

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

FRANQUEO
CONCERTADO

HISTORIAL

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

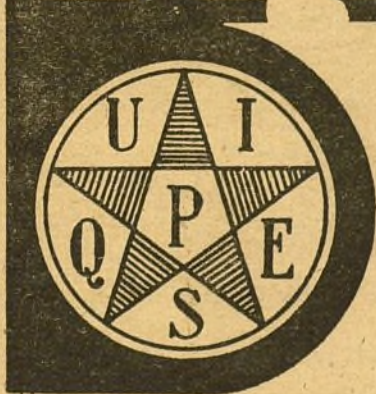
PUBLICACIONES REFUNDIDAS

Boletín de Medicina, Gaceta Médica, Genio Médico-Quirúrgico, Fundador: Tejada y España.
Correspondencia Médica, Fundador: Cuesta y Ckerner.— La Sanidad Civil, Fundador: D. J. 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..... }

DIABETES



VINO URANADO PESQUI

Que elimina el azúcar del organismo a razón de un gramo por día, fortifica, calma la sed, evita y cura las complicaciones DIABÉTICAS

OTROS PREPARADOS:

SIMIL AZÚCAR PESQUI, para el uso de los diabéticos.

DELGADOSE. Contra la obesidad, completamente inofensivo.

Alcohol de MENTA PESQUI. Antiséptico, para la higiene de la boca.

RINONASOL PESQUI. Contra el catarro nasal.

LABORATORIO PESQUI

Alameda, 17, San Sebastián (ESPAÑA)

Arhéol

C¹⁵H²⁰O

Principio activo de la Esencia de Sándalo
Superior a las Esencias de Cedro y de Sándalo

Gonorrea - Cistitis

Catarro vesical

Pielonefritis - Pielitis

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



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

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

Mutasán

(INYECTABLE)

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

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación de ferrocarril.

elección popular durante el tiempo de la condena. 3.º La incapacidad para tener los honores, cargos y derechos mencionados en el núm. 1.º igualmente por el tiempo de la condena.

Art. 35. La inhabilitación especial para cargo público producirá los efectos siguientes: 1.º La privación del cargo o empleo sobre que recayere y de los honores anejos a él. 2.º La incapacidad de obtener otros análogos durante el tiempo de la condena.

Art. 36. La inhabilitación especial para el derecho de sufragio privará al penado del derecho de elegir y ser elegido durante el tiempo de la condena para el cargo público de elección popular sobre que recayere.

Art. 37. La suspensión de un cargo público inhabilitará al penado para su ejercicio y para obtener otro de funciones análogas por el tiempo de la condena.

Art. 38. La suspensión del derecho de sufragio inhabilitará al penado igualmente para su ejercicio durante el tiempo de la condena.

Art. 39. Cuando la pena de inhabilitación, en cualquiera de sus clases, y la de suspensión recayeren en personas eclesiásticas, se limitarán sus efectos a los cargos, derechos y honores que no tuvieren por la Iglesia, y a la asignación que tuviesen derecho a percibir por razón de su cargo eclesiástico.

Art. 40. La inhabilitación para profesión u oficio privará al penado de la facultad de ejercerlos por el tiempo de la condena.

Art. 41. La suspensión de profesión u oficio producirá los mismos efectos que la inhabilitación durante el tiempo de la condena.

Art. 42. La interdicción civil privará al penado, mientras la estuviere sufriendo, de los derechos de patria potestad, tutela, participación en el Consejo de familia, de la autoridad marital, de la administración de bienes y del derecho de disponer de los propios por actos entre vivos. Exceptuándose los casos en que la Ley limita determinadamente sus efectos.

1.º Ser el agraviado cónyuge o ascendiente, descendiente, hermano legítimo, natural o adoptivo, o afín en los mismos grados del ofensor.

2.º Realizar el delito por medio de la imprenta, litografía, fotografía u otro medio que facilite la publicidad.

TÍTULO II

De las personas responsables de los delitos y faltas.

CAPÍTULO PRIMERO

[DE LAS PERSONAS RESPONSABLES CRIMINALMENTE DE LOS DELITOS Y FALTAS]

Art. 12. Son responsables criminalmente de los delitos:

1.º Los autores.

2.º Los cómplices.

3.º Los encubridores.

En las faltas sólo son responsables criminalmente los autores. No obstante, son también responsables los cómplices en las faltas contra la vida y la integridad corporal o la propiedad.

Art. 13. Se exceptúan de lo dispuesto en el artículo anterior los delitos y faltas que se cometan por medio de la imprenta, grabado u otro medio mecánico de publicación. De dichos delitos responderán criminalmente sólo los autores.

Art. 14. Se consideran autores:

1.º Los que toman parte directa en la ejecución del hecho.

2.º Los que fuerzan o inducen directamente a otros a ejecutarlo.

3.º Los que cooperan a la ejecución del hecho por un acto sin el cual no se hubiere efectuado.

Art. 15. Sin embargo de lo dispuesto en el artículo anterior, solamente se reputarán autores de los delitos mencionados en el art. 13 los que realmente lo hayan sido del escrito o estampa publicados. Si éstos no fueren conocidos o no estuvieren domiciliados en España, o estuvieren exentos

de responsabilidad criminal, con arreglo al art. 8.º de este Código, se reputarán autores los directores de la publicación que tampoco se hallen en ninguno de los tres casos mencionados. En defecto de éstos, se reputarán autores los editores, también conocidos y domiciliados en España, y no exentos de responsabilidad criminal, según el artículo anteriormente citado, y en defecto de éstos, los impresores.

Se entiende por impresores, para el efecto de este artículo, los directores o jefes del establecimiento en que se haya impreso, grabado o publicado por cualquier otro medio el escrito o estampa criminal.

Art. 16. Son cómplices los que, no hallándose comprendidos en el art. 14, cooperan a la ejecución del hecho por actos anteriores o simultáneos.

Art. 17. Son encubridores los que, con conocimiento de la perpetración del delito, sin haber tenido participación en él como autores, ni cómplices, intervienen con posterioridad a su ejecución de alguno de los modos siguientes:

1.º Aprovechándose por sí mismos o auxiliando a los delinquentes para que se aprovechen de los efectos del delito.

2.º Ocultando o inutilizando el cuerpo, los efectos o los instrumentos del delito para impedir su descubrimiento.

3.º Albergando, ocultando o proporcionando la fuga al culpable, siempre que concurre alguna de las circunstancias siguientes:

Primera. La de intervenir abuso de funciones públicas por parte del encubridor.

Segunda. La de ser el delincuente reo de traición, homicidio contra el jefe del Estado, parricidio, asesinato, o reo conocidamente habitual de otro delito.

Art. 18. Están exentos de las penas impuestas a los encubridores los que lo sean de sus cónyuges, de sus ascendientes, descendientes, hermanos legítimos, naturales o adoptivos, o afines en los mismos grados con sólo la excepción de los encubridores que se hallaren comprendidos en el número primero del artículo anterior.

Las de inhabilitación absoluta e inhabilitación especial durarán de seis años y un día a doce años.

Las de presidio y prisión menores y la de destierro durarán de seis meses y un día a seis años.

La de suspensión durará de un mes y un día a seis años.

La de arresto mayor durará de un mes y un día a seis meses.

La de arresto menor durará de uno a treinta días.

La de caución durará el tiempo que determinen los Tribunales.

Art. 31. Lo dispuesto en el artículo anterior no tiene lugar respecto de las penas que se imponen como accesorias de otras, en cuyo caso tendrán las penas accesorias la duración que respectivamente se halle determinada por la Ley.

Art. 32. Cuando el reo estuviere preso, la duración de las penas empezará a contarse desde el día en que la sentencia condenatoria hubiere quedado firme.

Quando el reo no estuviere preso, la duración de las penas que consistan en privación de libertad empezará a contarse desde que aquél se halle a disposición de la Autoridad judicial para cumplir su condena.

La duración de las penas de extrañamiento, confinamiento y destierro, no empezará a contarse sino desde el día en que el reo hubiere empezado a cumplir la condena.

Art. 33. La prisión preventiva sufrida por el delincuente durante la tramitación de la causa, se abonará en su totalidad, cualquiera que sea la índole de la pena a que fuere condenado.

Sección segunda.

Efectos de las penas, según su naturaleza respectiva.

Art. 34. La pena de inhabilitación absoluta producirá los efectos siguientes: 1.º La privación de todos los honores y de los empleos y cargos públicos que tuviere el penado, aunque fueren de elección popular. 2.º La privación del derecho de elegir y de ser elegido para cargos públicos de

TERTULIA MÉDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

— AMENIDADES —

17-XII-1932

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

Consejos a los viajeros.

EL VESTIDO

«La conducta del hombre debe semejarse a su vestido: no muy ajustado o complicado, sino holgado y que permita el ejercicio y los movimientos.»

FRANCIS BACON.

La mayoría de las Sociedades nacionales de la Cruz Roja se ocupan en cierto modo del vestido. Algunas por medio de sus obradores, sus «Clubs» de Madres, sus clases de costura, visten a los indigentes y abastecen los roperos o «los armarios de reserva» de las Secciones de Socorro de la Cruz Roja. Por todas partes la costura, el remiendo y las labores de punto figuran entre las ocu-

paran cada año por Nochebuena paquetes de ropa, sino que también confeccionan vestidos en caso de calamidad o desastre. En sus artículos populares de higiene, la Cruz Roja checoslovaca hace recomendaciones sobre el vestido. La Cruz Roja del Japón organiza en el

lud. Pero no ocurre lo mismo con el calzado.

Jamás se debería emprender un largo viaje con amigos o con zapatos nuevos. Unos y otros pueden perjudicar. Los zapatos nuevos pueden producir ampo-

El complejo fósforo vitamínico

Vitophos

polvo - tabletas - jarabe

CHENMIROSA IBÉRICA, S. A.

Museo de Higiene de Tokio una exposición de ropas de invierno.

El asunto es demasiado amplio para resumirlo en un corto artículo. Nos limitaremos a dar algunos consejos a los viajeros sobre el modo de vestirse.

Unos se ponen para viajar sus mejores ropas, otros lo que tienen más viejo. Una y otra costumbre puede defenderse, ninguna guarda relación con la sa-

OPOSICIONES

a las vacantes de médicos titulares

y

OPOSICIONES

a inspectores municipales de Sanidad.

La obra

OPOSICIONES

que edita EL SIGLO MÉDICO

contesta al Programa oficial.

OPOSICIONES

Medicina, Cirugía, Higiene, Legislación

GRATIS

para los suscriptores de EL SIGLO MÉDICO que tengan abonada la suscripción antes del 15 de Enero de 1933.

OPOSICIONES

llas e infectarse éstas. Pero no por eso hay que ponerse unos zapatos con la suela rota.

Un cirujano notable discutió recientemente los méritos respectivos de los

OMNADINA

ACTIVADOR DE LAS DEFENSAS DEL ORGANISMO

paciones de las niñas afiliadas a la Cruz Roja de la Juventud. No solamente pre-

mucha frecuencia que se hinchan los pies dentro de una bota de cuero mojado y no cede a ningún esfuerzo, teniendo que dormir en más de una ocasión con las botas puestas. Y cuando se está solo, la desgracia se hace más soportable.

El comandante bajó los ojos para dar a sus últimas palabras una especie de profundidad socarrona, y se puso a contemplar sorprendido el cuarto, en el que todo era cómodo, limpio y casi rico.

—¡Qué lujoso cuarto! — dijo —; usted estará alojado maravillosamente.

—Venga usted a verlo — contestó el médico —; somos vecinos; lo nos hallamos separados más que por la escalera.

Genestas quedó aún más sorprendido cuando apreció al entrar en el cuarto del médico una alcoba completamente desprovista de adorno, cubriendo las paredes con un viejo papel parduzco de rosas amarillentas y descoloridas en muchos trozos. La cama, de hierro groseramente barnizado, se hallaba provista de unos bastidores de madera, de los que colgaban unas cortinas de lienzo gris, a los pies de las cuales se hallaba un tapiz deteriorado, dando todo el conjunto un aspecto característico de cama de hospital. A la cabecera se encontraba una de esas mesillas de noche de cuatro patas, y cuyos cajones se abren y se cierran a costa de un escandaloso ruido. Tres sillas y dos sillones de paja y una cómoda de nogal, sobre la cual se encontraba una subeta y un vaso para el agua, bastante característicos,

completaban el mueblaje. La chimenea denunciaba con su frialdad el tiempo que no se había encendido, y encima de las piedras dispuestas para el fuego se encontraban los útiles necesarios para afeitarse, ante un viejo espejo colgado por un trozo de cuerda. El piso, escrupulosamente limpio, se encontraba en algunas partes usado y en otras descascarillado o roto. Dos cortinas de paño gris, bordadas con franjas verdes, adornaban las dos ventanas que tenía el cuarto; todo el conjunto, incluso la mesa redonda, que contenía algunos papeles y un escritorio, a pesar de la extremada limpieza en que lo mantenía Jacoba, daba una idea innegable de una vida monacal, indiferente para todas las cosas y llena de sentimientos. Una puerta entreabierta dejó vislumbrar al comandante un gabinete, en el que el médico se encerraba alguna vez. Esta habitación se encontraba en un estado muy semejante al de la alcoba. Algunos libros empolvados descansaban sobre unas tablas casi podridas y unos estantes llenos de botellas con sus respectivas etiquetas hacían pensar que la Farmacia ocupaba en ellos más sitio que la Ciencia.

—Seguramente le extrañará a usted la diferencia que hay entre su cuarto y el mío — dijo Benassis —. Pues verá usted la explicación: siempre me he avergonzado de los que, alojando huéspedes en su casa, les dan espejos que puedan desfigurar de tal modo la realidad, que mirándose en ellos puedan considerarse más pequeños o más grandes.

tacones altos y bajos. Designa como tacones altos todos aquellos que miden más de cinco centímetros. Según él, más de las dos terceras partes de las mujeres civilizadas llevan zapatos con tacones altos. Desde luego convendría saber lo que se entiende por «mujeres civilizadas» para comprobar esta aserción. En algunos países, considerados como civilizados, las mujeres que llevan ta-

contrario, le han citado el ejemplo de un concurso de marcha de Londres a

Contra las neuralgias aconsejadas CEREBRINO MANDRI

Brighton, cuya campeona llevaba los zapatos habituales con tacones altos.

Después de observar que los tacones altos son necesarios para las personas que tienen pies llanos, llega a la conclusión de que un tacón de cinco centímetros es un accesorio muy útil y que no existe razón alguna — sino la costumbre — para reservarlo al sexo femenino. Desde luego, todo depende de la naturaleza del suelo; para recorrer un camino pedregoso no hay que llevar ta-

¿Cómo generalizar? Unos llevan lana sobre la piel, otros prefieren algodón, hilo o seda. Las mujeres jóvenes llevan corpiños muy escotados, mientras que los hombres tiemblan bajo una bufanda. Las largas distancias recorridas por las nadadoras demuestran claramente que las mujeres conservan mucho más tiempo la temperatura normal. Pero abusan de esta ventaja: mirad las piernas amo-

ANTIPHLOGISTINE

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

cones altos son objeto de burla por parte de los hombres. ¿Quién tiene razón?

Una gran casa inglesa de calzado calculó que el 69 por 100 de los zapatos que fabricaba tenían tacones de más de cinco centímetros. La mayoría de las clientas prefieren los tacones altos porque hacen el pie más pequeño, más arquetado y están más de moda. Todas aseguran que estos zapatos son mucho más agradables que los que tienen tacones bajos, sobre todo cuando hay que permanecer largo tiempo de pie.

El cirujano a que nos referimos no ha discutido la prueba de que los tacones altos sean causa de los hombros caídos, de las desviaciones de la columna vertebral, de la ptosis abdominal, de la deformación del dedo gordo del pie, de los juanetes, de las exórtosis y de los callos. Ha examinado esqueletos,

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

radiografiado pies, recogido opiniones personales de muchas mujeres, pero no llega a condenar los tacones altos. Al

TODO SUSCRIPTOR

de EL SIGLO MÉDICO

TIENE DERECHO

abonando el año 1933 antes del 15 de Enero

A RECIBIR GRATIS

a partir del 7 de Enero de 1933

LAS CONTESTACIONES

que se están editando

AL PROGRAMA

para las vacantes

DE MÉDICOS TITULARES

cones altos. Nuestra salud y nuestro bienestar dependen de tal modo de nuestros zapatos, sobre todo cuando viajamos, que más vale tener en cuenta estas opiniones largamente meditadas, a pesar de lo subversivas que puedan parecer.

Por lo que se refiere al tejido de los vestidos, las opiniones difieren según la nación, el individuo, hasta el sexo.

Solución salicilato sódico Domingo.

Cada cucharada contiene dos gramos de salicilato sódico puro.

J. DOMINGO CHURTÓ

C. Libertad, 14, BARCELONA

ratadas, hinchadas y doloridas de las mujeres que llevan finas medias de seda cuando hace un frío intenso.

Las mujeres que se trasladan a países fríos harán bien en llevar zapatos anchos que les permitan ponerse dos pares de medias uno sobre otro. Cuando se ha andado durante todo el día no hay nada mejor que cambiarse de medias después de tomar un baño de pies.

El profesor E. Friedberger, director del Instituto de Investigaciones Científicas y de Inmunización de Berlín Dahlem, llamó la atención acerca de las grandes diferencias que existen entre el pelaje de un perro y la ropa de los humanos. En Alemania, en invierno, el pelo del perro no representa más que 1,4 por 100 de su peso total, mientras

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

que los trajes de invierno de un hombre constituyen el 10 por 100 de su peso

SIGUE A LA PÁGINA XVIII

des de lo que son. ¿No debe uno esforzarse siempre por disponer para sus amigos un alojamiento que, aunque sea breve, sea lo más agradable posible? La hospitalidad me parece a la vez una virtud, una felicidad y un lujo; pero sobre cualquier aspecto que se la considere, sin exceptuar el caso en que es una especulación, ¿no es necesario desplegar para el huésped todas las comodidades que tengamos a nuestro alcance? En vuestra habitación se encuentran los mejores muebles, el tapiz nuevo, las colgaduras, el reloj, las bujías y la lamparilla; para usted los cuidados de Jacoba, que sin duda alguna os habrá provisto de zapatillas, de leche y de calentador de camas. Espero que jamás hayáis estado sentado sobre mejor sillón que en el que con buenos muelles se preparó para sí el difunto cura; pero es lo cierto que, para encontrar modelos de cosas buenas, hermosas y cómodas, hay que recurrir a las iglesias. En fin, espero que en su cuarto encontrará cuanto necesite: buen cepillo, excelente jabón y todos cuantos accesorios pueda necesitarse para una perfecta toilette. Pero, mi querido Bluteau, aunque mis explicaciones no aclaren con exactitud la diferencia que hay entre nuestros alojamientos, comprenderá usted perfectamente la desnudez y el desorden de mi cuarto, cuando mañana tenga conocimiento de las idas y venidas en que empleo mis actividades profesionales. En primer lugar, mi vida no es casera, puesto que siempre me encuentro trabajando fuera. Si estoy en mi casa, a cada momento

vienen los aldeanos a consultarme todo género de cosas, y tengo que dedicarles cuerpo, alma y casa. ¿Podré, además, concederme el lujo de la etiqueta con todos los desperfectos que involuntariamente me causarían estas pobres gentes? El lujo está muy bien en los hoteles, en los castillos, en los cuartos de señoras y en los de los amigos. En fin, si no entro en este cuarto más que para dormir, ¿qué pueden importarme los despilfarros de la riqueza? Por otra parte, no sabe usted cuán indiferente me resulta todo lo que pertenece a este bajo mundo.

Se dieron las buenas noches, estrechándose cordialmente la mano, y se dispusieron a acostarse. El comandante poco después se hallaba dormido, no sin haber hecho antes alguna reflexión acerca de aquel hombre que en cada hora engrandecía en su espíritu.

CAPÍTULO II

A TRAVÉS DE LOS CAMPOS

El cariño que todo caballero conserva para con su montura, hizo que Genestas llamase al mozo para que le informase del trato que había concedido a su caballo, quedando muy satisfecho del comportamiento de Nicolle.

—¿Ya se ha levantado usted?—dijo Benassis saliendo al encuentro de su huésped—. Es usted un verdadero militar;

LABORATORIOS CAMPOS FILLOL
VALENCIA

LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal.

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

Frasco de 250 gramos, 3,66 ptas. en toda España.

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día.

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

LACTOBULGARINA

Bactilose

**OLIVER
RODES**

**PRODUCTO
DEL PAÍS**

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 RODES**

CONSEJO CIENTO 308 · BARCELONA

Tratamiento de la TOS en general
Tos seca - Bronco-neumonía
Bronquitis - Gripe
Tuberculosis
Asma

GERMOSE

Gotas del Dr.
BAYRAC
(NO TÓXICO)

**Específico
contra la Coqueluche.**
(Tos Ferina.)

A base de Fluoroformo estabilizado en extractos vegetales.

LABORATOIRES LEBEAULT. — 3 y 5, Rue Bourg-l'Abbé. — Paris.

Agentes generales: Giménez-Salinas y C.^a, Sagúes, 2 y 4, Barcelona (S. G.)

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 sulfato 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.



