

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 Ckerner.— La Sanidad Civil, Fundador: D. J. Albiñana.

PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN

En toda España, América y Portugal, 25 pesetas al año, 14 semestre y 8 trimestre. Los demás países, 50 pesetas.
Número corriente 1 peseta. — Toda suscripción se considera prorrogada, de no recibir aviso en contrario. — Pago adelantado. — Número atrasado 2 pesetas.

La correspondencia administrativa y giros al administrador. } Apartado de Correos, núm. 121.
La científica y profesional al Director. }

En el

asma bronquial

acción rápida y persistente con la

CARDIAZOL-EFEDRINA

«KNOLL»

Profilácticamente y como sedativo durante el acceso.

Dosis: Según lo requiera el caso una tableta ó 20 gotas
o una ampolla (= 0,1 gr. de Cardiazol + 0,015 gr. de
clorhidrato de efedrina) una o varias veces al día.

Tabletas:	Líquido:	Ampollas:
tubos de 10 tabletas.	frascos de 10 gr.	cajas de 6 ampollas.

KNOLL A.-G., Lúdwigshafen del Rhin.



Yodo- Calcio-Diuretina «Knoll»



Hipertensión, Angina de pecho, Asma etc.

Tubos de 20 tabletas

PRODUCTOS FARMACÉUTICOS ESPECIALIZADOS

MAURICIO LEPRINCE

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

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

PARIS, 62, rue de la Tour, PARIS

MEMENTO TERAPÉUTICO

Indicaciones terapéuticas.

Facsimil de los productos.

Dosis y modo de empleo

CASCARINE LEPRINCE

(C¹² H¹⁰ O⁵)

Estreñimiento habitual.—
Enfermedades del hígado.—
Estreñimiento durante el embarazo
y la lactancia, etc.
Colagogo y copragogo de primer orden.



CASCARINE LEPRINCE

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

GUIPSINE

Principios activos del muérdago.

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



GUIPSINE

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

Píldoras

del

Dr. Sejournet

á base de Santonina.

Tratamiento de la diabetes sin régimen especial.



Píldoras

del

Dr. Sejournet

Píldoras dosificadas, á 0,02 de Santonina.
Una en cada comida.

RHOMNOL

(C⁴⁰ H⁸⁴ Ar¹⁴ P⁴ O⁷⁸)

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



RHOMNOL

Píldoras dosificadas, á 0,05 de 4 á 8 por día durante las comidas. Sacaruro (granulado) á 0,10 por cucharada de café. Una cucharada de las de café durante las comidas. Ampollas de 1 c. c. á 10 c. c. dosificadas á 0,05 de nucleinato de sosa por c. c. para inyecciones hipodérmicas (infecciones agudas).

EUMICTINE

Blenorragia, uretritis, cistitis, etc. Antigonocócico, diurético, antiséptico, etc.

(Tratamiento completo.)



NUEVA PREPARACION

NEO - RHOMNOL

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



Completamente asimilable.

EUMICTINE

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

NEO - RHOMNOL

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

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

2 comprimidos al día.

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

Depósito en las principales Farmacias de España y del Extranjero.

Art. 35. Se organizará en el Ministerio de Trabajo y Previsión un Gabinete de experiencias en que se conserven, para formar un Museo, los modelos de los mecanismos ideados para prevenir los accidentes del trabajo y en que se ensayen mecanismos nuevos.

CAPÍTULO IV

De la readaptación funcional, de la revisión de incapacidades y de la inspección.

Art. 36. El servicio especial de readaptación funcional de inválidos del trabajo y los servicios médicos necesarios para la inspección y revisión de incapacidades, dependerá de la Caja Nacional de Seguros contra accidentes del trabajo, con sujeción a las normas establecidas en el Reglamento de esta Ley.

Disposiciones reglamentarias determinarán asimismo las funciones de inspección y el procedimiento de revisión de las indemnizaciones en los casos de accidentes no mortales y las modificaciones y transformaciones que deberán sufrir las rentas de los derechohabientes cuando varíe la situación que hubiese determinado su condición de beneficiario.

Art. 37. Sin perjuicio de la atribuciones que el Reglamento confiere a la Caja Nacional por lo que respecta a la obligatoriedad del Seguro y a las incapacidades, la inspección de cuanto se refiere a la aplicación de las disposiciones de esta Ley, y, en general, de cuanto se refiera a la seguridad e higiene del obrero en los trabajos e industriss, corresponde a la Inspección del Trabajo.

CAPÍTULO V

Del seguro contra los accidentes del trabajo.

Art. 38. Todo patrono comprendido en esta Ley tiene obligación de estar asegurado contra el riesgo de accidentes de sus obreros que produzca la incapacidad permanente o la muerte de los mismos.

Todo obrero comprendido en esta Ley se considerará de

forma de renta, con arreglo a los artículos 9.º y 25 de esta Ley.

Por excepción de esta regla, las indemnizaciones podrán ser abonadas, en totalidad o en parte, en forma de capital, cuando, a juicio de la Autoridad competente, se ofrezca la garantía de empleo juicioso de dicha suma.

Art. 22. Para el cómputo de las obligaciones establecidas en esta Ley, se entenderá por salario la remuneración o remuneraciones que efectivamente gane el obrero, en dinero o en cualquier otra forma, por el trabajo que ejecuta por cuenta del patrono a cuyo servicio esté cuando el accidente ocurra, ya sean aquéllas en forma de salario fijo o a destajo, ya por horas extraordinarias, o bien por primas de trabajo, manutención, habitación u otra remuneración de igual naturaleza.

En la aplicación de este precepto se observarán las siguientes reglas:

a) Las remuneraciones que, aparte del salario fijo o a destajo, gane el obrero en cada caso, sólo se computarán como salario cuando tengan carácter normal.

b) El salario diario, haya mediado o no estipulación, no se considerará nunca menor de dos pesetas, aun tratándose de aprendices que no perciban remuneración alguna o de operarios que perciban menos de esa cantidad.

c) Para fijar el salario que el obrero no percibe en dinero, sea en especie, en uso de habitación o en otra forma cualquiera, se computará dicha remuneración con arreglo a su promedio de valor en la localidad para los obreros de condición análoga a la de la víctima.

d) Si el servicio se contrató a destajo, debe regularse el salario apreciándose prudencialmente el que, por término medio, correspondería a los obreros de condiciones semejantes a las de la víctima del accidente en iguales trabajos, y, en su defecto, en los más análogos posibles.

e) Las horas extraordinarias se considerarán remunerables, conforme a lo que determinen las disposiciones vigentes.

f) Cuando los individuos de la dotación de un barco



hubieren sido ajustados a tanto alzado por viaje, la indemnización que les corresponda, en caso de accidente, se regulará dividiendo el importe de la suma convenida como tanto alzado por el número de días que normalmente debe durar la navegación de que se trate.

Art. 23. La indemnización a que se refiere el art. 9.º de esta Ley será abonada en la cuantía y forma siguiente:

Primera. Si el accidente hubiera producido una incapacidad temporal, el patrono abonará a la víctima una indemnización igual a las tres cuartas partes de su jornal diario desde el día en que tuvo lugar el accidente hasta el que se halle en condiciones de volver al trabajo, o se le dé de alta con incapacidad permanente, entendiéndose que la indemnización será abonada en los mismos días en que lo haya sido el jornal, sin descuento alguno por los festivos.

Si, transcurrido un año, no hubiese cesado aún la incapacidad, la indemnización se regirá por las disposiciones relativas a la incapacidad permanente, sin perjuicio del resultado de la revisión que procediere.

Segunda. Si el accidente hubiese producido una incapacidad permanente y absoluta para todo trabajo, el patrono deberá abonar a la víctima una renta igual al 50 por 100 del salario.

Tercera. Si el accidente hubiera producido una incapacidad permanente y total para la profesión habitual, pero que no impida al obrero dedicarse a otro género de trabajo, la renta será igual al 37,5 por 100 del salario.

Cuarta. Si el accidente hubiera producido una incapacidad parcial y permanente para la profesión o clase de trabajo a que se hallaba dedicada la víctima, el patrono deberá satisfacer a ésta una renta igual al 25 por 100 del salario.

Para fijar la cuantía de la renta a que se refieren las disposiciones segunda, tercera y cuarta de este artículo en el caso de que el salario estuviere determinado por cantidad diaria, no podrá hacerse otro descuento que el importe de los días en que, siendo obligatorio el descanso, con arreglo a los preceptos del descanso dominical, no había correspondido al obrero percibir salario. Sólo procederá el des-

puede invalidarse por la circunstancia de tener hijos mayores de dieciocho años, debiendo, en este caso, considerarse equiparada a la viuda sin hijos.

Art. 31. Las indemnizaciones por incapacidad permanente definidas en los números segundo, tercero y cuarto del art. 23 serán independientes de las determinadas en el número primero del mismo artículo para los casos de incapacidad temporal.

Asimismo las indemnizaciones por causa de fallecimiento determinadas en el art. 28 no excluyen las que correspondieren a la víctima en el período que medió entre el accidente y la muerte.

Art. 32. Las indemnizaciones determinadas por este texto se aumentarán en una mitad más de su cuantía cuando el accidente se produzca en un establecimiento u obra cuyas máquinas y artefactos carezcan de los aparatos de precaución a que se refiere el art. 39.

Art. 33. La asistencia médica y farmacéutica y las indemnizaciones a que hacen referencia los artículos 9.º, 23 y 24 serán obligatorias, aun en caso de que las circunstancias del accidente resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes, siempre que éstas constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo o tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que el patrono coloque al paciente para su curación.

CAPITULO III

De la prevención de los accidentes.

Art. 34. El Ministerio de Trabajo y Previsión, oyendo si lo estimare conveniente el informe del Consejo de Sanidad y de la Academia Nacional de Medicina, y en todo caso al Consejo de Trabajo, dictará los Reglamentos y disposiciones oportunas para hacer efectiva la aplicación de los mecanismos y demás medios preventivos de los accidentes del trabajo y las medidas de seguridad e higiene que considere necesarios.

TERTULIA MÉDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

— AMENIDADES —

5-XI-1932

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

LA VIDA EN RUSIA ⁽¹⁾

IV

Muchos productos y artículos manufacturados fueron olvidados en el plan quinquenal. Ocurren, por ello, casos como éste: Una locomotora está a punto de ser terminada; pero falta una pieza importante. No importa. Los rusos son, a este respecto, unos verdaderos virtuosos. Bien o mal, hacen un arreglo, substituyen la pieza. El caso es que la máquina marche, aunque se provisionalmente. Podría contar a este respecto casos sorprendentes. Baste con uno: He visto trenes en marcha, cuyos vagones, dispuestos con la carga máxima, lleva

rueda; en las otras llevaban tarugos de madera sujetos con alambre...

Como ya señalé, los rieles están fabricados con acero de mala calidad y descansen, en numerosas líneas, en vez de sobre grava, sobre arena o ceniza. Además, por falta de material no han podido

jadores, se les encuentra rápida substitución.

No es que el Estado soviético no procure remediar estas situaciones. Sería injusto afirmarlo así. Pero la impotencia es el premio más generalizado a sus afanes.

Insatisfechos por las locomotoras producidas en sus talleres, adquirieron buen número de ellas, modernísimas, en América. Han tenido que ser retiradas de la circulación, pues su peso era superior al que pueden soportar los puentes y líneas férreas.

Hoy se estudia la forma de poner remedio a todas estas deficiencias. Es posible que algún día lo consigan; pero, desde luego, no será con el ritmo acelerado que exige el plan quinquenal y que la salvación económica del país requiere.

V

Faltan los víveres hasta en Moscu.



ban las ballestas colocadas al revés. Otros sólo disponían de frenos en una

(1) Véase el número anterior.

efectuarse las reparaciones necesarias, ni substituir las traviesas carcomidas por la acción del tiempo. No hay, pues, que extrañarse de que las catástrofes ferroviarias se sucedan con frecuencia. Se repiten los descarrilamientos de trenes de mercancías, cuyos vagones transportan petróleo u otras materias inflamables. Catástrofes en las que pierden la vida gran número de trabajadores rusos. ¡No importa! En la U. R. S. S. no tiene gran valor la vida humana. A un trabajador, a cien, a millares de traba-



ANTIPHLOGISTINE

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

Esto ha dado lugar a que muchas personas, principalmente mujeres, se dedi-

—Si en esta localidad se encontrase uno que supiera imitarlos, Francia sería grande y podría reírse de la Europa entera—dijo Genestas con exaltación.

—Pero hace ya más de media hora que os entretengo —añadió Benassis—, es ya casi de noche y debemos ir a cenar.

Por la parte del jardín, la casa del médico presentaba una fachada con cinco ventanas en cada piso. Está compuesta por un entresuelo y un primer piso, y cubierta por un tejado poblado de muchos salientes. Las ventanas, pintadas de verde, resaltan en el tono gris de la muralla, donde sirviendo de adorno una parra hermosa sigue la dirección entre los dos pisos de una punta a la otra como si formase una franja divisoria. En la parte baja, a lo largo de la pared, algunos rosales de Bengala vegetan pobremente medio destrozados por el agua del tejado, que no tiene canalones. Entrando por la hermosa escalera que conduce a la antecámara, se encuentra a la derecha un salón con cuatro ventanas que reciben la luz del jardín y del patio. Este salón, que sin duda alguna era el testimonio de las economías y el de las esperanzas del pobre difunto, está pintado, con zócalos de madera en la parte baja y con algunos tapices del siglo XVII. Los grandes y anchos sillones cubiertos de lienzos, las viejas arañas doradas que adornan los costados de la chimenea, y las cortinas con grandes flores, anunciaban la opulencia gozada por el cura que le poseyó. Benassis

había completado este mueblaje, lleno de carácter, con dos repisas de madera con guirnalda esculpida y colocadas a una enfrente de la otra entre dos ventanas, y por un cuadro de conchas incrustado de cobre que adornaba la chimenea. El médico debía habitar raramente en esta pieza, de la que salía el característico olor a humedad de las salas siempre cerradas. En ella se respiraba, por consiguiente, al cura difunto, y el particular olor de su tabaco parecía salir aún del rincón de la chimenea, donde tenía la costumbre de sentarse. Dos grandes morillos estaban colocados simétricamente a cada lado de la lumbre, en la que no se había hecho fuego desde la estancia en la casa del señor Gravier, pero en la que brillaban entonces hermosas llamas de pino.

—Todavía hace frío por las tardes y se agradece el fuego —dijo Benassis.

Genestas, pensativo, comenzaba a explicarse la desocupación del médico por las cosas ordinarias de la vida y, de pronto, dirigiéndose a su huésped, le dijo:

—Usted tiene un alma verdaderamente ciudadana y me causa mucha admiración cuando pienso que después de haber llevado a feliz término tantas cosas no haya intentado colaborar con algún Gobierno para ilustrarle en ellas.

—¿Escribir alguna memoria sobre los medios de civilizar a Francia? —dijo Benassis sonriendo dulcemente, aunque con aire de tristeza—. Antes que usted me dijo lo mismo el señor Gravier; pero ¿cómo ha de ser, no es em-

quen a vender, diez veces más caros que en los establecimientos del Estado, artículos de consumo y de uso indispen-

Más de once mil médicos recetan y
tomar estos a las familias el
ELIXIR CALLOL

sable. A esto se califica de «comercio contrarrevolucionario», y es estrechamente perseguido y duramente castigado. Han desaparecido muchas personas en Moscou. Se cuenta que un día, en un lugar apartado de la capital, fueron enterrados los huesos de más de veinte personas, probablemente de mujeres dedicadas a este comercio. En aquellos

STROPHANTUM

PALLARÉS

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

días comprar carne de vaca era arriesgado; resultaba difícil saber si realmente la carne era de vaca.

La organización del comercio de la alimentación a cargo del Estado consigue fracasos reiterados. El resultado es que la población sufra hambre. En la ciudad y en el campo. En las aldeas hay ciudadanos que, no pudiendo sufrir el

SARNA

Cápsulas con SULFURETO CABALLERO

espectáculo doloroso de ver morir lentamente de inanición a los suyos, se quitan la vida... Muchos campesinos

elaboran una especie de pan, con el que engañan a sus estómagos, con corteza de los árboles. Por un caballo vivo el campesino recibe cinco rublos. Hay que sostenerle, y los pienso son muy caros. En cambio, por la piel de un caballo se obtienen veinte rublos. Se sacrifican, pues, muchos caballos; sus dueños consiguen así carne y dinero. ¡Es tan difícil para los campesinos conseguirlo de otro modo! El hambre, la de-

“MALTOPOL”

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

sesperación, empuja a pueblos enteros, que emprenden el éxodo emigratorio, sin saber ciertamente a donde dirigirse.

VI

Moscou, la actual capital de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, fué, en tiempo de los zares, una ciudad sucia y abandonada. Los comunistas se esfuerzan por modernizarla. Pero como no existe un plan preconcebido, como los principios urbanísticos comunistas

Contra las neuralgias aconsejamos ad CEREBRINO MANDRI

no se han definido, pueden verse junto a barracones de madera, de construcción reciente, grandes edificios modernos de cinco y seis plantas. Eso sí, todavía no se ha manifestado un estilo constructivo comunista, no obstante que los técnicos y artistas lo pretenden con afán, dando ello lugar a mezcolanzas de tipos y estilos verdaderamente sorprendentes, sin que por comple-

to se haya roto con la tradición del arte ruso, aunque adulterándola lamentablemente.

Pero lo verdaderamente tremendo en

JARABE ALMERA

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

Moscou es el problema de la habitación. La escasez de vivienda es tan extraordinaria, que en cuartos de cinco o seis habitaciones viven dos, tres y hasta cuatro familias. Y se dan casos tan distanciados de todo principio moral como éstos: La mujer o el hombre que se divorcian conservan lo que se llama «el derecho de la vivienda». Si carecen de ella, pueden quedarse en la de su con-

EL CHOCOLATE ZORRAQUINO

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

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

yuge anterior. A veces, en la misma habitación en que el matrimonio nueva-mente formado—la facilidad para casarse y divorciarse es en Rusia extraordinaria—hace su vida común... En realidad, esta derivación del problema de la vivienda no se da más que en la Rusia soviética. ¡Por algo aseguran los

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

comunistas que están elaborando un nuevo mundo con una moral nueva!

SIGUE A LA PÁGINA XIV

presa fácil la de instruir a un Gobierno, y, de todos ellos, el que menos lo toleraría es el que se halla poseído de grandes aciertos. Es indudable que lo hecho por nosotros en este cantón, cada alcalde podría hacerlo en el suyo; cada magistrado municipal en su ciudad; el subprefecto en su distrito; el prefecto en su departamento, y el ministro en Francia; cada uno con arreglo a las fuerzas de que dispone en la esfera de acción donde obra. Lo mismo que yo he persuadido a un grupo de gentes a la conveniencia de construir un camino de dos leguas, el uno podría construir una ruta y el otro un canal; donde yo he alentado la fabricación de sombreros, el ministro podría substraer a Francia del yugo industrial del extranjero, alentando algunas manufacturas de relojería, ayudando a perfeccionar nuestros aceros, nuestro hierros, nuestros crisoles, nuestras limas, el comercio y administración de nuestras sedas, etc., etc. En lo que se relaciona con el comercio al imitar una industria no significa que se la proteja. La verdadera política de un país debe tender a librarle de todo tributo hacia el extranjero sin los socorros vergonzosos de prohibiciones y aduanas. La industria no se salva más que por sí misma y su vida se basa en la concurrencia. Protegiéndola se la adormece; y por el monopolio se la mata, lo mismo que por las tarifas.

El país que surta a todos los demás con sus tributos será el que pueda proclamar la libertad comercial, haciendo

sentir la potencia manufacturera de mantener sus productos a precios inferiores de todos los demás concurrentes. Francia podría alcanzar este objeto mucho más fácilmente que Inglaterra, puesto que posee un territorio lo suficientemente extenso para sostener las producciones agrícolas a precios que mantengan la baja del salario industrial: esta es la orientación a que sería necesario que atendiese la Administración, puesto que está cifrada en la inclinación moderna. Mi querido capitán, este trabajo no ha sido objeto de mis estudios, y la tarea que me he proporcionado a última hora es únicamente accidental. Por otra parte, estas cosas son tan sencillas, tan poco lucidas, tan poco teóricas, aunque tienen la desgracia de ser sumamente útiles, que no pueden componer una ciencia. Además, los progresos se consiguen muy lentamente; para alcanzar algún éxito, es necesario sentir todas las mañanas la misma sed de valor que el representado por el profesor que en sus enseñanzas rudimentarias necesita exponer por tiempo indefinido las mismas cosas con los mismos argumentos. Si todo el mundo saluda con el mayor respeto al hombre que, como usted, ha derramado su sangre en el campo de batalla, por regla general tomamos con indiferencia o llegamos a burlarnos del que lentamente consume el fuego de su vida en repetir las mismas palabras a niños de la misma edad. El bien, practicado en la obscuridad, no llama la atención de nadie. En esencia, carecemos de aquella virtud cívica con la cual



Recto-Serol

SUERO-HEMORROIDAL-MERZ

lo mejor contra las
Hemorroides

WALTER ROSENSTEIN, Suc.
BARCELONA -APARTADO 712

Merz

CHEM. FABRIK
MERZ & CO
FRANKFURT a. M.

LABORATORIO FARMACÉUTICO

PONS, MORENO Y C.[^]

DIRECTOR: D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA
ESPAÑA

Jarabe Bebé

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

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

Tetradínamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

Mutasán

(INYECTABLE)

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

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación de ferrocarril

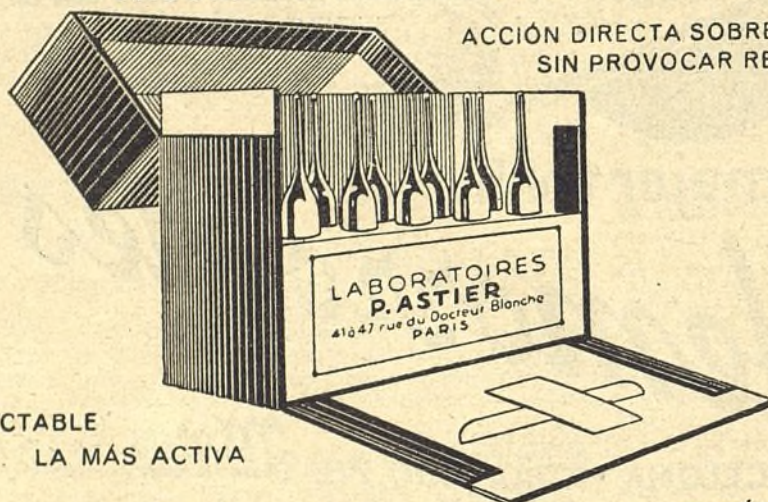
El tratamiento más activo
de toda afección de origen estafilocócico

es la

STALYSINE

VACUNA ANTIESTAFILOCÓCICA

ACCIÓN DIRECTA SOBRE EL MICROBIO
SIN PROVOCAR REACCIÓN



FORMA INYECTABLE
LA MÁS ACTIVA

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

SUCURSALES

BARCELONA : calle del Bruch, 129
MILÁN — LONDRES

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

ZINOSAL

JUSTE

COLIRIO A BASE DE SULFATO DE ZINC QUIMICAMENTE PURO

Instilación indolora. — Aplicación cómoda. — Conservación aséptica.

El **ZINOSAL**, en su nuevo envase,
aumenta la eficacia terapéutica del sul-
fato de zinc y facilita su instilación.

Indicado en la CONJUNTIVITIS SUBAGUDA DIPLOBACILAR o de
MORAX AXENFELD y en las CONJUNTIVITIS CATARRALES,
CRÓNICAS, PRIMAVERALES, etc.

Las indicaciones del Sulfato de Zinc, el **ZINOSAL** las mejora.



Muestras y literatura al DEPARTAMENTO MEDICO del
LABORATORIO JUSTE. - Apartado 9.030. - MADRID

Francisco Navacerrada, 3, hotel. — Teléfono 55.386.





Para

TODOS

niños - adultos - ancianos

es indispensable en momentos de peligro

CORAMINA

„CIBA“

Tónico cardíaco y respiratorio

En gotas

En inyecciones

INOFENSIVO

EFICAZ

CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA
DE PRODUCTOS QUÍMICOS
Aragón, 285 - Barcelona - Apartado 744



ANTALGOL DALLOZ

Granulado

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

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

LABORATORIOS CORBIÈRE - PARIS

SUERO ANTI-ASMÁTICO DE HECKEL

MUESTRAS
GRATIS

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

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

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



SANATORIO NEUROPÁTICO

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

Director: DR. GONZALO R. LAFORA

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

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

Pídanse reglamentos 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.

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)

Dragger.

Remedio fisiomédico

NORMACOL

para el tratamiento racional de la constipación crónica.

- 1 *Provoca el peristaltismo fisiológico por el aumento de volumen que adquiere en el intestino.*
- 2 *Ablanda, suaviza y esponja las materias fecales.*
- 3 *No irrita, no produce deposiciones diarreicas ni forma hábito.*

EL NORMACOL, de composición puramente vegetal, no constituye ningún purgante, sino el complemento adecuado de la alimentación moderna demasiado concentrada.



ENVASE ORIGINAL:
Cajas con 150 grs.
gránulos grageados.

PRODUCTOS QUIMICOS SCHERING S.A.

