidad internacional y Enseñanza de Epidemiología general y Técnica epidemiológica, dotadas con el haber anual de 6.000 pesetas cada una.

Los aspirantes habrán de ser españoles, doctores o licenciados en Medicina y Cirugía, pudiendo aspirar, asimismo, licenciados en Farmacia, en Ciencias químicas o veterinarias a la de Higiene de la alimentación y de la nutrición y Técnica bromatológica e ingenieros o arquitectos a la de Enseñanza de Ingeniería sanitaria e Higiene urbana.

Las instancias se presentarán en el Registro general de esta Dirección hasta las catorce horas del día 21 de Marzo, con los siguientes documentos: partida de nacimiento; título profesional; certificación facultativa de aptitud física; certificación negativa del Registro central de Penados y Rebeldes; declaración bajo palabra de honor de no haber sido expulsado el aspirante de ningún Cuerpo u organismo del Estado, Provincia o Municipio, y todos los que estime adecuados el aspirante para acreditar los méritos y servicios que deseen alegar.

El Tribunal estará constituido por la Junta Rectora de la Escuela presidida por el director de la misma.

Méritos preferentes: 1.º Trabajos, publicaciones y conferencias relacionados con la especialidad. 2.º Labor docente realizada en la materia o en otras análogas. 3.º En igualdad de circunstancias se dará preferencia a los aspirantes pertenecientes al Cuerpo de Sanidad Nacional.

Ejercicios: 1.º Exposición por escrito de la actuación anterior del opositor. 2.º Los opositores prepararán durante cuatro horas y explicarán durante una, como máximo, una lección sacada a la suerte entre los programas oficiales de las asignaturas publicadas en la monografía núm. 9 de la propia Escuela. 3.º El Tribunal podrá someter, además, a los opositores a los ejercicios prácticos de Laboratorio o Seminario que estime oportunos. (*Gaceta* del 4 de Marzo.)

—Incorporada la vacante de director del Preventorio de San Martín de Trevejo (Cáceres), al concurso-oposición libre, convocado en 16 de Febrero último para proveer varias plazas afectas a la lucha antituberculosa, la Dirección general de Sanidad se ha servido disponer que, subsistiendo las mismas normas que se citaban en la Circular de igual fecha para los aspirantes a dicha plaza, se entenderá, no obstante, prorrogado el plazo de presentación de instancias, tanto para la plaza de director del Preventorio de San Martín de Trevejo, como para las que se indican en la Orden y Circular antes aludidas, hasta las catorce horas del día 20 del actual.

HOSPITAL CENTRAL DE LA CRUZ ROJA

CURSO DE ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO
DIRIGIDO POR EL DR. LEOCADIO SERRADA

Lunes, miércoles, viernes y sábados.—A las diez y media: Historias clínicas. Exploraciones especiales. Reacciones biológicas. Sondaje gástrico y duodenal. Radioscopias. Rectoscopias.

Martes y jueves.—A las nueve: Comentarios sobre los casos clínicos operados y explicación de las técnicas más

frecuentes en la especialidad. Cuidados preoperatorios y postoperatorios.

PROGRAMA DE LAS CONFERENCIAS

Marzo.

Día 20.—La historia clínica en los enfermos de la especialidad. Exploración. Sondas.

Día 22.—Exploración radiológica y especial de esofagoscopia, gastroscopia y rectoscopia.

Día 24.—Los grandes síndromes digestivos.

Día 25.—Cáncer del aparato digestivo.

Día 27.—Úlcera gástrica, úlcera duodenal y úlcera yeyunal.

Día 29.—Colecistitis y colelitiasis.

Día 31.—Quistes hidatídicos del hígado.

Abril.

Día 1.—Apendicitis.

Día 3.—Abdomen agudo.

Día 5.—Peritonitis en general y peritonitis tuberculosa.

Día 7.—Cirrosis hepáticas.

Día 8.—Pancreatitis, tumores y quistes del páncreas.

Día 10.—Enfermedades del colon y recto.

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 nueve de la mañana.