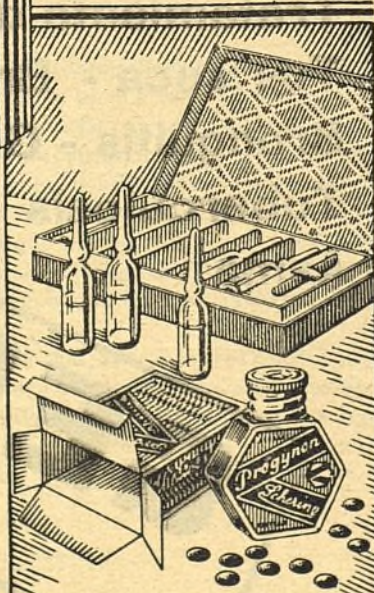
PROGYNON

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

- *Concentración elevada
estandarización exacta*
- *Ampliamente experimentada
en animales (incluso monas)*
- *Eficaz por vía oral gracias a la
adición de lipoides especiales*

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

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



ENVASES ORIGINALES:
Fascos de 15 y 30 grageas
de 150 U. R. Cajas de 6
amp. de 100 U. R. en 1 c. c.

Para
T O . D O S

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



HEMORROIDES



SUPOSITORIOS

MIDY

Adreno-estípticos

4

principios activos
de ahí su eficacia
cierta

HEMORROIDES

POMADA

MIDY

Adreno-estíptica

HEMORROIDES

Cada Supositorio
o 3 gr. de Pomada
contiene:

Adrenalina $\frac{1}{4}$ gr.

Estovaina } 0.06.

Anestesia } 0.06.

Ex: de Castañas de India
frescas Estabilizado 0.02.

Hamamelis.

Cupressus.




MUESTRA:
LABORATORIOS MIDY

HEMORROIDES

4, rue du Colonel Moll, PARIS (Francia)



Inofensivo y de una Pureza absoluta

**CURACION
RADICAL
Y RÁPIDA**

(Sin Copaiba — ni Inyecciones)

de los Flujos Recientes ó persistentes

PARIS, 8, Rue Vivienne y en todas las Farmacias

Exigir la Firma



Sobre el rótulo

Exigir el Nombre



Sobre cada cápsula

Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

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

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

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

FORMAS FARMACÉUTICAS :

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

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

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

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

Concesionarios Generales para la Exportación:
LECZINSKI & Co
67, Rue de la Victoire
Paris

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



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

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.

ANTALGOL DALLOZ

Granulado

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

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

LA GENTE MODERNA

preferimos la luz eléctrica



a los antiguos quinqués de aceite



y los automóviles



a los coches de caballos



de otra época,



porque obtenemos resultados más rápidos y más eficaces.

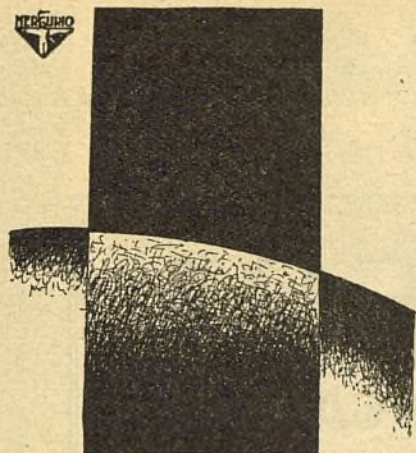
AGAROL es la emulsión original de aceite mineral y agar-agar con fenolftaleína. Reblandece el contenido intestinal y estimula suavemente la peristalsis.

Igual ocurre con el estreñimiento. Un nuevo día nos ha traído un nuevo sistema: AGAROL. Para satisfacer las necesidades modernas el AGAROL combina la eficacia con la facilidad de tomarse. No tiene gusto de aceite ni sabor artificial, al que sea difícil acostumbrarse.

La eficacia debe comprobarse con la experiencia. Con gusto le enviaremos muestras para un ensayo.

AGAROL para el estreñimiento

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



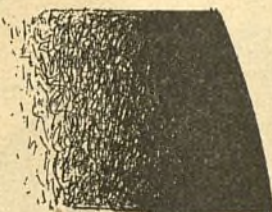
"SAL DE FRUTA" ENO ("FRUIT SALT")

MARCAS

REGISTRO

ACUMULACION DE RESIDUOS

Cuando las funciones orgánicas experimentan algún trastorno, tienden a recobrar automáticamente su equilibrio; pero, entre tanto, puede tener lugar una acumulación de residuos y productos secundarios que retarde y aún impida el total restablecimiento del paciente. Pocos son los trastornos, psíquicos o físicos, que no estén asociados a una perturbación más o menos intensa de la función intestinal eliminadora. De aquí que el médico se vea frecuentemente en la precisión de recomendar un laxante que corrija eficazmente esos estados de atonía intestinal. A este fin, nada mejor que la "Sal de Fruta" ENO. Por su sabor agradable y acción suave y segura es el laxante ideal. Los médicos lo usan.



UN FRASCO DE MUESTRA GRATIS

se enviará a todo médico que lo solicite del Concesionario:
FEDERICO BONET
Apartado 501 - Madrid



LA HELENINA Y LOS TERPENOS

DEL GOMENOL

FORMULA

Eucaliptol...	
Citreno...	1 gr.
Terpenol...	
Benzoato y Cinamato sódico...	2 grs.
Helenina...	0,02
Fosfato de codeína...	0,05

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



EUBRONQUIOL

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

CALCOLÉOL

ACEITE de HIGADO de BACALAO

(COMPROBADO BIOLÓGICAMENTE).

CONCENTRADO Y

SOLIDIFICADO

VITAMINAS A.B.D.

SALES de HIERRO y de CALCIO

GRAGEAS
INALTERABLES
SIN OLOR
y EN
GRANULADOS



POSOLOGIA

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

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

INDICACIONES

RAQUITISMO

TRASTORNOS del CRECIMIENTO

ESPASMOFILIA DESMINERALIZACION

GASTRO - ENTERITIS

AVITAMINOSIS

CALCOLÉOL

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



MORRHUËTINE JUNGKEN

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

NURRISOL

RECONSTITUYENTE GENERAL PARA LAS MUJERES QUE CRIAN
FACILITA LA LACTANCIA MATERNA

PAHIRVOL

TÓNICO ESTOMACAL
INSUFICIENCIA Y ATONÍAS GÁSTRICAS

ION - CALCINA

PALLARÉS

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

Frasco. — Para uso interno.

Ampollas. — Inyección intravenosa.

Laboratorio M. PALLARES

Plaza Mosén Sorell, 6.

VALENCIA

STROPHANTUM

PALLARES

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

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)

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

Médico jefe: DR. O. AMREIN

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

Prospectos y ofertas por la Dirección Comercial.

LABORATOIRE NATIVELLE

27, Rue de la Procession — PARIS (15^e)

NATIBAÏNE

ÚNICA ASOCIACIÓN DE
DIGITALINE NATIVELLE
Y DE
OUABAÏNE ARNAUD

Draeger.

Estimulación Fisiologica
de las Glandulas Digestivas
por medio del **Intestinol** Henning
PREPARADO DE PANCREAS, SECRETINA Y CARBON

Indicaciones:

Prof. R. Hirsch, «Nuevo preparado contra la dispepsia y el aumento de gases». (Munchner Medizinische Wochenschrift, N^o 30, 1926, 1236-37).
Cons. de San. Dr. Klittsteiner, «Nuevas observaciones con Intestinol» (Der praktische Arzt, H. 15, 1928).
1^a Sección Médica del Hospital de los Hermanos de la Caridad de Viena (Direc. Prof. Dr. C. Steyskal) autor Dr. C. Nemetz, «Intestinol, nuevo preparado contra las dispepsias». (Fortschritte der Medizin, N^o 6, 1926).
Ambulatorio central de especialidades del ejército de Viena (Dr. Karl Müller), «Tratamiento de los trastornos digestivos con Intestinol». (Medizinische Klinik, N^o 11, 1928).
Dr. Kadletz, «Experiencias con el Intestinol en el tratamiento de dispepsias y trastornos digestivos». (Wiener kl. Wochenschrift, N^o 37, 1928).
Dr. Karl Giesemann, «Fermentoterapia en gastro y enteropatías». (Fortschritte der Therapie, H. 17, 1928).
Dr. Gerhard Böhn, «Autoobservación con Intestinol Henning». (Münchener Medizinische Wochenschrift, N^o 6, 1929).
Dr. Vermeeren, Bomst, «Contribución al tratamiento del catarro del intestino grueso consecutivo a disenteria». (Fortschritte der Medizin, N^o 25, 1929).
Dr. Hans Stein, Viena, «Observaciones acerca del problema de la gastritis y de la enteritis». (D. A. Z., N^o 220, 1930).

Catarro por fermentación

Debilidad de fermentos
(Insuficiencia pancreática)

Dispepsia

Meteorismo

angina de pecho consecutiva

Meteorismo de los Operados

Meteorismo de las Puérperas

Flatulencia

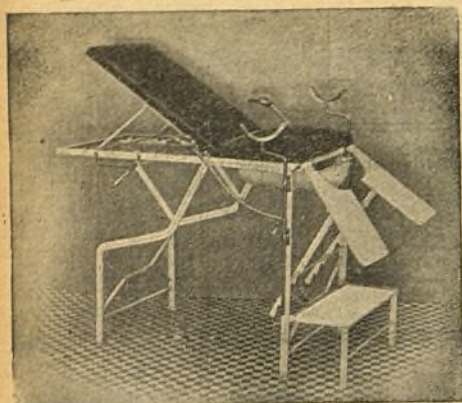
Foetor ex ore
tras meteorismo

Dr. GEORG HENNING / Berlín

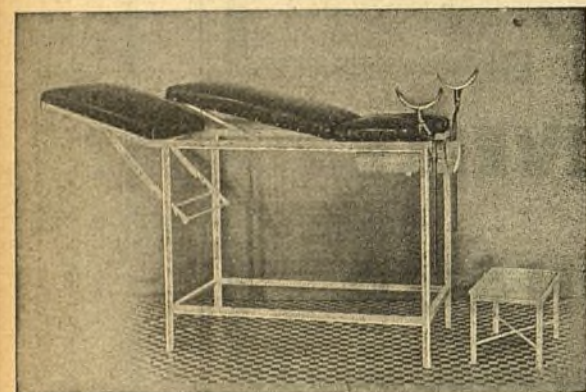
Representante general en España:

WALTER ROSENSTEIN / Barcelona
Apartado 712

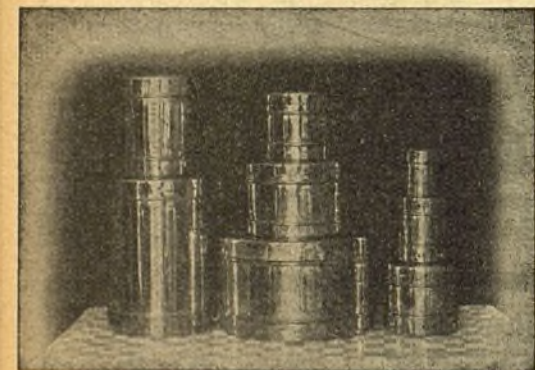
Muestras gratis a disposición de los señores Médicos que las soliciten.



Modelo 8.
Mesa de operaciones y reconocimiento EUREKA, modelo corriente con almohadones de gutapercha desmontables y juego de horquillas y pedales níquelados. Pesetas 195.

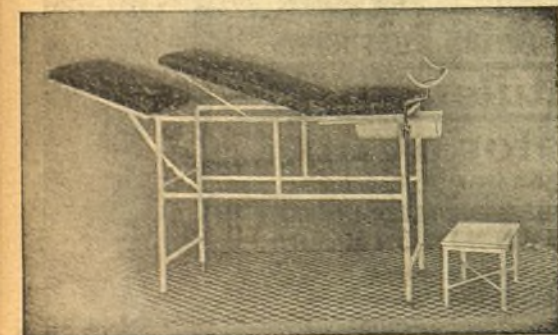


Modelos 1 y 2.
1.- Mesa de reconocimiento y curación, de hierro de ángulo esmaltado en blanco con horquillas o pedales níquelados y almohadones de gutapercha. Pesetas 100.
2.- La misma con escotadura para lavados. Pesetas 115.

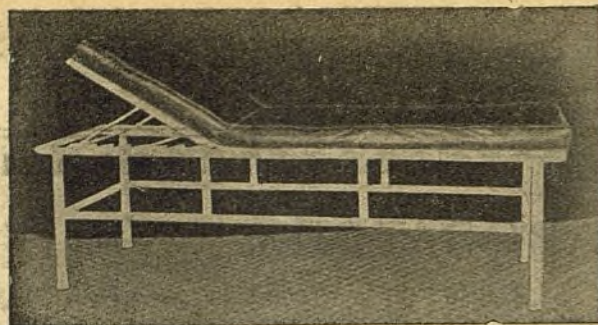


Modelos 80 al 87.
Botes metal níquelado doble tapa, para gases y algodones.

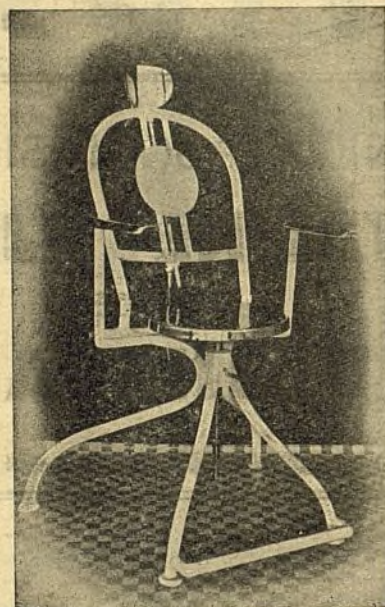
Núm.	80.	Ancho:	7 x 8	oms.	alto.	Pesetas
81.	10 x 12	8	9			
82.	14 x 12	8	11			
83.	14 x 18	8	13			
84.	20 x 14	8	16			
85.	20 x 28	8	16			
86.	30 x 18	8	24			
87.	30 x 35	8	41			



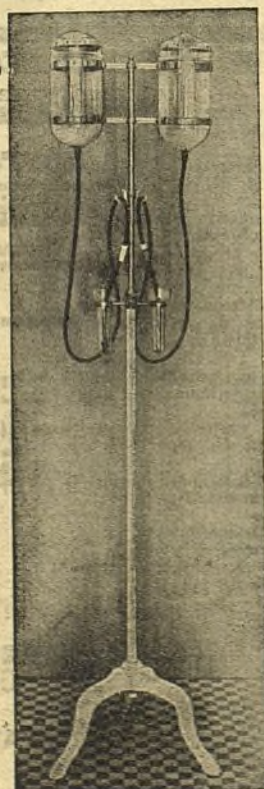
Modelos 5 y 6.
5.- Mesa de reconocimiento y curación, toda en tubo de hierro esmaltado en blanco, con horquillas o pedales níquelados y almohadones de gutapercha. Pesetas 160.
6.- La misma con escotadura para lavados. Pesetas 175.



Modelo 7.
Cama de reconocimiento y masaje, en tubo de hierro esmaltado en blanco con almohadas de gutapercha. Pesetas 225.



Modelo 51.
Sillón para otorino-laringología construido en sólido tubo de hierro. Respaldo de inclinación. Cabezal articulado y asiento giratorio. Pesetas 250.



Modelo 58.
Porta-irrigador pie fundido, muy sólido, de hierro esmaltado en blanco, parte superior níquelada, completo. Ptas. 65.

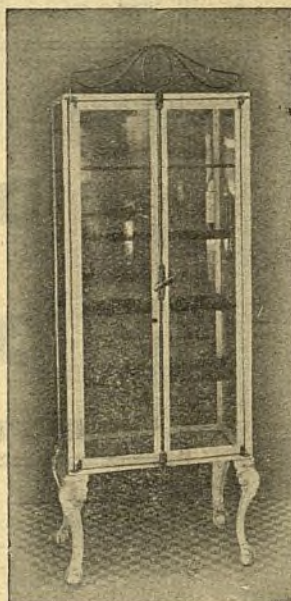
INDUSTRIAL MÉDICA

Calle Raimundo F. Villaverde, número 1.
(Cuatro Caminos)
Teléfono 40099

MADRID

FABRICACIÓN DE MOBILIARIO

PARA
MÉDICOS Y ODONTÓLOGOS

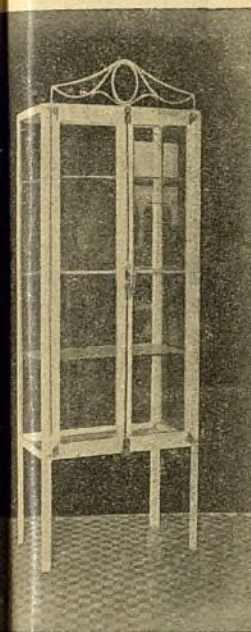


Modelos 18 a 23.
Vitrina ángulo hierro esmaltada en blanco con aplicaciones níqueladas, patas fundidas o rectas.

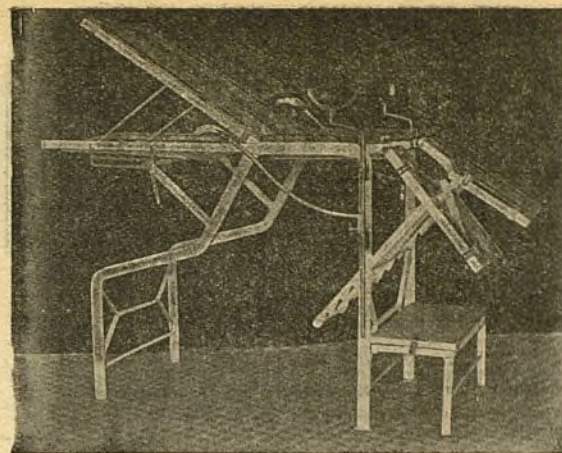
Número	18.	De	100 x 50 x 30	cms.	con	tres	entrepaños	estriados...	Ptas.
19.	De	110 x 55 x 30	30	cms.	con	tres	entrepaños	estriados...	145
20.	De	120 x 60 x 35	35	cms.	con	cuatro	entrepaños	estriados...	165
21.	De	100 x 50 x 30	30	cms.	con	tres	entrepaños	luna	190
22.	De	110 x 55 x 30	30	cms.	con	tres	entrepaños	luna	180
23.	De	120 x 60 x 35	35	cms.	con	cuatro	entrepaños	luna	205



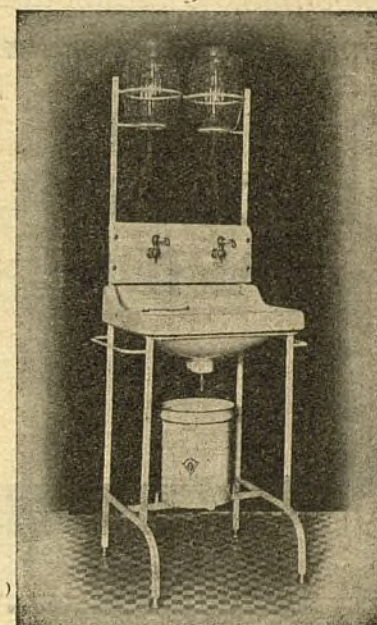
Modelos 34 y 35.
Vitrina, modelo muy elegante, con tres entrepaños y cajón independiente, en cristal opal, para gases, algodones, etc. de 110 por 55 x 80 cm.
Mod. 34. - Con tres entrepaños estriados. Pesetas 225.
Mod. 35. - Con tres entrepaños de luna. Ptas. 230.



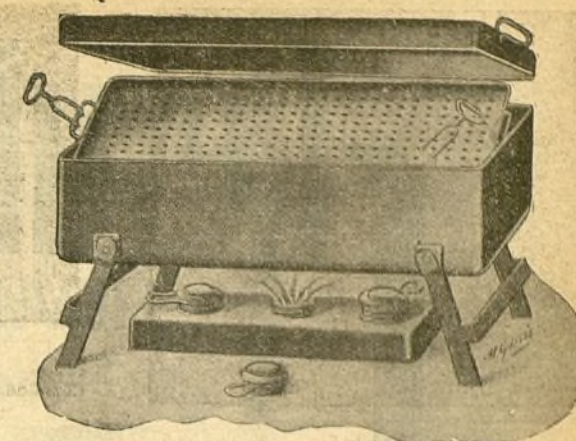
Modelo 146.
Mesa de despacho, forma riñón esmaltada en blanco, aplicaciones níqueladas; plano superior y entrepaños de lunas opalizadas, en negro o blanco. Pesetas 350.



Modelos 12 y 13.
12.- Mesa de operaciones EUREKA con planos de luna. Grueso del asiento 15 mm. con juego de horquillas y pedales. Lunas enteras. Pesetas 295.
13.- La misma, con lunas partidas. Pesetas 325.



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



Esterilizadoras para instrumentos.