Central: Apartado 479, Madrid — Sucursal: Apartado 1030, Barcelona



ANUSOL -
Goedecke

ANUSOL

disminuye el catarro de la mucosa inflamada y ejerce una acción astringente sobre la superficie secretante, por su gran poder antiséptico impide la infección de los nódulos hemorroidales y la formación de abscesos perirrectales,

provoca la granulación y estimula la reparación epitelial,

determina la resolución de los procesos flebíticos agudos, sub-agudos y crónicos del ano,

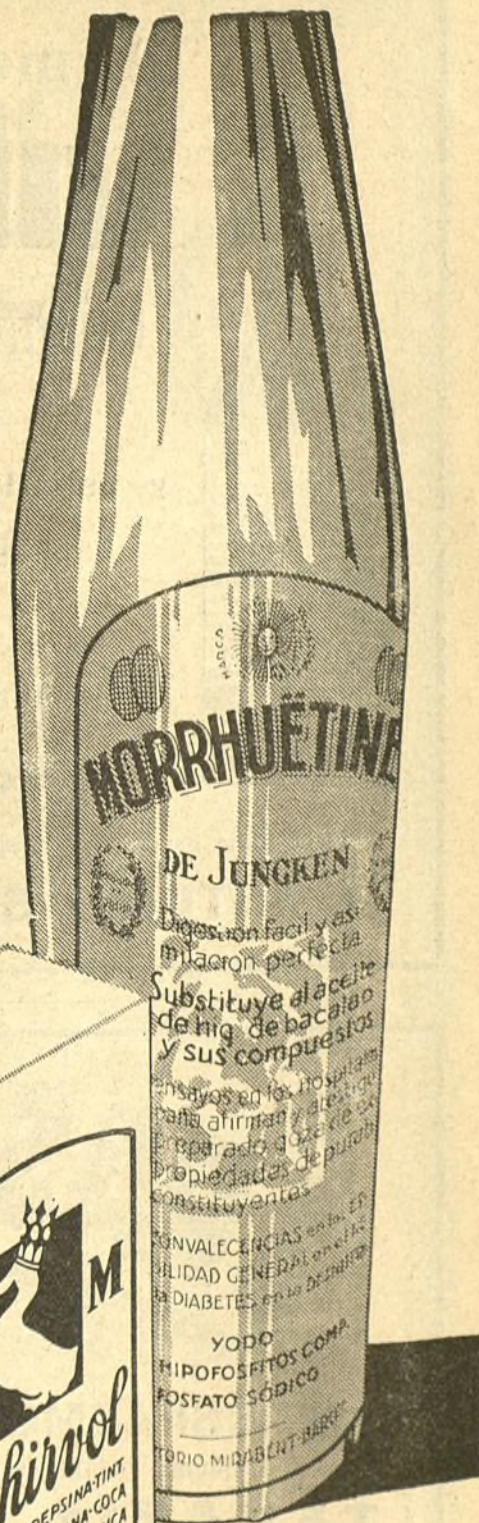
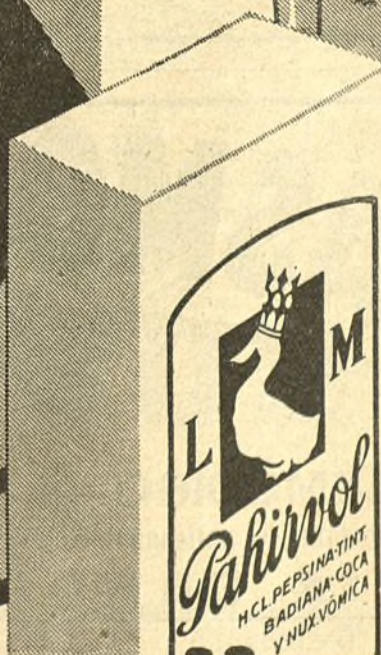
hace que la evacuación de las materias fecales no sea dolorosa, gracias al reblandecimiento que sufren las heces duras.

No mortifica los tejidos. No es tóxico.

GOEDECKE & CO., LEIPZIG, ALEMANIA

Para literatura y muestras gratuitas dirigirse a:
LABORATORIO Y COMERCIO SUBSTANCIA, S. A.
Apartado 410 Barcelona

LABORATORIO
MIRABENT
BARCELONA



MORRHUÉTINE

EL TÓNICO DE LA INFANCIA Y DE LA PUBERTAD. **JUNGKEN** MEDICACIÓN YODADA POR EXCELENCIA
SE USA TODO EL AÑO = SABOR GRATÍSIMO = TOLERANCIA PERFECTA

NURRISOL

RECONSTITUYENTE GENERAL PARA LAS MUJERES QUE CRIAN
FACILITA LA LACTANCIA MATERNA

PAHIRVOL

TÓNICO ESTOMACAL
INSUFICIENCIAS Y ATONÍAS GÁSTRICAS



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 energético 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).

SPASMOSÉDINE

ANTIESPASMÓDICO — SEDANTE NERVIOSO

El primer sedante y antiespasmódico estudiado especialmente para la
TERAPIA CARDIO - VASCULAR

Laboratorios DEGLAUDE
Medicamentos cardíacos especializados.
PARÍS

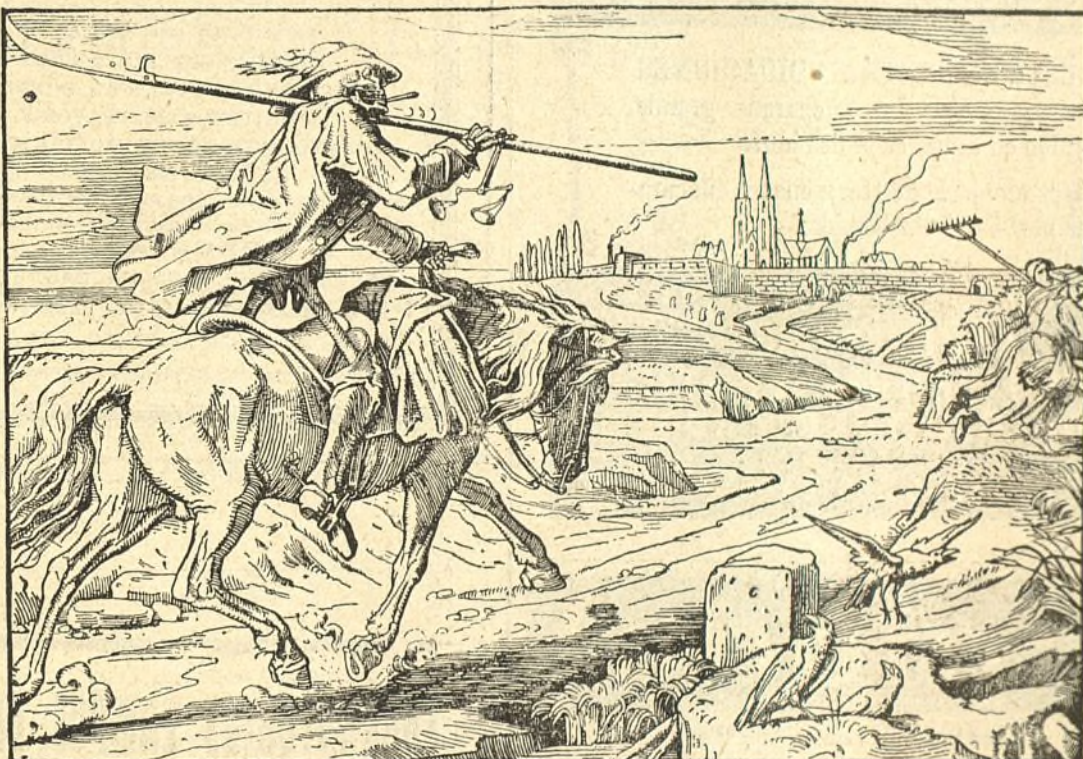
Muestras y Literaturas:
José M.^a Balasch Cuyás. (Farmacéutico)
Avenida 14 de Abril, 440. — BARCELONA

— 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)

RESFRIADOS Y GRIPE



QUADRONAL

Dosis:

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

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

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

Representante y depositario en España:

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

Bactilose

**OLIVER
RODES** **PRODUCTO
DEL PAIS**

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

INDICACIONES
*Forunculosis, Septicemias
Antrax, Escarlatina, Gripe.*

NO PRESENTA CONTRAINDICACIONES

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

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

DEPÓSITO GENERAL

**VENTA EN
FARMACIAS**

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

CONSEJO CIENTO 308 · BARCELONA

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^a
67, Rue de la Victoire
Paris

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

**LIPIODOL
LAFAY**

En España : Sr. Juan MARTIN, Calle de Alcalá, 9, Madrid
y Consejo de Ciento, 341, Barcelona.
Islas Canarias : R. APOLINARIO, Farmacia de las Palmas.

METODO CITOFILÁCTICO DEL PROFESOR P. DELBET

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

DELBIASE

Comprimidos de Sales halogenas de
MAGNESIO

ESTIMULANTE BIOLÓGICO GENERAL
POR HYPERMINERALIZACION
MAGNESIANA DEL ORGANISMO

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

PRINCIPALES INDICACIONES :

TRASTORNOS DIGESTIVOS

INFECCIONES DE LAS VIAS BILIARIAS

PRURITOS Y DERMATOSIS

TRASTORNOS NEURO-MUSCULARES

ASTENIA NERVIOSA

TRASTORNOS CARDIACOS POR HYPERVAGOTONIA

DESORDENES URINARIOS DEBIDOS A LA HYPERTROFIA DE LA

PROSTATA

LESIONES DEL TIPO PRECANCEROSO

PROFILAXIA DEL CÁNCER

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

Laboratoire de Pharmacologie Générale, Dr Ph. CHAPELLE
8, rue Vivienne, PARIS

Muestra medical sobre pedido.

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

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 260 gramos, 3,65 ptas. en toda España.

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día.

En gastroenteritis tóxicas, diarreas
estivales, infecciones intestinales, etcé-
tera, es de notable éxito.

LACTOBULGARINA

CARDIOETIL Y CARDIOETIL ESTRÍCNICO

Injectables a base de alcanfor natural del Laurus, Canfora y Oxido de Etilo (Eter sulfúrico puro) y el Cardioetil Estrícnico con adición de Estricnina.

Preparados que ofrecen grandes ventajas sobre el aceite alcanforado, en los colapsos cardíacos, en la hipotensión arterial, en el edema pulmonar, en las pneumonias con pulso frecuente y pequeño y en las bronconeumonias especialmente de los ancianos.

TRATAMIENTO CURATIVO DEL ESTREÑIMIENTO PETROSINA

No es producto laxante ni purgante; es un hidrocarburo líquido no asimilable que obra mecánicamente como lubricante intestinal, facilitando los movimientos peristálticos.

Eficaz en todos los casos. Insustituible en los estreñimientos de las embarazadas, en los niños de poca edad y en toda persona de estómago delicado.

No es irritante y no produce hábito en tratamiento prolongado.

NEUROTÓNICO

Elixir para vía gástrica. Inyectable para vía subcutánea.

Medicación gliceroarsenial fosforada, con nucleína y estricnina.

Es un reconstituyente eficacísimo en las neurastenias, clorosis, anemias, convalecencias y tuberculosis incipientes o pretuberculosos.

CIATICARINA

Preparado en forma líquida con salicilatos de litina, colchicina y yoduros alcalinos.

Con estos datos, no es de dudar que en REUMATISMO, ya sea de forma articular o muscular, en la ciática y en el artritis, tiene que ser la medicación predilecta.

LABORATORIO GARCÍA SUÁREZ

Calle de Recoletos, 2, triplicado. — MADRID

BOLEASE MONAL

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

COLAGOGO - TÓNICO - HEPÁTICO - ANTI-TÓXICO

**Enfermedades del Hgado
y del Intestino**

DOSIS : 4 à 6 glóbulos por día



Cólicos hepáticos Litiasis
biliar, Icterias, Congestiones, Coemias,
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

Vias respiratorias

JARABE FAMEL
à base de Lactococcus soluble

**ACCION
RAPIDA
Y
SEGURA**

calma la tos
facilita la expectoración
reanima el estado general

Depósito general para España
Catal y Morán-Aragón 228 - Barcelona

¡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.

VACANTES

- En el Boletín Oficial de Navarra se anuncia la vacante de médico titular de Aoiz, por dimisión, y su provisión en propiedad por concurso de méritos, con el sueldo anual de 1.500 pesetas por titular y 150 pesetas por inspección, descontándose de la titular las cuotas correspondientes al Montepío Médico.

Podrá contratar sus servicios con las familias acomodadas de esta villa que tiene un censo de 1.549 habitantes.

Las solicitudes, debidamente reintegradas y documentadas, se presentarán en esta Alcaldía en un plazo de veinte días, contados desde el siguiente al de la publicación de este anuncio en el Boletín Oficial de la provincia.

(Continúa en la pág. 4.ª de Tertulia)

FOSFOTIOCOL

TOSES Y CATARROS

PARA EL ESTOMAGO E INTESTINOS

ELIXIR CLÓRHIDRO PÉPSICO AMARGÓS

DIGESTIL

(Nombre registrado.)

Tónico digestivo. — Ácido clorhídrico, pepsina, colombo y nuez vómica.
Delloso medicamento que suple en los enfermos la falta de jugo gástrico.

El agua potable.

El problema del agua potable es uno de los más difíciles de resolver, sobre

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

todo en los grandes centros de población.

El agua filtrada a domicilio, que constituiría un excelente medio profiláctico, no se rodea, en general, de las suficientes garantías; desdichadamente, la mayor parte de los filtros que se expenden en el comercio no proporcionan sino una seguridad demasiado relativa para que confiemos en ella.

Es preferible, pues, adoptar los proce-

YODALGON
ARRHENALADO
COMBINACIÓN ORGÁNICA DE YODO Y ARSÉNICO

dimientos de verdadera esterilización, que destruyen realmente los gérmenes nocivos, en lugar de mantenerlos siempre imperfectamente en estado de vivos.

La acción del ozono y de los rayos ultravioleta necesita el empleo de instalaciones complicadas y costosas que pongan en juego la energía eléctrica, y

CATARROS. TOS
JARABE MADARIAGA.
benzocinámico.

esto, posible en las grandes ciudades y para servicios públicos, no puede hacer

se para las pequeñas necesidades y empleos domésticos.

Hay un procedimiento sencillo y económico: la *cloración*, más comúnmente conocida con el nombre de *javalización*, que consiste en adicionar al agua potable mínimas cantidades de «agua de Javel», y aun de cloro libre. Unos pocos miligramos por litro de agua son bastantes para esterilizar ésta. Dicha dosis es variable, según la mayor o menor impureza del agua y la cantidad de materias orgánicas que contenga.

D. S.

CARABAÑA: el mejor purgante.

TONTO don Juan me creyó porque anoche nada hablé, y yo tonto le juzgué solamente porque habló.

EL 27 DE AGOSTO de 1635 y de resultas de un accidente, murió en su casa de Madrid, en la calle de Francos (hoy Cervantes), fray Félix Lope de Vega Carpio, el Fénix de los ingenios y el más grande de los poetas españoles.

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

Una anécdota de Boileau.

El viejo duque de La Feuillade recitó a Boileau un soneto de Charleval dirigido a cierta dama, pieza poética que el primer cortesano encontraba maravillosa. Boileau le dijo, después de escuchar-

le, que no encontraba nada de extraordinario en dicho soneto y que más bien lo creía malo que bueno.

Pasaba en este momento por una de las galerías de Versalles, donde se des-

Jarabe. Bebó. - Tefradínamo. - Seotl-cemilol. - Purgantil (Jarabe de Frutas)
Véase anuncio, página III

arrollaba esta escena, el propio rey, y como el duque no se resignara con la opinión de Boileau, solicitó la del augusto personaje, que escuchó con aire distraído el soneto y que, naturalmente, lo elogió por pura cortesía.

—¿Qué decía ahora? — preguntó La Feuillade al glorioso escritor—. El rey encuentra admirable el soneto.

—Dueño es su majestad de juzgarlo

Solución salicilato sódico Domingo.

Cada cucharada contiene dos gramos de salicilato sódico puro.

J. DOMINGO CHURTÓ
C. Libertad, 14, BARCELONA

según su gusto — contestó Boileau—. No dudo que el rey será una gran opinión en lo tocante a ganar una batalla o dirigir el asalto de una fortaleza, pero, con su augusta licencia, yo entiendo de versos más que él.

Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.

Alcalá, 88. — Madrid

EL INFORTUNIO despierta al genio.

OVIDIO.

los grandes hombres de otros tiempos prestaban grandes servicios a la patria, colocándose en las últimas filas cuando no eran destinados para mandar. La enfermedad de nuestros días es el deseo de autoridad. Es mucho mayor el número de santos que el de altares. He aquí por qué: con la monarquía hemos perdido el honor, con la religión de nuestros padres la virtud cristiana y con nuestros infructuosos ensayos de gobierno el patriotismo redentor. Estos principios básicos no existen hoy más que parcialmente, en lugar de ser, como algún día, los alentadores de las masas, ya que las ideas no mueren nunca. Ahora para cobijar la sociedad no disponemos de sostén mejor que el egoísmo. Cada individuo tiene creencia y fe de sí mismo y no vemos nada más allá del hombre social en el que ciframos nuestro porvenir. Pero el hombre que nos salve del naufragio, hacia el cual caminamos con rapidez, tendrá que servirse del individualismo para rehacer nuevamente la nación; mas en la espera de esta regeneración tenemos que atravesar la era de los intereses materiales y del positivismo. Esta última palabra corre actualmente gloriosa por todo el mundo. Nos hallamos fichados, no por lo que valemos, sino por lo que pesamos. El hombre de chaqueta apenas se hace digno de obtener una mirada atenta de los superiores. Este sentimiento se ve tan arraigado en el Gobierno, que un ministro se conforma, por ejemplo, concediendo una simple medalla al marino que ha salvado la vida de doce individuos, mientras

condecora con una gran cruz al diputado que le da su voto. ¡Desgraciado del país constituido de ese modo! Las naciones, como los individuos, no deben sus energías más que a los grandes sentimientos; y los sentimientos de un pueblo son las creencias que poseen. Ahora, en lugar de creencias, nos vemos dominados por los intereses. Si nadie piensa más que en sí mismo y no tiene fe más que en su valor personal, ¿cómo hemos de encontrar mucho valor civil, cuando la condición de esta virtud consiste en el renunciamiento de sí mismo? El valor civil, como el militar, proceden del mismo principio. Los últimos sienten la obligación de ofrendar su vida de una vez y los primeros la de consumirla lenta, pero constantemente. Los combates son idénticos, aunque de forma diferente. No basta con ser un hombre de bien para civilizar el más humilde rincón de la tierra; es necesario ser además instruido; aunque la instrucción, la probidad y el patriotismo no representan maldita la cosa sin una voluntad firme, con la cual ha de desprenderse un hombre de todo interés personalista y dedicarse por entero al pensamiento social. Es seguro que Francia dispone en la actualidad de más de un hombre lo suficientemente instruido y lo suficientemente patriota por cada Ayuntamiento; pero yo estoy completamente convencido de que no existe en cada distrito un hombre que, a sus hermosas cualidades, una el deseo constante y la pertinaz entereza del herrero machacando el hierro. El hombre que destruye y el

Por concurso de antigüedad y hasta el 23 de Noviembre pueden solicitarse de los alcaldes respectivos las siguientes titulares de médicos:

—Por renuncia, la de Nepas (Soria) y sus anejos Nalay, Borjabad y Almarai, p. judicial de Almazán; dotación, 2.200 pesetas. Población, 852; categoría 3.^a

Datos.—L. a 30 km. de la c., y a 12 de la c. de p., que es la est. más próx.

—Por renuncia, la de Celadas (Teruel); dotación, 1.650 pesetas. Población, 991; categoría 4.^a

Datos.—L. a 14 km. de la c., que es la c. de p. La est. más próx., Cella, a 8 km.

—Por nueva creación, la de Vallecido (León) y su anejo Castrotierra, p. judicial de Sahagún; dotación, 2.200 pesetas por 22 familias de la Beneficencia. Población, 737; categoría 3.^a

Datos.—L. a 35 km. de la c. y a 19 de la c. de p. La est. más próx., El Burgo Ranero, a 9 km.

—Por defunción, la de Cortegana (Huelva), p. judicial de Aracena; dotación 2.750 pesetas por 135 familias de la Beneficencia. Población, 8.549; categoría 1.^a

Observaciones.—Dotación de 1.^a categoría en el próximo presupuesto. Hará una visita semanal a dos aldeas, en caballo, que abonará el Ayuntamiento.

Datos.—V. a 80 km. de la c. y a 28 de la c. de p. Ferr.

—Por nueva creación, la de Arroyomolinos de Montánchez (Cáceres); p. judicial de Montánchez; dotación, 2.200 pesetas por 200 familias de la Beneficencia. Población, 2.081; categoría 3.^a

Observaciones.—Hay otra titular.

Datos.—V. a 33 km. de la c. y a 6 de la c. de p. La est. más próx., Carmonita, a 17 km.

Y por concurso de méritos, hasta el 23 de Noviembre:

—Por renuncia, la de Zorita del Maestrazgo (Castellón) y sus anejos Palanques y Ortells, p. judicial de Morella; do-

tación, 2.750 pesetas por 24 familias de la Beneficencia. Población, 1.665; categoría 2.^a

Datos.—V. a 125 km. de la c. y a 21 de la c. de p. La est. más próx., Vinaroz, a 85 km.

—Por renuncia, la de Alcoba (Ciudad Real), p. judicial de Piedrabuena; dotación, 1.650 pesetas por 9 familias de la Beneficencia. Población, 1.040; categoría 4.^a

Datos.—L. a 55 km. de la c., que es la est. más próx., y a 40 de la c. de p.

—Por excedencia, la de Bujalance (Córdoba); dotación, 3.300 pesetas por 300 familias de la Beneficencia. Población, 12.639; categoría 1.^a

Observaciones.—Segundo distrito.

Datos.—C., c. de p., a 33 km. de la c. y a 12,50 de la est. más próx., El Carpio.

—Por renuncia, la de Arbancón (Guadalajara) y sus anejos Jocar, Monasterio y El Robledo, p. judicial de Cogolludo; dotación, 2.200 pesetas por 10 familias de la Beneficencia. Población, 515; categoría 3.^a

Datos.—V. a 30 km. de la c. y a 3 de la c. de p. La est. más próx., Espinosa de Henares.

—Por renuncia, la de Cristóbal (Salamanca), p. judicial de Béjar; por 12 familias de la Beneficencia. Población, 860; categoría 5.^a

Datos.—L. a 60 km. de la c. y a 20 de la c. de p., que es la est. más próx.

—Por defunción, la de Sanchón de la Ribera (Salamanca) y su anejo Villamuerto, p. judicial de Vitigudino; dotación, 1.650 pesetas por 16 familias de la Beneficencia. Población, 487; categoría 4.^a

Observaciones.—Contrato libre con 170 familias.

Datos.—L. a 70 km. de la c. y a 8 de la c. de p. La est. más próx., Bogajo, a 28 km.

(Continúa en la pág. XV.)

que construye son dos fenómenos de voluntad; el primero acaba con la obra preparada por el segundo. El uno parece guiado por el genio del mal, y el otro conducido por el del bien. El mal se halla poseído de una voz sonora que despierta fácilmente las almas vulgares y las llena de admiración; mientras que el bien permanece largas temporadas en completa mudez, y el amor propio humano escoge en seguida el papel más brillante. Una obra de paz, ejecutada sin miras individuales, jamás podrá ser más que accidental mientras la educación no haya cambiado las costumbres del país. Cuando las costumbres hayan cambiado y seamos todos grandes ciudadanos, a pesar de las facilidades de una vida trivial, ¿no nos convertiremos en el pueblo más molesto, más engorroso, menos artista y más desgraciado que exista sobre la tierra? No faltará quien decida y lleve a cabo todas estas grandes cuestiones, pues yo no me encuentro a la cabeza del país.

Además de estos asuntos se presentan también otras serias oposiciones a lo que la Administración tenga de principios exactos. En materia de civilización nada hay absoluto. Las ideas más convenientes a una región son veneno para otra, y lo mismo sucede con las inteligencias que con los terrenos. Si tenemos tantos administradores malos, es porque la Administración, como el gusto, proceden de un sentimiento muy elevado y muy puro. En él, el genio deriva de una tendencia del alma y no de una ciencia. Nadie

puede apreciar ni los actos ni los pensamientos de un administrador; sus verdaderos jueces están muy lejos de él y los resultados más alejados todavía. Todo el mundo puede llamarse administrador sin peligro alguno. En Francia la especie de seducción que ejerce el espíritu nos inspira una gran estimación hacia las gentes de ideas; pero las ideas son muy poca cosa donde no se precisa más que una férrea voluntad. En fin, la Administración no consiste en imponer a las masas muchas ideas, o métodos más o menos justos, sino en imprimir en las ideas, malas o buenas, de estas masas una dirección útil que les haga concordar con el bienestar general. Si los prejuicios y las rutinas de una región desembocan en un camino malo, los habitantes abandonan por sí mismos sus errores. Todo error en economía rural, política o doméstica, ¿no constituye parte que el interés rectificará a la larga? Aquí yo me he encontrado en muchas ocasiones con una tierra pelada, y gracias a mis consejos se ha cultivado debidamente; pero ni existía ningún error agrícola, ni las tierras eran malas; por consecuencia, me ha sido bastante fácil introducir la rotación de cosechas y el cultivo de la patata y prados artificiales. Mi sistema agronómico no llevaba consigo el menor perjuicio. Se desterraron los antiguos aperos de labranza substituyendo el hacha por el azadón para las pequeñas labores. El carretero se interesó por la construcción de arados con ruedas a imitación de los míos, y con el fin de dar ma-

equivalente al 15 por 100 del salario que percibiera la víctima.