SECCION OFICIAL

INSTRUCCION PUBLICA Y BELLAS ARTES

Profesores de Gimnasia.

ORDEN

Ilmo. Sr.: En el expediente incoado por el decano de la Facultad de Medicina de Madrid sobre profesores de Gimnasia, el Consejo Nacional de Cultura en pleno ha emitido el siguiente dictamen:

«La Facultad de Medicina de Madrid, en sesión celebrada el 26 de Septiembre último, acordó por unanimidad aprobar el plan de estudios para obtener el título de profesor de Gimnasia y el Cuestionario de la reválida correspondiente a este título y elevarlo a la Superioridad por si estimase acertado y autorizarse su publicación por dicha Facultad, y propuso asimismo la derogación de las disposiciones ministeriales vigentes en la actualidad relativas al nombramiento de profesores de Gimnástica de los Institutos de Segunda enseñanza, a los que deberá exigirse como condición indispensable que, además del título de profesor de Gimnástica, posean el de licenciado en Medicina, quedando reservado el primero para los demás cargos que no pertenezcan al profesorado oficial.

Acompaña el plan de enseñanza y el programa-cuestionario teórico-práctico para el examen.

La Subsecretaría del Ministerio dispuso en 10 de Octubre que se oyese a este Consejo, y la Sección tercera del mismo entendió que para la obtención del título de profesor de Gimnasia deberá exigirse a los aspirantes:

Primero. Certificado médico de aptitud física.

Segundo. Tener aprobadas las asignaturas de Fisiología-Anatomía y Disección en su totalidad.

Tercero. Poseer certificado de aptitud expedido por la Facultad de Medicina de Madrid, después de la asistencia al curso que sobre Fisiología de la educación física organizará la Facultad, y que estará a cargo del profesor de Educación física adscrito a la cátedra de Fisiología, y

Cuarto. Estar en posesión del certificado expedido por profesores especiales o jefes de Centro de reconocida capacidad técnica, de haber realizado la preparación práctica adecuada.

Con la documentación que justifique estos extremos, podrán los aspirantes solicitar la realización del examen de reválida, para el cual se seguirán las normas indicadas en el cuestionario.

El Tribunal estará integrado por el catedrático de Fisiología de la Facultad de Medicina de Madrid; el profesor de Fisiología de la Educación física de la misma Facultad; un profesor auxiliar de Anatomía, designado por el decano, también de la propia Facultad; los profesores de Gimnástica de los Institutos de Segunda enseñanza, o Escuela de Anormales o de Centros de Educación física, que tengan carácter oficial, designados igualmente por el citado decano, y que cree además conveniente que para el nombramiento de profesor de Gimnástica de los Institutos de Segunda enseñanza se deberá exigir a los solicitantes (que convendría encargar asimismo la inspección médica de los alumnos del respectivo Instituto) como condición indispensable, además del título de profesor de Gimnástica, el de licenciado en Medicina, quedando reservado el primero para los demás cargos que no pertenezcan al profesorado oficial.

Acordado por el Consejo Pleno que el expediente se viese por la Sección segunda, ésta expone que se adhiere sin ninguna discrepancia a lo esencial de la propuesta de la Facultad de Medicina, o sea a la conveniencia de que se organice la preparación adecuada del profesorado de que se trata, que a su juicio deberá hacerse sobre las bases siguientes:

Primera. El Consejo Nacional de Cultura designará tres vocales, uno de la Sección tercera, otro de la Sección segunda y el tercero de la Sección primera, para que, en unión del catedrático de la Facultad de Medicina dicha D. Juan Negrín y el profesor de Educación física D. Rafael Hernández Coronado, redacten el Reglamento conforme al cual deba organizarse la preparación e ingreso en los Institutos y demás Centros oficiales de los profesores de Educación física.

Segunda. Propondrá también el Consejo la forma en que deba organizarse la inspección médica en los Institutos y demás Centros oficiales.

Este Consejo Pleno hace suyo el anterior dictamen, que eleva a la Superioridad.

Y este Ministerio, conformándose con el preinserto dictamen, se ha servido resolver como en el mismo se propone.