Número	117.	De	18 x 9 x 6	Pesetas
118.	De	22 x 10 x 6	36	
119.	De	27 x 11 x 8	42	
120.	De	40 x 14 x 8	68	
121.	De	45 x 14 x 8	69	

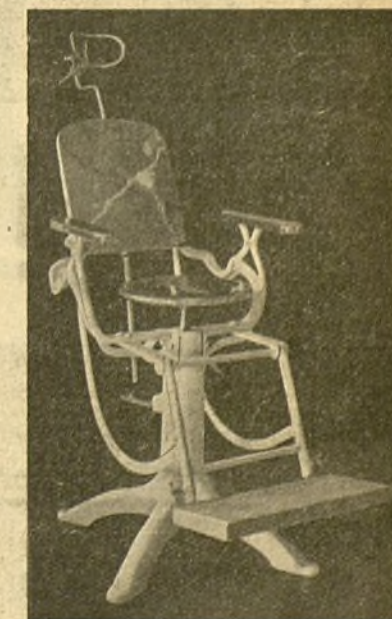
Facilidades
de
pago.



Modelo 100.
Mesita de niño, construida en tubo, esmaltada en blanco con almohadones de gutapercha del mismo color. Pesetas 150.



Modelo 49.
Silla para otorino fija, con cabezal articulado. Pesetas 95.



Modelo 104.
Sillón articulado, hasta la posición horizontal. Asiento de metal níquelado giratorio de altura por medio de un husillo. El respaldo es también de metal níquelado como asimismo todos los accesorios. El pie es pintado al esmalte blanco, y se construye también con la base redonda. Pesetas 225.

Revulsif Boudin

REVULSIVO LIQUIDO

a base de Esencias de Crucíferas



Substituye:

*Tintura de Iodo - Botones de Fuego
- Cataplasmas Sinapizadas -
Ouala tèrmica - Papeles de mostaza, etc.*

**LIMPIO
ENÉRGICO
RÁPIDO**

Muestras: Pedirlas a los Agentes en España: J. URIACH y C.^{ta}, S. A. — Bruch, 49. — BARCELONA

Asociación
digitalina-Dabaína



reemplaza con ventaja
Digital y Digitalina.

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

LABORATOIRES DEGLAUDE 6, Rue d'Assas
PARIS VI.

Muestras y
literaturas:

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

— 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. — VILAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)



Vitaminas naturales en su medio natural

El aceite puro de hígado de bacalao de Noruega, base de la Emulsión Scott, es el **veneno** más rico en Vitaminas A y D, factores **esenciales** de la nutrición.

El procedimiento original y **exclusivo** de Scott, elimina toda posibilidad de oxidación y consiguiente pérdida de poder vitamínico.

Con la Emulsión Scott, el médico **proporciona** Vitaminas naturales en su medio **natural**.



EMULSIÓN SCOTT

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

Eficaz e inocuo

se obtiene con el empleo de la ANTIBLEFARINA KIRCHNER en las BLEFARITIS, CONJUNTIVITIS, QUERATITIS, ORZUELO, QUEMADURAS, EROSIONES, ULCERAS Y HERIDAS INFECCIOSAS DE LA CórNEA, ULCERACIONES Y QUEMADURAS PALPEBRALES.

La ANTIBLEFARINA KIRCHNER es la primera pomada oftálmica a base de **Loretinato de Bismuto** que se divulgó a los señores oftalmiatras de España y América latina, según fórmula del Profesor don Tomás Blanco, de Valencia, que fué quien dió a conocer en España la gran eficacia terapéutica, en oculística, del **Loretinato de Bismuto** y el que pudo precisar, por su dilatada experiencia clínica, las varias indicaciones que posee por su intensa acción bactericida y poder astringente o secativo.

La expresión del crédito alcanzado por la ANTIBLEFARINA KIRCHNER, está en el hecho de la aparición, posteriormente, de preparaciones similares, como ocurre siempre que una determinada especialidad farmacéutica adquiere, por su eficacia, un auge considerable entre los señores facultativos.

Dada su absoluta inocuidad, puede aplicarse inclusive al ir a acostarse



ANTIBLEFARINA

LITERATURA
Y MUESTRAS
PARA EXPERIMENTACION CLINICA

OFTALMOTERAPICOS KIRCHNER-Sardañola (Barcelona)

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.



SANATORIO NEUROPÁTICO

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

Director: DR. GONZALO R. LAFORA

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

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

Pídanse reglamentos a la Administración.

INSTITUTO MEDICO-PEDAGOGICO

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

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

Dirección médica: Dr. Gonzalo R. Lafora.

ANTIASMATICO PODEROSO

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES

Jarabe-Medina de Quebracho.

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

PRECIO: 6,50 pesetas frasco.

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

ALMORRANAS



Producto español a base Hamam-virg.^a. *Æsculus hippocast*, 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.

MONOGRAFÍAS

PEDIDOS A EL SIGLO MEDICO

ANTIASMA POLVO FUMIGATORIO MENTOLADO
BENGALAIS
Eficaz, Agradable e inofensivo.
ASMA, ENFISEMA, CATARRO, ORIZA
De Venta en todas las Farmacias. — MUESTRAS: RIERA S. C. BARCELONA, Ap. 229.
A. FAGARD, Farmacéutico Preparador, 44, Rue d'Aguesseau. BOULOGNE-PARIS

ANALISIS

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

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

Carretas, 14, Madrid.

FUNDADO EN 1866

total. Hace una o dos generaciones el peso del traje era casi igual en hombres y mujeres; hoy día, según el Dr. Friedberger, los vestidos de la mujer son mucho más ligeros que antes.

No es sólo en este punto en el que ha hecho más progresos el hombre. En muchos países, el hombre lleva el mismo traje todo el día. Después de ponerse por la mañana la ropa interior de abrigo, no puede cambiar fácilmente, mientras que la mujer, que lleva ropa inte-

manta preservadora. Un periódico abierto sobre las rodillas en el tren, bajo el

CARABAÑA: el mejor purgante.

abrigo en automóvil descubierto, metido entre las mantas de una cama de hotel o bajo el chaleco antes de subir al

MEDICINA
CIRUGÍA
HIGIENE
LEGISLACION
CONTESTACIONES
PROGRAMA
OPOSICIONES
MÉDICOS
TITULARES
GRATIS
SUSCRIPTORES
SIGLO MÉDICO

puente de un barco, puede preservar al viajero de un resfriado, de una pulmonía o de cualquier enfermedad grave. Generalmente se emplean para los tra-

JARABE ALMERA

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

jes lana, algodón o lino. Los peores conductores del calor son desde luego los más espesos. La seda es tres veces mejor que la lana. El algodón y la tela conducen el calor cinco veces más que la lana, la cual conserva más la humedad que el algodón. Los tejidos que no conservan la humedad permiten una evaporación y un enfriamiento más rápidos. Consti-

tuye un serio inconveniente en los climas templados, pero bajo los trópicos este enfriamiento produce una agradable sensación de fresco.

Acaso el viajero olvide los consejos que anteceden y que van sobre todo dirigidos a las madres y a las esposas con la esperanza de que les serán útiles.

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

SARNA
Córrese con SULFURETO CABALLERO

La cartera de «Decio Carlan»

El médico no es nunca cómplice voluntario de la muerte, pero puede ser testigo por torpe codicia de la desventura.

Ich.

Rasga tu toga antes de que en ella pueda haber otras manchas que las de las lágrimas del que reconoce que si no fuiste acompañado por el éxito lo estás por la gratitud.

Ich.

¿Es verdad que en la sociedad moderna existe el tipo del médico logrero? Caso de serlo, ¿con qué respeto debe

CATARROS. TOS
JARABE MADARIAGA.
hansocinámico.

ceder su puesto al estafador y al tramposo?

Ich.

Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.
Alcalá, 88. — Madrid.

rior muy ligera y que cuenta con su chal para preservarse del frío, puede adaptar sus vestidos a cualquier temperatura.

Los viajeros o viajeras prudentes harán bien en vestirse de manera que puedan soportar los cambios bruscos de temperatura, mudándose de ropa interior con la misma rapidez.

Queda algo todavía que se encuentra en todas partes y que descuidamos por muy transidos de frío que que nos hallemos: el periódico. En el curso de sus exploraciones árticas, Nasen reconoció que varias capas delgadas de tejido protegen mejor del frío que una sola capa, por espesa que sea, porque entre cada tejido ligero se forma una capa de aire que ayuda a conservar el calor. Una

Jarabe Bebé. - Tetradinamo. - Senti-
cemol. - Purgantil (Jarabe de Frutas)
Véase anuncio, página II

hoja de papel es impermeable al aire, varias hojas sobrepuestas forman una

un militar que atiende al toque de diana hasta en los pueblos más apartados.

—Y usted, ¿se encuentra bien?— le respondió Genestas, a la vez que le alargaba la mano por un movimiento instintivo de amistad.

—Yo nunca me encuentro completamente bien — continuó Benassis entre sonriente y preocupado.

—Señor, ¿ha dormido usted bien?— dijo entonces Jacoba a Genestas.

—¡Rediez, hermosa joven!, me arregló usted la cama como para unos recién casados.

La galantería satisfizo a Jacoba, que sonriendo discretamente siguió a su señor y al capitán. Cuando los vio sentados a la mesa y dispuestos a desayunar, dirigiéndose a Nicolle dijo:

—Parece un buen señor este militar.

—¡Ya lo creo!— respondió el otro—; esta mañana me ha soltado dos pesetas.

—Comenzaremos nuestro paseo de hoy — dijo Benassis a su huésped, saliendo del comedor — por la visita a dos clientes que ayer han dejado de existir. Aunque los médicos rara vez desean encontrarse cara a cara con sus pretendidas víctimas, iremos a dos casas en las que podrá usted hacer alguna observación curiosa sobre lo que es la naturaleza humana. En ellas podrá usted apreciar dos cuadros que le prueben lo que los montañeses difieren de los habi-

tantes del valle en la expresión de sus sentimientos. La parte de nuestro cantón, situada en los picos de la montaña, conserva unas costumbres impregnadas de un sabor antiguo, que recuerda vagamente las escenas de la Biblia. Por toda la cadena de nuestras montañas existe una línea trazada por la naturaleza, a partir de la cual todo cambia de aspecto; en la parte alta domina la fuerza, y en la baja, la destreza; arriba, los sentimientos amplios; y abajo, una tendencia perpetua hacia los intereses de la vida material. Con excepción del valle de Anjou, cuya costa septentrional está poblada por imbeciles y la meridional por gentes inteligentes, hay dos poblaciones que, separadas únicamente por un arroyo, son completamente diferentes en todo: estatura, maneras de andar, fisonomía, costumbres y ocupaciones; en ningún sitio he podido ver una diferencia más sensible que la de estas gentes. Este hecho obligaría a cualquier gobernante de un país a realizar grandes estudios locales para aplicar las leyes a las masas. Los caballos están listos, vámonos.

En poco tiempo los dos caballeros habían llegado a una casa situada en la parte del burgo, desde la que se podían contemplar fácilmente las montañas de la gran Cartuja. A la puerta de esta casa, cuya entrada se hallaba muy limpia, se veía un féretro cubierto con un manto negro, colocado sobre dos sillas y entre cuatro cirios; por detrás, sobre un escabel, había un plato de cobre conteniendo un ramo de

LA RISA SOVIETICA

En Moscú se está discutiendo — y el debate lo dirigen personas muy serias — la importante cuestión de la risa.

Recientemente parece que alguien, desde las altas esferas del Estado, se dio cuenta de que la vida en Rusia le evaba

STROPHANTUM

— PALLARÉS —

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

camino de hacerse tan sombría, tan triste, que comenzaba a ser necesario aliviarse con cierta dosis de buen humor. El decreto que ponía trabas a la pública manifestación de la alegría y a la representación de comedias, fué suspendido. Sin embargo, todo parece indicar que los gobernantes soviéticos no quieren obrar a la ligera. En efecto: antes de reabrir las puertas al humor y a la alegría, creen que es necesario establecer qué clase de humor debe ser permitido y hasta qué punto debe ser consentida la risa.

Gracias a ese «código de la hilaridad» que se está formando en la U. R. S. S.,

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

nos será fácil distinguir las diversas modalidades de la risa, y podremos adoptar para nuestro uso aquellas que, desde distintos puntos de vista, sean consideradas como más útiles y necesarias.

Se quiere promover la «nueva especie de risa soviética», esencialmente distin.

Más de once mil médicos recetan y elaboran en sus familias el

ELIXIR CALLOL

ta de la «sonrisa pequeño-burguesa». Una risa fuerte, alegre, revolucionaria. «Una risa nueva — dice un diario de Moscú —, digna del nuevo tipo de humanidad que se perfila y desenvuelve bajo el signo comunista.»

La gente de teatro — autores, actores,

CONTESTACIONES

al programa vigente

OPOSICIONES

médicos titulares

GRATIS

completamente

GRATIS

para los suscriptores

EL SIGLO MÉDICO

Vea los detalles en el número 4.115.

obreros de la escena — parece que toma parte activa en la discusión. Para ellos, sobre todo para los actores, es muy interesante saber cómo se debe reír y cómo no se debe reír.

Por el momento, las personas que han de solucionar definitivamente la cues

“MALTOPOL”

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

ción, han declarado que algunas clases de humorismo pueden ser permitidas

después de una revolución proletaria; otras, en cambio, deben ser terminantemente prohibidas. Pero todavía no sabemos concretamente cuáles han de entrar en la prohibición y cuáles han de ser toleradas.

YODALGON

ARRHENALADO

COMBINACIÓN ORGÁNICA DE YODO Y ARSÉNICO

GALDOS Y «EL ABUELO»

En cierto pueblo, cuyo nombre no hace al caso, se representó «El abuelo» con extraordinario éxito.

Tanto gustó, que varias personas de la aludida localidad acordaron escribir a D. Benito expresándole el testimonio de su admiración.

Así lo hicieron, y tras algunos párrafos laudatorios, rogaban a Galdós que les dijese, pues la impaciencia les devoraba, cuál era la nieta legítima del conde de Albrit, si Dolly o Nel.

¡Les había admirado la obra, pero no la habían entendido!

Y a propósito de esto, un día se dejó decir D. Benito.

EL CHOCOLATE ZORRAQUINO

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

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

— Asunta pensar que acaso las admisiones más sinceras que tenemos son las de las personas que no nos han comprendido.

boj en agua bendita. Cada transeunte que entraba en el patio se arrodillaba ante el cadáver, decía un paternóster y echaba algunas gotas de agua bendita sobre el ataúd. Por encima del trapo negro sobresalía una mazorca verde de un jazmín plantado cerca de la puerta, y por encima del dintel se deslizaba el sarmiento tortuoso de una parra cubierta ya de hojas. Una joven acababa de barrer la antepuerta principal, obedeciendo a esa vaga necesidad de compostura que dirige las ceremonias, incluso las más tristes de todas. El hijo mayor del muerto, joven aldeano de veintidós años, estaba de pie, inmóvil y apoyado sobre el marco de la puerta. Tenía los ojos cargados de lágrimas, que asomaban sin caer, y que seguramente se enjugaba a cada momento en lugar aparte. Cuando Benassis y Genestas entraron en el patio, después de haber atado sus caballos a uno de los chopos colocados a lo largo del muro, por encima del cual habían podido observar la escena descrita, la viuda salía de su departamento acompañada de una mujer que llevaba un vaso de leche.

—Tenga usted paciencia y valor, señora — le decía esta última a la primera.

—¡Ahl, mi querida amiga. Cuando se ha vivido veinticinco años con un hombre, es un trance muy duro el de tener que abandonarle —, y sus ojos se inundaban de lágrimas.

Después, alargando la mano a la que se hallaba más próxima, dijo:

56

—Deme usted los dos sueldos que le corresponden.

—Tome usted; lo había olvidado dijo la aludida a la vez que alargaba la moneda—. Que se consuele usted pronto, vecina. ¡Ahl, viene aquí el señor Benassis.

—Qué hay, pobre madre; ¿se encuentra usted mejor? —preguntó el médico.

—Medianamente, señor médico — dijo llorando —; pero es necesario tirar como se pueda. Yo digo que mi marido ya no sufrirá más; pero, ¡ha sufrido tanto!... Entren ustedes, señores, y tú, Jacobo, ponles unas sillas para que se sienten. Vamos, hombre, muévete ligero; nunca te parecerás a tu pobre padre, aunque llegues a los cien años, y a pesar de que en estos momentos es necesario trabajar por dos.

—No se moleste y deje tranquilo a su hijo, buena mujer, que nosotros no llegaremos a sentarnos. Usted tiene en este muchacho un mozo que se cuidará de usted y que es muy capaz de reemplazar a su buen padre.

—Aviate en seguida, Jacobo — añadió la viuda —; que no tardarán en venir a buscarle.

—Adiós, señora — dijo entonces Benassis.

—Señores — dijo nuevamente [la viuda —, siempre será vuestra servidora.

—Ha visto usted — dijo el médico dirigiéndose a su amigo —; en este punto, la muerte es tomada como un accidente previsto, que no detiene las ocupaciones diarias de las familias, puesto que ni siquiera se pondrán luto. En los

Inhabilitación absoluta.

Inhabilitación especial para cargo público, derecho de sufragio activo y pasivo, profesión u oficio.

Suspensión de cargo público, derecho de sufragio activo y pasivo, profesión u oficio.

Penas leves.

Arresto menor.

Reprensión privada.

Penas comunes a las dos clases anteriores.

Multa.

Caución.

Penas accesorias.

Interdicción civil.

Pérdida y comiso de los instrumentos y efectos del delito.

Art. 28. La multa, cuando se impusiere como pena principal, se reputará grave cuando excediere de 250 pesetas, y leve cuando no llegase a dicha suma.

Art. 29. Las penas de inhabilitación y suspensión para cargos públicos y derecho de sufragio, son accesorias en los casos en que, no imponiéndolas especialmente la Ley, declara que otras penas las llevan consigo.

CAPÍTULO III

DE LA DURACIÓN Y EFECTOS DE LAS PENAS

Sección primera.

Duración de las penas.

Art. 30. La pena de reclusión mayor durará de veinte años y un día a treinta años.

Las de reclusión menor y extrañamiento durarán de doce años y un día a veinte años.

Las de presidio y prisión mayores y las de confinamiento durarán de seis años y un día a doce años.

CAPÍTULO II

DE LAS PERSONAS RESPONSABLES CIVILMENTE
DE LOS DELITOS Y FALTAS

Art. 19. Toda persona responsable criminalmente de un delito o falta lo es también civilmente.

Art. 20. La exención de responsabilidad criminal declarada en los números 1.º, 2.º, 3.º, 7.º y 10 del art. 8.º, no comprende la de la responsabilidad civil, la cual se hará efectiva con sujeción a las reglas siguientes:

Primera. En los casos 1.º, 2.º y 3.º, son responsables civilmente por los hechos que ejecutare el enajenado, el menor de dieciséis años y el sordomudo, los que los tengan bajo su potestad o guarda legal, a no hacer constar que no hubo por su parte culpa ni negligencia.

No habiendo persona que los tenga bajo su potestad o guarda legal, o siendo aquélla insolvente, responderán con sus bienes los mismos enajenados, menores o sordomudos, dentro de los límites que para el embargo de bienes señale la ley de Enjuiciamiento civil.

Segunda. En el caso del número séptimo, son responsables civilmente las personas en cuyo favor se haya precavido el mal, a proporción del beneficio que hubiere reportado.

Los Tribunales señalarán, según su prudente arbitrio, la cuota proporcional de que cada interesado deba responder.

Cuando no sean equitativamente asignables, ni aun por aproximación, las cuotas respectivas, o cuando la responsabilidad se extienda al Estado o a la mayor parte de una población, y en todo caso siempre que el daño se hubiere causado con el asentimiento de la Autoridad o de sus agentes, se hará la indemnización en la forma que establezcan las Leyes o Reglamentos especiales.

Tercera. En el caso del número 10, responderán principalmente los que hubiesen causado el miedo, y subsidiariamente, y en defecto de ellos, los que hubiesen ejecutado el hecho, dentro de los límites, respecto a estos últimos, que para el embargo de bienes señala la ley de Enjuiciamiento civil.

Art. 21. Son también responsables civilmente, en defecto de los que lo sean criminalmente, lo posaderos, taberneros y cualesquiera personas o empresas, por los delitos que se cometieren en los establecimientos que rijan, siempre que por su parte o la de sus dependientes haya intervenido infracción de los Reglamentos generales o especiales de Policía.

Son, además, responsables subsidiariamente los posaderos de la restitución de los efectos robados o hurtados dentro de sus casas a los que se hospedaren en ellas, o de su indemnización, siempre que éstos hubiesen dado anticipadamente conocimiento al mismo posadero, o al que le substituya en el cargo, del depósito de aquellos efectos en la hospedería y, además, hubiesen observado las prevenciones que los dichos posaderos o sus substitutos les hubiesen hecho sobre cuidado y vigilancia de los efectos. No tendrá lugar la responsabilidad en caso de robo con violencia o intimidación en las personas, a no ser ejecutado por los dependientes del posadero.

Art. 22. La responsabilidad subsidiaria que se establece en el artículo anterior será también extensiva a los amos, maestros, personas y Empresas dedicadas a cualquier género de industria, por los delitos o faltas en que hubiesen incurrido sus criados, discípulos, oficiales, aprendices o dependientes en el desempeño de sus obligaciones o servicio.

TÍTULO III

De las penas.

CAPÍTULO PRIMERO

DE LAS PENAS EN GENERAL

Art. 23. No será castigado ningún delito ni falta con pena que no se halle establecida por ley anterior a su perpetración

Art. 24. Las leyes penales tienen efecto retroactivo en cuanto favorezcan al reo de un delito o falta, aunque al publicarse aquéllas hubiere recaído sentencia firme y el condenado estuviere cumpliendo la condena.