Las disposiciones de los números primero, segundo y cuarto serán aplicables en el caso en que la víctima del accidente sea mujer; pero la del número primero y la del tercero, sólo beneficiarán al viudo cuando su subsistencia dependiera de la mujer víctima del accidente. Las contenidas en el párrafo primero y números primero y segundo de este artículo serán aplicables a los hijos adoptivos y a los jóvenes prohibidos o acogidos por la víctima, siempre que estos últimos estuvieran sostenidos por ella, con la antelación, por lo menos, de un año al tiempo del accidente y no tengan otro amparo.

En los Registros correspondientes a cada localidad se abrirá un Registro especial, donde se hará constar el nombre de cada acogido, el de la persona que lo acoge y la fecha del acogimiento, sin que pueda reclamarse derecho a indemnización estando incumplido este precepto.

Art. 29. Cuando un obrero fallecido a consecuencia de un accidente del trabajo deje viuda e hijos del matrimonio con la misma e hijos de otros matrimonios anteriores, o hijos naturales reconocidos, se observarán respecto al pago de la indemnización establecida en el artículo anterior las siguientes reglas:

Primera. Corresponderá a la viuda la mitad de la renta total.

Segunda. La otra mitad se distribuirá por partes iguales entre los hijos de todos los matrimonios y los naturales reconocidos.

Tercera. La viuda percibirá la parte de indemnización perteneciente a los hijos constituidos bajo su patria potestad.

Cuarta. Las partes correspondientes a los hijos de anteriores matrimonios y los naturales reconocidos se entregará a quienes de hecho los tuvieron a su cargo, sean la misma viuda u otras personas.

Art. 30. El derecho de la viuda por sí misma a ser indemnizada, conforme a la disposición primera del art. 28, no

cuento en el caso de que el obrero utilizare realmente el descanso antes del accidente y no percibiese salario por los días de reposo.

Si la retribución del obrero se hiciere por tanto alzado mensual, la cuantía de la renta mensual se fijará multiplicando por cero cincuenta, cero trescientas setenta y cinco o cero veinticinco, respectivamente, la cantidad mensual que percibiera el obrero.

Si la retribución se hiciere por tanto alzado semanal, se multiplicará el importe de una de éstas por cincuenta y dos, adicionando una sexta parte de la asignación semanal para fijar la cantidad correspondiente a un año de salario, cantidad a la que se aplicarán los coeficientes legales respectivos para el señalamiento de la renta anual.

Art. 24. Las indemnizaciones fijadas por la Ley serán objeto de un suplemento otorgado a la víctima del accidente, cuando por la incapacidad consecuencia de éste necesite la asistencia constante de otra persona.

Disposiciones reglamentarias fijarán las normas para la aplicación del párrafo anterior.

Dicho suplemento será señalado por la Autoridad competente para conocer de los litigios que se susciten con ocasión de los accidentes del trabajo, de no haber existido acuerdo entre las partes interesadas, y sin que dicho suplemento pueda exceder de la mitad de la indemnización principal.

Art. 25. El patrono está también obligado a facilitar la asistencia médica y farmacéutica al obrero víctima de un accidente, hasta que se halle en condiciones de volver al trabajo, o por dictamen facultativo se le declare comprendido en los casos definidos en los números segundo, tercero y cuarto del art. 23, y no requiera la referida asistencia, la cual se hará bajo la dirección de facultativos designados por el patrono.

El obrero lesionado o su familia tienen, sin embargo, derecho a nombrar, desde luego, por su parte y a su cargo, uno o más médicos que intervengan en la asistencia que le preste el médico designado por el patrono.

Tanto el patrono como el obrero podrán reclamar la asistencia de los médicos de la Beneficencia municipal, los cuales deberán prestarla con arreglo a una tarifa que se fijará por Decreto, previo informe del Consejo de Sanidad y de la Academia Nacional de Medicina. En los Ayuntamientos se abrirá un Registro, en el cual podrán inscribirse los médicos que se comprometan a prestar su asistencia a las víctimas de accidentes del trabajo, acomodándose a dicha tarifa.

El obrero o su familia también tendrán derecho a proveerse de medicamentos en la farmacia que estén conveniente, si hubiere más de una en la localidad, siempre que las recetas sean firmadas o visadas por el médico del patrono. En ese caso, el patrono no estará obligado a pagar sino con arreglo a la tarifa de la Beneficencia municipal, y si en la localidad no la hubiera, con arreglo a la vigente en Madrid para dichos servicios, hasta que se fije una general por Decreto. Se abrirá en los Ayuntamientos otro Registro de Farmacias, en el cual se inscribirán las que se comprometan a suministrar los medicamentos necesarios en caso de accidente, con arreglo a las tarifas indicadas. Se dictarán las disposiciones oportunas para llevar a cumplido efecto el servicio médico-farmacéutico a que se refieren los párrafos anteriores.

El dictamen facultativo deberá ser extendido por el médico designado por el patrono, el mismo día en que califique la incapacidad del obrero y dé por terminada su asistencia, o en el siguiente. La falta de dicho certificado establecerá a favor del obrero la presunción de que ha necesitado asistencia facultativa hasta el momento en que cualquier otro médico califique su incapacidad.

El médico designado por el patrono viene obligado a entregar un duplicado de su dictamen al lesionado el mismo día en que lo extienda.

Art. 26. El patrono estará obligado, además de facilitar la asistencia médica y farmacéutica al obrero víctima del accidente, conforme al artículo anterior, a prestar la asistencia quirúrgica que sea necesaria como consecuencia del accidente.

Dicha asistencia podrá estar a cargo de las Instituciones de Seguros, y en defecto de hallarse a cargo de éstas, lo estará a la del patrono.

Art. 27. La víctima del accidente del trabajo tendrá también derecho a que se suministren y se renueven normalmente, según los casos por la Institución del Seguro o por el patrono, los aparatos de prótesis y ortopedia que se consideren necesarios para la asistencia del accidentado.

Podrá admitirse el abono de una indemnización suplementaria, fijada al señalar la cuantía de la indemnización o al revisar dicha cuantía; indemnización que represente el coste probable del suministro y renovación de los aparatos antes indicados.

Disposiciones reglamentarias determinarán las medidas de inspección y cuantía de la indemnización a que se refiere este artículo.

Art. 28. Si el accidente produjese la muerte del obrero el patrono queda obligado a sufragar los gastos de sepelio por la cantidad que se fije en el Reglamento, y además a indemnizar a la viuda, descendientes legítimos o naturales reconocidos, menores de dieciocho años o inútiles para el trabajo, hermanos huérfanos menores de dieciocho años, que se hallasen a su cargo y ascendientes, en la forma y cuantía que establecen las disposiciones siguientes:

1.ª Con una renta igual al 50 por 100 del salario que disfrutara la víctima, cuando ésta deje viuda e hijos o nietos inútiles para el trabajo o huérfanos menores de dieciocho años, que se hallasen a su cuidado.

2.ª Con una renta igual a la anterior, si sólo dejase hijos o nietos inútiles para el trabajo, o huérfanos menores de dieciocho años, o hermanos menores huérfanos, a su cargo.

3.ª Con una renta del 25 por 100 del salario, a la viuda sin hijos ni otros descendientes del difunto.

4.ª Con una renta del 20 por 100 del salario, a los padres o abuelos de la víctima, pobres y sexagenarios o incapacitados para el trabajo, si no dejase viuda ni descendientes, siempre que sean dos o más los ascendientes. En el caso de quedar uno solo, la indemnización consistirá en una renta

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

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

Director honorario: Excmo. Sr. D. ANGEL PULIDO

REDACTORES:

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

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

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

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

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

Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES
Redactor Jefe: F. JAVIER CORTEZO COLLANTES

PROGRAMA CIENTÍFICO:

Lema: Progressi sumus, progredimur, progrediemur.

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

SUMARIO: Sección científica: Laringismo fonatorio emocional o emotividad fonatoria, por Sabino Rodríguez Berceruelo.—El mareo o mal de mar, por el Dr. J. Alvarez-Sierra.—Consideraciones biológicas sobre la estructura y la función del riñón, por el Prof. Emilio Schwarz. Información científica del II Congreso Internacional de Otorrinolaringología: I. El ozona (Bacteriología y patología experimental), por el Prof. Dr. Alfonso Trimarchi.—II. Ozona (Anatomía patológica), por el Prof. U. L. Torrione.—Bibliografía.—Periódicos médicos.

Laringismo fonatorio emocional o emotividad fonatoria

POR

SABINO RODRÍGUEZ BERCERUELO

Ayudante de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid en la Policlínica de Otorrinolaringología.

En los tratados de laringología estúdiase el laringismo inhibitorio como sinónimo de espasmo de la laringe, afección llamada por Armstrong síncope laríngeo; por Bianchi, epilepsia laríngea; por Mac-Brida, calambre de la glotis, denominándole Moure crisis laríngeas, espasmos laríngeos de origen central, y Charcot, vértigo laríngeo. Este estado espasmódico de la laringe, o lo que sea, no se refiere muchas veces solamente a la tos, disnea, pérdida del equilibrio, etcétera, etc., que se mencionan en todas las descripciones del síndrome, sino que es frecuente que lo principal sean trastornos de la voz; laringismo fonatorio que por las circunstancias que aparece y por el importante papel que las emociones guardan para su producción, titulamos laringismo fonatorio emocional.

Es indudable que en todo acto emocional hay mo-

dificaciones en el organismo: unas veces es la cara con su fruncimiento de cejas, su oblicuidad, los ojos con la contracción de sus músculos y con la secreción de lágrimas; otras, en fin, modificaciones del pulso; así pues, no tiene nada de particular que estas modificaciones corpóreas del acto emotivo se hagan extensivas hasta el órgano fonatorio, disminuyendo y hasta anulando a veces su función. El interés del tema lo despierta la indudable y frecuente existencia de la emoción en el mundo presente, preso de gran crisis y precedido, como siempre en estos casos, de un inmenso estado pasional; es raro, y por ello puede asegurarse que el corazón del habitante más tranquilo, no digamos de España, sino del mundo entero, se estremece por lo menos una vez al día, ora con el periódico que trae pavorosas noticias, ora con el amigo que nos cuenta lo acaecido; son las exigencias económicas, unas veces las que nos ponen en trance de probar la integridad de nuestros sentidos, sufriendo inmensas sacudidas emocionales que se renuevan a cada instante en la frenética vida de la ciudad; es también la gente misma, que, nunca cansada de sufrir estos «choks» pasionales, acude al espectáculo con asiduidad, sobre todo si el empresario, para asegurarse

la entrada, lo titula de «emocionante», poniendo como cebo este adjetivo para que no falte la concurrencia, ignorando ésta que el abuso de este trauma psíquico que tanto ansía puede acarrearle una accidentada existencia por la predisposición a padecer enfermedades de esta índole que a veces tal mal se resuelven.

La localización del mal en la garganta se hace porque su disposición anatómica y su fisiologismo será sin duda alguna más sensible que otras partes a las influencias psíquicas, sobre todo si el acto emotivo se halla relacionado con la palabra, medio más corriente de expresar los pensamientos.

El grado del laringismo emocional fonatorio es muy variable según los individuos: tanto es un simple tartamudeo de escasos minutos de duración, como, por el contrario, el individuo se vuelve mudo; los intermedios existen todos entre ambos extremos. La frecuencia de los accesos del laringismo es igualmente muy variable: unos no lo padecen más que en momentos críticos (examen, conferencias, etc.); a otros, por el contrario, se les vela la voz con sólo hablar con otra persona por primera vez, sobre todo si se sienten observados.

Subjetivamente el individuo tiene conciencia de su emotividad fonatoria; con frecuencia se echan las manos al cuello, renuncian rápidamente al lenguaje hablado al notar la perturbación de sus palabras y balbuceando escapan de la penosa tortura recurriendo a escribir sus pensamientos.

Tal es, a grandes rasgos, la descripción de la emotividad fonatoria o del laringismo fonatorio emocional, que, por no sobrevenir más que en presencia de otras personas, es «esencialmente una reacción social».

El individuo afecto de esta dolencia debe tener el convencimiento de que padece un mal que le desarma ante la lucha por la vida, se encuentra sin defensa para triunfar. La emotividad fonatoria es de gran interés al médico, porque puede ser punto de partida de una complicación más para el tratamiento, y es el miedo obsesionante a sufrir el mutismo que convierte ya a los enfermos en verdaderos tímidos que se acarrean consecuencias sociales extremadamente graves, hasta el caso de trocar su vida «de hombres casados y sustituirla por la de viejos solterones, porque jamás osaron afrontar la pública prueba de petición de novia».

Uno de mis enfermos y amigo mío que su ilusión soñada era tener novia, decidió varias veces renunciar a hacerlo de palabra por miedo a que ésta no le saliera y sustituirlo por la escritura.

Otro, condiscípulo de carrera durante tres años, siendo preguntado por los profesores varias veces, le vi en no menos ocasiones «atragantarse», y salir con bríos al encerado para expresar por la tiza lo que con la garganta no podía decir. Serían interminables los ejemplos de estos infelices que escogen la laringe como asiento de sus dificultades, refugiándose en este síndrome a veces para escapar y atenuar las contradicciones, o en ocasiones, como he dicho anteriormen-

te, provocando esta afonía histérica de aparición rápida, con voz desprovista de timbre, y que en los casos graves llega a la mudez completa para librarse del terror repentino que hace que «la palabra no salga de la boca».

Entre las neurosis de guerra constituyen éstos los casos no poco frecuentes por las tremendas sacudidas del espíritu, a las que únicamente los hombres de gran fuerza de voluntad pueden sustraerse, más o menos conscientemente, a la gran atracción a estas neurosis ocasionadas por las terribles emociones del fuego del cañón y de las explosiones de las granadas y minas.

El laringismo fonatorio emocional es, pues, producto de dos factores: uno, el miedo insuperable a que las palabras no salgan, y el refugiarse en él para escapar al disgusto o preocupación. Ambos suponen de antemano una predisposición histérica y una hiperemotividad ansiosa. Diversos especialistas, partiendo del principio que la emotividad fonatoria es debida a la idea de enmudecer, han ensayado el desterrar esa idea por la psicoterapia, para llegar a una curación. Pero la obsesión del laringismo fonatorio es, en general, de las más tenaces, y no pocas veces estos enfermos parecen condenados a «perpetuidad a su tortura moral».

El tratamiento debe enfocar dos finalidades: atenuar y suprimir el miedo a hablar, o en su lugar, la preocupación, disgustos, etc., y calmar la emotividad ansiosa. Para lo primero hay que acostumbrar a leer en voz alta y en público al enfermo, hasta conseguir soltarle sin azoramiento delante de las multitudes; para lo segundo hemos de hacer, en primer lugar, un tratamiento higiénico, en el sentido de apartar al enfermo de exceso de emoción, compensándole las amarguras de la vida real con la comedia de lo imaginario, separándole del drama de las tragedias monstruosas para buscarle la risa, la frivolidad, el pasatiempo, cuando la existencia, como ahora ocurre, «es fértil en episodios de emoción auténtica»; y en cuanto a la farmacología, los sedantes de la emotividad: veronal, gardenal, codeína, bromuros, etc., empleados de preferencia en asociaciones medicamentosas, buscando, por tanto, la mejor forma que conviene a cada enfermo. Si la idea de enmudecer se hace cada vez menos intensa y frecuente, entonces la emotividad se apacigua y el enfermo, comprobando que su dolencia es menor, se siente más tranquilo, comienza a serenarse y recobra la esperanza. «La idea de enmudecer, siendo menos ansiosa, es menos tiránica».

Eclipsándose esta obsesión, cuando es sola les deja períodos de respiro. Sin duda, esta idea surge aun en las circunstancias en que anteriormente surgía; pero a fuerza de comprobar el enfermo de que a él no le pasa lo de antes, acaba por perder el miedo, y poco a poco el hábito mórbido de callar en circunstancias críticas se substituye por el hábito normal de no pensar más en ello, y puede decirse entonces que el enfermo está prácticamente curado.

Valladolid, 14 de Octubre de 1932.

EL MAREO O MAL DE MAR (Observaciones en un transatlántico)

POR EL

DR. J. ALVAREZ-SIERRA

Director honorario del Hospital de San Rafael. Laureado por la Academia Nacional de Medicina. Del Cuerpo de Inspectores Municipales de Sanidad.

Mis recientes viajes a tierras de América, cruzando el Atlántico, siguiendo luego la ruta del Plata, y los que he realizado por la costa del Pacífico, mar cuyo nombre no resulta muy apropiado por ser el más encrespado y turbulento de todos los océanos, me han permitido conocer de cerca una patología bien distinta de la que en España me fué siempre habitual.

Una de mis primeras preocupaciones al embarcarme a bordo del *Hingland Monarde*, fué pedir antecedentes al médico de la nave, Dr. D. Antonio Piñeiro Pérez, sobre la clínica del mal de mar y su concepto etiológico patológico. Los informes personales, de gran acierto práctico que me proporcionó mi colega, los he podido comprobar y analizar durante las diversas travesías que he realizado y hoy me sirven de base al presente trabajo crítico.

He de empezar estableciendo varios conceptos fundamentales.

1.º El mareo es un síndrome de toda realidad clínica y contra el cual se defienden pocas personas.

2.º Todas las teorías formuladas respecto a su producción son erróneas o incompletas.

3.º Desconocen la clínica de la enfermería de a bordo los que niegan la gravedad del mareo.

4.º Si el mal de mar por sí no tiene pronóstico grave, puede crear situaciones difíciles en los enfermos de corazón y en los de sistema nervioso.

5.º Se sabe hoy de este síndrome quizás menos que se sabía hace tres siglos.

Cuando por primera vez se cruza el mar, si tenemos la suerte de una buena travesía y de un regular transatlántico con buenas condiciones de estabilidad; si se ocupa camarote de lujo, pensamos que esto del mareo es una leyenda clínica y que sólo puede atacar a los pusilánimes, a los espíritus muy medrosos o de tara neurótica.

Pero tan pronto como las olas se encrespan, el movimiento de cuchara o el de babor se hacen violentos y el mar de fondo coadyuva a la danza de la quilla, el mareo se extiende velozmente, y hasta en ocasiones la misma oficialidad, curtida en los episodios marinos, tiene que retirarse indispueta. Entonces hay que reconocer la realidad clínica y la importancia de este accidente patológico.

Entre las numerosas teorías formuladas para explicar el mareo, consideramos como más discretas y ajustadas a la realidad las siguientes:

1.ª El mareo puede ser debido a una contracción refleja de los vasos del cerebro; se trataría, pues, de un caso particular de anemia cerebral (teoría de Binz).

2.ª El mareo se produciría por conmoción cerebral, interviniendo la influencia directa del golpe sobre los centros nerviosos (San Martín, Folehne).

3.ª El mareo sería debido a la acción del líquido cefalorraquídeo que al trepidar roza las paredes ventriculares y ejerce una presión mayor que la normal en el suelo del cuarto ventrículo (Duret).

4.ª Charcot señaló que la mayor parte de los casos de mareo son producidos por estado neurótico de fondo histérico. Neuropatólogos modernos resucitan este criterio.

5.ª El mareo se produce por un estímulo anormal de los órganos aferentes al servicio de la orientación y sentido del movimiento del cuerpo en el espacio (Collier).

6.ª El mareo es un estado subjetivo de depresión emocional producido por el miedo o la simple preocupación ante la violencia de los movimientos del oleaje.

7.ª El mareo sería producido por la acción mecánica del balanceo sobre el estómago.

SUMARIO CIENTÍFICO DEL NUMERO PRÓXIMO

DR. C. COSTI.—La electrodiagnóstica de Lacarrère.

DR. BALTASAR HERNÁNDEZ BRIZ.—Algunas ideas médicas del famoso benedictino Fray Jerónimo Feijoo.

PROF. VIGGO SCHMIDT.—Tratamiento médico del ozena.

DR. JAVIER M.ª TOMÉ Y BONA.—Dermatología del cemento.

Sesiones clínicas.

Bibliografía.

Prensa extractada.

Los síntomas del mareo abarcan una gran extensión y presentan cuadros clínicos muy diferentes: desde una ligera cefalalgia, hasta pérdida de conocimiento con estados de colapso, que en los enfermos de corazón crea situaciones difíciles.

A los pocos minutos de haber empezado la navegación o ya en alta mar, se presenta pérdida habitual de la sensación de

bienestar, con dolor de cabeza, gastralgia y trastornos visuales. En seguida aparece el estado nauseoso premonitor de vómitos, con salivación abundante, bostezos y zumbido de oídos. Un síntoma importante es la intensa y exagerada palidez de la piel. Después la irregularidad de la respiración, la flatulencia y la sensación nauseosa completan el cuadro morboso.

Los síntomas ceden unas veces tan pronto como el mar queda sin gran oleaje, pero otras persisten hasta el final de la travesía. Lo general es que a los cuatro o cinco días, si no hay gran temporal, el pasajero se habitúa y mejoran los trastornos.

Hay tres tipos de indicadores en los cuales el mareo adquiere extraordinaria gravedad:

1.º Los que padecen insuficiencia o estrechez aórtica y también los de principio de hiposistolía. En éstos el mareo tiende a descompensar las lesiones de válvulas y si se prolonga crea la insuficiencia cardíaca.

2.º Los pacientes de coleditiasis, en quienes se anticipan o se reproducen cólicos hepáticos que hace tiempo no se producían.

3.º Los paranoicos o los débiles mentales, que se ponen gravísimos con colapsos, debilidad general y estados de delirium tremens.

Formas clínicas.—Bajo tres formas clínicas distintas puede presentarse el mareo:

Forma nerviosa.—Los dolores oculares, diplopia, cefalalgia, vértigos, depresión, decaimiento, apatía mental y convulsiones clónicas.

Forma gástrica.—Está constituida por náuseas, arcadas y vómitos, muy abundantes, violentos y atormentadores, que acaban por consistir en un líquido fluido, teñido del color de la bilis. Completamente anoréxico en los casos intensos, es siempre imposible retener nada en el estómago.

Forma cardíaca.—El paciente manifiesta un cambio de coloración en los tegumentos. El intenso color pálido se transforma en un color rojo o cianótico. Hay arritmias, taquicardias, tes frecuente, edema pulmonar y un estado general de insuficiencia cardíaca.

Evolución.—Los efectos sobre el estado general en los mareos prolongados pueden llegar a ser graves. Se presenta estado general de colapso, alternativas de calor y frío con castañeteo de dientes. El semblante pálido, con traído, inexpresivo. Los ojos apagados y hundidos en las órbitas.

En los individuos de fondo neurótico queda una torpeza muy marcada, lo cual denota que el enfermo no puede razonar como lo hace normalmente.

La regla es que al llegar a puerto o al calmarse un temporal el mareo ceda. Existen, sin embargo, casos de positiva gravedad en que puede comprometerse la vida del individuo.

Esta gravedad se presenta cuando existen antecedentes de graves trastornos nerviosos o en que una lesión cardíaca descompensada anuncia la hiposistolia.

SÍNTESIS

El mareo o mal de mar es un complejo sintomático en el que intervienen alteraciones funcionales de aparato digestivo y sistema nervioso. En su producción obran el factor subjetivo emocional unido a la conmoción de un cerebro que normalmente no sufre los efectos de un movimiento continuo. Son necesarias para que el mareo se produzca la preocupación subjetiva y la situación real de un movimiento isócrono y repetido en nuestra base de sustentación.

La excitación productora del mareo y de la contracción refleja en los vasos motores del cerebro es el movimiento de vaivén. Pero es condición importante la de que una de las fases de este movimiento sea muy prolongada.

En los dos arcos de círculo descritos por el movimiento de vaivén, es en el correspondiente al descenso cuando el mareo adquiere su máxima situación crítica.

Conviene no olvidar que los movimientos del barco son tres: anteroposteriores, o de proa a popa, y viceversa; laterales, o de babor a estribor, y de cuchara, movimiento mixto e irregular en el cual el barco parece que gira sobre el eje horizontal mayor.

**

Existen una serie de conceptos falsos o mal interpretados que se deben revisar.

Se ha dicho que en la infancia y en las edades avanzadas no se produce el mareo. Esto es falso; niños muy pequeños se marean, y hasta los ancianos lo padecen. En los lactantes se producen vómitos incoercibles, estados lipotímicos y palidez intensa.

Como factores secundarios que influyen en la produc-

ción del mareo tenemos: el miedo, el olor *sui generis* de los barcos y la presencia de otras personas mareadas.

En la terapéutica da resultado la posición horizontal del paciente, en camarote del centro del barco bien ventilado. Se aconsejará no fijar la vista en puntos próximos, sino obligar a mirar en puntos lejanos. Las comidas deben ser abundantes.

Los bromuros, la clorotona y la adalina se emplean como calmantes de la irritabilidad del sistema nervioso.