Lo que comunico a V. I. para su conocimiento y demás efectos. Madrid, 19 de Diciembre de 1932.—P. D., Domingo Barnés.—Señor Subsecretario de este Ministerio. (Gaceta del 30 de Diciembre de 1932.)

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 714,3; ídem mínima, 697,5; temperatura máxima, 12°; ídem mínima, 1°; vientos dominantes, SO.

En la semana presente han ocurrido algunos casos de pleuritis, sea como consecuencia de procesos pulmonares en evolución, sea de un modo primitivo. Casi siempre se ha tratado de formas secas. También se han avivado algunos casos de paludismo antiguo que no estaban totalmente curados, pero que pasaron el invierno sin accesos.

En los niños subsisten, aliviados, los procesos catarrales.

CRONICAS

Asociación de propietarios de establecimientos psiquiátricos y médico pedagógicos de España.—Ha quedado constituida esta Asociación con fines de defensa de los señores médicos que se dedican a la explotación de sanatorios psiquiátricos. Preside la Asociación el doctor D. Jaime Esquerdo, a quien acompañan en la Directiva los Dres. Lafora, Bernat, Laredo, Ruiz y Cánovas.

Academia Española de Dermatología y Sifilografía.—Esta Academia celebrará sesión el miércoles 15, a las siete de la tarde, en el Dispensario Olavide, Sandoval, 5, con el siguiente orden del día: Dr. Sáinz de Aja: Dermatitis medicamentosa. Laberintitis arsenical. Reinfección sifilítica. Zonas atípicos. — Dres. G. de la Rosa y Turégano: Estudio comparativo de la reacción del citocol 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.

Los médicos forenses. — En nuestro querido colega A B C se ha publicado lo siguiente:

«El Dr. Ballesteros nos envía un escrito acerca de la situación del Cuerpo de Médicos forenses, que, organizado desde el año 1915, a base de licenciatura en Medicina y una seria oposición, con un programa tan completo que su preparación basta para ganar cátedras de Medicina legal en nuestras Universidades, sólo cuenta con una asignación anual, que oscila de 1.000 a 2.000 pesetas, con descuento, desde luego, cantidad irrisoria, pero además de difícil cobro por haber endosado el Estado el pago de este funcionario suyo a los Ayuntamientos, que es tanto como someter al médico forense al poder caciquil de los alcaldes.

La labor encomendada a los médicos forenses, delicada y múltiple, erizada de todo género de responsabilidades, y los alcances de su jurisdicción, que en no pocos casos llegan a quince o más pueblos, son de sobra conocidos para que sea preciso exponerlos.

Lo que sí urge—y así nos lo dice nuestro comunicante—es que el ministro de Justicia lleve a la *Gaceta* el decreto prometido a los médicos forenses.»

Sociedad Filantrópica Comercial e Industrial.—Se sacan a concurso tres plazas de médicos supernumerarios: una de Cirugía, otra de Ginecología y la otra de niños, con arreglo a las condiciones expuestas en el domicilio social, calle de Emilio Menéndez Pallares, núm. 1, segundo izquierda (antes calle de Santa Bárbara).

Las solicitudes pueden presentarse hasta el 31 de Marzo de 1933.—El secretario general, *Francisco Martín*.

Curso práctico.—Tendrá lugar en Barcelona del 30 de Marzo al 1.º de Junio, el curso de conversaciones de «Lo indispensable en Dermatología», explicadas por el Dr. Noguer-Moré con la colaboración de los Dres. Pallés y Sarró. El programa será:

30 Marzo.—Reglas generales para el tratamiento local de las dermatosis: Agentes farmacológicos indispensables en la práctica dermatológica. Formas farmacológicas de uso más corriente. ¿Cómo formularlas? ¿Cuándo debemos prescribirlas?

6 Abril.—Reglas generales para el tratamiento interno de las dermatosis: Tratamientos etiológicos y patogénicos de las afecciones mejor determinadas. Tratamiento de las dermopatías de origen humoral diatésico. Idem de las debidas a trastornos de origen glandular. Idem de las debidas a trastornos de la sensibilización, etc. Tratamientos sintomáticos.