Art. 25. El perdón de la parte ofendida no extingue la acción penal. Esto no se entiende respecto a los delitos que no pueden ser perseguidos sin previa denuncia o consentimiento del agraviado.

La responsabilidad civil, en cuanto al interés del condonante, se extingue por su renuncia expresa.

Art. 26. No se reputarán penas:

1.º La detención y la prisión preventiva de los procesados.

2.º La suspensión de empleo o cargo público acordada durante el proceso o para instruirlo.

3.º Las multas y demás correcciones que en uso de las atribuciones gubernativas o disciplinarias impongan los superiores a sus subordinados o administrados.

4.º Las privaciones de derechos y las reparaciones que en forma penal establezcan la leyes civiles.

CAPÍTULO II

DE LA CLASIFICACIÓN DE LAS PENAS

Art. 27. Las penas que pueden imponerse con arreglo a este Código y sus diferentes clases, son las que comprende la siguiente

Escala general.

Penas graves.

Reclusión mayor.
Reclusión menor.
Presidio mayor.
Prisión mayor.
Presidio menor.
Prisión menor.
Arresto mayor.
Extrañamiento.
Confinamiento.
Destierro.
Represión pública.

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

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

PROGRAMA CIENTIFICO:

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: Injertos quirúrgicos, por el Dr. José Blanc y Fortacín.—La pericarditis, por el Dr. Huertas Barrero.—El Hedwig's Krankenhaus de Berlín, por el Dr. Alfonso de la Peña y Pineda.—Divulgaciones científicas de actualidad: I. Investigaciones mal dirigidas.—II. Estadística de mortalidad y mejora en los domicilios.—III. El terror a la lepra en Berlín.—IV. Cambios en el concepto de la naturaleza de las vitaminas.—Sesiones clínicas.—Bibliografía.—Periódicos médicos.

INJERTOS QUIRURGICOS (1)

POR EL

DR. JOSÉ BLANC Y FORTACÍN

Profesor agregado a la Facultad de Medicina, cirujano del Hospital de la Beneficencia general

Señores: Mi más cumplida manifestación de gratitud al Cuerpo de profesores de este Instituto y a su director, el ilustre Dr. Botín, por el honor de haberme invitado a ocupar esta cátedra. Hace ya algunos años me confirió igual distinción el que era presidente vuestro, el eminente Dr. Cervera. Fué este ilustre médico el que inició los estudios biológicos en Cirugía; y así como el fundador de esta Casa, D. Federico Rubio, rompió con la rutina de la enseñanza superior médica introduciendo en ella métodos nuevos, por desgracia para los demás y suerte para vosotros, no comprendidos en las esferas oficiales, así el Dr. Cervera, al fundar a sus expensas aquel laboratorio para el estudio del cáncer, inició la investigación científica de los procesos que en la clínica quirúrgica se presentan y que antes de ahora y aun ahora han sido y son muchas veces sólo anotados sin entrar a fondo en la investigación de su significación y alcance. Fué el gran cirujano español uno de los pocos que concibió a la Cirugía más allá de los limitados horizontes del problema operatorio y descubrió en ella un campo vastísimo de experimentación clínica que permitía estudiar los fenómenos vitales con una perfección mayor (dentro de las dificultades de la complejidad de la Biología superior y de los deberes de la conciencia profesional) que en los laboratorios, donde, o se ve a la Naturaleza muerta, o aparece encuadrada en las limitadas áreas de organismos de complejidad funcional muy inferior a la del hombre, con todas las imperfecciones inherentes a una fenomenología las más de las veces artificiosa y provocada con similitud sólo a lo

que de modo espontáneo aparece en la clínica, el gran libro del médico biólogo.

Y rindiendo así homenaje al que lo fué, voy a exponer mi tema en ese aspecto. Perdonad mi atrevimiento, pues de tal hay que calificar que sea un modesto clínico quien a tal empresa aspire.

El injerto en Cirugía no puede tener más que una remotísima similitud con aquel que practica el alboricultor; si acaso la tiene es en el aspecto mecánico. El injerto que en agricultura se realiza, da por resultado la reproducción y desarrollo de un vegetal en otro; y con tal perfección, que no es un tejido ni un sistema lo que en el vegetal receptor tiene desenvolvimiento; es todo un organismo, otro árbol o planta lo que llega a formarse; es un caso de verdadera simbiosis lo que allí ocurre. En el organismo hombre, como vamos a ver, las cosas suceden en grado muchísimo menor. Una cierta similitud con el injerto vegetal tiene el injerto neoplásico. Un conocido experimento de Ehrlich realizado con otros fines nos va a servir para demostrarlo. Si a un ratón se le produce una neoplasia y ésta es extirpada e injertada a una rata, dicho tumor experimenta fenómenos regresivos por falta de medio apropiado; mas si antes de que la regresión se haya completado el tumor es trasplantado a otro ratón de la misma raza que el primero, el tumor adquiere nueva vitalidad y alcanza las dimensiones y actividades que en principio tuvo. Prueba evidente de que aquel proceso tenía un autodeterminismo y personalidad biológica análogos al de la púa que se injerta en un árbol. ¿Razón de ello? Pues la biología de las neoplasias, biología no anárquica, como dice con manifiesta ligereza, sino adaptada a unas leyes distintas a las de las células de la organización normal, lo cual es distinto de la anarquía que no obedece a ley alguna. La célula neoplásica tiene un poder oxidorreductor invertido con relación a la química de la célula normal, de tal suerte que su metabolismo es asimilable al de los fermentos, siendo los fenómenos de reducción los que dominan. Es el metabolismo de la célula asfixiada, dice Rofro. Y ved de paso cómo era cierta aquella hipótesis del Dr. Cervera cuando

(1) Conferencia dada en el Instituto Rubio el 3 de Noviembre de 1932.

con clarividencia genial decía que la célula epitelial atípica de aerobia se hace anaerobia. Por estas razones el injerto neoplásico puede vivir independientemente del organismo, que lo soporta durante un tiempo mucho mayor que un tejido normal, porque si bien necesita de aquél para recibir las sustancias que reclama su exaltado metabolismo, no necesita de aquel medio oxigenado, sin el cual las células de los organismos superiores entran en decadencia casi inmediata.

Los injertos que se pueden utilizar en Cirugía pertenecen a tres grandes grupos: zoinjertos o injertos de tejidos animales; isoinjertos u homoinjertos pertenecientes a otro individuo de la misma especie, y autoinjertos pertenecientes al mismo individuo. Se comprende perfectamente que no suelen dar resultados los dos primeros. La hematología nos dice por qué. En un injerto de células sueltas sin arquitectura alguna, el más adaptable, por tanto, se requieren condiciones de medio, de tensión, de viscosidad y mil otras que han sido comprendidas con los términos de isolisinas y heterolisinas, que en realidad no son más que hipótesis de trabajo con las cuales queremos definir un hecho: el de la compatibilidad o incompatibilidad de sueros y glóbulos. Los fenómenos ya conocidos en los trámites de la transfusión nos permiten comprender por qué es excepcional el prendimiento de los zoo y homoinjertos. Pero resulta incomprensible el hecho de que no sea absolutamente seguro el de los autoinjertos, siendo así que se trata de tejidos que se hallan en perfecta compatibilidad con los tejidos del organismo donde el injerto o transporte se realiza. La razón es la siguiente: Cuando un tejido de un organismo, mejor dicho, un sistema orgánico, es transportado a otra región de ese mismo organismo sin conservar relación alguna con el mismo, que es lo que diferencia el injerto de la trasplatación, por un lado ha perdido el elemento vivificante representado por la sangre; por otro, vamos a colocarlo en otro territorio en el cual se están desenvolviendo procesos celulares de mayor o menor intensidad, siquiera sean sólo los subsiguientes a lo traumático, fenómenos que en mayor o menor grado tienen carácter de lísicos. Necesita, pues, el injerto primeramente tener reservas energéticas para poder vivir mientras se realiza en él la organización necesaria para resistir el ataque tisular del lecho receptor, y en segundo lugar, que una vez salvado este primer peligro la nutrición del mismo tenga lugar con arreglo a las leyes de la organización para la cual fué incorporado. El camino está, como veis, sembrado de escollos; y ahora comprenderéis por qué fracasan mucho injertos autoplásticos que parece que debían prender siempre. Vamos a examinar estos puntos en algunos de los injertos que en Cirugía se practican.

Injertos de piel.—Cuando en una úlcera en evolución sembramos injertos del tipo Reverdin o la cubrimos con tiras a lo Thiersch, o practicamos las siembras por el procedimiento mixto de Alglave, parece al pronto que, en efecto, hemos hecho una siem-

bra de epitelio. Si así fuera, el injerto sería una práctica peligrosa. El organismo, al proceder a los mecanismos de reparación, cumple una ley biológica en virtud de la cual la plasticidad de los tejidos está en razón inversa de su complejidad orgánica. Y por ser así, para efectuar esa reparación se vale de un tejido, el conjuntivo, en el cual fácilmente tienen lugar los cambios biológicos y morfológicos regresivos. Ese tejido, en los procesos de cicatrización, lo vemos dar un salto atrás: de adulto se hace embrionario; aparecen en el mismo aquellos poliblastos de Maximow y aquellos istiocitos de Aschoff, que señalan la regresión, y desaparecen, por lo pronto, los fibroblastos y demás tipos celulares que indican la forma adulta. Para que la célula epitelial se adaptara a ese suelo conjuntivo tendría que cumplir esa ley de regresión, y no se os ocultará el peligro que supondría el que una célula adulta especializada regresara en su biología, no teniendo, como no tiene, esa célula especializada la agilidad evolutiva de los medios conjuntivos. Afortunadamente para el organismo, no es la célula epitelial la que se siembra: es la trama conjuntiva del dermis reticular, que en su cara inferior lleva el injerto, el que se enfrenta con el tejido conjuntivo del campo traumático donde el injerto ha sido implantado; de la superficie de ese campo, mamelones pequeños con sus vasos crecen hacia el suelo del injerto, y éste, *en su porción conjuntiva organizada embrionariamente*, envía prolongaciones que a manera de tentáculos penetran esos mamelones; los tentáculos conjuntivos se organizan en vasos microscópicos, y al fin se opera la fusión del injerto y la superficie injertada, en cuyo mecanismo el epitelio ha asistido pasivamente, o por lo menos no ha sido el actor principal. Es más, parte de ese epitelio ha muerto durante la adaptación; muchas veces habréis visto vuestros injertos, a los cuatro o cinco días de colocados, adquirir un color negruzco; a veces desaparecer; a los pocos días, donde parecía haber ocurrido un fracaso rotundo, os habéis sorprendido viendo una magnífica regeneración epitelial, en forma de bandas o islotes, más blancas y vivaces que cuando fueron implantadas: es que las capas córneas y parte del dermis papilar desaparecieron y fueron eliminadas; pero quedó el pie conjuntivo con parte del dermis superviviente, y ya organizado aquél vivificó a lo que restaba de epidermis, y ésta, siguiendo su evolución, creó los nuevos islotes, que llegaron a la fase de queratinización haciéndose visibles. Sin tejido conjuntivo no podréis injertar piel. Tratad de sembrar la película de una ampolla o vesícula y la veréis fundirse sin remedio.

Pero, me diréis, algunas veces esas vesículas, aun arrugadas y muertas, activan la epidermización. Tenéis razón; pero es otro el mecanismo por el cual actúan, no es por injerto. Esas masas de piel actúan por un mecanismo químico; sus productos de desintegración ejercen una acción hormónica fisicoquímica íntima, por sustancias llamadas *metabolitos*, nombre que es también una fórmula de trabajo que encierra toda una serie de deducciones de química biológica

íntima. El malogrado Dr. Carracido, en una conferencia en este mismo lugar, hablaba de cómo los productos orgánicos tenían una raigambre química. Todos recordaréis cómo desde el producto llamado *alantoina*, estimulador de la epidermización, llegaba a la acción eficiente de los compuestos úricos contenidos en aquella substancia. Pues bien, esos productos de la desintegración de la célula epitelial trasplantada y muerta *in loco*, actúan a la manera de las substancias farmacológicas llamadas epidermizantes, y la prueba de ello la tenemos en que, a pesar de haber fracasado los injertos en algunos casos, la epidermización se activa en una úlcera que antes de ellos tenía un carácter de desesperante rebeldía.

De lo cual se desprende que el concepto demasiado mecánico del injerto debe ser substituído por un concepto biológico. No son los injertos epidérmicos simples parches con los cuales suplimos una pérdida de substancia cutánea: son aportaciones de tejidos sanos, mediante los cuales, si bien realizamos una acción mecánica de relleno, llevamos a cabo otra muy superior en cuanto a complejidad biológica: modificamos por la acción del tejido sano aportado la evolución anómala del tejido donde el injerto fué implantado.

Una observación clínica respecto a este extremo tiene el valor de un experimento: Operé hace años una enferma que padecía un carcinoma de mama. La extensión de la exéresis dejó descubierta una gran porción de la zona extirpada. Llegado el momento oportuno, en esa superficie cruenta implanté injertos. Estos epidermizaron la superficie. Al cabo de dos años sobrevino una recidiva tumoral. Pues bien, ésta respetó toda la zona injertada, lo cual significa que esta operación modificó el terreno haciéndolo refractario a la neoplasia.

Injerto de cartilago.—Es el cartilago en el organismo humano algo así como una prótesis viva. En la oreja, en la nariz, sirve de armazón. En las articulaciones sirve de material de deslizamiento. Y aun allí donde se supone que es formador de hueso, no realiza tal función, sino la de una prótesis provisional. Mientras el organismo necesita sus reservas cálcicas para otros menesteres, coloca en la zona fértil de los huesos los cartílagos epifisarios, que son a manera de moldes provisionales que el organismo, llegado el momento oportuno, funde para realizar el crecimiento óseo activo, que hasta entonces estuvo en aquellos puntos atenuado. Ello nos dice que podemos utilizar con ventaja el cartilago para lograr objetivos de pró-

tesis orgánica, y que además ese tejido tiene una particular adaptación a la modalidad restauradora de injerto. En efecto, la circunstancia de la falta de vascularidad, que, como hemos visto, es dificultad para el éxito del injerto en general, es en el del cartilago una ventaja. Los cartílagos, en la prótesis natural, están aislados, envueltos en tejido conjuntivo denso, como huyendo de una vecindad vascular excesiva. Cuando esta vecindad ocurre el cartilago se reabsorbe, como ocurre en los cartílagos epifisarios. El trozo de cartilago, que utilizamos, sobre todo en plastias nasales, envuelto en su pericondrio, se enquistas en tejido conjuntivo, que si en principio, como embrionario que es, trata de reabsorberlo, lo defiende contra él el pericondrio. Quizás de este ataque resulte una disminución de volumen del cartilago; pero más tarde se asienta sobre su lecho, que pasa de embrionario a fibroso, adquiriendo así cierto carácter de fibrocartilago.

Injerto vascular.—Para concebir bien la significación y alcance del injerto vascular hemos de considerar a los vasos no como simples conductos, sino como tejidos o sistemas adaptados al paso de la sangre, pero con funciones más complejas que la de este papel mecánico. La arteria — dice Leriche —, si bien en el aspecto hidráulico es un tubo vector de sangre, en un concepto más amplio es un paquete de ramos simpáticos. Juzgada así la cuestión, se comprenderá que una cosa es el hecho injerto vascular

y otra la terapéutica derivada de él.

Cuando entre los dos cabos de una arteria seccionada introducimos un segmento de vena y suturamos éste a las bocas de aquélla, si bien no hemos hecho un injerto en el verdadero sentido de la palabra, podemos considerarlo como tal. En el sector suturado la cicatrización se realiza, y al cabo de tiempo observamos cómo la sangre pasa a través del vaso implantado. Pero vemos más; si examinamos histológicamente este vaso, apreciamos una hipertrofia de las tunicas elástica y muscular; la vena se ha arterializado. La prueba de que esta adaptación ha tenido lugar es que si ya asegurado y funcionando el injerto venoso en las condiciones antedichas, lo seccionamos e interponemos entre los dos cabos de la resección hecha un trozo de otra vena, este nuevo injerto prende bien en las mismas condiciones histológicas antes mencionadas.

Pero paremos un momento la atención; este experimento ha sido llevado a cabo en el laboratorio en un animal con arterias sanas. ¿Sucederá lo mismo en

SUMARIO CIENTÍFICO DEL NUMERO PROXIMO

DR. A. DEL RÍO.—Algunas consideraciones sobre la apendicitis crónica.

DR. JOSÉ ALVAREZ SIERRA.—El problema de la herencia en tuberculosis.

DR. ANGEL GARMA.—Consideraciones generales sobre el inconsciente en Psiquiatría.

DR. JAIME DE ONTORIA VAEMBAR.—El aborto y sus causas (III).

Sesiones clínicas.

Bibliografía.

Prensa extractada.

el hombre con arterias enfermas? Las experiencias operatorias de Lexer, de Goyanes y otros nos inclinan en sentido afirmativo. Un aneurisma extirpado es substituído por un segmento venoso y la extremidad correspondiente conserva su nutrición y actividades. ¿Por la acción del injerto venoso? Es posible. Mas ahí va un caso en que si lo hubiéramos practicado hubiéramoslo registrado como un éxito de él. Una enferma en quien se practicó una exéresis por carcinoma de mama presenta una metástasis ganglionar tan enorme en toda la región axilar que me veo obligado a reseca la vena utilizándola como pedículo para extirpar los ganglios. Algunos de ellos quedan adheridos a la arteria con tal intensidad que su separación de ella deja a sus paredes infiltradas de un tejido conjuntivo grueso, esclerosado y probablemente contaminado por neoplasia. La arteria late débilmente. La reseca en una gran extensión y ligo sus dos extremos. La interrupción circulatoria por la luz del vaso es total y parecía que sin restablecimiento de dicha luz la gangrena de la extremidad había de ser fatal. Y sin embargo, salvo un pequeño enfriamiento de la mano durante algunas horas, la enferma ha conservado toda la nutrición y, lo que es más importante, toda la función de su extremidad. ¿Por qué? Pues porque la circulación se ha establecido a través de una red colateral arterioral muscular y cutánea que estaba preparada por la compresión progresiva que sufrió la arteria y que ha sido rápidamente favorecida, primeramente por la supresión de la acción irritativa vasoconstrictora que la arteria enferma ejercía sobre el sistema simpático periarterial de las pequeñas arterias antes mencionadas, y en segundo lugar, por la resección del simpático periarterial en una gran extensión. Y ahora se comprende por qué en algunas intervenciones plásticas arteriales se atribuye erróneamente al injerto tubular lo que en realidad es éxito de una operación sobre el simpático que automáticamente hemos realizado al implantar aquel injerto. Y no digamos nada del éxito de las resecciones arteriales, que ha permitido a Stricker llevar a cabo en gran escala la supresión de todos los grandes troncos arteriales de un perro en sus célebres experimentos de los perros desarterializados.

Injertos glandulares.—Tema es éste de una gran delicadeza por haber constituido la iniciación de una terapéutica de grandes esperanzas y menos realidades. Cuando una glándula se trasplanta a la economía del mismo individuo o de otro, sufre las modificaciones circulatorias iniciales a su extracción de su sitio normal a otro del propio organismo o de otro distinto. Pueden entonces ocurrir dos cosas: o que la glándula no adquiera la nutrición circulatoria o la adquiera incompleta, o bien que logre organizarse de modo precario por una circulación nueva. Si ocurre lo primero, la glándula comenzará bien pronto a experimentar una reducción de su tamaño, indicio del comienzo de su atrofia. Pero al propio tiempo que vemos esto observamos con frecuencia en el sujeto injertado señales evidentes de una reactivación hor-

mónica en el sentido que habíamos propuesto. Una mujer histerectomizada a quien injertamos su propio ovario en la piel del abdomen puede, tras un período de inactividad genital, presentar menstruaciones si hemos dejado una porción de cuello uterino y verse libre de los fenómenos ovarioprivos que otra enferma presenta si no se le ha practicado ese injerto. Alguien afirmará que aquella glándula funciona. En realidad, no hay tal función. Lo que ocurre que aquel ovario entra en lisis dirigido por los mecanismos ya conocidos, y a medida que tal lisis se produce de modo aséptico, los principios hormonales que en sus células estaban contenidos son puestos en libertad poco a poco, y actuando a la manera diastásica, es decir, a dosis infinitesimales, despiertan en el organismo iguales o parecidas resecciones que aquellas otras que provocaba la secreción interna de la glándula antes de ser trasplantada de su sitio normal. Naturalmente que esta pseudofunción tiene un límite, y es aquel que coincide con el agotamiento de aquellas reservas hormonales que a manera de pequeña farmacia se conservaban en el protoplasma celular de las células de la glándula trasladada de lugar. Lo mismo que decimos del ovario podemos decir del tiroides, etc.

Supongamos que el injerto glandular llegue a organizarse y a funcionar. El injerto, a pesar de ello, no podrá considerarse como un substituto perfecto del que era antes de la trasplantación o del que con ella se trató de reemplazar. La función tendrá necesariamente que resentirse de la artificiosa e imperfecta organización creada. Pero es que, además, es muy dudoso que tal organización se cree con suficiente aptitud funcional permanente.