La aplicación alrededor del cuerpo de una ancha faja de franela bien apretada para que se comprima la región epigástrica, no sirve absolutamente para nada. Tampoco hemos visto éxito ninguno con el empleo del sulfato de atropina.

En casos muy graves la única solución es recurrir al cloroformo. El validol, la lacoccina, cloral, mentol, veronal y antipirina, constituyen el arsenal farmacológico más en boga.

Roesen y Sdriäger, cada uno por su parte, han recomendado la congestión pasiva de Bier, empleando una venda de goma de 2 o 3 centímetros de ancho, que puede cerrarse más o menos por medio de botones, y que se coloca alrededor del cuello de modo que haga ligera presión. En América hemos visto utilizar este método, pero sin éxito ninguno.

Lo sugestión, el dominar sobre la voluntad del paciente, tiene en su haber las mejores curaciones.

Consideraciones biológicas sobre la estructura y la función del riñón

POR EL

PROF. EMILIO SCHWARZ, de Viena

Señores: Cuando pido a ustedes me acompañen en un paseo que raras veces se da aquí, y que tiene que parecer a ustedes extraño, sólo diré para mi disculpa que mi concepto, seguramente compartido por ustedes, es que la patología sólo constituye una parte de la biología y que todo lo que exige una comprensión biológica, directa o indirectamente nos interesa a los médicos para nuestros conceptos y para nuestras intervenciones. La biología es la ciencia de la vida. Pero como la vida sólo se nos presenta en los seres vivos, en los individuos, es, por lo tanto, la doctrina de los seres vivos.

Únicamente éstos son el fin y el material de estudio de la biología. Podemos observar tal individuo aislado en sus condiciones naturales. Este es el método biológico más frecuentemente empleado por los médicos, el que usamos todos los días al lado de la cama del enfermo o en la mesa de disección. O sometemos un ser vivo a condiciones diversas, dispuestas por nosotros con arreglo a un plan. También están ustedes familiarizados con la doctrina y maniobras de este método experimental que de antemano están ustedes persuadidos; les suministra el andamiaje para el progreso de la ciencia médica. Menos próxima al pensamiento médico está la embriología, pero, sin embargo, saben ustedes muy bien que numerosos problemas de la patología sólo pueden ser resueltos con su auxilio. Con esto no se han agotado, sin embargo, las formas del pensamiento biológico; toda manera de considerar al ser vivo es un método de la biología y la multiplicidad de sus problemas se prueba por la diversidad de los medios de

su conocimiento. Así, por ejemplo, en lugar de considerar un individuo, podemos dirigir nuestra mirada a un grupo mayor o menor o a la totalidad de los seres vivos, para estudiar la anatomía y la fisiología comparadas y si atendemos al presente y al pasado, abarcamos la génesis de las ramas, la filogenia. ¿Qué conseguimos de este modo? La comprensión de la forma y de la función, las leyes de su transformación, mientras separamos lo típico de lo individual, y en la suposición que esta transformación es sólo la expresión de condiciones externas o internas buscamos la causa de estas diversidades. Como las causas externas sólo pueden obrar cuando se han hecho internas y todas las condiciones internas, en último término, se resuelven en complejos materiales y energéticos que hacen posible y mantienen el proceso vital en la forma presente, hay una unión indisoluble entre la anatomía y la fisiología comparada, y sólo esta unión es, al mismo tiempo, camino y final de toda la biología, la convergencia de forma, sustancia y función. Un ejemplo: la teoría fisicoquímica más desarrollada del trabajo muscular no nos puede satisfacer hasta que no nos explique la estructura de los músculos en sus diversas formas como un mecanismo necesario; el análisis histológico más fino proporciona sólo los materiales, los bloques de construcción todavía no tallados, de los cuales sólo el conocimiento de su significación funcional permitirá deducir una obra armónica. Mientras los círculos de nuestros conocimientos morfológicos y fisiológicos sólo se cruzan y no se superpongan, estaremos al principio de nuestro tema.

Nuestros conocimientos actuales sobre la anatomía y la fisiología del riñón coinciden muy poco entre sí. Si se consiguiera establecer relaciones entre los distintos tipos estructurales de este órgano y las funciones a ellos encomendadas se adelantaría por lo menos por comparación, para nuevas orientaciones en la investigación clínica y experimental. Creo haber ya hecho en este sentido modesta contribución, y por ello pido a ustedes me acompañen en una excursión por tales campos de la ciencia.

Todavía unas palabras sobre mi exposición. Haré pocas citas y no necesito hacerlas, pues me apoyo solamente en hechos conocidos y seguros que, aunque no utilizados o inadvertidos, sin orden o mal comprendidos, pertenecen, sin embargo, al tesoro de nuestra ciencia.

La complicación de la estructura del riñón de los vertebrados se resuelve en tres grupos de variedades que afectan a la modificación en el curso de los canaliculos urinarios, a la diversidad de la cubierta epitelial que va paralela a aquél y a la peculiaridad de la vascularización.

Prescindiendo del órgano de secreción del *am-floxus*, que aparece como aparato solenocítico y del riñón segmentario tan primitivo de los myxinoides que tienen glomérulos y uréter, pero no tienen formados canaliculos renales con epitelio secretor (1), el riñón de los demás vertebrados ofrece un tipo fundamental único. Ahora bien, ustedes saben que tanto en la genealogía de los vertebrados como en la ontogenia se suceden tres distintos órganos urinarios. Riñón anterior (pronefros), riñón primitivo (mesonefros) y riñón ulterior (metanefros). En los peces y en los anfibios se conserva el riñón primitivo (mesonefros) como órgano excretor permanente. En los reptiles, aves y mamíferos es substituido por el riñón ulterior (metanefros); aquél (el mesonefros) sólo funciona durante cierto

periodo de la vida embrionaria. El riñón anterior (pronefros) aparece en los estadios embrionarios muy anteriores, la mayor parte de las veces sólo de un modo rudimentario; en ningún caso excede del periodo evolutivo si no se considera a los ya dichos riñones de los myxinoides como riñones anteriores (pronefros), afirmación sobre la cual no están unánimes los más famosos investigadores. Este tipo renal tampoco lo tendremos nosotros en cuenta en nuestro estudio.

Tanto el mesonefros como el metanefros constan de las mismas piezas. Un conducto excretor, el uréter, y los mismos elementos renales, de los cuales cada uno está formado del canaliculo renal y el aparato vascular invaginado en su extremo superior, ciego, el glomérulo. La disposición y la unión de estos elementos renales son muy distintas en las diversas clases de los vertebrados y varían hasta en los órdenes, según veremos.

El canaliculo renal es un tubo muchas veces arrollado en el cual se pueden reconocer distintas secciones. Según la terminología generalmente aceptada de Peters, se dividen los canaliculos urinarios de los mamíferos del siguiente modo: A la *cápsula de Bowman* se une el *trozo fundamental* fuertemente contorneado, cuyo epitelio alto se hace notar por la conocida orla o cubierta en brocha. A éste sigue (por un *trozo de transición*, que va a la zona medular) el asa de Henle, cuya rama ascendente es más gruesa y tiene un epitelio más alto con la estructura característica en bastoncitos. En el asa de Henle completa esta rama se puede subdividir en la parte gruesa turbia y la parte gruesa clara. De todos modos hay que añadir inmediatamente que estas subdivisiones no están igualmente repartidas en cada asa. El asa se une al principio del tubo colector por un trozo flexuoso cubierto de epitelio cilíndrico, llamado *tubo de unión*. Varios tubos colectores se vierten juntos en un *tubulus rectus* (tubo recto colector), y de éstos, unidos varios, desembocan como tubos colectores terminales en la papila renal.

La estructura del riñón de las aves no ofrece ninguna desviación esencial de este esquema. También los canaliculos renales de los peces, de los anfibios y de los reptiles ofrecen los mismos sectores, sólo con la diferencia que entre la cápsula y el trozo fundamental hay un trozo corto, el *cuello*, y que el asa es más corta. Ante todo, la rama delgada del asa de Henle está considerablemente más reducida y no se llega a la formación de una verdadera asa, no sale del convoluto cerrado del canaliculo urinario; no merece, por lo tanto, el nombre de asa. Es una designación que se funda en la homología del trozo, pero éste no corresponde al nombre. Mucho mejores son las denominaciones escogidas por Policard: «segment grele» para el delgado, «segment à batonnets» para el grueso, cubierto de células con bastoncitos. Lo mejor fuera, y para ello, según veremos en el resto del trabajo, hay varios fundamentos, designar a la sección delgada, sea o no parte del asa, *porción intermedia*. Desgraciadamente, Peter ha aplicado ya este término a otro trozo, para designar aquella parte del tubo de unión que sucede inmediatamente a la rama ascendente y que lleva el mismo epitelio o un epitelio análogo al de ésta. Aquí se muestra que sería mejor hacer la división de los canaliculos renales según las características epiteliales y no según su forma exterior; entonces este «tubo de unión», a pesar de su acodamiento, pertenecería al segmento de los bastoncitos y no se contaría como trozo intermediario y se ahorraría una subdivisión del canaliculo renal. Sin embargo, las denominaciones expuestas están tan aceptadas, que sería muy difi-

(1) Según preparaciones que el profesor Joseph me ha mostrado amablemente, el mismo uréter lleva este epitelio.

cil cambiarlas. Por hoy, a la parte delgada del asa la llamaré «porción intermedia».

Las primeras consideraciones de orden comparado llevan a la división en dos tipos renales fundamentales, que se distinguen por la falta o por la existencia de un asa de Henle (*no de las secciones citadas, sino de la forma estructural*), y como primera cuestión se presenta la de los fundamentos morfológicos o el fin fisiológico de esta forma.

Los fundamentos morfológicos puros pueden ser filogenéticos, ontogenéticos o de acomodación a un espacio. Lo último quiere decir que en las formas de este trozo no deben buscarse condiciones particulares de su finalidad funcional, sino más bien que esta forma del trozo delgado del asa de Henle es la obligada para la utilización del espacio que está a su disposición, y también que estas estructuras han sido obligadas a ocuparlo, con lo cual el tema de los fundamentos o el objeto de este alargamiento requiere de nuevo otra respuesta.

La consideración filogenética suministra, en primer lugar, un resultado negativo. El asa de Henle de los vertebrados superiores aparece de repente sin estadio de transición. También es seguro que su formación no está ligada al tipo del mesonefros ni del metanefros, porque el órgano urinario de los reptiles es un metanefros y no se diferencia en nada, con respecto al asa del mesonefros de los ictiopsidos. También está probado que en toda la serie de los vertebrados aparece, al mismo tiempo que los tubos urinarios contorneados, la separación entre segmento fundamental y el segmento de los bastoncitos por la pieza intermediaria delgada. Las partes que luego reúne el asa de Henle existen ya; sólo su elongación en asa es una adquisición de los vertebrados superiores.

El desarrollo embrionario de los riñones establece indudablemente que el asa de Henle es aquella parte del canalículo urinario que brota muy al principio de los tubos uriníferos primitivos, y ya en su forma típica, aunque todavía no en su diferenciación celular. La forma es, por lo tanto, una disposición primaria. Hamburger ha intentado esclarecer ésta por las propiedades del tejido conjuntivo, porque opina que las estrechas mallas de dicho tejido conjuntivo sólo permiten el crecimiento de los segmentos delgados. Pero Policard hace notar que precisamente en estos estadios embrionarios primitivos apenas se manifiesta diferencia en la sección del trozo fundamental y de la rama descendente del asa. Con tal objeción se suprime el último fundamento de una explicación puramente mecánica, ya que continúa en la obscuridad la cuestión, *porque* es precisamente esta parte del tubo urinario y no otra la que ofrece esta peculiaridad en la dirección de su crecimiento.

Por lo demás, los procesos de formación y de crecimiento de este trozo conducen a aquel complejo de condiciones que yo he designado antes como de acomodación al espacio, condiciones que actúan no sólo de manera transitoria durante la formación, sino también en potencia para lo futuro, en el sentido de la estructura del órgano definitivo. Aquí es de significación la diferencia en el desarrollo del mesonefros y del metanefros. Es sabido que para el mesonefros primero se establece el conducto evacuador del riñón transegmentario, desde el cual por brotes segmentarios se forman los canalículos urinarios. Por el contrario, el metanefros se constituye de un tejido del blastema (tejido nefrógeno) que sólo comprende los dos últimos segmentos del mesonefros, mientras los primeros o anteriores se atrofian. En este blastema crece, del extremo distal del conducto evacuador del mesonefros, un nuevo uréter, el cual,

en constante brote y división, se ramifica dentro del sitio del riñón. La primera, y acaso la segunda y tercera generación de estas ramas, llegan al riñón y forman la pelvis renal. La nueva generación más elevada forma los tubos colectores, y así sucesivamente hasta las ramas más jóvenes, de cuyos botones o yemas finales, en unión con el blastema, se engendran los canalículos urinarios. Así ocurre que el metanefros se compone de un número de partes que con respecto de su grado geneológico son igualmente descendentes. Si, como ocurre en los reptiles, no se forma ninguna pelvis renal se desliza a lo largo de todo el órgano un uréter del cual brotan sucesivamente ramas secundarias (tubos colectores) que en engarce sencillo o doble llevan los elementos renales. Estos dos tipos caracterizan el riñón cerrado y el abierto.

Detengámonos un momento sobre el concepto de la adaptación al espacio. Parece natural que en el metanefros abierto, de los reptiles, en el cual los elementos renales están en fila, uno tras de otro, los canalículos urinarios que se van desarrollando utilicen de la mejor manera el espacio de que pueden disponer por medio de vueltas cerradas; y en el tipo del riñón cerrado con intersticios radiados que se van reduciendo, al introducirse en estos intersticios una de las vueltas del canalillo urinario se debe constituir un asa, obligada a ello por la economía del espacio. Así se deduce la conclusión, que el asa es una consecuencia del tipo renal cerrado. Sin embargo, no hay que precipitarse. Como enseñan los admirables estudios de Zarnik, el *Platydictylus* (Gecko; un *Iancertito*) posee un riñón que se aproxima por su constitución al de los vertebrados superiores. También en los *platydictilus* desembocan los tubos colectores de manera convergente en el extremo proximal del uréter, de tal manera, que se constituye una zona convergente formada sólo de tubos colectores, una especie de medula renal, y, sin embargo, no hay ni indicios de asa de Henle. El trozo de asa sigue tan corto y dentro de las vueltas del tubo contorneado como en los demás reptiles. No se constituye el asa de Henle únicamente por el tipo de estructura. El asa de Henle no es sólo una parte del conductillo urinario, sino que comprende siempre y exclusivamente una sección bien definida citológica y también funcionalmente. Por eso, el concepto antes expuesto de una adaptación exclusivamente topográfica debe ser, por lo menos, limitado. Petersen formuló el concepto de la adaptación topográfica en la proposición según la cual la constitución del cuerpo resulta de la combinación de dos problemas: el problema constructivo y el problema del espacio en el que tal construcción debe realizarse, y de dicho espacio recibe su sello, aunque, sin embargo, tiene sus propias leyes y condiciones.

Que no se ha agotado el problema de la estructura con el alargamiento del trozo del asa, creo haberlo aclarado bastante por la presencia primaria de la forma característica del trozo del asa. Que el problema de espacio, es decir, la emisión de este elongamiento en los intersticios radiados de los tubos colectores no es el factor que determina la forma, se deduce del proceso ontogenético y de la circunstancia que muchas veces hay, las llamadas asas cortas en riñones que tienen asas, las cuales asas cortas no penetran en el espacio delgado de las pirámides y, sin embargo, nada se echa de menos en su forma típica. El concepto de la acomodación topográfica también se elimina, porque si bien hay una recíproca adaptación de las partes en relación económico-topográfica, sin embargo, las leyes y condiciones de espacio no bastan para dar su forma al trozo alargado del asa. Como el asa de Henle

representa el elongamiento de una sección definida del tubulo-urinario, y esta elongación tiene lugar siempre con arreglo a una forma determinada, es evidente que tal hecho debe estar en relación con la función que se le pide, y de aquí el derecho y el deber de investigar la significación de esta formación y de su aspecto.

La anatomía comparada se ofrece en nuestro auxilio y nos proporciona un dato fundamental en los hechos ya mencionados; de que, con la presentación de los canaliculos urinarios contorneados en la serie de los vertebrados, se ofrece al mismo tiempo la separación de las dos secciones que llevan consigo los nefrocitos, el segmento principal y el de los bastoncitos, por la interposición de la porción intermedia corta y delgada. Esta porción intermedia tiene en todos los riñones *que no ofrecen asa*, un epitelio con fuertes pestañas en forma de zorros que se mueven en el sentido de la corriente, como sucede en el llamado trozo del cuello. Esto es aplicable, tanto al mesonefros de los peces y de los anfibios, como al metanefros de los reptiles. Este encuentro aclara la significación fisiológica de la porción intermedia. Es una parte del aparato motor para la aportación del liquido urinario que consta de dos estaciones: el cuello y la porción intermedia. Es sabido que la presión bajo la cual se halla el agua de la orina en la cápsula de Bowman de estos animales es muy pequeña, y para vencer la resistencia en el segmento principal, debe ser insertado un motor, el epitelio ciliado del segmento del cuello. Esta fuerza no alcanza, sin embargo, para vencer la resistencia más allá del segmento principal corto; por esto se interpone un nuevo manantial de energía detrás de ese segmento principal, y es el segmento delgado. De esta oposición o antitesis a la función glandular de las secciones situadas por delante y detrás del trozo principal es fácil reconocer que morfológica y fisiológicamente es inadecuado unir en un asa este trozo intermedio con el segmento sucesivo de los bastoncitos en un solo trozo de asa. La reunión de estos dos elementos de valor diferente en una nueva unidad, el asa, es una conquista ulterior y todavía no está resuelto si esta unión es puramente topográfica o si por encima de ésta existe una comunidad funcional.

Puesto que la rama delgada del asa de Henle procede del trozo intermedio que ni morfológica ni funcionalmente se halla dedicado al trabajo secretor, debemos vindicar una relación con la corriente de la orina, no sólo a aquella parte, sino acaso a toda el asa de Henle, prescindiendo de la actividad nefrocítica de la rama ascendente, es decir, debemos ver aquí un aparato hidromecánico donde no hay células con filamentos ni pueden probarse propiedades contráctiles.

Para esta opinión se encuentran apoyos en diversos sitios en la literatura médica, aunque siempre en el concepto de que así se determina un retraso de la corriente, fundándose en el concepto erróneo de que la luz en la rama delgada del asa es mucho más fina que en el segmento principal, y que tal estrechamiento supone un obstáculo para la corriente. Lo primero no es exacto y la segunda tesis contradice la hidráulica, en cuanto sólo un estrechamiento repentino motiva pérdida de energía, cuyas condiciones no son aquí utilizables. Es común a todos esos ensayos, que en ellos no se han atendido a la forma y al curso de los tubos urinarios, o no se han utilizado estos datos. No quiero dar fórmulas que puedo ahorrar, tanto mejor cuanto la corriente de liquido en los tubos se aleja de un caso ideal tratable por las matemáticas, tanto que

la técnica se apoya más en experimentos y en la experiencia al llegar aquí.

Las grandes leyes generales hidromecánicas sirven en todos los casos; sin embargo, acompañadas o encubiertas por tantos fenómenos secundarios, no es posible establecer el fundamento teórico exacto de las relaciones observables. Por eso es extraordinariamente difícil extraer de la literatura técnica hidráulica material para resolver temas que están fuera de la práctica corriente. Debo agradecer su colaboración a dos especialistas distinguidos en esa rama de la ciencia, quienes con sus consejos me han facilitado pueda dar forma definida a mis pensamientos sobre las relaciones aquí existentes. Añado que ambos, cuando les presenté el problema de la ordenación y forma del sistema de tubos, me aseguraron que hay aquí muy probablemente una disposición hidráulica. Me recordaba la forma del asa de Henle, sobre todo la de la porción corta, a la conducción subterránea de un sifón o ducker, tal y como se emplea en una cañería. El profesor v. Mises, de Berlín, me dijo que semejantes sifones pueden ser utilizados también de otra manera. Colocados en la proximidad de la salida de una conducción, obran regulando las oscilaciones en la entrada y en la salida del liquido, uniformizan la continuidad de su corriente.

Ahora bien; el asa de Henle está inmediatamente delante de la desembocadura en el tubo colector, recto, bastante ancho y separado de él sólo por el tubo de unión y la iniciación del tubo colector, de tal modo, que esta aclaración me parece utilizable. La disposición radial de las asas de Henle en el riñón es de tal modo, que su superficie y dirección hacen un ángulo de 180°, lo que no es ninguna objeción a esta hipótesis, porque una conducción a presión no supone una conducción por la gravedad. Otro punto de vista interesante es el que me comunicó el profesor Lechner, de Viena: que la sorprendente interposición del tubo recto entre dos sistemas de tubos contorneados está justificada. Los técnicos en trabajos hidráulicos interponen tales trozos derechos en cañerías muchas veces flexuosas por las siguientes razones: Cada vuelta, y mucho más cuando son varias en distintos sentidos, determina una pérdida de energía por la conversión de la corriente laminar en otra turbulenta, es decir, las partículas del liquido no se mueven ya paralelas al eje del tubo, sino que muestran una adición de velocidad tangencial y se determina la formación de remolinos que consume una parte de la energía existente y con una aceleración mayor se divide la columna líquida en infinidad de partículas dispersas. Ahora bien; si se lleva un liquido que corre en remolino hasta un trozo recto se tranquiliza, es decir, cesan los remolinos y llega al final del tubo recto sin nueva pérdida inútil de la presión. Las turbulencias que se originan en otra nueva sección flexuosa no se añaden, por lo tanto, al movimiento de remolino anterior, de modo que se restablece la continuidad. Así, el enderezamiento de los canaliculos, alargados por otras razones, representa una disposición de economía de fuerza. No se puede evitar en la construcción anatómica existente que el vértice del asa signifique de nuevo otra pequeña pérdida.

No puedo ocultar, sin embargo, que en lo que respecta a los remolinos en las corrientes capilares—caso de los canaliculos urinarios—las opiniones de los hidráulicos están divididas. De ningún modo existe una irreconciliable oposición entre estas dos aclaraciones, y no se trata de unir las, porque ambas actúan sobre la conservación de la

columna de líquido y el ahorro de la energía y se suman sus efectos.

Tal disposición exige de antemano que la presión en el principio del sistema baste para vencer la resistencia de los tubos. Tiene que ser mayor, no sólo por la falta de estaciones intermedias de impulsión motriz, sino todavía más por el considerable elongamiento de los canaliculos en el asa de Henle. Esto conduce a una afirmación de fisiología comparada extraordinariamente interesante. Ni la pertenencia al tipo de mesonefros o al de metanefros, ni al de riñón abierto o cerrado, es decir, ningún fundamento morfológico puede esclarecer la aparición del asa de Henle. Quedan únicamente diferencias en la función, que necesariamente dependen de las diferencias del cambio material, entre peces, anfibios y mamíferos, de una parte, y reptiles y aves de la otra; existe en este punto una profunda diferencia: en los primeros el nitrógeno abandona el riñón, en su mayor parte, como urea, y en los últimos como urato amónico.

Pero esta división muestra, por una parte, que el riñón no es el sitio de formación de estas substancias, y por otra, enseña con evidencia abrumadora que con tal consideración no se toca la conexión fisiológica comparativa, pues en cada uno de los dos grupos aparecen clases animales con y sin asa de Henle. Sólo en una clasificación se coincide en la falta o en la existencia del asa. La división en poikilotermos y en homoiotermos (de sangre fría y caliente), inmediatamente se establece con ello la posibilidad y significación de esta disposición.

La conservación de una temperatura más alta que la del medio, es decir, la constante compensación en la pérdida del calor obliga a cambios materiales más vivos que van unidos a una actividad renal aumentada, es decir, a un aumento en la eliminación de las escorias del cambio nutritivo, y con ello a la elongación del conducto secretor y a un aumento de flujo urinario. Aumento de flujo urinario significa aumento de presión en todo el sistema tubular, de tal manera que la instalación de un aparato auxiliar motor resulta superfluo aunque se necesite un gobierno económico de la energía de presión de que se dispone, lo que se consigue por la forma y curso del asa de Henle. Que existe una relación entre el reparto del agua y el asa de Henle, se ha supuesto, hace ya muchos años, por Hüfner, bajo el dominio entonces único de la teoría en aquella época reinante de Ludwig, para la formación de la orina. Hüfner opinaba que organismos que para su manera de vivir no están obligados a economizar el agua necesitaban para la reabsorción del agua urinaria de una superficie menor que los organizados de modo distinto. Prescindiendo de que esto no coincide con los distintos grupos, porque muchos reptiles sin asa de Henle son seres secos, y grupos enteros de mamíferos son animales abundantes en agua, este esclarecimiento es poco profundo, por que la utilización del agua está dominada por factores internos comprendidos bajo la calificación de homoió y poikilotermos. (Del *Wiener Klinische Wochenschrift*.)

INFORMACIÓN CIENTÍFICA DEL II CONGRESO INTERNACIONAL DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

I

EL OZENA

(Bacteriología y patología experimental)

POR EL

PROF. DR. ALFONSO TRIMARCHI

Traducido por M. Resña.