13 Abril.—Diagnósticos indispensables en la práctica médica: Las grandes reacciones cutáneas. Dermatitis por sensibilización. Dermatitis ligadas a trastornos funcionales viscerales.

20 Abril.—Diagnósticos indispensables: Clínica, orientación diagnóstica, diagnóstico diferencial de las manifestaciones cutáneas en las diferentes fases de anergia y alergia de infección sifilítica. Idem id. de la infección tuberculosa.

27 Abril.—Diagnósticos indispensables: Dermatitis debidas a agentes animados: insectos, hongos y levaduras; microbios; virus filtrantes.

4 Mayo.—Diagnósticos indispensables: Dermatitis más importantes de causa desconocida.

11 Mayo.—Diagnósticos indispensables: Afecciones de los pelos y folículos pilosebáceos. Alopecias circunscritas y difusas. Diagnóstico de las tiñas.

18 Mayo.—Precáncer y cáncer cutáneo: Clínica de los procesos precancerosos más importantes de la cara y especialmente de la mucosa bucal.

25 Mayo.—Patología y clínica de los procesos ulcerosos de las piernas: Síntesis clínica y métodos modernos de tratamiento de los mismos.

1 Junio.—Estado actual del tratamiento de la sífilis en el 1933.

Las conferencias serán públicas, pudiendo asistir todos los médicos y estudiantes de Medicina.

Paralelamente al curso se desarrollarán prácticas de clínica y laboratorio, siendo necesario para asistir a estas últimas abonar 25 pesetas como derechos de inscripción. Esta podrá formalizarse antes de comenzar el curso en la Depositaria del Hospital de San Pablo, de Barcelona, de diez a doce de la mañana.

Tendrá lugar además un curso complementario y elemental de Histopatología a horas convenientes.

A los matriculados se les extenderá un certificado al finalizar el curso.

Todos los matriculados tendrán derecho a un resumen monográfico completo de las conferencias explicadas, que se les irá entregando al final de las mismas.

Vacantes.—Se anuncian a oposición las de médico titular de Dalias (Almería) y Oropesa (Toledo). Solicitudes hasta el 5 de Abril. En el próximo número publicaremos los detalles en la sección correspondiente.

Nombramientos.—Han sido nombrados: D. José Estellés Salarich secretario técnico de la Dirección general de Sanidad; D. Emilio Enterría Gainza y D. Perfecto Peña Martínez médicos clínicos del Servicio antivenéreo de Madrid y de Vigo, respectivamente; D. Manuel Gutiérrez Guijarro y D. Rafael Fernández Obanza para las plazas de médico para los Servicios de cirugía infantil y médico para los Servicios de Medicina, respectivamente, del Sanatorio marítimo de Oza, y D. Luis Rodríguez Illera, vocal del Tribunal para proveer las plazas de director y subdirector del Instituto Antipalúdico y de Higiene rural de Navamoral de la Mata.

Noticias.—Se ha dispuesto por la Dirección de Sanidad que la provisión de la plaza de director del Preventorio de San Martín de Trevejo (Cáceres), se incorpore al concurso oposición convocado en 16 de Febrero para proveer distintas plazas afectas a la lucha antituberculosa.

Oficina Médica de Información en Berlín.—Esta Oficina, establecida en la Kaiserin-Friedrich-Haus, Berlin NW 7, Robert Koch Platz, 7, facilita toda clase de informes, que puedan ser de interés para el médico, referentes a sanatorios, clínicas, sanidad pública, cursos de perfeccionamiento, etc. La Oficina Médica de Informes es semioficial, y sus informes, completamente imparciales y gratis. Todo médico que vaya a Berlín podrá aprovechar mucho mejor su estancia si se pone en relación con la Oficina antes o después de su llegada.

Índice.—Con el número presente acompañamos el correspondiente al segundo semestre de 1932.

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.

IMPRESA DEL SUCESOR DE ENRIQUE TRODORO

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