Los autores que defienden el injerto glandular como tal, presentan como prueba la imagen cromática nuclear; pero es que ella no basta, porque lo que presentan no son imágenes de células con sus vacuolas y sus granos cromófilos, que constituyen la imagen de la célula glandular activa, sino imágenes de cadáveres nucleares. La clínica humana, actuando como laboratorio experimental, va restringiendo el alcance de la terapéutica por los injertos glandulares.

Injertos óseos.—La primera aplicación que se dió a estos injertos fué la protésica, ante la intolerancia de los medios mecánicos de fijación. Mas luego se vió que había en el injerto de hueso algo más. A veces el trozo de hueso trasplantado se eliminaba y, sin embargo, la osteogénesis en la zona de implantación se activaba. Así nació el concepto biológico de su acción. Pero la confusión entró cuando se quiso interpretar ese mecanismo, pues mientras unos suponían que el injerto aportaba a la zona injertada toda su biología, otros creyeron que no ejercitaba más que una acción, hasta cierto punto pasiva, puesto que todo su elemento vivo moría por acción lítica de las células vecinas. Este último concepto llevó a la práctica de los injertos muertos conservados en líquidos antisépticos, que constituye un retroceso a pesar de algunos éxitos muy contados.

Si queremos concebir el valor de estos injertos, hemos de partir de una teoría de Leriche y Policard referente a la osteogénesis en las fracturas. Dicen estos autores que cuando un hueso se fractura el tejido conjuntivo cumple los trámites de la reparación, que, como antes dijimos, tiene un período inicial de metamorfosis conjuntiva en sentido embrionario. Las células óseas se olvidan de que son constructoras, entran en función lítica y constituyen un campo mesoblástico de acción fagocitaria y corrosiva. El hueso se decalcifica en los bordes de la fractura, las sales cálcicas quedan en depósito en el mismo campo y parte son reabsorbidas. Este es el período del callo llamado embrionario. Pasan los días, y si las circunstancias de asepsia, de circulación, de tratamiento son favorables, el tejido embrionario vuelve a recuperar las sales cálcicas en estado coloidal y forma un tejido reticular con células desdibujadas que en tiempos se llamó callo cartilaginoso, y que no es tal, porque el cartilago, si alguna vez se forma en las fracturas, es en las pseudoartrosis como adaptación funcional anómala. Ese callo ha entrado en un comienzo de calcificación llamado estado pre-óseo, las sales cálcicas en estado coloidal impregnan las mallas del tejido haciéndolo opaco y como gelatinoso. Pero para que esto tenga lugar se requiere que el tejido óseo llegue a un determinado grado de apaciguamiento, sin el cual las calcificaciones no pueden tener lugar. Tampoco lo tendrán si el tejido conjuntivo óseo llega a envejecer, haciéndose fibroso, porque tampoco ese tejido es apto para impregnarse de cal. Toda acción irritativa que en un foco de fractura se produzca (infección, esquirlas, cuerpo extraño) será, según su modalidad, un motivo, o de callo embrionario o de callo fibroso, ambos inaptos a la consolidación.

¿Qué acción tiene, pues, el injerto en las fracturas? Leriche y Policard suponen que después de la muerte que el elemento orgánico, o mejor dicho, celular, experimenta, cuando el injerto es colocado en su lecho, el tejido conjuntivo lo rehabela, lo penetra y lo incorpora, y a la vez se aprovecha de las sales cálcicas que durante el proceso se liberaron para enriquecer la zona de consolidación. Resulta, pues, el injerto una prótesis con una acción biológica no bien definida.

Pero hay una clase de injertos en los cuales el aporte cálcico es casi nulo y la acción protésica de tutor nula también. ¿Cómo obran, pues, esos injertos periósticos que tan buenos resultados dan? ¿Será el periostio como generador de hueso? Esa noción está ya resuelta en sentido negativo. El periostio no es generador, es un portador de hueso cortical. Pues bien, cuando ese periostio con su delgada lámina de hueso cortical es colocado en una fractura que no consolida, frente a un tejido conjuntivo no receptor de sales de cal, es objeto de un ataque por parte de ese tejido conjuntivo sobreactivado: el tejido aportado es lisado en parte y los productos de esa lisis, actuando en sentido celular hormonal, apagan esas actividades irritativas transformándole y haciéndole

apto para calcificarse y endurecerse. Las sales para ese endurecimiento las tomará de las zonas óseas vecinas sin necesidad de que sean aportadas por el mismo injerto.

Así concebida la cuestión, resuelve el problema de la terapéutica por el injerto en los procesos tuberculosos. Si bien éste deriva en parte de un mecanismo de inmovilización, el concepto debe ampliarse en el sentido de modificaciones, o bien en el sentido de vascularización, como quiere Robertson Lavalle, bien, como hemos defendido nosotros, en el sentido de una modificación en la estructura medular, haciendo a ésta inapta a la germinación tuberculosa. En esta pieza patológica de una pódica que vivió bien tres años después de un injerto de costilla, veis que el injerto no ha muerto y que fija las vértebras enfermas. Estas en la pieza esquelética conservan sus oquedades, que no se han calcificado. Pero la favorable evolución que siguió la enfermedad me hace suponer que el injerto influyó en la fibrosis medular que rellenó las cavernas, mutación histológica que, siendo muy precoz, permite observar mejorías muy rápidas que he hecho aparecer independientes de la acción fijadora del injerto en aquellos experimentos clínicos que realicé hace años, implantando injertos partidos en región vertebral y observando que los enfermos obtenían los mismos efectos favorables que con los injertos íntegros.

Al terminar mi disertación y agradecer la atención con que me habéis escuchado, he de salir al paso de un comentario que en este caso tendría plena justicia. No he dicho nada nuevo. Mas aunque así sea, no son inútiles las conferencias. Si en todas las que a diario se pronuncian en el mundo entero saliera a diario también una sola cosa nueva, en el espacio de tres años habríanse dicho mil cosas nuevas, cifra capaz de renovar la Ciencia.

Mas si el conferenciante no ha dicho cosas nuevas, es posible que haya podido sugerirlas a vuestro claro entendimiento, y entonces habrá realizado el ideal de toda obra didáctica.

LA PERICARDITIS

POR EL

DR. FRANCISCO HUERTAS Y BARRERO

Académico de la Nacional de Medicina.

El síndrome de la pericarditis es en general tan indeterminado, excepción hecha de los signos físicos, que bien puede dispensarse el que, como decía Friedrich, antes de que nuestros medios alcanzaran la perfección actual, fuera para los médicos antiguos, si no imposible, muy difícil de sentar el diagnóstico de la pericarditis; pero hoy ya, y merced al conocimiento del roce pericardíaco y a los adelantos que tuvo la semiología con los trabajos de Bayle Laennec, y posteriormente Andral, Pyory, entre otros, puede sentarse la proposición inversa, diciendo que la pericarditis es, en la mayoría de los casos, una enfermedad fácil de diagnosticar.

Así y todo, al hacer el diagnóstico hay muchas veces necesidad de poner en tela de juicio si alguno de los principales síntomas no pudieran ser expresión de una flegmasia del pulmón, de la pleura o del endocardio sobre todo, dado que esta cubierta es el asiento predilecto de la infección reumática. El dolor en la región precordial se propaga al epigastrio, escápula y brazo izquierdo; pero sobre todo, el más intenso, el dolor profundo o visceral que se manifiesta en las inmediaciones del esternón, como resultado de la irritación inflamatoria del plexo cardíaco, propia y exclusiva de la pericarditis, y a la que son imputables los síntomas graves, los trastornos generales, que ponen en peligro la existencia y en muchas ocasiones acarrea la muerte repentina por el mismo mecanismo que la determina la angina de pecho. Pero este dolor retroesternal que expresan los enfermos diciendo que parece que se les junta el pecho con la espalda, no se parece en nada al dolor punzante de la pleuritis; y se comprende que así sea, pues mientras éste es un dolor que no trasciende más que a las ramas intercostales, el de la pericarditis es visceral y afecta al neumogástrico y al simpático. Por esto se explica la agudización de los síntomas y el porqué el pulso cambia de modo repentino; frecuente y duro en un principio, después más frecuente, irregular y muy pequeño. Las facciones de los enfermos se alteran, poniéndose intensamente pálidos, produciéndose enfriamiento de las extremidades, sudor frío, postración de fuerzas y voz apagada; fenómenos, si no idénticos, muy parecidos a los que tienen lugar cuando se afecta el plexo solar, porque aquí también sufre la inervación vegetativa en su conjunto, a la manera de como lo hace por irradiación, cuando hay pericarditis.

Por la simple inspección del lado izquierdo del tórax se nota ligero abombamiento a partir de la tercera costilla, que, ganando la línea axilar, se extiende hasta la séptima costilla; en el lado derecho el abombamiento alcanza a veces hasta la línea paraesternal. Por auscultación, si apreciamos que el roce ha desaparecido y que el soplo apenas se percibe, estos datos confirman que la flegmasia es francamente exudativa.

Si el derrame va aumentando, al percudir vemos que se extiende la macidez relativa; el enfermo no puede estar más que sentado en la cama, con ortopnea y sensación de angustia extrema; el pulso se hace pequeño y de inusitada frecuencia; en una palabra, la cantidad de derrame hace tan precaria la vida que obliga a practicar la punción a título de recurso vital, extrayendo un líquido amarillo claro y rico en fibrina. Esta intervención quirúrgica se hace en el sitio de elección y suele ir seguida de un alivio inmediato, y al poco tiempo la macidez relativa disminuye del mismo modo que el abombamiento torácico. Se oyen claros los ruidos cardíacos, notándose sólo muy atenuado el roce. Coincidiendo con esto la fiebre remite, desapareciendo también el angustioso cuadro que tan perentoriamente amenaza la vida de los enfermos.

* *

Con motivo de un caso típico de pericarditis aguda con derrame, traté hace unos años de las observaciones clínicas que he recogido y que primitiva o secundariamente se relacionan con la membrana que envuelve al corazón.

Varios son los casos clínicos cuyas notas poseo hoy referentes a enfermos que tienen relación con los casos clínicos que publiqué entonces en la *Revista de Cardiología*, y, entre ellos, merece la pena uno que voy a historiar

como muy adecuado a la casuística de la pericarditis en su modalidad más frecuente, la estreptocócica.

Hace algunos años fui llamado en consulta por el malogrado ginecólogo Dr. Parache para ver una enferma de treinta y siete años, casada, multipara, de buenos antecedentes hereditarios y que al séptimo día, después de dar a luz y después de un parto laborioso, sintió un escalofrío intenso, con fiebre de 40°, dolores intensos en todas las articulaciones y muy intenso también en la región precordial y gran sensación de angustia.

Por la inspección se notaba un abombamiento de la pared torácica, sobre todo en el lado izquierdo, desde el segundo al sexto espacio intercostal. La percusión acusaba en la línea oblicua que limita a la izquierda la macidez cardíaca, se había modificado más hacia fuera a causa del acúmulo de líquido en las partes declives, aunque conservaba su dirección oblicua. Esta zona, maciza, formaba una especie de triángulo de base inferior cuyo vértice truncado correspondía a los grandes vasos, caracteres éstos que la distinguen del signo que daría una hipertrofia o una dilatación cardíaca. Por palpación se apreciaba la supresión del roce de la punta del corazón sobre la pared torácica. Por auscultación no se apreciaba ruido de roce que simulara el ruido de galope de Boillaut, descrito por Collt. Los ruidos del corazón eran sordos, lejanos y aunque confusamente se percibía un soplo que indicaba una endocarditis concomitante. El pulso pequeño, depresible y en algunos momentos paradójico, fenómeno descrito por Kusmaul, y que consiste, como es sabido, en la amplitud del pulso durante la inspiración. Había pulso venoso y la cara con marcada cianosis.

El examen hematológico y bacteriológico, practicado repetidas veces, acusó siempre como responsable del proceso al estreptococo, y, por tanto, estaba fuera de duda que se trataba de una pericarditis con derrame de naturaleza estreptocócica, habida razón también de presentarse en el curso de fiebre puerperal. El curso de esta enfermedad fué favorable, pues a pesar de nuestro pronóstico pesimista, vimos con satisfacción a los pocos días, y quizás merced al tratamiento empleado, una mejoría simultánea con la fiebre, los dolores y el estado de angustia sobre todo, ya que respecto de esto se estaba en justificada alarma por si la cantidad de derrame aumentaba y se hacía precisa la intervención quirúrgica, como he indicado ya. El tratamiento causal fué quimioterápico (sublimado a la dosis de 10 miligramos por 100), alternando con el seroterápico (suero antiestreptocócico), aparte de los coadyuvantes circunstanciales, tónicos generales y los que en ocasiones reclamó el corazón (digibaina, etc.).

Los casos que voy a reproducir ahora se refieren a enfermedades deuteropáticas del pericardio y alguna verdadera sorpresa necrótica.

Hace algunos años trajeron en camilla, al núm. 11 de nuestra sala, una enferma de cuarenta y tres años, viuda, sin domicilio, recogida por unos guardias en la calle, en una noche cruda de invierno, con motivo de un vómito de sangre. En la Casa de Socorro le pusieron una inyección de aceite alcanforado y suero equino, y mediante tan oportuna terapéutica cedió la hemorragia. El padre y dos hermanos habían fallecido de tuberculosis pulmonar y sus antecedentes personales eran francamente fímicos; un año antes había tenido otra hemorragia y después, por estar delicada del pecho, recorrió varias clínicas de la Facultad de Medicina.

Su estado, cuando la reconocí, era de extrema postración; fiebre vespertina de 39°, pulso frecuente, gran dis-

nea y tos con abundante expectoración algo herrumbrosa; pero lo que llamó más mi atención fué que la cara y el cuello estaban con un aumento de volumen muy pronunciado y como de edema circunscrito, que al tacto crepitaba, indicando que este fenómeno era debido a un proceso enfisematósico. La percusión del tórax acusaba un sonido claro en la fosa subespinal del lado izquierdo submacizo en toda la base, y en el lado derecho macidez absoluta, salvo el vértice, en donde era skodico. Por la auscultación, estertores de grandes burbujas en la fosa subespinal y soplo anórico hacia la fosa claviclar izquierda. En la zona cardíaca se podían apreciar, de un modo confuso y lejano, los latidos cardíacos y algo así como una vibración sistólica; en el lado derecho falta absoluta de murmullo vesicular, y hacia el vértice soplo y egofonía.

Ante esta verdadera conflagración de fenómenos morbosos, me limité a prescribir inyecciones de aceite alcanforado. Mi diagnóstico fué tuberculosis pulmonar, con extensa caverna en el vértice del pulmón izquierdo; que por contigüidad de tejido, de pleura sobre todo, había producido pericarditis secundaria, y en el lado derecho extenso derrame, quizás supurado. Al propio tiempo pronostiqué la muerte inminente.

Efectivamente, al siguiente día se le practicó la autopsia con gran minuciosidad. El aumento de volumen de la cara y cuello había disminuido mucho, y practicadas varias incisiones hacia la región claviclar, dieron salida a una regular cantidad de gases; abierta la cavidad torácica se vió que en el lado derecho había un derrame abundante seropurulento y retracción pulmonar con fuertes adherencias por bridas pleuríticas. En el lado izquierdo existía una gran caverna, que tenía comunicación con otras pequeñas, al propio tiempo que su trayecto fistuloso, pasando a través de un tabique formado por falsas membranas ganaba la pared con destrucción de los músculos intercostales y del periostio, hasta el tejido celular subcutáneo, donde tuvo lugar el enfisema. El pericardio estaba distendido, y al incidirlo salió una gran cantidad de líquido turbio y con ligeros coágulos; en la cara anterior había bridas y exudados formando una capa fibrinosa dispuesta en laminillas entrecruzadas, limitando mallas o espacios como de grandes celdas; también se notaba una especie de capa laminar en la hoja superficial de la serosa, confundida, en parte, con los exudados. Esta capa era gruesa y estaba infiltrada de folículos tuberculosos bien característicos. El miocardio ofrecía color de hoja seca y algo tormentosa la superficie con islotes de exudados fibrinosos; las válvulas y orificios del corazón estaban algo engrosados por infiltración del endocardio, pero sin estrechez ni insuficiencia. El mediastino hallábase infiltrado de granulaciones tuberculosas, como asimismo los ganglios bronquiales y traqueales. En la cavidad abdominal había ligera ascitis, arborizaciones del peritoneo y granulaciones miliares.

Analizados por el Dr. Mendoza los productos caseiformes y los ganglios reblandecidos, fueron encontrados bacilos tuberculosos.

En otro caso se trató de una enferma de diecinueve años, de pobre constitución orgánica, obrera en un taller de modista y que vivía en una de las calles más estrechas y peor ventiladas de Madrid, y en un cuarto pequeño en donde dormían hacinados sus padres y cinco hermanos. De niña padeció una rebelde blefaritis y verdaderos tumores escrofulosos, de los que persistía como huella una cicatriz en el lado izquierdo del cuello. El desarrollo sexual se realizó a los catorce años; pero sus reglas eran

irregulares y con fuertes dolores dismenorreicos. Hacia tres años había padecido una pleuresia del lado derecho, de la que curó a las cuatro semanas. Desde entonces, aunque delicada, pudo seguir trabajando hasta hace dos meses en que, después de un enfriamiento, tuvo fiebre, tos y una copiosa hemoptisis que la obligó a entrar en nuestra sala.

Cohibida la hemorragia hacia el quinto día, pudimos hacer ya un reconocimiento detenido. La facies ligeramente, vultuosa y de color icterico, expresaba gran angustia y disnea intensa que le obligaba a estar sentada en la cama. Tenía dolor pungitivo en la región precordial con irradiaciones hacia la escápula, dolor que se exasperaba con frecuentes accesos de tos quintosa. La percusión acusaba una sonoridad completamente maciza en la parte posteroanterior del lado izquierdo en forma de parábola, cuyos límites eran el ángulo subescapular y la línea paraesternal de la tercera costilla. En el lado derecho, sonido skodico en el vértice y ligeramente obscuro en la línea axilar. Concordando con estos síntomas existían fenómenos de reblandecimiento, apreciados por la auscultación a este nivel y ocupaban casi la totalidad del vértice.

En el lado izquierdo se notaba falta absoluta del murmullo vesicular en casi toda la base; soplo y egofonía al nivel de la cuarta costilla, hacia la axila. Los soplos cavitarios eran poco perceptibles, pero, en cambio, había un ruido de roce pericardíaco inconfundible. La fiebre era de 38° por la mañana y 39°,8 hasta 40° por la tarde, con sudores profusos en la madrugada. La inapetencia coincidía con intolerancia para toda clase de alimentos y alguna diarrea. A duras penas, y merced a una terapéutica circunstancial, logramos poco a poco que los síntomas cedieran en intensidad y que se estableciera una notable mejoría, mejoría que a las tres semanas permitió que la enferma se alimentara, durmiera algunas horas y sufriera menos fatiga.

La enferma ofrecía, pues, gran derrame pleurítico y una clara pericarditis. Procedimos a la punción de la pleura, extrayendo con el aspirador de Dieulafoy 1.300 gramos de un líquido seroso de un color cetrino y sin caracteres purulentos; atendimos al dolor precordial con cinco ventosas secas y dos escarificadas. Al estado general se atendió con inyecciones de aceite alcanforado, y en los momentos de gran postración de citrato de cafeína. La alimentación se componía de leche y gelatina, y como eupéptico asociamos los preparados con pepsina y subnitrato de bismuto.

Los efectos inmediatos de la toracentesis fueron sorprendentes; desapareció la disnea; la tos fué menos frecuente; el sueño fué posible en el decúbito lateral, aunque necesitaba elevar algo el tronco con alguna almohada; el dolor precordial lo sentía únicamente en las grandes inspiraciones y la fiebre descendió más de un grado. Estos efectos, tan satisfactorios como sorprendentes, se debieron a que, merced a la extracción del exudado, el pulmón recobró en parte su capacidad funcional e influyó muy directamente para que el nervio frénico cesara en su acción dolorosa, al propio tiempo que por las ventosas escarificadas cedía el estado congestivo del pericardio, el cual, influyendo sobre las ramas del neumogástrico y del simpático, daba lugar a la angustia extrema, al enfriamiento y a la frecuencia y pequeñez del pulso.

Esta enferma siguió mejorando a pesar de su tisis durante algunas semanas; pero un día, y sin motivo aparente, la enferma comenzó de nuevo a sufrir tos por accesos,

diarrea intensa, palidez del semblante más acentuada, algún delirio y fiebre de 40°.

La percusión del pecho no acusaba el derrame pleurítico que yo temía, pero en cambio ofrecía la particularidad de ser timpánico en la zona precordial; auscultando el corazón, los tonos eran claros y con verdadero retintín metálico. Por la tarde encontramos a la enferma ya con verdadera ortopnea, lividez de la cara y de los labios y, sobre todo, con alguna protesta ya del bulbo, que presagiaba la agonía. Efectivamente, falleció tres horas después.