Para la redacción de este capítulo hemos estudiado solamente casos de ozena en período de estado; rinitis de marcha crónica, con sus características: mal olor, costras y atrofia de la mucosa y del esqueleto de los cornetes. Esta trilogía considerámosla imprescindible para la exacta comprensión. Aceptamos los hechos clínicos del ozena y la anatomía patológica en cuanto a sus estadios: período inicial, período de estado, período terminal. No consideramos el período de estado del ozena como fase terminal.

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

No es exagerado afirmar que ninguna otra enfermedad se ha estudiado tanto como el ozena. En la época prebacteriológica, el ozena, confundido con otras enfermedades fétidas nasales, adquiere poco a poco perfecta independencia y forma entidad clínica.

La cuestión más discutida es si el ozena es enfermedad bacterica o enfermedad constitucional.

Para Cradenigo existiría la predisposición al ozena; la predisposición sería el factor esencial; la flora bacterica lo accesorio.

Wertheim considera los gérmenes bactericos como factor importante y obligatorio, pero condicional.

Bilancioni invoca un factor constitucional al lado del bacilo de Pérez.

Para algunos, el ozena estaría en relación con la hereditad; posibilidad negada por el serodiagnóstico y la ineficacia del tratamiento antisifilítico. No falta quien lo relaciona con la tuberculosis, con el sistema endocrino y avitaminosis, y se llega a la posibilidad de una manifestación trofoneurótica por lesión del ganglio esfenoplatino.

Frente a tales afirmaciones están las de Pérez y Hofer, que consideran el ozena, desde el punto de vista microbico, como enfermedad infectiva; creen demostrada la posibilidad de curación por vacunoterapia.

Considerando estas opiniones a la luz de serena crítica, se llega a la convicción: que las cuestiones del ozena están *sub judice*. Es el motivo de nuestra perplejidad en la exposición del tema.

LA CONCEPCIÓN BACTERIOLÓGICA DEL OZENA SEGÚN MASSEI

Según Massei (1878), a igual que Baginski y Frankel (1879), esta enfermedad no representa un síntoma; con fundida con las manifestaciones endonasales con mal olor, es una entidad morbosa ligada a un *quid* ignorado, capaz de provocar modificaciones histopatológicas y hechos de putrefacción endonasal con producción de mal olor. La rápida formación de costras, curso prolongado de la en-

fermedad, insuficiencia del tratamiento general, utilidad del tratamiento antiséptico, lo explica por la presencia de gérmenes en costras y moco. Massei demuestra esporos de leptotrix, células epiteliales alteradas y cristales de tirosina. Con Arena establece que la secreción no es causa del mal olor; que éste no proviene del pus. Entrevé que un día no lejano el microscopio aclare la etiología del ozena.

A Frankel corresponde evidenciar los primeros gérmenes, que no denomina específicos, pero sí capaces de provocar el mal olor.

LA BACTERIOLOGÍA DE LÖWENBERG A NUESTROS DÍAS

Los gérmenes que más adeptos tienen son:

- 1.º Bacilo de Löwenberg Abel.
- 2.º Bacilo de Belfanti.
- 3.º Bacilo de Pérez.

Sin embargo, a otros gérmenes también se les ha considerado, si no como determinantes de la enfermedad, al menos sí en la producción del mal olor; son numerosos y variados.

Al estudiar esta cuestión nos parecen oportunos los siguientes capítulos:

- a) Capsulados.
- b) Difteroides.
- c) Bacilo de Pérez.

Pasemos revista rápida a la bacteriología del ozena, fijando atención en lo más importante.

A. CAPSULADOS.

Con la descripción de los bacilos capsulados tiene origen la bacteriología del ozena. Löwenberg (1881) describe un microorganismo obtenido por cultivo del foco nasal de ozenosos: le denomina *bacillus mucosus ozenae*; aporta sus caracteres biológicos, en especial sus diferencias con el bacilo de Friedländer.

Poco tiempo después Klamann y Thost describen la cápsula del germen; es un cocobacilo capsulado.

Microorganismos semejantes al descrito por Löwenberg observan Ajek, Thost, Marano, Abel (1893) y Strazza. Los estudios de Löwenberg-Abel han sido confirmados por Baurowicz, Wagnier y Sourmont, Luc, Hope, De Campo Sales, Valentin, Berliner, etc. etc.

Pérez, al lado de su «cocobacilo fétido del ozena», señala la presencia del bacilo de Löwenberg-Abel.

Ahora bien, aparte de que el cocobacilo de Löwenberg-Abel se halle en los casos de ozena, existen bacilos capsulados en otros procesos nasales y aun en individuos normales. Para Neufeld los bacilos capsulados se encontrarían en fosas nasales sin la menor tendencia al ozena. Llega Buson a decir que el bacilo de Löwenberg-Abel existe siempre en el moco de los individuos sanos.

La cuestión de los «bacilos capsulados» no está todavía definida, si bien al referirse a los estudios de Löwenberg-Abel se trata de un microorganismo definido, con características propias biológicas y morfológicas, aunque para De Simoni habría tres razas diferentes de bacilo de Löwenberg-Abel.

Otro punto de gran interés es la posible diferenciación entre los bacilos capsulados adscritos al grupo Friedländer. No se ha llegado a solución a pesar de los métodos biológicos más detenidos, sin dejar a un lado la vacunoterapia por los «capsulados», tanto en su valor terapéutico cuanto en el relativo a especificidad del germen.

Para cierto número de autores, el fracaso de la vacunoterapia por «capsulados» en el tratamiento del ozena se debe a no actuar con vacunas obtenidas por el verdadero

Löwenberg-Abel. Para Abel, su identificación solamente sería posible en el ratón blanco.

B. DIFTEROIDES.

Belfanti y Della Vedova señalaron, al lado de Löwenberg-Abel, que confirmaron su presencia en todos los casos de ozena, un nuevo agente patógeno: un bacilo pequeño, algo más grueso que el tuberculoso, toma bien el Gram-Weigert, violeta de genciana y mejor el líquido de Roux (en el moco nasal); encuéntrase no sólo en las costras sino también en los tejidos; su mejor terreno de cultivo es el suero coagulado. Los autores le incluyen en el grupo de los diftéricos, diferenciables de los pseudodiftéricos en especial por combatir sus toxinas el suero antidiftérico. Es la razón de haber aconsejado el suero antidiftérico en el tratamiento del ozena, que, según Belfanti y Della Vedova, los resultados terapéuticos confirman sus aportaciones. De la misma opinión etiológica participan Gradenigo, Poli, Arslan, Molinié, Lautmann, De Simoni, etc.

No olvidemos que en la boca de diftéricos y sanos, en el saco conjuntival de sanos y enfermos, se encuentra gran número de microorganismos no virulentos semejantes al bacilo diftérico. Schutz encuentra bacilos difteroides en la expectoración de los tuberculosos. Neumann, en casos de rinitis corrientes banales y también en sujetos sanos.

Es la gran discusión en el campo bacteriológico de si se trata de bacilos diftéricos, pseudodiftéricos o difteroides.

Contra la etiología diftérica del ozena está el hecho de los portadores de bacilos diftéricos no afectados de ozena ni con tendencia a enfermar. Igualmente, en la rinitis pseudomembranosa, muchos autores no han encontrado el bacilo diftérico; ni en esta rinitis hemos visto instituirse un proceso atrófico ozenoso.

La exaltación de la seroterapia diftérica en el ozena, se debe a Belfanti y Della Vedova. Es confirmada por Gradenigo. Lautmann y Molinié llegan a afirmar la desaparición de la atrofia. En este sentido se expresan muchos autores. Masini adopta la sueroterapia diftérica en 25 ozenosos, de diez a veinticinco años, tratados con dos a 35 inyecciones de 100 U. I.; sólo en tres desaparece el mal olor y las costras, pero sólo durante tres meses; más tarde reaparece la sintomatología.

Cozzolino niega especificidad al suero antidiftérico en el ozena; Strazza lo considera peligroso; Álvarez pone en duda su eficacia; Gradenigo, al año de esta terapéutica, la rechaza, pues sólo ha visto resultados temporales.

Parece inútil insistir sobre el valor de la sueroterapia antidiftérica, ya que recientemente Wertheim, Dujardin-Beaumetz, Monti y otros han publicado buenos resultados con inyecciones de mezcla toxina-antitoxina diftérica, o bien con la anatoxina diftérica Ramon, creyendo con esto aportar datos en favor de la importancia etiológica de los gérmenes difteroides en el ozena.

Hoy por hoy nada nos permite creer en la especificidad de los difteroides en el ozena. Es cuestión difícil cuanto que todavía no está resuelta la posibilidad de diferenciación entre gérmenes diftéricos, pseudodiftéricos y difteroides.

C. BACILO DE PÉREZ

Para Pérez el ozena es producido por un microorganismo por él aislado, sembrando sobre varios terrenos de cultivo pequeñas cantidades de moco, proveniente del

meato medio de los ozenosos. Lo llamó cocobacilo fétido ozenoso por el olor característico emanado de los tubos de cultivo, previamente cerrados con tubos de goma. Pero al lado encontró el germen descrito por Löwenberg-Abel. El fétido también lo encontró en rinitis crónicas y en casos normales, especialmente en sujetos en convivencia con ozenosos.

Al lado de los casos de ozena, con mal olor, costras y atrofia, en los que encontramos el bacilo de Pérez y el de Löwenberg-Abel, existen formas larvadas sin mal olor y sin costras, con cornetes bien conservados, con secreción filamentosas y grandes bloques mucosos. Estas formas, para Pérez, serían debidas solamente al bacilo de Löwenberg-Abel o paraozenas; las formas de ozena verdadero serían, por el contrario, sostenidas por la simbiosis Löwenberg-Abel, más el bacilo de Pérez.

El estudio de la bibliografía sobre la especificidad del bacilo de Pérez en cuanto al ozena, muestra opiniones en sentido afirmativo y negativo. No es posible fijar conclusiones.

En cuanto al valor de la vacuna de Pérez, aparte de las afirmaciones de Hofer que sostiene ser la vacunoterapia con el Pérez la única arma terapéutica para la duración de la curación del ozena, podemos aportar las opiniones en el mismo sentido de Safranek, Demetriades, De Silva, Baldenweck, Jacob, Hutter, Portmann, etc. No descuidemos cuánto tiempo duran estas curaciones o mejorías. Queriendo sintetizar nuestro pensamiento, diremos lo expuesto por nuestro maestro en el XIX Congreso de la Sociedad Italiana de Laringología: «para enjuiciar sobre la eficacia de la vacunoterapia en el ozena no bastan meses de prueba, precisa experiencia de años».

Al lado de los autores que aportan datos positivos, existen también numerosos que niegan totalmente la eficacia de la vacunoterapia del Pérez en el ozena, y explican los posibles beneficios por acciones estimulantes parenterales.

Se atribuye a la reacción nasal un valor de especificidad (nótese que las inyecciones de vacuna Pérez provocan reacciones nasales manifestadas por rinorragia más o menos abundante) en el tratamiento del ozena. Reacción nasal que Amersbach ha visto no sólo en ozena, aun con Pérez-negativo, sino también en otras enfermedades nasales.

Hemos descrito casos de reacción nasal durante la hipertermia de ozenosos tratados con paludoterapia.

La investigación del bacilo de Pérez presenta algunas dificultades; sería la razón, para Pérez y Hofer, del fracaso de algunos autores. Pero Burckardt y Hoppikofer han hallado siempre el bacilo de Pérez independientemente del terreno y afirman que si muchos autores no le encuentran en los ozenosos, quiere decir que no existe. Para Wirth, sería el microorganismo menos exigente y más fácilmente demostrable.

Es muy discutida la independencia del cocobacilo de Pérez. Tiene diferencias mínimas con el de Löwenberg-Abel según Burckardt y Hoppikofer, Leyman, etc.; Lautmann los considera idénticos; Caldera piensa que el Pérez sería muy vecino al proteus; Micheiloff cree posible la diferenciación por aglutinación del Pérez con el proteus.

El gran polimorfismo del bacilo de Pérez permite decir que no hay dos razas idénticas; las mismas reacciones de fijación de complemento demuestran que algunas formas del Pérez y del proteus tienen análoga cualidad de antígeno.

Se pueden pensar que el bacilo de Pérez sea un pro

teus, si bien Busson y Shiga le consideran afín al grupo *pasteurella*.

De lo expuesto, es bastante difícil pronunciarse si el germen de Pérez representa una unidad bacterica o bien sea un germen de putrefacción. No es posible presentar diferenciación clara, sobre todo por la inconstancia de sus propiedades de cultivo.

OTROS GÉRMESES DESCRITOS EN EL OZENA

El estudio de los gérmenes hallados en costras o en secreción del ozena (Wirth) fija los siguientes: bacilo de Pérez y de Gradenigo, bacilo coli, proteus, bacilos azógenos, fluorescens, piocianicos, el grupo putidum, estreptococos, neumococos, bacilo de la influenza, micrococo catarral, estafilococo áureo, bacilos ácidosresistentes, diversas formas, bacilos anaerobios, gérmenes filtrables y micetos.

PATOLOGÍA EXPERIMENTAL

Los primeros intentos de reproducción experimental del ozena son los de Abel: un tuberculoso en estado avanzado de la enfermedad recibe en una cavidad nasal material de cultivo de Löwenberg-Abel; en la otra costras ozenosas; aparecen focos pequeños purulentos de tipo ozenoso en la fosa nasal infectada con el cultivo, mientras en la otra no presenta alteraciones. Experimento que no pudo ser repetido, pues el mismo Abel, en tentativas de reproducción de ozena en animales, siempre fracasó. Igual le sucedió a Fage.

Belfanti y Della Vedova inocularon conejos y caviar con cultivos de corinebacterias, obteniendo en algunos casos inflamación más o menos intensa, pero sin recordar el cuadro del ozena, si bien aparecieron erosiones mucosas sin mal olor.

Lombar en tuberculosos o escrofulosos inocular en fosa nasal cultivos puros o costras ozenosas; sin resultado.

De Simoni, que inocular cultivo de bacilo Löwenberg-Abel, también fracasa.

Los resultados muy discutidos de Pérez, han sido confirmados por Hofer, Safranek, Demetriades y Moutoussis, Rebattu, Proby y Shiga.

Según Pérez, la inoculación en la vena marginal del conejo de cultivo en caldo de su «foetidus ozenae» (medio a un centímetro cúbico) produce, además de los accidentes generales, necrosis de cartilago auricular y—lesión casi principal y casi aislada—hiperemia de pituitaria, que se presenta revestida de mucosidad, de la cual es posible obtener el «foetidus ozenae» en cultivo puro. Estos hechos son manifiestos en las primeras veinticuatro horas. La inoculación con dosis mayores provoca la muerte. La inoculación repetida a dosis pequeñas determina una rinitis crónica con atrofia del cornete inferior. Secundariamente ha comprobado congestión o ligera hipertrofia del hígado; raramente focos neumónicos. Si el animal sobrevive a la infección, queda débil y de aspecto caquético. Las lesiones del pabellón pueden ser bilaterales y en este caso manifestarse además dolorosas y manchas necróticas. Pérez cree haber aportado la prueba inconfundible de la especificidad de su germen.

A estos estudios de Pérez, confirmados por varios autores, hay que oponer los de Caldera, Burckardt y Hoppikofer, Neufeld, Salomonsen. Amersbach ha podido provocar en el conejo las mismas lesiones anatomopatológicas que las aportadas por Pérez, mediante la inoculación con bacilo coli y con el bacilo piogenes bovis. En sentido negativo se expresan otros muchos autores.

Estas discordantes opiniones sobre un mismo objeto de

estudio, merecen un atento examen y un juicio de los hechos.

Ante todo, parece oportuno referir que la mayor parte de los autores están conformes en considerar que la cavidad nasal del conejo está privada de gérmenes; comúnmente no se encuentra el bacilo de Pérez. Sin embargo, Wirth demuestra que en la secreción nasal de los conejos débiles y enfermos, y sobre todo en los moribundos, es posible manifestar elementos más o menos movibles, Gram-negativos, con todas las formas de paso del típico *fluorescens* y *putidum* al Pérez. Es bastante difícil diferenciar estos microorganismos basándose en los cultivos. Para Wirth habría que recurrir a las reacciones de aglutinación. De la nariz de un conejo enfermo por causa banal puede aislarse también el coli en cultivo puro (Wirth).

Caldera recuerda cómo los conejos tienen una rinitis con manifestaciones purulentas e hiperémicas de la mucosa, por causas variadas: coccidiosis, rinitis contagiosa producida por germen especial, rinitis de la septicemia, de la pasteurelosis, etc.

Hemos de pensar que una reacción nasal se manifiesta siempre que el conejo está enfermo y en la secreción nasal pululan gérmenes de forma parecida al de Pérez. Esto quita mucho a la especificidad del bacilo de Pérez en cuanto al determinismo de lesiones endonasales, que ciertamente están y pueden estar ligadas a múltiples factores que se nos escapan.

Además, la mucosa nasal del conejo es muy sensible a la acción traumatizante, como la acción tóxica que la toxina micróbica pueda determinar en el sistema vascular de la pituitaria. A propósito, Wirth provoca una rinitis intensa purulenta, en cuya secreción demuestra abundantes bacilos de forma semejante al de Pérez, en conejos traumatizados por sólo la introducción de una bola de algodón estéril en la cavidad nasal.

Por su parte, Amersbach demuestra que el conejo no es el animal más apropiado a esta investigación; en este animal los cornetes están desprovistos de glándulas serosas. Esta aportación nos parece muy significativa y nos evita apoyar más la cuestión tan discutida.

Se extraña Bilancioni que la inoculación de un germen provoque en poco tiempo (a veces menos de veinticuatro o cuarenta y ocho horas) el ozena experimental del conejo como afirma Hofer (con atrofia de cornetes), mientras el ozena humano, que es enfermedad crónica de larga duración, probablemente tiene un comienzo solapado de evolución lenta que comprende años.

Es natural que lo expuesto deja mucho que desear en cuanto a la especificidad etiológica bacteriológica del ozena, como muy perplejos en la posibilidad de la reproducción experimental del ozena.

II

OZENA (ANATOMIA PATOLOGICA)

POR EL

PROF. U. L. TORRINE

Director de la clínica Otorrinolaringológica de la Real Universidad de Florencia.

Traducido por M. Rees.

El ozena, además de las modificaciones de forma y de volumen que provoca en la cavidad nasal, se manifiesta por alteraciones en la estructura de la apófisis nasal o en todos los huesos de la cara.

Se ha descrito, y es propio de gran número de ozenos, el tipo de nariz chata, ligeramente ensillada, amplia de base con aberturas dilatadas y en parte proyectadas hacia arriba, constituyendo un tipo platirrino perfecto, que a primera vista deja sospechar la fetidez del aliento.

Steiner afirma que existe un cráneo ozenoso. Los ozenos, según este autor, tienen frente amplia y prominente; raíz de la nariz estrecha y profunda (a diferencia de la nariz heredolúetica, que aparece amplia de base e intensamente ensillada); órbitas aproximadas; dorso de la nariz, en relación con el cartilago nasal, chato y largo; alas de la nariz estiradas hacia arriba y cercadas por un surco profundo. Admiten que tal deformación sea debida a la sincondrosis esfenobasilar, esto es, a la unión cartilaginosa entre el hueso occipital y el esenoide, hecho que, por una osificación prematura, impediría el desarrollo de la base del cráneo.

Para Molinié, además de un aplastamiento nasal existe un aplastamiento de la región perinasal, con la consiguiente retracción manifiesta del centro de la cara, así como los maxilares aparecen con cierto prognatismo.

Potiquet piensa que se pueden tener tales deformaciones de la cara ya que el ozena inicia su acción deletérea en la infancia, con detención del desarrollo ascensional del apéndice nasal. Molinié atribuye tales deformaciones no sólo a la acción suspensiva debida al ozena, sino también a una verdadera acción regresiva dependiente del mismo estado morbo, a tal punto que la prominencia de la cara sufriría una especie de usura progresiva, como se realiza sobre cornetes, de donde resultaría un aumento de la abertura periforme y de las regiones perinasales.

Sebileau sostiene que tales deformaciones nasales se encuentran en cuanto todos los ozenos son heredolúeticos; algunas de sus alteraciones serían debidas más a la enfermedad fundamental que características del ozena mismo, por cuanto entre la nariz ozenosa y la nariz heredolúetica existen diferencias de conformación bastante semejantes.

Halphen sostiene que tales deformaciones externas son la consecuencia de una atrofia de los huesos propios de la nariz y de la rama ascente del maxilar, que sólo se encontrarían cuando el ozena se inicia en la edad juvenil; una especie de detención del desarrollo como admite Potiquet.

Elmiger ha revelado en los ozenos una cordedad anormal del tabique nasal, acompañada de un paladar corto, de tipo infantil, hechos que interpreta como una detención de desarrollo provocada por la misma enfermedad.

Cierto es que si en muchos casos de ozena se pueden encontrar estas deformaciones externas, más o menos acentuadas, la nariz platirrino y tanto más las restantes alteraciones de los huesos de la cara, arriba mencionadas, no son características constantes que se encuentran en todos los ozenos. También un número no indiferente de enfermos de ozena tienen fisonomía casi normal.

Casi constantemente se nota una elevación de las fosas nasales, debida, más que a un hecho patológico provocado directamente por la enfermedad, a un hecho de agregación funcional debido al esfuerzo respiratorio que estos enfermos deben realizar al iniciar su proceso morbo, cuando están en el período hipertrófico, y, también más tarde, al comenzar el estadio atrofico, por la presencia de costras que en parte llegan a dificultar la normal circulación del aire. Pero tal esfuerzo respiratorio se verifica también, sin obstáculo al paso del aire, por el hecho que el paciente no tiene la percepción del aire mismo o cuando menos la ha reducido al mínimum.

Para tratar completamente de las alteraciones que se encuentran y que dependen del ozena, conviene fijar el principio de la enfermedad.

Hasta hace poco tiempo era indiscutible como primera manifestación de la enfermedad el proceso de atrofia de la mucosa y del esqueleto de la pared lateral de las fosas nasales; se daba la triada sintomática (atrofia de la mucosa y de los cornetes, costras gris verdosas muy adherentes, olor característico) como dato patognomónico para llegar al diagnóstico de ozena. Hoy la mayoría de los autores admiten la fase hipertrófica que precedería a la fase hipertrófica.

En la actualidad, teóricamente, más que apoyados en hechos clínicos positivos seguros, se puede establecer que el período atrófico es precedido de un período hipertrófico, ya que excepcionales son los casos de ozena en los que se puede observar la iniciación de proceso y seguir el desarrollo completo, para así establecer un nexo de continuidad entre los varios períodos evolutivos.

La dificultad para seguir y establecer un nexo de continuidad de proceso patológico reconoce varios factores. El período hipertrófico inicial, por muchos admitido, no tiene características especiales que le permitan distinguir de una rinitis común purulenta de carácter subagudo. Sólo la persistencia del proceso puede hacer sospechar la posibilidad de una evolución hacia el ozena, pero en este período sólo puede hacerse diagnóstico de sospecha.

Otro factor que concurre a hacer difícil establecer la continuidad de proceso morboso, es el dato de su rebeldía, que lleva a los enfermos a acudir al médico de tiempo en tiempo o a cambiar, de donde el observador del período hipertrófico no señale el período atrófico o lo haga excepcionalmente en un mismo enfermo.

En un caso personal, sin ligar el nexo de continuidad, debemos admitirle como seguro, entre la fase primitiva de rinitis purulenta hipertrófica, en una niña de cinco años que fuese la iniciación del ozena con la rinitis atrófica consecutiva.

En el primer período de la enfermedad, cuando aparece la mucosa hiperemiada, infiltrada, los cornetes inferiores y medios aparecen hipertróficos; la mucosa cubierta de moco bastante fluido, de color grisáceo, sin olor o se produce aliento fétido de manera intermitente. La secreción penetra hasta el meato medio, dando la impresión, en cierto número de casos, de proceso etmoidal supurado.

De este período, por grados, pasando por el estado de hipotrofia, se pasa a la fase atrófica, al período de estado, al período característico del ozena.

Difícil es describir las alteraciones que se revelan en este período intermedio. Las lesiones son, generalmente, bilaterales, a veces de intensidad diferente; y si una de las fosas nasales está estenosada por una cresta del tabique, ésta puede aparecer indemne, mientras la otra está en avanzada fase de atrofia.

En el período atrófico se aprecia que las fosas nasales están enormemente aumentadas de volumen, y este aumento de la cavidad nasal es el resultado de una atrofia, más o menos intensa, del cornete inferior, acompañada a veces de una atrofia más o menos intensa del cornete medio. La fosa nasal está recubierta de costras de color gris verdoso sucio, secas en una superficie externa, blandas en la superficie adherente a la mucosa. Costras más o menos espesas, más o menos extensas, que a veces recubren a modo de dedo de guante la cavidad nasal; bastante adherentes a la mucosa, que permanece recubierta de moco viscoso. La secreción así concreta recuerda

el olor característico que emana el aire espirado por los enfermos. Estas costras, cuando son abundantes, están extendidas a toda la fosa nasal, sobre los cornetes, en los meatos, especialmente en el medio, sobre el suelo nasal y también sobre el techo, aunque menos frecuentemente.

Otras veces las costras son escasas y aun se llegan a encontrar, revistiendo el dorso del cornete inferior, el meato medio y el suelo de la fosa nasal.

Separadas las costras, aparece la mucosa más o menos recubierta de moco; una vez limpia de éste, puede presentarse, según el estadio más o menos avanzado de la enfermedad, reluciente y con cierto volumen, si bien los cornetes se han reducido a un simple relieve por su estado de atrofia. También la mucosa, una vez liberada de la secreción mucopurulenta, puede aparecer seca, de aspecto cristalino si la enfermedad ha llegado a un estadio muy avanzado.

Ni en el período inicial ni en el terminal se revelan soluciones de continuidad de la mucosa, y mucho menos ulceraciones o necrosis.

El hecho de encontrar la mucosa tumida, segregante, mientras hay una disminución acentuada del cornete inferior, lo que se repite con frecuencia casi constante en la fase intermedia de la enfermedad, hace pensar que el proceso atrófico se inicia en el tejido óseo para propagarse a la mucosa. En caso contrario no podría explicarse cómo, con atrofia acentuada, la mucosa pudiese conservar su epitelio macroscópicamente íntegro y el funcionamiento glandular suficientemente activo, como lo demuestra la humedad de la superficie.

En las costras y en el moco nasal de estos enfermos se encuentra una flora bacteriana numerosísima y variada. Algunos de estos microorganismos han sido interpretados como agentes de la putrefacción o fermentolíticos, a causa del mal olor; otros han recibido interpretación y valor etiológico, pero este argumento será valorado en el capítulo de la etiopatogenia de la enfermedad.

Al evolucionar el proceso patológico la mucosa va tomando aspecto opaco, de superficie seca, para volverse sucesivamente seca, adquirir, por último, un aspecto viñoso y dar la impresión de friabilidad intensísima de su revestimiento epitelial, que en verdad es real, como se comprueba cuando se realizan maniobras con poca delicadeza.

A pesar de estas graves y profundas alteraciones nunca se hallan ulceraciones mucosas. Aun en los puntos que maniobras intempestivas provocan soluciones de continuidad, lo que no es difícil, dada su fragilidad, nunca se ven procesos ulcerativos, ya que la reparación completa es rápida.

A estas lesiones macroscópicas revelables por rinoscopia, según algunos autores, corresponden lesiones paranasales. La curación del ozena coincidiría con la del proceso sinusal concomitante o anterior. Concepto etiopatogénico, no derivado de una actuación terapéutica, que creemos provoca más perjuicios que provecho.

Algunos autores sostienen que los senos paranasales participan en la enfermedad, sea como factores predominantes e iniciales o como factores secundarios. No falta quien niega que los senos paranasales participan en el proceso ozenoso, o bien son hechos inflamatorios banales e independientes.

Los senos paranasales, consideramos están en la mayoría de los casos indemnes, y cuando aparecen lesionados lo son por hechos reactivos secundarios y nunca por lesiones ozenosas verdaderas y propias. Confirman este

hecho los numerosos casos curados de ozena con lesiones sinusales residuales.

El olfato en los ozenosos está siempre muy defectuoso por déficit más o menos acentuado, pero que progresivamente llega a la anosmia completa (Lavrand), definitiva o temporal (Foy).

Tal alteración funcional es debida, creemos, a factores endonasales; ventilación nasal disminuida, acúmulo de secreciones y de costras impidiendo a la onda olorosa llegar más o menos completamente a la zona olfativa. Con la mejoría de la enfermedad y con la curación asistimos, en la mayoría de los casos, a la reaparición más o menos completa de la función.

Las lesiones ozenosas no se limitan ni se detienen en la cavidad nasal; se propagan a la nasofaringe y a la faringe bucal con frecuencia constante. El grado lesional es el que varía.

En la mayoría de los casos es un grado de atrofia más o menos acentuado de la mucosa que tapiza esta cavidad.

En una fase poco avanzada del proceso ozenoso la mucosa se presenta de aspecto seco por la escasa o ausencia de secreción glandular; aparece recubierta de mocosos verdosos, concretados en costras en algunos puntos. Con la acentuación lesional la sequedad aumenta, la mucosa adquiere un aspecto verdoso opaco, por la cornificación de los estratos más superficiales del epitelio. Además, repite en todo y por todo los aspectos de las diferentes fases de la mucosa nasal.

Es admitido que las lesiones ozenosas no son exclusivas de la mucosa nasal; pueden aparecer en toda la mucosa de las vías respiratorias, sea como propagación de las lesiones nasales, sea, raramente, como alteración primitiva.

No son excepcionales los casos de lesiones laringotraqueales por ozena; son raros; hemos tenido ocasión de observar uno en una mujer de cincuenta y seis años.

Dadas las profundas alteraciones que se observan en las primeras vías aéreas se comprende fácilmente cómo la crisis sanguínea y la fórmula citológica hemática puedan sufrir alteraciones más o menos acentuadas en el curso del ozena.

Para Beck existiría aumento de fibrina en sangre, modificable mediante las inhalaciones de oxígeno naciente, régimen declorurado y alimentación rica en sales de calcio. Wingrave, Gallott y Trimarchi señalan linfocitosis, a veces ligera, leucocitosis y sensible eosinofilia. Modificaciones leucocíticas que Trimarchi relaciona, el ozena con el estado general linfático o tóxico.

Muchos autores sostienen que los ozenosos tienen Wassermann positivo; para Sebileau todos ozenosos son heredolúeticos. Mezzena y Caffarati consiguen modificar el Wassermann positivo de los ozenosos con sólo dos inyecciones de mercurio. En nuestra clínica de Florencia, durante dos años, hemos realizado el Wassermann en todos los ozenosos; en la mayoría fué negativo.

Dado el asiento de las lesiones ozenosas, nariz y nasofaringe, se comprende la facilidad de las alteraciones auriculares por vía de la trompa de Eustaquio y del ojo por el canal nasolagrimal.

Se puede decir que no hay ozena sin lesiones auriculares. Generalmente son alteraciones por infecciones banales a favor de la evolución ozenosa. Compairé ha descrito la otitis ozenosa y la atrófia ozenosa pura de trompa y de caja.

En cuanto a las lesiones oculares en los ozenosos hay que pensar si son por el mismo ozena o son consecuencia

de un *locus minoris resistencia* que favorece el ataque de los piógenos comunes.

**

A las deformaciones y lesiones macroscópicas del ozena corresponden alteraciones profundas histológicas de la mucosa que tapiza las fosas nasales y del esqueleto que constituye sus paredes. Alteraciones histológicas que repercuten en grado mayor o menor sobre los elementos de la fibromucosa nasal y que dan explicación de las lesiones microscópicas.

Volkman, Beck, Marano, Sternberg, Lautenschlager, Hundstom, Kowler, Ferrero, y Parola, etc., etc., han revelado que el epitelio cilíndrico se transforma en epitelio pavimentoso; en fases avanzadas, a veces en las capas superficiales, se vuelve córneo de tipo epidérmico, y en los casos muy antiguos se convierte en una membrana anista.

Hofer, experimentalmente, ha visto en días convertirse el epitelio cilíndrico ciliado en epitelio plano estratificado.

En nuestras investigaciones sobre ozenosos, en diferentes fases, hemos comprobado esta metaplasia.

Siguiendo el ritmo del proceso atrófico esclerosante, se tiene la impresión de que en una primera fase de la enfermedad hay un aumento de las fibras elásticas por una especie de amontonamiento de las fibras conectivas. En la progresión del proceso escleroso, acaso por trastorno circulatorio, aparece una fragmentación de las fibras elásticas, que en fase más avanzada se reducen en número, pero nunca llegan a desaparecer.

Las glándulas que constituyen parte esencial de la túnica propia de la mucosa nasal, por su función y número, no escapan a este proceso involutivo de la mucosa.

Personalmente hemos observado, en un período poco avanzado de la enfermedad, cuando la esclerosis de la mucosa no es completa, que los tubos glandulares son numerosos y las células que los constituyen están en general bien conservadas, algunos en actividad, otros con vacuolas; pero todos los elementos glandulares tienen límites precisos y núcleo bien conservado en forma y propiedades tintóreas. Alrededor de los tubos glandulares se revela, a veces, una condensación de las fibras conectivas, con elementos de infiltración celular, en especial de plasmacellen, dando la impresión de un verdadero plasmoma. Con el avanzar del proceso vemos escasear los tubos glandulares; sus elementos presentan alteraciones plasmáticas y nucleares. Limitación glandular que puede llegar a grados extremos, pudiendo sólo, en casos, poner de manifiesto algún residuo glandular epitelial.

Los vasos sanguíneos que irrigan la fibromucosa nasal son los elementos alrededor de los cuales se inician las lesiones. Para Wrigt, Hofer, Lautenschlager, etc., las paredes vasculares serían el origen del proceso escleroso. Esta vascularitis estenosante provocaría, en un primer tiempo, trastornos circulatorios, y avanzada la esclerosis se llegaría a la obliteración y destrucción de los vasos.

Vascularitis esclerosa y vascularitis estenosante que hemos confirmado en nuestros estudios.

Las lesiones óseas, para algunos autores consecutivas a las lesiones mucosas, creemos deben interpretarse como primitivas. Cuando todavía la mucosa, que recubre los cornetes, aparece húmeda y con secreción, e histológicamente presenta elementos normales, clínicamente comprobamos aumento de la cavidad nasal, por gran reducción del volumen de los cornetes, que casi no dan señales de su esqueleto.

Histológicamente el tejido óseo ha sido substituido por tejido fibroso, en unos puntos, y en otros se aprecia reducción y compresión de las células óseas, coincidente con hiperplasia reactiva del periostio.

Wright dice que en un primer período de la enfermedad se observa hiperplasia del periostio y del pericondrio; hiperplasia coincidente con esclerosis de los vasos sanguíneos y consiguientes alteraciones de la nutrición del hueso, que puede llegar a la atrofia por reabsorción.

El estudio anatomopatológico del ozena pone de manifiesto que los tejidos enfermos sufren un proceso atrófico-esclerosante: metaplasia y atrofia del epitelio, atrofia de las glándulas, atrofia del tejido óseo, esclerosis de la túnica propia de los vasos. Este proceso atrófico-esclerosante no es completo ni en los estados avanzados. La metaplasia epitelial siempre deja ver células de tipo cilíndrico o cúbico. La atrofia glandular tampoco es completa; un examen atento encuentra numerosos focos glandulares.

Es decir, que no podemos hablar de atrofia completa de los elementos celulares en los casos de ozena, lo que explica que un caso clínicamente curado se le pueda considerar curado anatomopatológicamente. Hemos comprobado microscópicamente que el epitelio adquiere sus caracteres normales, especialmente en las capas profundas, donde el conectivo se vuelve más laxo; las fibras elásticas aparecen en mayor número, mientras los tubos glandulares ocupan su lugar en la túnica propia de la mucosa nasal, rodeados de numerosas células plasmáticas.

BIBLIOGRAFIA ⁽¹⁾

LAS CEFALÉAS Y SU TRATAMIENTO, por el profesor doctor E. Pollak, un tomo en 8.º menor de cerca de 200 páginas, versión castellana de F. Piñero. Edit. Marín. Barcelona, 1932.

La obra de Pollak, destinada al médico general, estudia las diversas clases de cefaleas desde el punto de vista etiológico, base esencial de un acertado tratamiento. Unas nociones generales acerca de la sintomatología y localización de los dolores de cabeza, constituye el proemio obligado de la exposición clínico-etiológica de los más variados síndromes caracterizados por cefalalgia. Libro esencialmente práctico y producto de la experiencia, destruye algunos errores, muy vulgarizados, acerca de la etiología del dolor de cabeza, y proporciona excelentes consejos para el tratamiento de estos enfermos. La traducción del Dr. Piñero, muy esmerada y clara.

A. V. N.

EL LIBRO DE BRONCE, por el Dr. Dartigues. Presentación por el profesor Cunéo. Doin, editor. París.

Con este título, que es el del III tomo de su *Haz Escriptural*, que comprende ya para *Cirugía y Guerra Paz*, el doctor Dartigues acaba de dar a luz un libro que es el primero en este género. Mientras que tantos no muestran sino la debilidad de una crítica rebajadora, Dartigues elogia a los demás de un modo poderoso y benévolo, los anima, fortalece, ayuda y les hace justicia.

En este *Libro de Bronce*, que es algo como «los Fastos de la Medicina y Cirugía», en el cual se evoca toda una época de vida médicoquirúrgica contemporánea, libro cuyo prefacio el profesor Cunéo hizo con su acostumbrado juicio acertado. Dartigues citó más de mil nombres, recordó las figuras de centenares de personalidades medicas, enumeró más de tres mil trabajos científicos, trajo a la memoria horas memorables, hizo vivir de nuevo toda una época. Es de leer bajo el título de: *Horas solemnes, Horas de alegrías, Horas de evocación, Horas de prosperidad, Horas de instrucción, Horas de crítica*; sus relatos de Lecciones profesoras, inaugurales, de jubileos, de elogios, de ceremonias, a propósito de inauguraciones de estatuas, de conferencias, sus reflexiones siempre amenas. También es de leer esta extendida colección de *Biografías y Necrologías*, muchas de las cuales son de extranjeros, y demuestran las relaciones científicas internacionales y amistosas, para las cuales Dartigues trabajó y luchó tanto, sobre todo por medio de su obra de la *Umia*. Entre estas biografías se destacan las de Mussolini, que es más bien una meditación; la del gran francés Branly, la del gran sabio español Martínez Vargas, etc.

Este tomo del *Haz Escriptural* de Dartigues, que precede su próximo *Haz Científica*, honra al hombre de carácter independiente a su lealtad, que le permite hablar sin temor en toda franqueza, a su bondad y a su espíritu, que sabe interesar a las ideas y a los hombres en un estilo rico en imágenes, caluroso, a veces divertido y truculento, que es la vida misma.

LA VIE SEXUELLE DE LA FEMME, por el profesor Binet. Prólogo del Dr. Sideroy. Un volumen de 250 páginas con 51 figuras en el texto, 30 francos. L'expansion scientifique française. París.

El profesor Binet, de Nancy, que dirige la Clínica ginecológica de la Facultad, resume con una luminosa concisión en esta obra, verdadera introducción a la ginecología, las nociones de fisiología y psicología indispensables a la comprensión de los trastornos funcionales del aparato genital de la mujer.

Las diversas fases de la vida de la hembra son estudiadas sucesivamente. En primer lugar el alba sexual, es decir, la evolución psicofisiológica de la sexualidad en la niña. Luego las metamorfosis de la pubertad, es decir, la eflorescencia sexual. Seguidamente el período de actividad genital, marcado no solamente por el desarrollo de los órganos genitales, sino por una recrudescencia del instinto sexual, que normal las más veces, presenta en casos desviaciones interesantes. El libro termina con el estudio del crepúsculo sexual, es decir, la menopausia seguida de cerca por la senescencia, extinción progresiva de la función sexual. Esta obra llega en momento oportuno. Los médicos prácticos, tan a menudo consultados por sus clientes sobre los desórdenes menstruales, la esterilidad rebelde, las amenorreas, las hemorragias, las metrorragias, las dismenorreas, etc., encontrarán en el libro de Binet los elementos indispensables para orientar el diagnóstico y la terapéutica de tan complejos estados patológicos.

X. X.

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

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

M. Cieza Rodríguez. ¿LA ECTOPIA TESTICULAR DEBE SIEMPRE SER OPERADA Y EN QUÉ MOMENTO? —La frecuencia de las monorquidias y criptorquidias de distintas edades revela la anarquía en cuanto a tratamiento y momento más oportuno de su aplicación.

Operamos nuestros enfermos antes de los doce años, tratando de intervenir antes de que aparezcan en el testículo síntomas degenerativos, teniendo en cuenta que, generalmente, el testículo ectopiado del adulto es inmovilizable. No lo hacemos antes de los seis años por los inconvenientes de asepsia; los vendajes, generalmente, se mojan con las orinas del niño, y, en cambio, no trae ninguna ventaja.

Todo esto siempre que cualquiera de las complicaciones que suelen presentarse no nos obliguen a intervenir antes.

Procediendo de esta manera conseguimos, aun en los testículos atrofiados, un desarrollo vecino al normal, una vez trasladado al escroto, y aunque la función de reproducción no se obtuviese, ya que es discutible, nos serviría para evitar la repercusión psíquica, tan frecuente en estos enfermos, cuando observen sus testículos atrofiados, aunque se encuentran en las bolsas, se creen disminuidos, llevándolos a estados neurasténicos graves, sobre todo en criptorquídeos; unido a esto los fenómenos graves de orden general que pueden producirse en las grandes atrofas testiculares por insuficiencias de las secreciones internas.

Las complicaciones producidas en las ectopias testiculares son muy raras antes de la pubertad.

El tratamiento puesto en práctica ha sido en las ectopias verdaderas el quirúrgico, aun en aquellos testículos cuyos caracteres generales hacían concebir muy pocas ilusiones.

Existen diversos procedimientos operatorios, pero todos ellos tienen la misma finalidad: movilización del testículo, desprendiéndolo de los planos vecinos, para luego transportarlo, descendiéndolo al fondo del escroto sin tracciones ni atirantamientos que sólo sirven para producir desgarraduras vasculares y hematomas consiguientes que luego supuran, etc.

Descendido el testículo, previa destrucción de las adherencias o disección cuidadosa de la glándula, se tratan de maneras diferentes; los autores, unos lo abandonan en el escroto, sin más precauciones; otros le hacen varias manipulaciones. Es de preferir cualquier pexia, ya en el mismo escroto, o en el opuesto, pasando a través del tabique, procedimiento de Ombredanne; o yendo a través del fondo del escroto a fijarlo en el muslo correspondiente, según el caso. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 15 de Enero de 1931. Año XXVIII, núm. 1931, pág. 158).—M. A. C.

P. Escudero y R. Rodríguez Villegas. EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA GANGRENA DEL MIEMBRO INFERIOR EN EL DIABÉTICO.—Será de rigor la colaboración en el tratamiento del diabético de un médico especializado y del cirujano.

La complicación quirúrgica más grave del diabético es la gangrena del miembro, ya que, según el resultado de nuestra estadística, determina la muerte del enfermo en 40 por 100 de los casos.

La conducta a seguir en presencia de una gangrena del miembro inferior será guiada ante todo por el estado de las arterias y la variedad de la gangrena.

Dividimos las lesiones gangrenosas en dos grupos:

- a) Lesiones secundarias a los trastornos circulatorios.
- b) Procesos francamente sépticos con o sin lesiones arteriales.

En las gangrenas secas, evidentemente arteriales, exigimos la amputación alta y precoz del miembro con ciertas reservas.

En las formas húmedas con mal estado de las arterias, aconsejamos igualmente la amputación precoz en el tercio del muslo. Si el miembro está bien irrigado y la lesión es puramente infecciosa, preferimos la cirugía conservadora bajo ciertas condiciones de operación, curas y cuidados a dar al miembro sano.

En las gangrenas del miembro inferior en el diabético es fácil practicar el examen bacteriológico del pus, así como el hemocultivo, que son un recurso importante para establecer el pronóstico y el tratamiento.

En la gangrena gaseosa se practicará la sueroterapia precoz, intensiva y continuada, asociada a la cirugía, única conducta capaz de disminuir la elevada mortalidad. (*Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, París, Agosto 1932. Tomo III, núm. 8. pág. 625.)—M. A. C.

Marguerite Guillard. TRATAMIENTO DEL LIQUEN PLANO POR LOS RAYOS ULTRAVIOLETA.—La actinoterapia (rayos ultravioleta) es hoy en día—dice la autora—el mejor y más eficaz tratamiento del liquen plano. Se efectúa ajustándose a la siguiente técnica: se coloca al enfermo a unos 60 centímetros de la lámpara irradiándole en la primera sesión tres minutos, en la siguiente se va aumentando la irradiación un minuto o dos más en cada zona irradiada. El número de sesiones que deben efectuarse varía entre ocho o doce, aunque algunas veces—muy pocas—se sobrepase este número. El efecto primeramente conseguido—tercera o cuarta aplicación—es la rápida desaparición del prurito y casi al mismo tiempo las placas liquenificadas y las pápulas se depressen y escaman, modificándose también la coloración pasando del rojo al amarillo.

A continuación la doctora Guillard expone los siguientes hechos por ella observados.

Los líquenes de aparición reciente desaparecen con una rapidez mayor que los de larga fecha.

Algunas veces, pocas en verdad, se ven líquenes que después de irradiar ciertas zonas se descaman otras que no lo han sido.

Hay algunas sustancias que tienen la propiedad de activar la acción de los rayos ultravioleta; para esto se embarnan las zonas que van a ser irradiadas con ella.

Por último dice la autora que también puede emplearse con éxito la actinoterapia en el liquen plano lingual, teniendo un profundo cuidado de no producir quemaduras en la boca. (*Bulletin General de Therapeutique*, Septiembre-Octubre 1932).—JUAN H. SAMPELAYO.

G. de Parrel. DEBE PERMITIRSE EL MATRIMONIO ENTRE SORDOS.—En un artículo muy interesante desde el doble punto de vista médicosocial, sobre el matrimonio entre los sordos, el profesor Parrel dice que debe autorizarse la boda sin ningún reparo y sin ningún temor para la descendencia cuando los dos contrayentes padecen una otopatía adquirida y no presentan ningún signo hereditario ni colateral de sordera. Hay que mostrar cierto reparo en el permiso en los casos siguientes. Cuando un contrayente o bien los dos padecen una otospongiosis, una sordera congénita o antecedentes familiares de sordera, en todos estos casos se produce en los descendientes un tanto por ciento de sordos muy

nutrido. Por último, se debe en absoluto impedir la unión o al menos la procreación de aquellos individuos afectos de una sordomudez congénita por el tanto por ciento elevadísimo (30 por 100) de sordera que se produce en la prole. En los individuos afectos de sordera familiar y además antecedentes sífilíticos, nerviosos y alcohólicos, hay que proceder también con cierto temor ante el consejo. (*La Clínica*, Julio 1932).—JUAN H. SAMPELAYO.

Cederberg. LA PELADA Y SU ETIOLOGÍA. — Entre las numerosas teorías emitidas para explicar el origen de la pelada hay que añadir una nueva debida al autor. Esta alopecia sería, en opinión de Cederberg, una inflamación del folículo piloso debida a una espirilosis tóxica. Manifiesta haber podido colocar espirilos en el dermis y el epidermis de las placas peládicas, siguiendo el método de Levaditi.

Hace con este motivo un paralelo con la sífilis, espirilosis que después del chancro se manifiesta igualmente por una alopecia en claros y algunas veces en áreas. La pelada comenzaría por un accidente primitivo de localización bucal, dentaria o a cualquier nivel del tubo digestivo, lugares donde los espirilos son muy frecuentes. La infección se propaga a continuación por vía centrifuga hasta llegar a la piel, donde produce una papilitis tóxica, manifestación parcial de la dermoepidermitis espirilar.

El traumatismo, tan frecuentemente invocado como agente de la pelada, representaría, como en la sífilis, un papel de localizador de las lesiones. El vitiligo y las distrofias alopecicas que tan frecuentemente acompañan a la pelada serían análogos a los trastornos de pigmentación (leucomodermia) que se observan en la sífilis.

El tratamiento que se desprende de esta teoría consiste en tratar la pelada como una espirilosis por medio de los arsenobenzoles, el bismuto o el mercurio. En las formas graves aconseja el autor recurrir a la malarioterapia. (*Der. Woch.*, 23 de Abril de 1932).—TOMÉ BONA.

Urbach. TRATAMIENTO DIETÉTICO DEL ECZEMA Y EL ESTROFULO INFANTILES. — Las más diversas teorías han sido emitidas en el sentido del régimen que se debe aplicar en el eczema infantil. Unos achacan a las grasas, otros a los hidratos de carbono, otros a las albúminas de la leche o de los huevos, la producción de este frecuente cuadro dermatológico infantil. De este modo, Moro prescribe un régimen graso, Meyer y Nasso un régimen seco, Leiner el empleo de los alimentos crudos, etc. El autor considera que el tratamiento es doble, local y dietético, dividiendo a este propósito a los niños eczematosos en los cuatro grupos siguientes:

- 1.º Niños hipernutridos, gruesos y florecientes, en los cuales ha de disminuir la reacción y tratar lealmente.
- 2.º Niños atrofodistróficos, en los cuales es suficiente reglamentar su régimen y hacerles engordar.
- 3.º Este tercer grupo está formado por el «eczema exudativo», tratándose a veces de niños hiperalimentados, en los que es preciso reducir el régimen en cantidad, sal y grasas; en otros casos estos niños están sensibilizados al huevo, la leche, los cereales o aun a los simples microbios de la piel.

- 4.º El último grupo está integrado por los niños entróficos, sometidos a una alimentación monótona, en los cuales, como es lógico, hay que variar ésta. (*Wi. Kli. Woch.*, 8 de Abril de 1932).—TOMÉ BONA.

Ravaut, Rivalier y Cachera. EL VALOR DIAGNÓSTICO Y PATOGENICO DE LA INVESTIGACIÓN DE ANTICUERPOS DEL CHANCRO BLANDO EN EL SUERO DE LOS ENFERMOS CON ADE

NOPATÍAS INGUINALES. — La práctica de 91 reacciones de desviación de complemento con antígeno de chancro blando, conduce a los autores a la afirmación de que esta reacción es constantemente positiva en los individuos afectos de esta enfermedad y negativa en el curso de la enfermedad de Nicolás y Favre.