En la autopsia pudo observarse que la cavidad abdominal estaba distendida por gases y contenía un ligero derrame; el peritoneo tenía arborizaciones y nódulos tuberculosos; los espacios intercostales del lado izquierdo formaban algún relieve convexo. El vértice del pulmón izquierdo estaba adherido a la pared torácica por bridas de un exudado gris, viscoso y fétido, que formaba una especie de tabique con la extensa caverna que ya apreciábamos al auscultar. El pericardio, distendido, daba la sensación de una bolsa tensa; al abrirlo hubo un verdadero escape de gas fétido, saliendo luego abundante pus sanioso y de mal olor. El miocardio tenía ramos blanquecinos de aspecto como de vellosidades confluentes en relación con la hoja parietal del pericardio; a pesar del cuidado con que se buscó, no se encontró el menor indicio de que la cavidad de esta serosa comunicara con ningún órgano ni tejido adyacente, circunstancia que debe ser mencionada para descartar la posible perforación de la pleura pulmonar y poder afirmar que en este caso el desarrollo de gases fué consecutivo a los exudados pútridos, al contrario de lo que nos ha sorprendido en otras autopsias, en las que sin sospechar la pericarditis, con o sin derrame, hemos visto verdaderas fistulas de comunicación con la pleura y en una ocasión con el mediastino.

Muchos autores consideran hasta imposible que el neumopericardias pueda producirse por el desarrollo de gases en un exudado icoroso y más o menos pútrido. De las investigaciones de Ewald y Hüfner, se deduce que las colecciones gaseosas contienen la misma cantidad de nitrógeno que el aire atmosférico, el cual debería, por lo tanto, haber penetrado desde el exterior. Hüfner examinó los gases procedentes de un absceso puohémico, habiendo encontrado la siguiente composición:

Anhidrido carbónico-hidrógeno sulfurado	1,05	por 100
Oxígeno.....	14,50	—
Nitrógeno.....	84,45	—

Este resultado concuerda con las proporciones encontradas por Dressler, en un análisis de los gases procedentes de un exudado peritoneal enquistado de un quiste ovárico y de un quiste del cuerpo tiroides, puesto que era casi igual la cantidad de nitrógeno indiferente; en cambio, era mayor la proporción de ácido carbónico y menor la del oxígeno. Pero si en tales circunstancias, al parecer completamente inexplicables, puede penetrar el aire atmosférico en las mencionadas cavidades, claro está que el aire contenido en el pericardio también puede tener entonces un origen atmosférico, aunque en la autopsia no se encuentre ningún orificio de comunicación. En mi juicio y según mi experiencia, la presencia de gases en la cavidad del pericardio, aunque hecho raro, es un hecho cierto bien demostrado por la clínica.

De hemopericardias también debo reproducir aquí algún caso, aunque en realidad sea un episodio de curso tan rápido que muy rara vez permite un diagnóstico cli-

nico, pues en la mayor parte de los casos es un hallazgo de autopsia porque la acumulación de sangre en el pericardio es consecuencia de soluciones de continuidad de un grueso tronco vascular situado en el pericardio o en el mismo corazón. La rotura de uno de estos órganos va siempre precedida, cuando no se trata de lesiones traumáticas, de enfermedades graves y de degeneración de tejidos que los hacen más frágiles y los predisponen a aquélla. Entre las causas más comunes, debemos citar los aneurismas de la aorta ascendente, ya sea en la forma ordinaria de dilatación de las tunicas, ya sea en la variedad disecante, como asimismo cuando estas mismas lesiones tienen lugar en las arterias coronarias; y, por último, se citan casos debidos a la degeneración grasosa consecutiva de la miocarditis.

La cantidad de sangre que en estos casos se acumula en el pericardio varía mucho. Si no es instantánea la muerte, sino que se verifica lentamente la extravasación, aparecen de un modo más o menos rápido los signos de la oligocitemia aguda, palidez, enfriamiento del cuerpo, pequeñez y debilidad del pulso, que a veces no es perceptible; pérdida de los sentidos, vértigos, síncope y movimientos convulsivos. Si se puede llevar a cabo la exploración física del corazón, se aprecian los síntomas de la existencia de un líquido en el pericardio, en particular un sonido macizo y submacizo, más intensos en la región cardíaca; depresión o desaparición del latido, y disminución de la intensidad de los ruidos cardíacos. Si la evidencia de los signos físicos que acabamos de enumerar aumentan con tanta rapidez como los síntomas de rápido crecimiento de una oligocitemia aguda, podremos admitir la existencia de una extravasación intrapericardiaca y con tanta más seguridad si el individuo padecía antes una afección de las que predisponen a la rotura, como degeneración grasosa del corazón, aneurisma de la aorta, etc., y si sabemos que antes de la oligocitemia aguda no había derrame notable en el pericardio.

Las manchas tendinosas del pericardio que se suelen describir por algunos autores como entidad nosológica, nunca me ha sido fácil diagnosticarlas en vida, y únicamente en algunas autopsias he comprobado las lesiones características, lesiones que, en mi entender, son imputables a procesos flogísticos de curso insidioso en enfermos diatésicos. Se entiende por manchas tendinosas del pericardio ciertos engrosamientos de esta membrana circunscritos, blanquecinos, situados en la hoja visceral y más rara vez en la parietal. Su asiento más frecuente es la cara anterior del ventrículo derecho; sin embargo, se las observa a veces en la parte que cubre las aurículas, y en casos más raros en las caras laterales y posterior del corazón. En una de las últimas necrosis que practiqué y que pertenecía a una anciana ostensiblemente ateromatosa y diagnosticada de miocarditis crónica, encontré las manchas tendinosas cubriendo el origen de los gruesos vasos, en forma de cinta, y que se extendía hasta la punta del corazón.

Diversas opiniones se han emitido respecto al origen de estas manchas, negándose por algunos su origen inflamatorio; pero Rokitsansky y Paget han aducido pruebas afirmando la existencia, casi siempre simultánea, de adherencias en derredor del origen de los gruesos troncos vasculares, lo cual constituye una prueba más de su naturaleza inflamatoria; sin embargo, esta coincidencia no es en modo alguno constante. Verosímil parece también la opinión de que las manchas tendinosas sean el resultado de una irritación mecánica que recae en la superficie

cardíaca, determinando una proliferación con hiperplasia del tejido conectivo pericardíaco y subpericardíaco. Teniendo en cuenta que los puntos en que con más frecuencia se presentan las manchas son precisamente aquellos en que se realiza el choque de la punta contra la pared torácica, Hodgkin ha deducido que esta presión, obrando como irritante mecánico, produce engrosamiento del pericardio, de carácter flogístico crónico, tal como se producen engrosamientos en la cápsula de Glisson consecutivos a la presión de los cinturones. También podría decirse, en favor de esta opinión, lo que ocurre en la endarteritis crónica que se manifiesta en los ancianos, sobre todo en los puntos en que mayor es la presión, en la túnica interna de los vasos, con lo cual podrían compararse las manchas tendinosas del pericardio.

Pero, en resumen, por interesantes que parezcan, y que en realidad lo son, estas cuestiones de anatomía patológica, no tienen importancia clínica, y, como dije en un principio, las manchas tendinosas del pericardio las hemos visto en la mesa de autopsias; pero sinceramente confieso que no las he diagnosticado.

No quiero terminar estas observaciones personales sin recordar la historia clínica, con que me distinguió mi querido amigo el que fué ilustre cirujano del Hospital Provincial Dr. Ortiz de la Torre, de un caso de *cuerpo extraño clavado en el corazón*.

Se trató de un muchacho de diecisiete años que fué conducido al Hospital General, sala novena, desde la Casa de Socorro, donde se le había apreciado una pequeña herida punzante, de 2 centímetros por encima de la teta izquierda, y en estado de colapso tan acentuado que inspiraba temor de una muerte inmediata. En este mismo estado vimos al enfermo, y con grandes trabajos recogimos el dato de que su herida se la había producido otro muchacho con una tira de vidrio en forma de puñal. De sus frases, muy entrecortadas por una angustia respiratoria extraordinaria, pudimos colegir que el vidrio con que fué herido se había roto y que apenas había producido una ligera hemorragia externa. Por la percusión se apreciaba una extensa zona maciza que ocupaba la base del pulmón izquierdo y se confundía con la macidez cardíaca. Por la auscultación apenas se notaban los latidos cardíacos, y el pulso en las radiales era apenas perceptible. La palidez de piel y mucosas y el anhelo respiratorio, unido a los síntomas mencionados y a un dolor agudísimo que aquejaba al paciente en la región precordial al menor movimiento del tórax, nos hizo presumir una herida cardíaca con implantación del vidrio lesionante. En vista de la extrema gravedad, decidimos con la mayor urgencia intentar el socorro de aquella situación y procedimos a ello de la manera siguiente:

«Se levantó un colgajo osteomuscular que comprendía las costillas tercera, cuarta y quinta, y que, comenzando en el esternón, se extendía unos 10 centímetros hacia afuera. En la abertura resultante apareció el pericardio fuertemente abombado y distendido, al mismo tiempo que la cavidad pleural izquierda llena de coágulos y sangre líquida. En la parte superior del pericardio se divisó bien pronto una herida como de 2 centímetros, por la que fluía sangre en abundancia, y dilatando esta herida de arriba abajo se pudieron extraer con gran rapidez grandes coágulos que llenaban la cavidad pericardíaca, y en tonces tropezó la mano con un cristal de forma de triángulo rectangular de unos cinco centímetros de largo por dos de base. Este trozo de cristal estaba implantado en la pared de la aurícula izquierda, de modo que al mismo

tiempo que se extraía pudimos apretar los bordes de la herida auricular y hacer cesar la hemorragia. Por medio de unos puntos de catgut se obtuvo la herida auricular, y luego con otros puntos se suturó la abertura pericardíaca, fijando esta membrana sobre la misma pared auricular para reforzar la primera sutura. Después de limpiar las cavidades chupadas por la sangre, se obtuvo por completo la abertura del tórax, fijando el colgajo osteocutáneo con gran precisión y sin dejar ningún drenaje. El herido, que estaba tan colapsado en los comienzos de la operación, recobró el pulso con la radial tan pronto como se suturó la herida cardíaca, y más tarde se reanimó con inyecciones de suero. El único incidente postoperatorio notable fué una pleuritis que apareció el tercer día con gran derrame, que nos obligó a practicar una punción aspiradora, sin que luego ocurriera nada importante. El herido recobró pronto sus energías, y no se percibía ya por auscultación ni por esfigmografía ninguna alteración sensible en su función circulatoria. Después de ocho años este sujeto continúa con perfecta salud y hace servicio militar en el ejército de África.»

Esta historia, que entraña singularísimo interés, expuesta con la concisión y modestia que caracterizaban a tan eminente profesor, no sólo encaja en el historial clínico expuesto, sino que se destaca, con el relieve que el caso en sí encierra, para ser registrado en la estadística que la guerra mundial ha dado a conocer, con detalles de sorprendente rareza, ante la fisiología del corazón.

El Hedwig's Krankenhaus de Berlín

POR EL

DR. ALFONSO DE LA PEÑA Y PINEDA

La clínica de Urología del profesor von Lichtenberg en el Hedwig's Krankenhaus es quizá una de las tres más importantes del mundo, según nuestro criterio (Mayo Clinic, de Rochester, y John Hopkins, de Baltimore).

La clínica funciona como una unidad perfecta, con un excelente servicio de laboratorio de análisis especializados para urología, rayos X, para diagnóstico y terapia profunda.

Cuenta con un número de camas ocupadas de unos 200 enfermos, y es capaz para unos 260 enfermos, número que la pone a la cabeza de las clínicas mayores que hemos visto o trabajado (profesor Illyes, Budapest; Mayo Clinic, John Hopkins; Massachusetts General Hospital, Boston; Medical Center, Nueva York, etc.).

Los enfermos ingresan en la clínica mediante el envío de los colegas de la ciudad, en general, o de fuera. La clínica no cuenta con policlínica para el tratamiento ambulatorio o para la consulta de enfermos. En general, el enfermo enviado por los colegas es un enfermo quirúrgico y lleva ya un diagnóstico, más o menos preciso, hecho. Los enfermos son admitidos y en general pertenecen al Krankenkasse (aseguración obligatoria contra enfermedad, vida, etc.), y cuando no pertenecen a tal organismo (caso excepcional), el Estado se encarga de averiguar quién deberá sufragar tales gastos.

Cuenta, además de las camas en habitaciones de 10 y de tres camas, con dos grandes salas de cistoscopias, una para cada sexo, en el cual dos o tres cistoscopias pueden ser realizadas simultáneamente. Una sala de operaciones

de una eficiencia perfecta, con un servicio de personal e instrumental incomparables, completan el servicio.

La dirección clínica está a cargo del profesor, un oberoarzt, un privatdozent, dos internos oficiales ya médicos y con cierta experiencia y edad (más de treinta años), y varios, hasta cinco, volontairassistent, que hacen dos años de especialización clínica con objeto de colocarse dentro de la regla del Gobierno, que les permitirá llamarse especialistas.

La clínica ha adquirido una extraordinaria importancia en el mundo urológico, debido a la enorme labor del profesor von Lichtenberg. Primeramente colaborador con Voelcker en 1903 y 1904, en el descubrimiento de la cistografía y pielografías mediante la inyección a través de sondas de sustancias opacas. Profesor en Budapest, alcanza el máximo renombre cuando en 1924 es encargado de este importante servicio, en el que despliega sus dotes docentes y su genio creador de métodos operatorios nuevos. Su plastia en los casos de esfínter esclerótico, su procedimiento de cerrar la cavidad prostática después de la prostatectomía suprapúbica, las plastias renales en las hidronefrosis, los drenajes de pelvis renal, el tratamiento quirúrgico de la litiasis renal y la prevención de su reproducción mediante su nefrolisis y nefropexia, hacen extraordinariamente interesante la estancia y trabajo en esta clínica.

El tratamiento de las infecciones panuritarias persistentes mediante la nefrolisis y nefropexia, produce en manos del profesor von Lichtenberg extraordinarios resultados. Para combatir las mismas desde un punto de vista general la terapia intravenosa es utilizada con gran profusión en la clínica. Argoflavina, neosalvarsán, yodo orgánico (septoyodo) y urotropina con o sin salicilato sódico, son empleados según el tipo de germen y de reacción de la orina.

Siguiendo la escuela alemana y en contraposición a la francesa y norteamericana, el masaje prostático está desechado como método de tratamiento y solamente queda reducido a la expresión de la próstata como método de diagnóstico de los procesos infectivos de la misma. Hasta qué punto es razonable este proceder, es difícil de enjuiciar, ya que el masaje prostático inteligentemente practicado sigue y seguirá dando excelentes resultados en las afecciones que ordinariamente tratamos. La diatermia junto con la terapéutica intravenosa, antes indicada, y con la aplicación del Torf y de enemas ictiolados, son el complemento en el tratamiento de las prostatitis.

En casos de anuria también se emplea la diatermia como método para combatirla.

El lavado vesical como método de tratar la cistitis en sí no es practicado en la clínica. Con un punto de vista clínico muy lógico, consideran imposible de infectarse de una manera primaria un órgano como la vejiga. Así, todos sus esfuerzos se dirigen a tratar las causas que pueden contribuir a la infección y su persistencia (causa renal, calculosis, adenomas, tumores, alteraciones obstructivas y causas extraurinarias).

El tratamiento operatorio del uréter tuberculoso lo realizan por un método original, que posteriormente he visto también en la clínica de Papin en París. El resto de las clínicas europeas y norteamericanas siguen el método clásico.

A mi ingreso en la clínica (Julio 1931) la anestesia exclusivamente empleada (salvo raros casos de nerviosidad del enfermo) era la paravertebral para la cirugía renal, en contadísimos casos la narcosis etérea. La local

clásica para la cirugía vesical, peniana, etc. Hoy toda ha sido substituida con enorme ventaja por la epidural de Dogliotti. El método es de una habilidad técnica corriente y los resultados altamente animadores. Por este método se obtienen los resultados anestésicos de la anestesia raquídea sin ninguno de sus peligros inmediatos y postanestésicos, ya que el líquido queda fuera de la cavidad medular, evitando los múltiples pinchazos de la anestesia paravertebral y el dolor al traccionar el pedículo renal. La anestesia epidural proporciona un silencio abdominal perfecto.

La resección del nervio presacral para combatir el dolor en afecciones vesicales rebeldes está a la orden del día. Sin embargo, la cirugía de las alteraciones de tipo neurógeno de la vejiga no alcanza el grado de perfección alcanzado en la Clínica Mayo.

Un hecho notable es que como pruebas funcionales del riñón solamente utilizan la prueba de Volhard y Strauss y el indigo carmín intramuscular (y no intravenoso como hacen en otras clínicas), por asemejarse más a la eliminación de la sustancia inyectada por este método a la eliminación fisiológica. También utilizan en el estudio del enfermo el estudio químico de la sangre.

La hipertrofia de próstata es tratada por el método suprapúbico en el 92 por 100 de los casos. En el método perineal el profesor utiliza un procedimiento muy útil para sostener automáticamente en posición el conductor uretral, que tanta importancia tiene en la operación.

Entre el instrumental que utilizan, llama poderosamente la atención el que tiene la clínica para el trabajo de pelvis renal (denervación y pielotomía); también la pinza trócar de la cistostomía y el retractor de recto para la prostatectomía perineal son dignos de mención.

Interesante es que nunca usan retractores automáticos para la exposición de la herida, hecho que inutiliza a un ayudante y que fatiga enormemente al encargado de efectuar la retracción.

Uno de los aspectos más interesantes de la clínica y que mayor importancia le han dado ha sido el descubrimiento y aplicación clínica del uroselectán, cuyos primeros trabajos han sido publicados por von Lichtenberg y Swick en Noviembre de 1929. Este método de diagnóstico radiológico y de estudio funcional del riñón que, junto con la cirugía endoscópica del cuello vesical, son los dos hechos que han dado mayor impulso a la Urología en estos últimos cuatro años.

Resulta verdaderamente admirable que von Lichtenberg, que fué el padre de la exploración radiológica de aparato urinario, que hoy llamamos retrógrada en 1903, vuelva a dar un impulso tan formidable al avance de la exploración radiológica del aparato urinario con el uroselectán y sus derivados, que son continuamente estudiados en la clínica.

En la clínica se realizan unas 700 operaciones cruentas al año. Este hecho llama poderosamente la atención teniendo en cuenta el número de camas. Sin embargo, el tener a los enfermos un largo período después de operados, junto con el porcentaje de las infecciones de las heridas, contribuye a este paradójico resultado.

El porcentaje más elevado de operaciones está del lado del riñón y, dentro de éste, la litiasis renoureteral lleva el primer lugar, siguiéndole la tuberculosis, la nefrolisis, los tumores renales y la exploración quirúrgica por lumbotomía.

Casos extraordinariamente interesantes durante el tiempo en que estuvimos en la clínica son: Niño de tres

años con un pólipo de uretra posterior, diagnosticado uretrográficamente de válvula uretral, retención completa y exploración por cistostomía, resección del pólipo. Un caso de uretra doble en una muchacha de veinte años con desdoblamiento total de aparato genital. Un caso de muerte súbita por anestesia paravertebral. Por vez primera, en mi ya larga experiencia hospitalaria, veo abrir el lado contrario (lumbotomía), al lado que debía ser operado, repartiéndose la responsabilidad entre el oberartz y el enfermero. Suturada la herida, pues afortunadamente la equivocación fué descubierta a tiempo, se procedió a abrir el lado enfermo. Vi también una rotura de la vena cava sin consecuencias funestas, a pesar del gran tamaño y hemorragia. Observé el segundo caso de tumor de la pelvis renal con un pielograma típico.

Durante mi estancia en la clínica, además del trabajo clínico ordenado por el profesor, bajo las órdenes del doctor Mennicken, realicé un trabajo experimental en el conejo, sobre los efectos de la anestesia paravertebral. Debido a lo costoso de estos animales (4,50 Rm.) no pude concluir nuestros experimentos. Con un material de historia abundante hemos escrito dos trabajos: uno sobre «La hematuria ex vacuo» y otro sobre el «Estudio de las alteraciones anatomopatológicas del cuello vesical», y su tratamiento por el método de von Lichtenberg, mediante cistostomía, que junto con la cirugía endoscópica mediante el «punch» son los dos procedimientos a elección. Otro trabajo de carácter de investigación sobre «Urolitiasis y formas de producir *in vitro* cálculos», completan nuestro material de producción para publicar. Estos tres trabajos han sido presentados al premio Gari que la Academia de Medicina de Barcelona otorga a temas de Urología, desconociendo aún sus resultados.

Queremos acabar esta memoria con un homenaje de gratitud a nuestro profesor y querido amigo A. von Lichtenberg, que profesional y familiarmente ha sido como un padre para con nosotros, así como para el Oberartz Heckenbah, que como compañero y amigo nos ha hecho inolvidables nuestra estancia y trabajo en el Hedwig's Krankenhaus. Por último, dedico un recuerdo a los jóvenes compañeros con quienes hemos compartido las faenas de trabajo de esta clínica.

Quiero hacer también constar que la clínica tiene un carácter muy cosmopolita, pues merced a su renombre en los campos de la Urología, allí hemos trabado amistad con los urólogos de renombre mundial de Australia, China, Francia, Rusia, Polonia, Rumania, habiendo tenido el gusto de ver y colaborar con antiguos compañeros de la Mayo Clinic como el Dr. Creevy, que fué un «fellow» en la sección de Urología de la Clínica de Rochester los mismos años que el que esto escribe.

DIVULGACIONES CIENTIFICAS DE ACTUALIDAD

I

Investigaciones mal dirigidas.

Adaptación castellana de R. P. M.

DE LONDRES

Parece que empieza a comprenderse que mucho de lo que se llama «investigación», especialmente «investigación subvencionada», es estéril en resultados útiles. En

una entrevista de prensa, sir Walter, Morley Fletcher F. R. S., secretario del Consejo de Investigaciones Médicas, dice: «Gran cantidad del dinero que se gasta ahora por el público para financiar investigaciones médicas es desfilarrado porque está prefiado para una enfermedad dada o porque se ignoran los métodos para obtener los mejores resultados. El hombre de la calle está dispuesto a creer que si uno *da* tanto o cuanto dinero, uno puede *comprar* labor de investigación. Pero uno no puede comprarla, del mismo modo que no se puede comprar repentinamente un gran poema. Las condiciones necesarias se obtienen sólo después de conseguir hombres con una clase especial de imaginación y de darles—1—la educación conveniente y las oportunidades—2—de asegurarles una vida razonable—3—y una libertad intelectual para ser capaces de seguir sus propios impulsos.» Puede hacerse notar, de paso, que los hombres realizan lo mejor de su labor en la juventud, que Darwin y Lister eran hijos de padres sanos, y que Newton y Faraday estaban agregados a Institutos. «Con demasiada frecuencia son concedidas grandes subvenciones a Cuerpos aislados, que no se hallan en situación de llevar a término ninguna labor efectiva o de larga duración, o se dan para un ataque de frente a una enfermedad dada. Por ejemplo, en los Estados Unidos se han gastado sumas inmensas en la obra contra el cáncer con muy pequeñísimos resultados. Toda la historia de la ciencia demuestra que el fruto madura de manera casi inesperada. Si yo tuviera que gastar 5 millones de dólares en investigación médica, no emprendería ciertamente un ataque de frente contra el cáncer o contra el reumatismo (que acaso causa un número mayor de inválidos que ninguna otra enfermedad), sino que los emplearía en desarrollar aplicaciones especiales de fisiología primaria y de bioquímica, que más adelante darían, seguramente, su fruto. El nuevo método o la nueva ruta que ha ayudado a conquistar una enfermedad se ha deducido del estudio de otra cosa.»

Sir Walter considera que hay un brote débil en la investigación clínica que puede convertirse en una nueva rama directora de la Medicina. Debe formar parte de la labor del profesor de Medicina en todas las Universidades. En Aberdeen, el profesor S. Davidson está usando para la neumonía un suero concentrado y le dedica todo su tiempo para hacer avanzar este problema en lugar de entregarlo a la práctica profesional. El Consejo de Investigación Médica aseguró a sir Thomas Lewis una vida tranquila para que pueda entregarse a sus estudios sobre el corazón y el sistema vascular. Lo que hace falta es crear nuevos puestos como éste. La Fundación Rockefeller ha expresado su intención de hacerse responsable financieramente de uno, y el Trust Beit de otro. Las cátedras de Medicina en Oxford y en Cambridge pueden ser ocupadas por hombres entregados exclusivamente a esta clase de investigaciones. Hay muchas razones para creer que el cáncer es una enfermedad producida por un virus, en cuyo caso toda la labor hecha estudiando los virus hallará su uso en su debido tiempo. La etapa siguiente sería asegurar la inmunidad. Una gran labor sobre la inmunidad en los tumores ha sido realizada por el Dr. Lumsden y otros, y cree que toda la obra debe ser concentrada en esta faena.

II

Estadísticas de mortalidad y mejora en los domicilios.

DE PARÍS

Uno de los hechos establecidos por los higienistas en todos los países es la disminución de la mortalidad en general y particularmente en la tuberculosis, en los centros metropolitanos. Sin embargo, es conveniente publicar las estadísticas que ilustren al público. *Le Temps* acaba de dar a luz un trabajo de Pierre Bourdeix que expone la situación actual en lo que se refiere a Francia y a París. Un hecho interesante: donde vemos amontonada una densa población en cuartos poco higiénicos, la mortalidad es de 14,5 por 1.000, mientras en el resto de Francia es de 18, a pesar de que la población parece habitan, en gran parte, en mejores condiciones higiénicas. En los suburbios periféricos de París, a pesar de que la densidad de la población es diez veces menor que en París y de que hay muchos jardines pequeños, la mortalidad es mayor porque las habitaciones son menos higiénicas, pero aun en estos suburbios periféricos la mortalidad es todavía menor que en el resto de Francia. Acaso el autor no toma en consideración otros factores importantes, especialmente la mejor organización sanitaria de París, sus numerosos hospitales, la abundancia de médicos, la mejor aplicación de métodos preventivos, todo lo cual se traduce por ventajas para los habitantes de las ciudades, aun los de las clases trabajadoras, contra la habitual falta de cuidados en los distritos rurales. Sin embargo, la preponderante influencia de la mejora en las habitaciones queda demostrada por la rápida disminución de la mortalidad en la población obrera urbana, observada desde que se la trasladó de los barrios antihigiénicos, demolidos por orden de la Administración municipal, a los nuevos edificios bien planeados. Así, las casas altas, si están bien orientadas y colocadas, tienen la ventaja de mayores rayos solares y ultravioleta. Hay en París muchas casas (ocupadas por 200.000 personas) que no son higiénicas y están destinadas a ser derribadas. Durante un período de once años, 5.263, de las 85.000 anotadas, han proporcionado el 38 por 100 de los muertos por tuberculosis. El Dr. Tellier, estudiando las muertes ocurridas en cada una de las 8.890 casas en Boulogne-sur-Mer, ha observado que en las más antihigiénicas y más densamente pobladas había cuatro y aun cinco veces más muertes que en las higiénicas habitadas por comerciantes y personas de buena posición. El término medio de la mortalidad era 13 por 1.000 o 5 por 1.000 en las casas de los ricos y de 18 a 20 por 1.000 en los barrios de densa población obrera. Pierre Bourdeix afirma que el Gobierno francés haría un excelente negocio si dedicara grandes cantidades de dinero a mejorar los domicilios de las clases menos afortunadas. El ahorro en sanatorios y hospitales sería mayor que las sumas dedicadas por los municipios a aquella empresa. Si la mortalidad media de Francia fuera reducida por tales medios desde el 18 al 11 por 1.000, que es la media en los países fronteros, la patria ahorraría 250.000 vidas humanas y su población ofrecería un aumento porque su natalidad es constante y tiende a crecer ligeramente, mientras la pérdida de la población depende sólo de su alta mortalidad. Bourdeix cita el ejemplo de ocho ciudades de Holanda en las cuales la mortalidad ha

descendido a 8,5 por 1.000, cincuenta ciudades suizas con una mortalidad de 9,5 por 1.000, cincuenta de Alemania con una mortalidad de 10,1 por 1.000 (con un minimum de 7,7 en Frankfort sobre el Main); ciento siete ciudades inglesas con una mortalidad de 11,5 y ochenta y una ciudades norteamericanas con una mortalidad de 11,9. En París, con una mortalidad media de 14,5 por 1.000, dos grupos de edificios higiénicos, especialmente contruidos para obreros y empleados modestos, contruidos por dos filántropos, presentan una mortalidad de 9,2 y 7,6, respectivamente. (Del *The Journal of the American Medical Association*, 24 Septiembre 1932.)

III

El terror a la lepra en Berlín.

DE BERLÍN

Durante algún tiempo se extendieron por Berlín rumores de que algunos niños habían contraído la lepra después de comer plátanos; hasta se decía que cierto número de niños habían sido transportados en aeroplanos a remotas islas. Aunque estos rumores no tenían indicio alguno de posibilidad, y aunque oficiales de Sanidad declararon repetidamente que estas afirmaciones eran absurdas, sin embargo, ante la insistencia de estas patrañas, la Higiene pública realizó una investigación sobre el número de casos de lepra y no encontró la menor endemia que justificara ni explicara esos rumores. Hace muchos años que no se ha presentado en Berlín un caso de lepra.

Un rumor análogo se extendió, hace algunos años, durante los días caniculares, o el período de mayor calor del verano. En aquel tiempo se afirmó que algunos niños que habían estado jugando sobre un tapiz procedente de Oriente habían sufrido lepra. Una investigación minuciosa demostró que el rumor no tenía el menor fundamento. A pesar de estos hechos, un nuevo terror sobre la lepra parece atacar cada verano a la población de Berlín, aunque en todo el año sólo fueron notificados dos casos de lepra, y éstos procedentes del extranjero.

IV

Cambios en el concepto de la naturaleza de las vitaminas.

Abderhalden asegura que antes las vitaminas eran consideradas como sustancias preformadas que se hallaban contenidas en algunos alimentos. En los últimos tiempos se han referido observaciones que hacen aparecer como probable el que las sustancias contenidas en los alimentos no representan los productos que ejercen la acción de las vitaminas, sino que éstos se desarrollan de aquéllas después de su reabsorción en algunos tejidos. Si esta afirmación es cierta, la sustancia efectiva que se desarrolla de las provitaminas puede ser comparada con las hormonas. El objeto del autor al llamar la atención sobre esto es excitar la investigación para averiguar si las vitaminas son formadas en el organismo de sustancias contenidas en algunos alimentos. Si se demostrara que las verdaderas vitaminas se forman pasada la pared intestinal, la investigación tendría que resolver nuevos proble-

mas como el de qué tipo de células eran necesarias para las diversas vitaminas. El autor está persuadido de que tales estudios resolverían muchos problemas sobre la acción de las vitaminas que hoy ignoramos. (*Mediz. Klinik*, Berlín, Abril de 1932.)

SESIONES CLINICAS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE TISIOLOGÍA

Sesión del día 24 de Noviembre de 1932.

INVESTIGACIÓN SISTEMÁTICA ESCOLAR

Presidencia: Dr. Codina Castellvi.

Dr. Carlos Díez.—Comienza diciendo que una de las tareas más urgentes de todo dispensario es la averiguación y pesquisa de los focos evolutivos que en su radio de acción existen. Esperarlos, aguardar a que ellos o sus víctimas acudan al Centro o sean enviados por los médicos de cabecera, es resignarse cómodamente a que por término medio lleven ya de uno a dos años sembrando bacilos en su ambiente vital o a que permanezcan siempre desconocidos, quizá inclusive para ellos. Por esta razón, que es fundamental, se sostiene la necesidad de incorporar las investigaciones sistemáticas en personas sanas a la técnica de trabajo de los dispensarios. A demás, la investigación sistemática infautil no sólo no ofrece ni un inconveniente, sino que su precisión es obvia, como se ha reconocido de antiguo, dado que la mayor parte de los procesos tuberculosos en los niños transcurren de un modo oculto. Por otra parte, merced a ella podemos llegar a la captación de manantiales bacilíferos, ignorados en gran parte.

Por todas estas razones, una de nuestras primeras tareas ha sido la investigación de los niños escolares del campo de acción del dispensario. Para ello hubimos de escoger un proceder cuyos resultados nos permitiesen una selección previa, ya que se comprende que no podemos realizar un estudio clínico completo de cada niño ni es esa nuestra función. Y sólo hay dos: la práctica de una intradermorreacción y el examen radiológico. En los primeros tiempos de trabajar de este modo en un dispensario la primera prueba no es fácil realizarla sin protestas y sin retraimientos; nuestro personal está muy lejos de ser abundante, y, en todo caso, con él obtendríamos un índice de infección, imprescindible desde luego, pero menos urgente que el índice de frecuencia de procesos evolutivos, que se obtiene más aproximada y firmemente con el examen sistemático radiológico. Pero ha de procurarse completar lo más posible la investigación con objeto de no caer en el error de considerar a un individuo sólo como un pulmón sobre dos piernas.

Como nuestro propósito es el examen seriado periódico de cada escolar, con el fin de establecer mayor o menor frecuencia en la vigilancia, y siguiendo en gran parte a Kattentin, hemos establecido una clasificación en que encuadrar las diferentes imágenes radioscópicas no correspondientes a procesos evolutivos. Esta clasificación comprende tres grupos:

Imagen normal (I. N.): Cuadros absolutamente normales.

Imagen normal infectada (N. I.): Cuadros con focos de cal más o menos intensos con hilios regularmente anchos.

Imagen residual (I. R.): Comprende todos los casos con hilios anchos con cicatrices evidentes, con campos

indurativos de cualquier localización, es decir, los que demuestran haber sufrido un anterior proceso algo intenso, por lo menos localmente.

Nuestra técnica de trabajo nos ha impedido captar otros casos que aquellos que sufren un indudable proceso evolutivo, advirtiéndolo que para el diagnóstico de actividad no nos hemos apoyado solamente en el examen radiológico. Los resultados globales son: En 732 niños existía un 3,5 por 100 de enfermos y un 2,4 por 100 de sospechosos; en 772 niñas existía un 6,7 por 100 de enfermas y un 2,8 por 100 de sospechosos, haciendo un total de 1.504 casos, con un 5 por 100 de enfermos y un 2,6 por 100 de sospechosos.

La comparación con las cifras de otros autores no es fácil, porque aparte de que la técnica de trabajo ha sido distinta, han variado los conceptos orientadores de la investigación y, sobre todo, por el material infantil en que se ha trabajado. De todas suertes no es nada feliz el parangón, demostrándose la certeza con que se ha insistido siempre en la pésima situación en que se encuentra un niño de nuestro país, particularmente frente a la tuberculosis.

Hemos podido confirmar una serie de hechos ya conocidos: la mayor abundancia del proceso en el sexo femenino; el hecho de que cuando en un grupo de escolares se comprueba un porcentaje exagerado de lesiones debemos sospechar la existencia de un maestro tuberculoso, sospecha que casi siempre es cierta (como en nuestro caso); el predominio de las lesiones infiltrativas ligeras; la persistencia invencible de los maestros a dejarse examinar con rayos X, etc., etc.

Dice que quiere insistir acerca de un punto. El médico de dispensario, el inspector médicoescolar, en una palabra, el que ha de realizar funciones sobre la masa, se encuentra en otras condiciones que el médico particular; a éste acuden ya los enfermos o presuntos enfermos, cuentan los motivos de sus sospechas, los hacen resaltar espontáneamente, o bien la habilidad profesional les fuerza a ello, y así pueden valorarse; en cambio, el médico sanitario lucha en condiciones opuestas: ha de trabajar con gentes que se creen sanas, para las que quizá suponerlas enfermas es una ofensa, sobre todo tratándose de tuberculosis; y todo ello hace que la valoración de los antecedentes familiares, personales y del estado actual sea muy difícil. Ha de buscarse un punto de apoyo más firme que todo eso para poder separar los sanos de los enfermos, y entonces ya en estos últimos adquiere todo su clásico valor la historia familiar e individual al status presente. Antes no deben servir semejantes cosas para la selección previa.

En efecto, de los 1.500 niños, 11,9 por 100 ofrecían una historia familiar capaz de despertar la atención; dentro de éstos un 20,1 por 100 tenían a su vez procesos evolutivos tuberculosos o presentaban imágenes sospechosas. En definitiva, el porcentaje general de individuos en los que coincidían lesiones tuberculosas y sospechosas con antecedentes familiares era de 8 por 100, y ya es bien elocuente tan escasa cifra.

Procentualmente un 14,1 por 100, de los niños presentaban antecedentes personales sospechosos. De este 14,1, un 22,5 por 100 tenían a su vez un proceso bacilar evolutivo, proporción que diluida en el total de escolares visto queda reducida al 2,1 por 100 de coincidencias. Se podrá aludir cuanto se quiera a la sequedad de las cifras estadísticas o a la facilidad con que se prestan a una falsa interpretación, pero mucho habrá que alambicar tales

argumentos para sostener que los antecedentes personales pueden ser en la masa un punto de apoyo de donde partir para desenmascarar una lesión tuberculosa inaparente.

Por lo que se refiere al estado actual de los niños se pueden sacar idénticas conclusiones, y así, por ejemplo, refiriéndonos a la fiebre encontramos que un 12,8 por 100 del total presentaban temperaturas superiores a 37,5 (muchos de ellos tuberculonegativos indudablemente, como ha comprobado Villacián) y sólo en un 30,3 por 100 de éstos coexistían procesos tuberculosos evolutivos. En cuanto a sintomatología general y local, todas las modalidades se encuentran, pero es bien conocido el hecho de su escasez en la tuberculosis infantil.

Dice que con la investigación sistemática infantil tenemos, no sólo a captar las lesiones tuberculosas inaparentes, sino muy particularmente a descubrir los manantiales que les hayan dado origen y que, por lo general, suelen ser ignorados.

De los 75 procesos evolutivos descubiertos y comprobados por nosotros, seis eran ya conocidos por el Dispensario, dos por haber sido puestos de manifiesto en la investigación de familiares tuberculosos y cuatro por haber acudido espontáneamente al Centro. Descontándose éstos no hemos conseguido hallar la fuente de contagio más que en un 10,5 por 100. Nuestros medios de trabajo son aún imperfectos, sólo la investigación intradomiciliaria nos es factible, sin que tampoco se desarrolle con absoluta eficacia porque el pesqui-e definitivo de los casos sospechosos es difícilmente conseguido.

Advierte, por último, que los niños vistos ascienden a 1.504, y por las condiciones de su vida podemos afirmar que las cifras por nosotros obtenidas no están deformadas previamente por ningún factor de selección que no sea el natural, fuera de nuestro control.

EL COCIENTE DE LUTZ Y WAHL EN EL DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

Dres. Crespo, Alvarez y Avendaño.—La práctica nos ha demostrado a todos la utilidad clínica indudable de la llamada velocidad de sedimentación de hematies como medio de pronóstico de la tuberculosis pulmonar, a pesar de las indudables equivocaciones a que a veces nos llevaría si no tuviéramos otra guía que sus resultados.

Muy numerosas son las técnicas para llevarla a cabo, y aunque no es éste el momento de analizarlas, ni de enumerarlas siquiera, podemos decir que puede clasificarse en tres grupos fundamentales: primero, aquellas que miden la altura de la columna de suero en la unidad de tiempo; segundo, las que miden el número de minutos que tarda en formarse una columna de suero de determinada altura, y tercero, las que tienen en cuenta, por una parte, el tiempo empleado, y, por otra, la altura de la columna de suero.

En otro trabajo suyo daban las razones por las que preferían en la práctica diaria la técnica de Westergreen, haciendo la lectura a la hora. Este ha sido también el procedimiento más frecuentemente seguido por los clínicos, aunque muchos lo abandonaron para hacer, no solamente la lectura a la hora (a), sino también la lectura a las dos horas (b) y conocer así el llamado índice de Katz, con arreglo a la fórmula

$$\frac{a + \frac{b}{2}}{2}$$

aunque al parecer tiene más inconvenientes que ventajas.

Lutz y Wahl defienden el criterio de que las mejores orientaciones pronósticas son las que da el llamado por ellos «cociente de sedimentación globular», que se determinaría, siguiendo la técnica de Westergreen, con sólo dividir la cifra alcanzada durante la primera hora por la obtenida durante la segunda hora exclusivamente. Según las conclusiones de estos autores: «Los casos de tuberculosis pulmonar en que el cociente de sedimentación es menor de uno, tienen indudablemente buen pronóstico; si es superior a uno, el pronóstico es malo, aunque a veces se han llegado a curar, si bien previamente dicho cociente se ha hecho inferior a la unidad, y, por último, los casos en que persistentemente el cociente es superior a uno son de pronóstico fatal indudable.»

Szüle hace recientemente una crítica de la importancia clínica del cociente de Lutz y Wahl, pues a su juicio, cuando se utiliza la técnica de Westergreen es preciso tener en cuenta dos factores diferentes: uno biológico, aún no bien precisado, y otro puramente mecánico y directamente determinado por la escasa longitud del tubo en las sedimentaciones rápidas, ya que la falta de espacio sería causa de que la velocidad de sedimentación diera cifras menores a las reales durante la segunda hora. Para demostrar su creencia trabajó simultáneamente con tubos de Westergreen y con otros mandados construir por él que, teniendo el mismo calibre, tienen un metro de longitud. Los resultados conseguidos en uno y otro caso fueron muy diferentes en la segunda hora en las sedimentaciones rápidas, y por ello demuestra que si el cociente de Lutz y Wahl es exacto usando los tubos Westergreen, no lo es usando tubos largos, y que la exactitud del primero deriva precisamente del factor mecánico que actúa únicamente en los tubos cortos.

Dice que ellos han practicado el llamado cociente de sedimentación en numerosos enfermos, y aunque no es éste el momento de leer los resultados de cada caso en particular, si pueden afirmar, juzgando por su experiencia, que las cifras más elevadas de cociente de sedimentación corresponden a las formas neumónicas y bronconeumónicas y las cifras más bajas corresponden a las formas fibrosas no ulceradas, a las infiltraciones secundarias y a tres casos de adenopatía intumesciente.

Por otra parte, estudiando el problema bajo otro aspecto, dice que se debe hacer notar que ellos han tenido ocasión de comprobar amplias modificaciones en la cifra del cociente de Lutz y Wahl, cuando en el transcurso del tiempo el enfermo mejora o se agrava de sus lesiones pulmonares, viendo siempre que la mejoría del enfermo va paralela a la disminución progresiva de la cifra de dicho cociente.