La valoración de los anticuerpos contenidos en el suero antes y después de la práctica de la vacunoterapia anties-treptobacilar, demuestra de un modo concluyente que éstos aumentan considerablemente después de aquélla. Esta elevación de los anticuerpos, que es bastante duradera, se consigue lo mismo efectuando las inyecciones por vía subcutánea que intramuscular o intravenosa. En los casos de linfogranulomatosis se observa después de las inyecciones de D'Melcos un pequeño y pasajero aumento de los anticuerpos. En las otras adenitis se comprueba un fenómeno análogo al de la poroadenitis.

El interés de estas investigaciones se encuentra, en opinión de Ravaut, principalmente en el valioso argumento que aporta en favor de la diferencia nosológica entre una y otra adenitis. (*La Presse Médicale*, núm. 22, 1932).—T. B.

Schiff. TRATAMIENTO DIETÉTICO DEL ECZEMA DE LOS NIÑOS. — Los trabajos de Sauerbruch y Hermansdorfer sobre el tratamiento del lupus por la llamada dieta de Gerson han inspirado a este autor la idea de ensayar esta dietética en el tratamiento del eczema de los niños.

Los resultados iniciales favorables obtenidos en eczemas extensos en niños con diátesis exudativa, y en casos de eczema neurógeno le han animado a continuar su estudio experimental.

El régimen de Schiff está compuesto esencialmente de leche, almendras, frutas crudas y purés de legumbres.

La leche de almendras será progresivamente reemplazada por la manteca, y después la leche azucarada. En los niños de mayor edad, el régimen de frutas crudas ha producido igualmente resultados buenos. Especialmente el prurito cede rápidamente sin necesidad de recurrir a medios coercitivos para impedir el rascamiento. (*Deut. Med. Woch.*, 3 de Junio de 1932).—T. B.

Sellet. TRATAMIENTO DE LA ACRODERMATITIS ATRÓFICA POR LA OPOTERAPIA PANCREÁTICA. — Considera este autor que la esclerodermia y la acrodermatitis atrófica de Hersheimmer son debidas a un trastorno del funcionamiento del páncreas, y en consecuencia, emplea con éxito la opoterapia pancreática en dos casos de ambas enfermedades asociadas y en dos casos de acrodermatitis pura.

En todos los casos la piel estaba muy atrófica con epidermis adelgazado como el papel de fumar, poco escamosa y de coloración violácea. Los miembros afectos estaban en conjunto muy atróficos y sensibles al frío.

El páncreas fué administrado por vía oral en tabletas de pancreatina (ocho a diez por día), y bajo la forma de inyecciones intramusculares de pancreatina, de 2 c. c. por día. Este extracto pancreático estaba desinsulinizado.

Después de un tratamiento prolongado de cinco a ocho meses, casi todos los enfermos mostraron una mejoría notable, haciéndose la atrofia menos clara, menos visibles las venas subcutáneas y menos violácea la coloración.

Parece, pues, deducirse de estas experiencias que el fermento pancreático actúa favorablemente sobre la esclerodermia y las dermatitis atrofiantes. (*Der. Woch.*, 23 de Abril de 1932).—TOMÉ.

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.—Con pluma ajena: Albiñana en Las Hurdes y el médico de Letux en la cárcel de Zaragoza.—Academias, Sociedades y Conferencias.—Colegio Oficial de Médicos.—Asociación de Médicos titulares inspectores municipales de Sanidad.—Los principios de la hipertensión media solitaria.—Academia Nacional de Medicina.—Sección oficial. Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Ministerio de Trabajo y Previsión.—Tertulia médica.—Anuncios.

Boletín de la semana.

Inauguración de la Médico-Quirúrgica.

El lunes 31 de Octubre se celebró, con la solemnidad de rúbrica, la inauguración del curso en la Academia Médico Quirúrgica Española.

El salón de actos del Colegio de Médicos de Madrid se encontraba ocupado totalmente por las figuras de mayor relieve en la actividad profesional y por buen número de lindas y elegantes damas.

La mesa presidencial fué ocupada por los venerables maestros D. Luis Soler y D. Francisco Huertas, acompañados por el presidente de la Academia, D. Leonardo de la Peña, y el secretario general, Dr. Fernández de la Portilla.

Abierta la sesión por el Dr. Soler, que actuaba de presidente del acto, el Dr. Fernández de la Portilla dió lectura a la Memoria reglamentaria. Se trata de una pieza literaria de gran valor en su género, por su depurado estilo castellano, la concisión y el orden con que son tratados todos los aspectos de la vida de la Academia en el curso pasado, por el justo señalamiento de la brillante actuación de los numerosos socios que avaloraron con sus comunicaciones y discusiones el período científico de la Academia en 1932, que nuestros lectores conocen detalladamente por las reseñas semanales que publicamos, debidas a nuestro simpático e inteligente redactor el Dr. Aceña. Tiene además la Memoria del Dr. Fernández de la Portilla, para sal de su contenido, ciertos comentarios bien colocados, finalmente buídos y elegantemente manejados, saliendo al paso de interpretaciones tendenciosas que pretendieron menoscabar el indiscutible triunfo de la Junta rectora de la Academia y obstaculizar la marcha ágil, enérgica, decidida y potente con que la Academia Médico-Quirúrgica camina de modo claro a situarse definitivamente en el primer lugar de las Sociedades científicas madrileñas. Hasta en el *socio* aspecto económico pudo el Sr. Fernández de la Portilla demostrar con cifras claras y patentes la prosperidad de la Academia, que, gastando más y mejor que nunca, llega al fin de su ejercicio anual sin deudas y con mucho dinero sobrante.

La Memoria fué recibida con calurosos aplausos, y a continuación de ella leyó el profesor Leonardo de la Peña el discurso doctrinal reglamentario.

Don Leonardo es una figura de tal popularidad entre los médicos españoles, y de tal familiaridad entre los madrileños, que no precisa especial señalamiento su triunfo del lunes; pero es grato al cronista ver formarse en torno a la simpatía de ambiente, a la cordialidad con que el profesor Peña ha sabido tonificar la vida de la Médico-Quirúrgica, es grato, decimos, ver formarse, en torno a estas características personales de Peña, el entusiasmo y la admiración por un estudio científico de gran valía y acierto, que fué fluyendo de su peculiarísima manera de leer, durante más de hora y media, sin la menor fatiga en los oyentes. ¿Puede decirse esto mismo de muchos discursos académicos? El tema ya era de por sí un acierto en la actualidad profesional: *La indicación quirúrgica en urología*. Antes de entrar en el fondo de su trabajo, el profesor Peña hizo una exquisita rememoración de D. Benito Hernando; planteó las definiciones del indicante, el indicado y la indicación en Medicina; glosó las explicaciones de Márquez en este orden de la terapéutica y se adentró por último en la indicación especializada urológica. Fué una bella lección de rendimiento práctico y de utilidad máxima, que nos proponemos publicar íntegra, porque está llena de sugerencias para el médico general.

Nada más decimos hoy sobre el discurso de Peña, si no es unir a lo dicho nuestra calurosa felicitación por su bien logrado trabajo.

El venerable Dr. Soler dirigió la palabra a los académicos para agradecerles la presidencia del acto con que se le había honrado. Soler es otro caso de *arrastrador* de simpatías: su emoción, su sencillez, su modestia limpia, llana, sincera, se adueñaron de la atención de todos cuantos le oyeron y aplaudieron su discurso, al que puso un colofón de generosidad que arrancó cerradas ovaciones. El Dr. Soler hizo entrega a la Academia de 1.000 pesetas para pagar el título de licenciado en Medicina a un estudiante pobre y distinguido.

Del concurso al Premio de la Academia Médico Quirúrgica ha resultado galardonada la Memoria del Dr. Serrano de Pablo Chaure acerca de Fisiopatología de la vesícula biliar, y como en el dictamen de la Comisión se declaran también dignas de premio otras dos Memorias presentadas, se acor-



dó por aclamación celebrar una Junta en que la Academia decida el modo de corresponder al mérito de dichos trabajos.

Terminamos esta crónica enviando nuestra enhorabuena a la Junta de gobierno de la Academia Médico-Quirúrgica por su triunfo del curso pasado y deseando igual suerte para el inaugurado el lunes.

DECIO CARLAN

CON PLUMA AJENA

Albiñana en Las Hurdes y el médico de Letux en la cárcel de Zaragoza.

Sigue en el destierro, dolorido quizá más que por el peso de la sanción por el olvido de sus compañeros—médicos y abogados—el Dr. Albiñana.

Uno de los últimos números de *La Voz Médica* dice lo siguiente:

«El alcalde de la alquería donde se encuentra confinado el Dr. Albiñana, comunicó al ministro de la Gobernación que los dos médicos del Patronato de Las Hurdes han reconocido a dicho compañero, por encontrarse enfermo, y le han apreciado dilatación de estómago, con intolerancia alimenticia, neuralgias abdominales y una intensa postración nerviosa, efecto de su prolongada enfermedad.

El Colegio de Abogados de Madrid ha iniciado gestiones en favor del Dr. Albiñana. El decano—adversario político del confinado—calificó de «angustiosa e inhumana su situación». Y el Colegio de Médicos, ¿qué hace? A ver si re-

sulta que la nueva Junta, motejada de derechista, hace *pendant* con la anterior, que presumía de izquierdista. El Consejo de Colegios estuvo reunido; pero son tantas las cosas que tiene que tratar, que no le queda tiempo ni para redactar la nota oficiosa.»

Poco tenemos que añadir al suelto anterior; únicamente que, conociendo el compañerismo de muchos de los elementos que constituyen la Junta de Gobierno del Colegio de Madrid, intervendrán rápidamente en favor del Dr. Albiñana.

En la cárcel de Zaragoza sigue el médico de Letux, señor Morant, desde hace tres meses a disposición de la autoridad gubernativa.

Nuestro Colegio ha realizado diversas gestiones para lograr la libertad del compañero e incluso le ha visitado en la prisión.

Pero a pesar de todo, el compañero Morant continúa en la cárcel.

Por ello entendemos que el Colegio de Zaragoza debe proseguir sus gestiones; es más, debe redoblarlas, visitando al gobernador civil nuevamente, telegraphando o visitando corporativamente al ministro de la Gobernación e invitado a los diputados médicos a intervenir activamente en favor del compañero encarcelado, y en último caso recurriendo a la Prensa profesional y diaria, ya que no puede ser más airoso para una Corporación, ni puede haber cosa que más le ennoblezca que levantar su voz en favor de un compañero.

Es más, el médico de Letux no ha cometido delito alguno; no es un adversario encarnizado del régimen, ¡ni mucho menos!; está encarcelado a raíz de unos hechos aislados, de esos que de vez en cuando ocurren en los pueblos...

No es mucho pedir, pues, que el Sr. Morant sea puesto en libertad.

En uno y otro caso, en el del Dr. Albiñana y en el del médico de Letux, nuestro criterio es inflexible. Si han cometido delito, que se les procese; que los médicos no pedimos impunidad en nombre del compañerismo, ni tenemos nada que oponer a la actuación de la justicia.

Pero de lo contrario, que se les liberte.

Para todo cuanto se haga en pro del Dr. Albiñana puede contarse con nuestra adhesión.

En el caso del médico de Letux nos unimos también a cuanto se haga en favor de su libertad y particularmente, con todo respeto, rogamos al gobernador civil de la provincia que satisfaga el natural deseo de los médicos, levantando al Sr. Morant la sanción que pesa sobre él.

(*La Opinión Médica*, Zaragoza, 25 Octubre 1932.)

La revista *Mundo Médico* ha publicado el día 24 el texto que transcribimos a continuación:

«Queridos compañeros: No me dirijo a vosotros ni en tono de súplica ni en tono de queja. Os quiero hablar con lógica, con la esperanza de que mis palabras lleguen a vuestro corazón sin rozar el ideal de vuestras convicciones, pero sí impresionando vuestros sentimientos;

Un médico que no ha cometido actos que los jueces puedan sancionar ni los Códigos castigan, se encuentra privado de libertad, aislado del mundo, sometido a la pena horrible de incomunicación, según declaraciones de su propia familia, con una cueva por vivienda y el ambiente de

una pocilga como consuelo y remedio de su enfermedad. El tormento no le mueve a renunciar de sus ideales, a los que antepone su propia existencia; por tanto, además de compañero es hombre.

No milito, ni he militado nunca, en sus filas; pero su actitud me ha hecho admirar su gallardía, y creo que ha llegado el momento en que se impone el compañerismo en favor del desvalido. Pensad que él se afanó y luchó con todas sus energías y no poco acierto por otro compañero desgraciado. Pensad que el temperamento humano prohíbe que haya seres obligados a vivir en esas condiciones.

Yo os propongo que todos, izquierdistas, derechistas y centristas, elevemos respetuosa instancia al presidente del Consejo de Ministros para que con su firma encabece la petición de que cese el cantiverio del Dr. Albifana.»

Academias, Sociedades y Conferencias

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Sesión del 29 de Octubre de 1932.

DOBLE ANASTOMOSIS URETERORRECTAL

(Comunicación del Dr. Blanc.—Discusión.)

Dr. Leonardo de la Peña Díaz: Voy a permitirme algunas observaciones sobre detalles técnicos, en especial por lo visto realizar recientemente a Coffée, en su técnica de trasplatación ureterorrectal.

En los enfermos que se precise derivación de orina hay que tender a realizar operaciones de corta duración y poco traumatizantes. Ahora bien, la técnica expuesta por el Dr. Blanc hay que reconocer que es grave y de larga duración, en especial por tratarse de intervención intraperitoneal.

Ante estos enfermos, los urólogos han intentado intervenciones menos traumatizantes; entre ellas, la doble nefrostomía lumbar y la doble ureterostomía lumbar.

Algunos de los peligros de la técnica de trasplatación ureterorrectal expuesta por el Dr. Blanc, pueden explicarse por ser intervención intraperitoneal; por realizarse la ligadura del uréter en el abocamiento rectal, que aun no siendo completa expone a la hidronefrosis consecutiva y a todas las posibilidades y consecuencias locales y generales de infección renal; por lo menos a los fenómenos congestivos y de dilatación renal, que traerán como consecuencia una disminución de su funcionalismo.

Consideramos de menos peligros técnicos y más resultados prácticos la aconsejada por Coffée.

Después de todo lo dicho, y considerando la cuestión de la derivación de orina, desde el punto de vista práctico, hemos de aceptar las intervenciones ante enfermos pudientes y ante enfermos pobres.

Creemos que en los enfermos pudientes, que no precisan trabajar, y ante la necesidad de una derivación de orina, la doble ureterostomía lumbar es preferible a otras intervenciones, sitúa al operado en una vida social aceptable, con posibilidades remotas de infección ascendente de riñón, aunque en ocasiones este órgano llegue a cierto grado de dilatación.

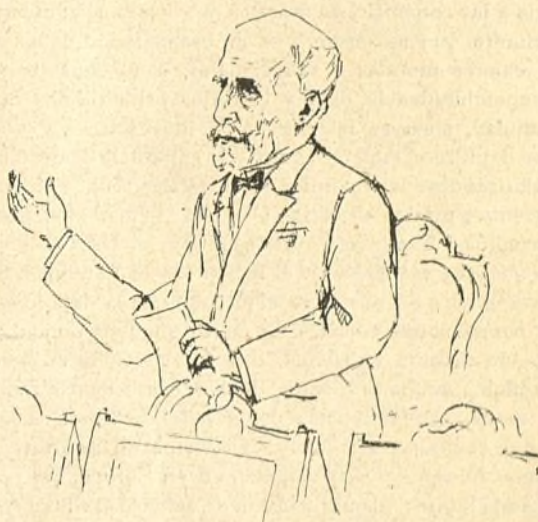
En cambio, en los enfermos que carecen de medios económicos y que precisan del trabajo, está justificada la trasplatación ureterorrectal aun a costa de sus peligros. Después de ella es posible el trabajo, pues la orina se contiene un tiempo relativamente considerable en el recto, e igualmente les libra de la invalidez de la doble fístula lumbar

urinaria; en cambio, son mayores los riesgos de la operación y los peligros de la posible pioderitis ascendente.

Dr. Sebastián Recaséns y Grols: Los casos presentados de derivación urinaria ureterorrectal y citados los peligros de la ligadura ureteral temporal, nos permiten recordar un caso clínico personal: en el acto operatorio, por tumor uterino, seccionamos el uréter, quedando muy alto el cabo superior; éste fué ligado por premuras operatorias para en el curso postoperatorio, al presentarse la hidronefrosis, realizar el abocamiento ureteral, y con ello realizar la fístula urinaria lumbar. A pesar de todo, nada se presentó de complicación urinaria en el postoperatorio. Posteriormente hemos encontrado algunos casos semejantes en la literatura ginecológica.

NEUROSIS Y PSICOSIS SELECTIVAS: FRAGMENTO DE NEUROPSIQUIATRÍA SOCIAL

Dr. Enrique Fernández Sanz: Con motivo del discurso leído por el Dr. Castro en la apertura del curso académico de la Universidad Central, vamos a permitirnos algunas consideraciones sobre neurosis y psicosis selectivas. Trabajo



Dr. Enrique Fernández Sanz.

de gran interés que toca dos cuestiones fundamentales: la de la neurosis postcatastrófica y la de las crisis universitarias.

En el frente psiquiátrico el más interesante en los momentos actuales. Los procesos psíquicos cada día atacan en mayor número al medio social. Las cifras estadísticas son aterradoras, no sólo en Europa, sino en todas las naciones del mundo. Aumento de las enfermedades nerviosas y mentales, que hemos de unir a la predilección de las infecciones por el sistema nervioso. Ante este neurotropismo de las infecciones, hemos de admitir la posible excitación biológica de algunos virus; acaso el virus jennérico.

En el interesante trabajo que comentamos, el Dr. Castro, su autor, hace arrancar el malestar social y sus trastornos actuales a la conmoción y consecuencia de la guerra mundial del 1914, e igualmente de la gran pandemia de 1918. Al estudiar situaciones semejantes a las actuales ocurridas en otras épocas mundiales, admite como patogenia de la que hoy soportamos a los hechos bélicos y postbélicos ocurridos. A este respecto digamos que no hay un tipo único de psicosis ni de psiconeurosis bélicas o postbélicas, o, como enuncia el Dr. Castro, psicosis o neurosis postcatastróficas; son éstas multiformes y abigarradas, constituidas por la acumulación

de trastornos. En gran número de casos se pueden apreciar ciertas formas de reacción morbosa. Es como observamos en la actualidad un predominio de neurosis y psiconeurosis de angustia, a las que siguen en frecuencia los estados oníricos y de confusión mental también de tipo onírico. Claro que en ello admitimos que influye siempre la predisposición del individuo; su constitución psicológica y psicosomática; consecutivamente reacciona de manera distinta a un dado agente moral traumático, explicando la variedad de cada epidemia de psicosis o psiconeurosis postraumática.

Lo único común en estos casos es el agente moral, pero cada enfermo reaccionando a su manera al estímulo común. Es el enfermo desarrollando un cuadro clínico con el carácter propio del criterio, de la disposición, de la constitución cerebral, o del mecanismo psicológico del individuo que lo padece. En lo que hay más uniformidad es en la observación de aquello que sin poder calificarlo de enfermedad, sí son desviaciones del estado seminormal que disfruta en ciertas épocas la sociedad. Son alteraciones de las costumbres, de la opinión, del individuo, de la sociedad, constituyendo el carácter de estos estados psicológicos.

Cuando se hace un estudio de la sociedad humana sometida a las conmociones morales que venimos apuntando: lo primero que se observa es la desaparición de los más altos valores morales e intelectuales; como consecuencia, una superabundancia de los instintos primordiales de la humanidad, siempre latentes en lo inconsciente, y a poco que se debilite el super-yo salen a la superficie apareciendo, exteriorizándose los instintos primordiales ocultos en el inconsciente genérico ancestral. Con ello viene el aumento de la sexualidad. También de esta cuestión se trata en el discurso que estamos glosando al hablar de la natalidad. Seamos reservados al considerar el aumento de la natalidad en estas conmociones sociales. Es cierto que la natalidad aumenta de manera episódica, con caracteres de verdadero acto reflejo, pero la tendencia final o consecuencia remota es en verdad la disminución de la natalidad. Este carácter es el que venimos observando actualmente en las diferentes naciones del mundo y principalmente en Europa, que podemos considerar la disminución de la actual natalidad como tentativa de corregir el malestar social actual. Parece darse un caso paradójico de que a pesar de las víctimas de la guerra del año 1914 y de las causadas por las epidemias consecutivas, hemos asistido al aumento de la población de Europa, que se ha llegado a valorar en unos 50 millones. Aumento de población que nos lleva al problema planteado por Malthus, y no ciertamente por falta de producción de substancias alimenticias; sabemos que en diferentes naciones son destruidos primeros productos. Parece ser un problema de distribución.

En el aumento de población postbélico parece ser un factor causal los grandes progresos de la Medicina y sus anejos la disminución de la mortalidad y de la morbilidad por infección.

Dr. Francisco Castro: En nuestro trabajo leído en la apertura del reciente curso escolar nada médico exponíamos; si queríamos presentar el cuadro social actual y en especial el gran aumento de la población escolar. Considerábamos esto como hecho fuera de la lógica y de la razón. Estudiando en las páginas de la historia hemos hallado que en el año 1350, después de una terrible epidemia que hace desaparecer un tercio de la humanidad, se desarrolla situación social análoga a la actual y que interpretamos como choques psíquicos dentro de un gran materialismo y sexualismo.—*M. Aceña.*

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

Sesión del 25 de Octubre de 1932.

Dr. Masip: Aboga por la creación de escuelas para deficientes físicos. Pone de relieve las grandes sumas que emplea el Ayuntamiento de París en estos establecimientos encaminados a aumentar el desarrollo físico del niño y conseguir ciudadanos fuertes de la población infantil.

El Dr. Verdes Montenegro continuó su interesantísima disertación acerca de la tuberculosis infantil, deteniéndose especialmente en las dificultades que ofrece su profilaxis para evitar el contagio, a causa de su diagnóstico tardío, aconsejando, en lo que respecta al niño, que siempre que se le visite se debe investigar en este sentido, con el fin de descubrir la enfermedad apenas aparezca. Señala el momento más propicio para el desarrollo de la misma: la época de la pubertad, por las perturbaciones que se producen en su naturaleza, corriéndose el riesgo de que las lesiones inactivas o residuales puedan ser despertadas.

El Sr. San Antonio contesta al Sr. Palanca en el sentido de que a los obreros se les debe exigir el máximo de rendimiento, retribuyéndoles con el máximo jornal. Se muestra partidario de la creación de obreros especializados con el margen necesario para la cultura de los mismos.

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS

En la reunión últimamente celebrada por la Junta de gobierno del Colegio de Médicos de Madrid se tomaron, entre otros, los siguientes acuerdos:

Admitir como colegiados a los Sres. D. Manuel Aranda de Rojas, D. Juan Benavides Benavides, D. Manuel Delgado Gibaja, D. Antonio García Romanillos, D. Joaquín López Barroso, D. Antonio Villar Urbano, D. Eduardo Velilla Mateo, D. Manuel Navarro García, D. Lorenzo Muñoz de la Torre, D. Luis Mariño Aguado, D. Leopoldo Herráiz Ballesteros, D. Luis Fumagallo Pérez, D. Rafael Estévez Fernández.

Comenzar las gestiones para poner en práctica el primer capítulo de las Consultas públicas gratuitas, según acuerdo de la última Junta general, nombrando vocal delegado que dirija la organización del Servicio a D. Juan Castells, y nombrar a los Sres. Piga, Fernán Pérez, Cirajas, Castells y Sánchez Vega para formar la Comisión que articule el resto del Reglamento de las Consultas públicas, cuyo proyecto debe ser llevado a la primera Junta general.

Encargar a la Comisión de Consultas públicas gratuitas de redactar las bases de un concurso para proveer con carácter de interino el cargo de empleado de la misma, que realice los trabajos necesarios de calle, que abra el registro de Consultas, etc.

Ante los informes directos que la Junta de gobierno tiene de la situación del Dr. Albiñana, se tomó el acuerdo de solicitar del Consejo general de Colegios Médicos de España que se dirija a los Poderes públicos en el sentido de que por dos médicos forenses, o en la forma que se considere pertinente, se determine si el diagnóstico y tratamiento de los trastornos patológicos que presenta el Dr. Albiñana puede hacerse en el lugar donde se encuentra confinado.

Escribir una carta a los morosos de la cuota colegial invitándoles de nuevo a ponerse al corriente en el pago de sus recibos, conminándoles en caso contrario con suspenderles en sus derechos colegiales.

Dada cuenta por el secretario de las gestiones realizadas para la edición del Boletín, y después de ampliamente dis-

cutidas, se tomó el acuerdo de someter el proyecto a la Junta general próxima, como proposición de la de Gobierno.

Que la Comisión de Cultura y Biblioteca proceda a estudiar el Estatuto y Reglamento de la misma, incautándose de la documentación procedente y dándose conocimiento al Patronato de haber sido disuelto, y al oficial de Biblioteca para que conozca el organismo que en lo sucesivo ha de intervenir en estas cuestiones.

Tasar en 250 pesetas los honorarios del médico de Paracuellos de Jarama, D. Manuel Valverde, por la asistencia prestada a los vecinos de Ajalvir, durante los días 1 al 4 del corriente, incluida la asistencia a un parto, y que el Colegio pase la minuta de estos honorarios al primer firmante de la solicitud, D. Pedro Gallego.

Abrir una información entre los vecinos de Ajalvir para depurar las denuncias formuladas por un grupo de ellos respecto del médico titular de dicho pueblo, manteniendo mientras tanto lo acordado por la Comisión de titulares.

Encargar al presidente y al secretario de redactar una instancia pidiendo reducción del tipo contributivo de Hacienda para la clase médica.

Nombrar auxiliar interino de la Biblioteca, por dimisión del que desempeñaba el cargo, al huérfano de médico don Pedro Carmona, y encargar a la Comisión de Biblioteca junto con la de Régimen interior, de convocar un concurso para proveer dicha plaza en propiedad.

Asociación de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad.

SECRETARIA

ESCALAFÓN

MÉDICOS TITULARES INSPECTORES MUNICIPALES DE SANIDAD INGRESADOS EN EL MES DE AGOSTO.

- D. Guillermo Moreno Escartín.—Número 15.683.
- D. Félix Gómez Sánchez.—14.740.
- D. Angel Migallón Ordóñez.—15.930.
- D. Luciano Garrudo Pérez.—15.603.
- D. Emilio García Ferrer.—12.598.
- D. Miguel Lorente Aznar.—15.883.
- D. Angel Constancia López Triguero.—15.708.
- D. Salvador Ubeda Pérez.—7.340 bis.
- D. Tomás Cobos Montesinos.—15.616.
- D. Esteban Serrano Moreno.—15.637.
- D. Vicente Machi Ferris.—13.214 bis.
- D. Alfonso Rodríguez Rebollo.—14.533 bis.
- D. José Landeira Hernández.—15.944.
- D. Agapito San Juan Zapatero.—15.900.
- D. Tomás Legaz Machín.—15.634 bis.
- D. Antonio Berenguer de la Paz.—15.740.
- D. José Fuentes González.—16.015.
- D. Roberto Bazán Cárcamo.—15.911.
- D. Leopoldo Benito Fuertes.—14.248.
- D. Enrique de la Vega Sáinz Trapaga.—15.090 bis.
- D. Manuel Martínez de Vitoria Juguera.—14.627.
- D. Salvador Díaz-Berrio Cava.—15.961.
- D. Miguel Melo Benito.—15.972.
- D. Tomás Gómez Gómez.—15.980.
- D. Emeterio Martín Sanz.—11.889.
- D. Ignacio Paricio Frontiñán.—13.906.
- D. Pablo Amigo Crespo.—15.768.
- D. Juan Valiente Soler.—15.728.
- D. Fausto Villarejo Escribano.—12.823 bis.

- D. Adolfo Fernández Gómez.—13.200 bis.
- D. Mariano Lacalle Aguilar.—15.641.
- D. Santiago Sarasola Amondarain.—16.051.
- D. Emilio Fernández Gómez.—15.575.
- D. Simón Viñals Cañil.—13.322 bis.
- D. José Eugui Barriola.—15.958.
- D. Manuel Morales Romero Girón.—16.041.
- D. Antonio Esteban Nardinez.—15.960.
- D. Juan María Carracedo Jiménez.—13.209 bis.
- D. Augusto Otero Sestelo.—13.221 bis.
- D. Baltasar Domínguez Alguacil.—14.667.
- D. José Fernández Pleyan.—15.905.
- D. Manuel Bandres Pescador.—15.672 bis.
- D. José Francisco García Pelleiro.—15.904.
- D. Angel Martín Monzón.—4.710 bis.
- D. Mateo Larrauri García.—16.074.
- D. José María Prida Piniella.—15.848.
- D. Miguel Salinas González.—13.242 bis.
- D. Miguel Barrera Maldonado.—15.459.
- D. José Useros Casas.—16.009.
- D. Manuel Rois Pérez.—13.816 bis.
- D. Guillermo Sánchez-Fuentes Román.—15.745.
- D. Manuel Muñoz Fuentes.—1.999 bis.
- D. Manuel Chazarra Quesada.—14.495 bis.
- D. José Azcón Bernuz.—15.718.
- D. Eladio Ruiz Mateo.—12.826 bis.
- D. José Ruano Megías.—13.214 bis.
- D. Sixto Sebastián Morales.—13.083 bis.
- D. Ramón Tojo Sieyro.—13.519.
- D. Ramón Ibars Montalt.—13.211 bis.
- D. Wenceslao Martínez Rodríguez.—15.989.
- D. Bernardo de Paz Cadenas.—16.066.
- D. Antonio Sánchez Hernández.—15.879.
- D. Juan Espinosa Galiano.—13.382.
- D. Francisco Luque Nava.—15.763.
- D. Félix Zorita Gómez.—12.891 bis.
- D. José Antonio Corrales Villa.—15.965.
- D. Luis Navas Migueloa.—13.144 bis.
- D. Felipe Altozano Guadalix.—16.068.
- D. Alfonso Franco Morante.—16.083.
- D. José Carbajosa Mancebo.—15.925.
- D. Francisco Fernández Zamarrón.—12.840.
- D. Vicente Martí San Joaquín.—13.214 bis.
- D. Alejandro Sanz Piñán.—13.062 bis.
- D. Antonio León Jiménez.—12.885 bis.
- D. Antonio Sangillao Domínguez.—16.024.
- D. Ricardo Rodríguez Menocal.—15.265.
- D. Luis Rodríguez Menocal.—15.266.
- D. Miguel Domenech López.—14.793.
- D. Timoteo Sebastián Huete.—12.548.
- D. Pedro López Gutiérrez.—15.784.
- D. Dionisio García Vaquero.—15.878.
- D. Francisco Arangüena Arangüena.—15.667.
- D. Román Abad Alcázar.—16.101.
- D. Rafael de Tolosa Sanchis.—14.675.
- D. Siro Alcalde Villa.—12.535.
- D. Antonio del Cerro Torrecilla.—12.626.
- D. Félix Sancho Martínez.—13.973.
- D. Simón Serrano Benavides.—15.575 bis.
- D. José María Vicente Mangas.—16.086.
- D. Guillermo Serrano Sánchez.—15.576.
- D. Perpetuo García Marcos.—12.076.
- D. Félix Díaz Bustamante.—15.647.
- D. Mariano Sorolla Romero.—15.998.
- D. Ramiro de la Llana Arguedas.—15.906.
- D. Nazario Zubizarreta Aramburu.—14.866 bis.

D. Abundio Ternel Solana.—13.908 bis.
 D. Antonio Rodríguez Sánchez.—15.860.
 D. José Camón Artayer.—14.929.
 D. Dionisio Almazán García.—15.806.
 D. Fernando Mas Robles.—16.093.
 D. Enrique Recarte Casanova.—16.115.
 D. Rafael López García.—16.008.
 D. Juan Pablo Zaragoza Calvo.—15.592.
 D. Ramón Góñez Ruiz.—13.358 bis.
 D. Bernardo Pérez Cano.—14.760.

Los principios de la hipertensión media solitaria.

Conocemos bien la hipertensión como enfermedad constituida; pero ignoramos todo lo referente a su principio y, según lo han demostrado Vaquez y después Dumas, hasta hoy no hemos sabido cómo y cuándo empieza. Su larga evolución nos hacía pensar que empieza de una manera insidiosa y lenta; actualmente los trabajos de Vaquez y de sus alumnos sobre la presión media nos proporcionan datos cada vez más precisos sobre el estado inicial, y nos informan sobre el valor funcional del corazón, cuando los signos clínicos de la modificación del régimen circulatorio están aún poco marcados.

Las modificaciones de la presión media llevan consigo necesariamente un profundo trastorno del régimen circulatorio, aun cuando las presiones extremas sean normales, y al lado de las hipertensiones agudas paroxísticas o permanentes debe figurar la hipertensión media solitaria.

En muchos casos las cefaleas rebeldes, una disnea de esfuerzo, una ligera dilatación de la aorta percibida con los rayos W o un aumento de volumen del corazón son inexplicables y se hallan bajo la dependencia de una hipertensión media que se observará claramente si se la busca. Asimismo, ciertos desarreglos cardíacos mal caracterizados: palpitaciones, extrasístoles, taquicardias pasajeras, considerados sin gravedad, pudiendo ser el preludio de accidentes más serios, suelen ser contemporáneos de una elevación de la presión media en un primer estado en que las presiones

extremas permanecen normales, elevándose mucho más tarde para convertirse en hipertensión permanente.

Las observaciones clínicas y los estudios anatomopatológicos demuestran cada vez más que esta última se constituye por la intervención de diversos factores: renal, endocrinia y digestivo, que obran sobre un terreno ya predispuesto (M. Perrin y G. Richard: L'Hypertension arterielle, París 1930), y es de suma importancia para el médico conocer la tendencia evolutiva de un trastorno pasajero presentado por el paciente.

Hace ya tiempo que Huchard ha dicho: «la arterioesclerosis empieza por una intoxicación continua y acaba por la intoxicación», y que, según Al Robin, todo hipertenso es un insuficiente renal, y muy a menudo un hepático, que deberemos vigilar mucho. Doumer, en el Congreso del Artrismo, de Vittel, indicó que en la mayoría de los casos se observan desarreglos de nutrición y metabolismo alimenticio, que se pueden evitar o retrasar vigilando desde el principio el régimen de los que están predispuestos por herencia artrítica y, por lo menos, corregirlos desde que se observan los primeros fenómenos.

Es evidente que la restricción alimenticia, las prácticas de higiene razonada, el ejercicio moderado, el reposo intelectual y la hidroterapia han de jugar un papel importante; pero al mismo tiempo deberemos esforzarnos en regularizar y disminuir el trabajo del corazón, hacer que desaparezcan los espasmos arteriales y la vasoconstricción periférica y mejorar las eliminaciones.

El empleo de la Guipsine responde por completo a esta triple indicación terapéutica. Después de administrarse en dosis de seis a ocho píldoras diarias, durante varias semanas consecutivas, se observará una mejoría de los diversos síntomas observados anteriormente; además, habrá un aumento de la diuresis y de la eliminación azoada y clorada; disminuye la hiperexcitabilidad del sistema nervioso central; los enfermos duermen mejor, lo cual es característico; el trabajo del corazón se mejora y la presión media descende. El muérdago (gui), para los hipertensos, es un verdadero medicamento de entretenimiento, sin habituación ni acumulación.



Inauguración de la Academia Médico Quirúrgica.
 El presidente, Dr. Soler, con los Dres. Huertas, Peña y secretarios.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Esta Corporación, en Junta celebrada el día 31 de Octubre, acordó anunciar en la *Gaceta de Madrid* la concesión de 11 socorros de 250 pesetas cada uno, de la Fundación del Dr. Pérez de la Fanosa, con destino a médicos necesitados o a sus familias.

En la Secretaría de la Academia (Arrieta, 12) se facilitará gratuitamente a los interesados el impreso de instancia en que además se detalla los documentos que deben acompañar en cada caso a la solicitud del socorro.

Las instancias referidas y la documentación se entregarán en la Secretaría de la Academia, de once a una de la tarde, hasta el día 3 de Diciembre inclusive.

La persona que haya tenido anteriormente socorro de dicha Fundación no podrá solicitarlo de nuevo.

Madrid, 1.º de Noviembre de 1932. — El secretario perpetuo, *Nicasio Mariscal y García*.

SECCION OFICIAL

INSTRUCCIÓN PUBLICA Y BELLAS ARTES

Doctorado.

DECRETO

Las reformas indispensables en los métodos y planes de enseñanza superior, reforma pronta a ser llevada a cabo, requiere asimismo una modificación especial en el modo de concebir el doctorado, y en la forma docente de ordenar su obtención en la moderna pedagogía universitaria, el grado de doctor prueba la capacidad inicial para la obra de investigación científica de aquel que lo recibe; mas por eso el doctorado no ha de consistir en una dilatación del programa de asignatura a cursar, sino en orientar al alumno en el proceso de las indagaciones personales. Sólo cuando esta obra asidua, intensa y de esfuerzo individual llega a un mínimo de madurez, procede dar el título de doctor.

La transición al actual régimen al que se establece por este Decreto ha menester un mínimo de tiempo, a fin de que los Claustros, sabedores del honor y la responsabilidad que se les atribuye, vayan montando Laboratorios, Seminarios y Bibliotecas especializadas para cumplir debidamente el derecho que se les reconoce; de aquí que, salvo en la Facultad de Filosofía y Letras de Madrid—la cual había solicitado, en los términos que aquí se dispone—, comiencen a regir los preceptos de este Decreto para el curso de 1933-1934.

El Ministerio, antes de llevar a cabo esta modificación, ha oído a muchos Centros de enseñanza superior, que, con plausible espontaneidad, se han acercado a informarle y ha escuchado y seguido en lo esencial el dictamen que acerca de este concreto extremo le ha sido presentado por el Consejo de Instrucción pública.

En su virtud, a propuesta del ministro de Instrucción pública y Bellas Artes y de acuerdo con el Consejo de Ministros,

Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo 1.º Todas las asignaturas del doctorado tendrán el carácter de voluntarias, a partir del próximo curso de 1932-33.

Art. 2.º En la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Madrid, desde Octubre de 1932, y en las demás

Facultades de todas las Universidades, desde Octubre de 1933, el doctorado se obtendrá por la aprobación de una tesis sobre algún tema contenido en cualquiera de las disciplinas que integran las enseñanzas de las Facultades.

Art. 3.º Para aspirar al grado de doctor será necesario:

a) Ser licenciado.

b) Trabajar durante un curso completo, como mínimo, después de obtenida la licenciatura, bajo la dirección del catedrático que el alumno elija. La designación de este director de tesis deberá ser solicitada de la Facultad. Aquél podrá declinar si el alumno carece de los conocimientos que él estime indispensables para iniciar la investigación.

Art. 4.º El director de trabajos doctorales, en funciones de tutoría científica, deberá guiar al alumno en sus lecturas e indagaciones, y podrá proponer a la Facultad, si lo cree preciso, la conveniencia de proveer de recursos al alumno para llevar a cabo algún viaje de estudio complementario, ora a una Universidad española o bien extranjera, antes de dar por terminada la tesis.

Art. 5.º El candidato a doctor, previa la aprobación de la tesis por su director de trabajo, someterá aquélla al juicio de la Facultad. En nombre de ésta, juzgarán la tesis cinco catedráticos, o bien tres, un auxiliar y un encargado de curso. La Universidad podrá constituir ese Tribunal, no sólo con profesores de ese Claustro, sino con los de cualquiera otra Universidad de España.

Art. 6.º El Tribunal discutirá la tesis y puede proponer al graduando alguna prueba que estime pertinente para conocer su formación y los fundamentos científicos personales del trabajo presentado.

Art. 7.º En la tesis se hará constar el nombre del doctorado, o del catedrático director de trabajos, o el de la Facultad que lo ha otorgado. Un ejemplar impreso de la tesis se remitirá al Consejo de Instrucción pública o al que le substituya, a fin de que éste pueda juzgar en todo momento e informar de la labor realizada por cada catedrático y Facultad.

Art. 8.º El Consejo de Instrucción pública, o el que con otro nombre asuma sus funciones, señalará al ministerio de Instrucción pública, al cabo de un quinquenio de entrar en vigor este régimen, y habida cuenta del mérito o demérito de las tesis publicadas, qué facultades pueden conservar para la potestad de conceder título de doctor.

Dado en Madrid a 24 de Agosto de 1932.—*Niceto Alcalá-Zamora y Torres*.—El ministro de Instrucción pública y Bellas Artes, *Fernando de los Ríos y Urruti*. (*Gaceta* 27 de Agosto.)

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 709,7; ídem mínima, 701,2; temperatura máxima, 28º2; ídem mínima, 3º2; vientos dominantes, NO. y NE.

Sigue el estado de la salud pública sin ofrecer variaciones de consideración, a pesar de las observadas en los cambios meteorológicos.

Los estados paratíficos y las fiebres de indole catarral y reumática continúan presentándose con relativa benignidad, y en los afectos crónicos de los aparatos respiratorio y circulatorio se han presentado únicamente ciertas agravaciones propias de la época estacional.

En los niños continúa sin observarse ningún afecto con carácter epidémico.

CRONICAS

Instituto Nacional del Cáncer.—Por el Ministerio de la Gobernación y de conformidad con lo informado por la Comisión permanente del Consejo Nacional de Sanidad y lo propuesto por la Dirección general, se ha aprobado la resolución del Tribunal que ha juzgado el concurso oposición para proveer la plaza de director del Instituto Nacional del Cáncer, recaída a favor de D. Pío del Río-Hortega.

El Dr. Estella, catedrático de la Facultad de San Carlos.—Terminados todos los ejercicios de las oposiciones a la plaza de profesor numerario de Propedéutica quirúrgica de la Universidad Central, el Tribunal calificador, presidido por el profesor Lozano, se reunió para la votación.

El Dr. Estella, catedrático de Pediatría de la Facultad de Zaragoza, obtuvo la mayoría—tres votos de los cinco profesores que componían el Tribunal—, siendo, por lo tanto, nombrado catedrático de la Facultad de San Carlos. Los otros dos miembros del Tribunal otorgaron sus votos al Dr. Bastos.

Federación Sanitaria de Madrid.—Recibimos la siguiente nota:

«Esta Federación celebrará Asamblea, con carácter provincial, el domingo día 6 del actual, en el pueblo de Villalba, a las once de la mañana. En dicho acto, el presidente del Colegio de Médicos de Madrid, Dr. Piga, disertará sobre un tema de carácter médicosocial, y en la reunión se tratarán asuntos de verdadera importancia para las clases sanitarias. A continuación se celebrará un banquete dedicado al maestro nacional de Collado Mediano, por su colaboración en un asunto surgido con el médico titular.

La amplitud de los temas a tratar, que figuran en la circular correspondiente, interesa a todos los sanitarios, sean o no federados, y, por lo tanto, pueden asistir aquellos que lo deseen.

Salida de trenes de la estación del Norte, a las 8,10, 8,20 y 9,15.»

Sociedad Otorrinolaringológica Madrileña.—En la sesión inaugural de la Sociedad Otorrinolaringológica Madrileña, el secretario general, D. Carlos Hinojar, leyó la Memoria de Secretaría, felicitando en sentidas frases al Dr. Marañés, como organizador de la Sociedad, por el tesón puesto en su labor, que hoy se ve coronada por el éxito, haciendo un llamamiento a los jóvenes especialistas para que la Sociedad sea cada día más pujante.

A continuación, el Dr. Marañés dió cuenta del estado económico de la Sociedad como tesorero de la misma.

Don Cristóbal Jiménez Encina leyó su discurso inaugural sobre «El tratamiento del cáncer laríngeo por radioterapia profunda», siendo muy felicitado al final del mismo.

Terminada la sesión científica, se continuó como sesión de Junta general, acordando que la Directiva visite al director general de Sanidad para pedirle una mayor amplitud en el despacho de cocaína a los especialistas.

Laboratorio de Parasitología.—El curso anunciado para el día 10 de Noviembre de Hematología y Parasitología, dedicado a preparar los alumnos que deseen realizar sus tesis doctorales, tendrá lugar en la Facultad de Medicina, Atocha, 104, en el Servicio de Hematología y Parasitología que dirige el profesor Dr. Pittaluga. Los interesados pueden acudir de once a doce en estos días, hasta el 10 de Noviembre, para su inscripción.

Noticias.—Han sido nombrados: D. Pedro González Rodríguez, inspector provincial de Sanidad de Burgos; D. Donato Fuejo García, inspector provincial de Sanidad de Alava, y D. Antonio de Campo Cardona, inspector provincial de Sanidad de Lérida.

—El jueves, y con el fin de premiar la perseverante labor del Dr. Rafael Resa, y con motivo del éxito obtenido por la reciente publicación de su «Manual de Propedéutica Quirúrgica», sus amigos y compañeros le han ofrecido una comida íntima.

Dispensarios antituberculosos.—Visto el expediente del concurso-oposición libre, convocado por Orden ministerial de 16 de Mayo último para proveer 20 plazas de médicos jefes de Dispensarios antituberculosos, después de

detenida deliberación y teniendo en cuenta los resultados de la actuación de cada opositor en cada uno de los ejercicios, así como sus méritos y demás circunstancias del concurso, el Tribunal, por unanimidad, acordó proponer a la Superioridad, que ésta ha aceptado, a los señores que se mencionan, por el orden que se indica, para cubrir las plazas objeto del referido concurso oposición:

1, D. Luis de Velasco Belausteguigoitia; 2, D. Isidoro Minguez Delgado; 3, D. José Codina Suqué; 4, D. Francisco Blanco Rodríguez; 5, D. Francisco Miguel Eizaguirre; 6, D. Diego García Alonso; 7, D. Antonio Barbero Cárnicero; 8, D. Ambrosio de Prada Garrido; 9, D. Lorenzo Merino Zumárraga; 10, D. Lorenzo Isla Carande; 11, don Francisco Tello Valdivieso; 12, D. Alvaro Urgoiti Somovilla; 13, D. Angel Gómez de Arteché; 14, D. Roger Jalón Lassore; 15, D. Rafael Pita Alvarez; 16, D. Antonio Damiá Maiques; 17, D. Tomás Cerviá Cabrera; 18, D. Juan José Carbajo Martín; 19, D. Plácido Bañuelos Morán; 20, D. Adrián Seva Román, y 21, D. José Arráspide Bascabe.

Curso de Cirugía.—En la Cátedra de Patología Quirúrgica del profesor A. Trias, de Barcelona, tendrá lugar un curso de Cirugía de Urgencia y Traumatología, bajo la dirección del profesor A. Trias, con la colaboración del Dr. F. Domenech Alsina, y de los Dres. V. Ferrándiz, F. Jimeno, E. Pons y J. Usúa.

El curso comenzará el 21 de Noviembre y tendrá una duración de tres semanas. Consistirá en lecciones clínicas y sesiones operatorias aprovechando los enfermos traumáticos y de urgencia del Hospital Clínico. Las sesiones serán bicitidianas, a las doce de la mañana y a las seis de la tarde.

El número de alumnos será limitado. El precio de la matrícula será de 25 pesetas para los estudiantes (únicamente se admitirán los de los dos últimos cursos) y 50 pesetas para los médicos.

Inscripción en la Secretaría de la Facultad.

Premio Sarabia y Pardo.—La Academia de Medicina tiene anunciado este premio, consistente en 750 pesetas y un diploma, que se otorgarán al mejor trabajo sobre Pediatría que desde 1.º de Diciembre de 1931 a 30 de Noviembre del año actual se haya publicado en la Prensa profesional o política, o en conferencias, monografías, folletos, etc.

El plazo de admisión de las publicaciones remitidas bajo instancia terminará en 1.º de Diciembre del corriente año.

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

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

Hepal.—Con el número presente acompañamos el prospecto del indicado producto, recomendando su lectura y solicitud de información al Laboratorio Juste, Apartado núm. 9.080. Madrid.

SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados).

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Único preparador en España: DOCTOR GIRAL

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

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

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

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

SIL - AL Silicato de aluminio, fisiológicamente puro.

Laboratorio Gámir, Valencia. — J. Gayoso, Madrid.

IMPRENTA DEL SUCESOR DE ENRIQUE TEODORO

Glorieta de Santa María de la Cabeza, 1.—Madrid. Teléfono 70488.

SANATORIO PEÑA-CASTILLO

SANTANDER

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

Director: EXCMO. SR. D. M. MORALES

HOZNAYO. — La mejor agua de mesa.

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: Principales farmacias
del mundo.



ANTIASMATICO PODEROSO

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS O ATARROS BRONQUIALES

Jarabe-Medina de Quebracho.

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

PRECIO: 6,50 pesetas frasco.

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

ANALISIS

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

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

Carretas, 14, Madrid.

FUNDADO EN 1866

Practicantes.

Cadreita (Navarra). Practicante-comadrón. 675 pesetas.

8 de Noviembre.

Velilla (Valladolid). 600 pesetas. 13 de Noviembre.

Ruesga (Santander). 600 pesetas. Idem.

Matronas.

Villavaquerín (Valladolid). 450 pesetas. 18 de Noviembre.

Velilla (Valladolid). 600 pesetas. 13 de Noviembre.

Penellas (Lérida). 450 pesetas. Idem.

Cantavieja (Teruel). 750 pesetas. 11 de Noviembre.

Ruesga (Santander). Idem. Idem.

ALMORRANAS



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

De venta en farmacias.

*Hecho en el Ayuntamiento
para la Ciudad*

CALCOLÉOL

ACEITE de HIGADO de BACALAO

(COMPROBADO BIOLÓGICAMENTE)

CONCENTRADO Y

SOLIDIFICADO

VITAMINAS A.B.D.

SALES de HIERRO y de CALCIO

GRAGEAS
INALTERABLES
SIN OLOR
Y EN
GRANULADOS



POSOLOGIA

Adultos: de 6 a 10 grageas
ó 3 a 5 cucharadas de las de café
de granulados

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

INDICACIONES

RAQUITISMO

TRASTORNOS del CRECIMIENTO

ESPASMOFILIA DESMINERALIZACION

GASTRO - ENTERITIS

AVITAMINOSIS

CALCOLÉOL

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