Por último, considera que como conclusiones de su trabajo se pueden afirmar las siguientes:

1.^a El llamado cociente de Lutz y Wahl es un buen medio para fijar el pronóstico en los casos de tuberculosis pulmonar.

2.^a Los casos que dan cifras altas tienen peor pronóstico que los que dan cifras bajas.

3.^a La unidad es posiblemente la cifra que marca más exactamente la separación entre los casos benignos y malignos en los enfermos tuberculosos, aunque, como es natural, esto no puede tener un valor absoluto.

4.^a La lectura a la hora va, generalmente, paralela al cociente de Lutz y Wahl; pero no siempre.

5.^a El índice de Katz, no sólo no tiene manifestadas ventajas sobre la lectura a la hora y sobre el cociente de Lutz y Wahl, sino que es menos exacto que aquélla y que éste.

BIBLIOGRAFIA ⁽¹⁾

EL TRATAMIENTO ACTUAL DE LA PARÁLISIS GENERAL, por el Dr. Pedro Mollaret, monografía de 68 páginas. Editor, J. B. Baillière et Fils. París, 1932.

Breve resumen del estado actual del tratamiento de la parálisis general e indicaciones clínicas de las diversas terapéuticas, desde el punto de vista del médico general. Contiene la obra consejos prácticos y sintéticos, resultado de la experiencia del Dr. Mollaret, médico encargado del centro paludoterápico de la Salpêtrière.

A. V. N.

PROBLEMAS DE LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA, por el profesor Kurt Schneider, monografía de 46 páginas. Editor, G. Thieme. Leipzig, 1932.

El ilustre director de la Sección clínica del Instituto de Investigación Psiquiátrica de Munich, amplía en esta breve monografía las ideas que expuso en una de las sesiones clínicas que tienen lugar en el mencionado establecimiento. El autor indica sus propias ideas referentes a los problemas de la clínica psiquiátrica contemporánea. Ocupase en primer término de las psicosis endógenas y señala el interés que ofrecen actualmente los casos atípicos, con cuyo motivo somete a una acertada crítica las orientaciones psiquiátricas de las escuelas de Kretschmer y Kleis. Desde el punto de vista del análisis estructural tiene interés el desarrollo del concepto psicosis endógena y psicosis tóxica, pero en la actualidad deben precisarse las relaciones entre los episodios exógenos agudos y las psicosis esquizofrénicas. En el capítulo tercero estúdase el análisis polidimensional en sus aplicaciones a las psicosis endógenas y defectos psíquicos cerebrales procesables. La monografía ofrece enorme interés por condensarse en ella todos los problemas de actualidad psiquiátrica, que el autor expone con depurado criterio selectivo.

A. VALLEJO NAGERA

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

Giorgis De María. ACCIÓN DEL EXTRACTO TONSILAR, ESPECIALMENTE RESPECTO A LA FUNCIÓN DEL OVARIO.—El conocimiento de las funciones encomendadas a las amígdalas no es aún seguro ni completo, si bien se ha adelantado bastante en ello, por obra de diferentes autores, especialmente desde el momento en que se emitió la hipótesis de una probable acción endocrina. Sucesivamente han sido estudiadas después las amígdalas en relación con las otras glándulas endocrinas (timo, tiroides, hipófisis, etc.); menos con el ovario, por lo que el autor ha querido llenar este espacio, a la vez que pretende dar un fundamento anatómico-patológico a diferentes hechos clínicos observados por laringólogos y obstetras respecto a disfunciones ováricas en ocasión de alteraciones en el anillo de Waldeyer.

Las experiencias efectuadas en ratones blancos (preferidos por tener un período de desarrollo desde el nacimiento hasta la pubertad relativamente breve), las divide el autor

en dos grupos; en el primero observa la acción del extracto tonsilar sobre el ciclo ovárico de los ratones hembras ya púberes y en plena actividad sexual, mediante el flujo vaginal y el sucesivo control histológico; en el segundo comprende las observaciones llevadas a cabo con el mismo procedimiento sobre el desarrollo sexual y somático en ratones hembras impúberes.

Dada la imposibilidad de obtener amígdalas humanas en suficiente cantidad y en perfecto estado fisiológico, el autor se ha servido para sus experiencias de un extracto acuoso de tonsilas de ternera.

Inmediatamente después de la inyección se obtiene un frotis vaginal mediante una sonda, en una de cuyas extremidades se ha liado un poco de algodón para no dañar ni infectar los genitales. Se colorean los frotis con May-Grunwald Giensa y se examinan con objetivo de inmersión.

Respecto a las experiencias efectuadas con las hembras del primer grupo, es decir, en las adultas, no se ha encontrado ninguna modificación respecto al ritmo del estro; en lo referente a la duración ha observado el autor que no pasaba nunca de las veinticuatro horas, cuando en términos normales es de veintisiete a treinta y tres horas.

En los animales del segundo grupo ha observado alteraciones del ritmo en el 50 por 100 de los casos, con retardo del estro hasta de más de doce días; en el otro 50 por 100 la duración no pasaba tampoco de las veinticuatro horas, apareciendo en los días sucesivos abundantes leucocitos y células epiteliales.

En los animales que sirvieron de testigo, el ritmo fue siempre regular, y su duración llegó a veces hasta las cuarenta y ocho horas, estando siempre constituido de células corneas exclusivamente.

Histológicamente ha podido comprobar el autor, en los ovarios de los conejos inyectados, fuesen grandes o pequeños, pero más claramente en estos últimos, una presencia constante de menor número de cuerpos lúteos bien desarrollados, un menor número de folículos normales en vías de maduración y, al contrario, un aumento del número de folículos atrésicos, muchos de los cuales mostraban una evidente tendencia a la degeneración quística.

En el sistema linfático (comprendiendo también los ganglios y órganos de estructura linfóide, como el timo y el bazo) ha encontrado una hipertrofia e hiperplasia notabilísima. Esta hipertrofia queda demostrada por la diferencia de peso entre los órganos linfáticos de los animales inyectados y los que sirvieron de testigo, y por los preparados histológicos, en los cuales se encuentra un aumento del volumen y del número de los folículos linfáticos, una mayor repleción linfocitaria y un aumento del espesor de la cortical.

En las glándulas suprarrenales ha comprobado, igualmente, un adelgazamiento, aunque si bien es verdad que no muy marcado, de la parte medular, y una consiguiente disminución de la substancia cromafín de ésta.

En los vasos, en la mayoría de los casos, se ha acusado una evidente dilatación y repleción.

Como consecuencia de todos estos hallazgos cree el autor que las amígdalas tienen una propia actividad como glándula de secreción interna, que influencia la esfera genital en grados bastante apreciables, aunque sus manifestaciones sean más ostensibles en todo el organismo.

La verdadera acción fisiológica general es difícil de precisar; sin embargo, se debe considerar como muy semejante a la del timo, y, por lo tanto, al igual que éste, debe obrar principalmente sobre el desarrollo somático y genital.

Subraya el autor que la hiperfunción y la hiperplasia

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

amigdalina son por sí solos capaces de provocar en el organismo un verdadero estado de disendocrinia. En efecto, mediante inyecciones prolongadas de extracto amigdalino normal, ha comprobado el establecimiento de un síndrome muy semejante, si no igual, al tímico-linfático, el cual está caracterizado, según Pende, por hiperplasia de los tejidos linfáticos, hipoplasia de las glándulas genitales, hipoplasia cromafín y alteraciones del tiroides.

El autor, en sus investigaciones, ha encontrado un cuadro muy parecido: notable hipertrofia del sistema linfático, marcada hipoplasia genital y evidente, aunque no tan manifiesta, hipoplasia del tejido cromafín. A propósito de la hipoplasia de las glándulas sexuales en los estados tímicos, recuerda que ya Pende observó una degeneración microquística del ovario.

En cuanto a la hipoplasia del tejido cromafín, si bien no demostrada muy claramente por los datos histológicos, puede ser, según el modo de ver del autor, confirmada por la gran vasodilatación (¿hipoadrenalinemia?), y por la acción hipoglucemiante del extracto de amígdalas, antagonista de la de la adrenalina, que otros autores han puesto en evidencia. (*Il Valsalva*, Mayo 1932). — J. JIMÉNEZ CERVANTES PINELO.

Yacovlev y Guthrie. ECTODERMITIS CONGÉNITAS EN LOS EPILÉPTICOS.—Tres tipos de síndromes neurocutáneos congénitos han llamado especialmente la atención por la frecuencia con que se presentan en los epilépticos. Son estos la neurofibromatosis de Recklinghausen, la esclerosis tuberosa de Ronneville y la angiomasia cerebral con nevus cutáneos en la esfera del trigémino.

Los autores de este trabajo, con motivo de las observaciones personales, efectúan un interesante y completo estudio de conjunto de la cuestión. Los tres mencionados síndromes neurocutáneos tienen por origen una anomalía en el desarrollo del ectodermo. La disposición metamérica de las lesiones cutáneas y nerviosas es una prueba evidente de este aserto. En algunos casos, sin embargo, la disposición de los nevus vasculares corresponde más perfectamente a un territorio simpático, surgiendo de aquí la idea de un trastorno de la innervación vasomotora como agente generador de estos cuadros clínicos. La predilección de las lesiones a nivel de las regiones cefálica y caudal establece, por otra parte, ciertos lazos entre éstas y la plegadura y diferenciación del tubo neural primitivo.

Las lesiones pueden presentarse únicamente sobre el tejido neuroectodérmico, como en la enfermedad de Recklinghausen, y la esclerosis tuberosa, o interesar igualmente el tejido mesodérmico como en la angiomasia cerebral.

Clínicamente estos tres síndromes pueden asociarse. Es un hecho idéntico al que se presenta en las lesiones del cerebro, en las cuales aun desde el punto de vista histológico, resulta muy difícil diferenciar a veces las lesiones de espongioblastosis, neuroespongioblastosis y angiomasia. Los autores piensan que la neurofibromatosis y la esclerosis tuberosa son consecuencia de una malformación más precoz en el curso de la embriogénesis que la hemangiomasia. Es ésta sin duda la primera distinción que separa estas tres ectodermosis congénitas. Así pues, el ectodermo, que es el tejido más altamente diferenciado, por el hecho de una malformación congénita y de un desarrollo defectuoso, puede producir al propio tiempo déficit intelectual y epilepsia, asociadas a los tres síndromes neurocutáneos citados, (*Arch. of. Neu. and Psy.*, tomo XXVI, núm. 6). — TOMÉ.

Ferruccio Floretti. INVESTIGACIONES HISTOLÓGICAS.

HEMOCROMOCITOMÉTRICAS Y FÓRMULA DE ARNETH EN ALGUNOS CASOS DE ANGINA AGUDA Y SUBAGUDA.—Análogamente a cuanto sucede para otros estados infecciosos, también las amigdalitis dan lugar a reacciones hematológicas dignas de tener en cuenta, y algunas veces tan características y singulares que justifican, según otros autores, la creación y separación en individualidades morbosas especiales.

Por esto le ha parecido oportuno al autor practicar estudios sistemáticos de la crisis figurada de la sangre en los casos de angina aguda y subaguda, basándose en la forma clínica y limitándose únicamente al período de estado de la enfermedad para poder precisar más claramente los cuadros hematológicos y sus desviaciones.

El autor ha encontrado amigdalitis que se pudieran juzgar como idiopáticas clínicamente, es decir, como enfermedad autónoma capaz de justificar la sintomatología general y local; serían los casos con reacciones linfomonocíticas, más frecuentes de lo que se cree.

Microscópicamente no ha encontrado, en las anginas idiopáticas comunes, agudas y subagudas, alteraciones del número ni de la forma de los glóbulos rojos y del valor globular, ni formas sin madurar de ninguna clase, ni inversión de la fórmula leucocitaria. Por el contrario, en todas las formas ha observado un cierto grado de leucocitosis, y la fórmula de Arneth, en un gran tanto por ciento (86), quedaba desviada hacia la izquierda.

Pero lo que más sorpresa causa es ver que el autor ha encontrado en los cuadros hematológicos de anginas primitivas, debidas a los agentes patógenos más variados, un porcentaje de linfocitos y monocitos bastante elevado, con linfocitosis, monocitosis diversamente asociada, en un número considerable de casos, que quedarían clasificados, por tanto, como de angina linfomonocítica. En efecto, los monocitos se hallan aumentados, en los casos de anginas agudas en el 57,9 por 100 de los casos, y en los casos de angina subaguda en el 42,9 por 100 de los casos, variando su cantidad del 10 por 100 al 26 por 100 de la fórmula leucocitaria total. Los linfocitos han aumentado, en las amigdalitis agudas en el 42 por 100 de los casos, y en las subagudas en el 64,2 por 100 de los casos; oscilando su porcentaje entre el 25 y el 46 por 100 de la fórmula total.

El autor se pregunta si, en realidad, en estos casos no habrán intervenido además, y hayan influido más o menos directamente, el lugar, la entidad y la extensión mayor de las lesiones (bazo, hígado, glándulas), o bien, si no puede haber tenido importancia, dada la variedad de la parte bacteriológica, la intensidad del estímulo provocador, ya sobre el tejido linfático o ya sobre el sistema retículoendotelial. (*Il Valsalva*, Mayo 1932). — J. JIMÉNEZ CERVANTES PINELO.

Martín Gomes. COLEDUODENOGRAFÍA Y LA HIDROHEPATOSIS.—Señala el autor de este trabajo que es indispensable, antes de practicar una colecistostomía, hacer una radiografía combinada del duodeno y de toda la bilis contenida en las vías biliares; es lo que se llama la coleduodenografía; ella permite estudiar la dilatación del árbol biliar, lo que Mc. Master, Brown y Rous han llamado la hidrohepatosis; tiene también, por fin, poder despistar las lesiones y las modificaciones importantes. (*Rev. de Rad. Cl.*, Abril de 1932). — T.



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 *Derio Carlan*.—Cómo enjuicia «L'Action Française» el caso del Dr. Albiñana.—Colaboración independiente: ¿Para qué sirven los Colegios Médicos?, por *Sisinio Crespo*.—Academias, Sociedades y Conferencias.—Sección oficial.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Código Penal.—Tertulia médica.—Anuncios.

Boletín de la semana.

De la Academia y del Parlamento nacional.

Durante la pasada semana dos acontecimientos han embargado la atención de la vida médica en Madrid: las elecciones verificadas en la Academia Nacional de Medicina para cubrir las vacantes de secretario perpetuo de la Corporación y de académico de número, causadas por el fallecimiento de nuestro llorado amigo el Dr. Pulido Fernández, y la discusión del Presupuesto de Sanidad en las Cortes Constituyentes.

De las elecciones de la Academia hablando, diremos en primer lugar que nuestro bueno y viejo amigo el Dr. D. Nicasio Mariscal y García ha obtenido un justo, merecido y resonante triunfo al ser aclamado por unanimidad sucesor del Dr. Pulido en el cargo de secretario perpetuo de la Corporación. El Dr. Mariscal es una de las más relevantes figuras de la Medicina y de la Literatura patrias. Su actuación oficial al frente del Instituto de Toxicología y la profesional en los diversos cargos que regenta, le hacen merecedor del señalado prestigio que disfruta entre la clase médica española. Pero la figura del Dr. Mariscal adquiere un señalamiento de eminencia en su aspecto de profundo erudito, clásico estilista castellano, depurado poeta lírico e historiador de la Medicina, de mérito acaso único hoy en el día entre los médicos españoles. Desde hacía tiempo venía el Dr. Mariscal rigiendo con acierto y discreción el cargo de secretario de la Academia, de modo interino, por enfermedad del doctor Pulido, y a consecuencia de llevar mucho tiempo en el puesto de secretario de actas de la Corporación. Los señores académicos, reconociendo los méritos de su ilustre compañero, le aclamaron unánimemente en la sesión del miércoles 14, y el doctor Mariscal ocupará desde ahora el importantísimo puesto en propiedad, bien justificada. Felicitamos al Dr. Mariscal y a la Academia, y aquí haríamos punto respecto a las elecciones verificadas el día 14, si una consideración especialísima no nos obligase a puntualizar algunos extremos refe-

rentes a la elección del Dr. Jiménez Díaz como académico de número en la vacante del Dr. Pulido.

Comencemos diciendo que el profesor Jiménez Díaz, catedrático de Patología médica de la Facultad de Madrid, nos parece una buena elección para la Academia, justificada por los méritos del doctor Jiménez Díaz, y que será plausiblemente acogida por la opinión.

Pero EL SIGLO MÉDICO se encuentra precisado de decir algo más: EL SIGLO MÉDICO cuenta con una gran masa de lectores entre los médicos que conocen de antiguo la marcha de la vida científica y profesional médica española; pero entre los lectores de EL SIGLO MÉDICO figuran en la actualidad una masa enorme de jóvenes licenciados y de estudiantes del último año de la Facultad de Medicina. Por listas que suman centenares de solicitantes se reciben en nuestra Administración los boletos de suscripción a EL SIGLO MÉDICO, firmados por estudiantes del sexto año de todas las Facultades de España, y a estos lectores nuestros, noble juventud que ha vivido durante siete años al ambiente exclusivo de los claustros universitarios, es a quienes hoy nos dirigimos en estos comentarios, porque son los elementos a quienes es obligado encauzar la opinión rectamente y desviar de su pensamiento y de su crédito ciertos lugares comunes que han venido siendo artilugio empleado demasiado frecuentemente para sostener ambiciones y pendonear campañas que deben cesar de una vez para siempre.

Siempre lo fué, y desde hace cosa de un cuarto de siglo mucho más, un absurdo criterio entre los médicos el de atacar inconsiderada e injustamente a los médicos que tenían el pecado de ser hijos de alguna personalidad señalada en la profesión. Ser hijo de don fulano o de don mengano es entre los médicos españoles motivo para concitar los odios más tremendos y las campañas más aviesas en contra de cualquier aspiración del compañero que tuvo la desgracia de ser hijo de un gran médico.

Cuando al tener que cubrirse la vacante del Dr. Pulido Fernández en la Academia, nuestro director, el Dr. Cortezo, propuso como candidato al

ilustre urólogo Dr. Pulido Martín, ya sabía el doctor Cortezo cuanto iba a ocurrir. Lo lógico hubiera sido que, ante los indudables merecimientos del Dr. Pulido Martín, el triunfo le hubiera sido fácil, pero lo lógico hace ya muchos años que no se lleva por el mundo.

No es la derrota honrosísima del Dr. Pulido Martín lo que nos hace escribir estas líneas. La sola indicación de su nombre, sin ninguna maniobra ni trapicheo, le ha dado al Dr. Pulido Martín la respetable cantidad de dieciséis votos frente a los veintidós que dieron el triunfo al Dr. Jiménez Díaz. No es esto lo que nos hace comentar la elección ante la juventud médica española, y no ante los señores académicos, cuyo fallo nos parece muy respetable. Es que pretendemos salir al paso de lo que siempre camina y se hace camino entre las gentes que encuentran más facilidad en lanzar un juicio de barato que en enterarse puntualmente de las cosas.

Es que enérgicamente no queremos que se diga, como se ha dicho, que el director de EL SIGLO MÉDICO ha propuesto al Dr. Pulido Martín por un generoso movimiento de amistad y sentimentalismo. Esto no es justo, y esto es lo que enérgicamente queremos mantener ante la juventud médica y los estudiantes de Medicina españoles, más al tanto de las actividades de sus profesores y de las campañas de claustro universitario que de la vida profesional y científica que no pertenecen a las Facultades de Medicina.

Y como el movimiento se demuestra andando, nos vamos a limitar a decir aquí que el Dr. Cortezo, director de EL SIGLO MÉDICO y presidente de honor de la Academia Nacional de Medicina, propuso como candidato al Dr. Pulido Martín en atención de su brillantísima historia como estudiante, como profesor, como especialista urólogo, como publicista médico y como personalidad profesional relevantísima en Madrid, y esto se demuestra con la lectura detenida del documento que reproducimos y que fué leído por el Dr. Mariscal en la Junta celebrada para las elecciones, conforme ordena el nuevo Estatuto de la Academia.

Vea la juventud médica española que el doctor Pulido Martín es el hijo de Pulido, pero es también el ilustre Dr. Pulido Martín.

Dice así el documento:

Excmo. Sr. Presidente de la Academia Nacional de Medicina.

Mi distinguido amigo y compañero: Impidiéndome el estado de mi salud asistir, como era mi deseo, a la sesión convocada para esta tarde, ruego a usted que en atención a lo que se dispone en el apartado segundo del art. 7.º de los Estatutos de la Academia, actualmente en vigor, reciba

y dé el oportuno curso a la proposición que hago de candidato para ocupar la vacante de académico de número, causada por fallecimiento de D. Angel Pulido y Fernández, al Dr. D. Angel Pulido Martín, eminente profesor de Urología y académico corresponsal de nuestra Corporación.

En consecuencia, y cumpliendo las disposiciones pertinentes del Estatuto, luego de hacer constar mi voto a favor de dicho señor, paso a determinar los méritos y trabajos científicos que, a mi juicio, merecen ser tenidos en consideración respecto a mi patrocinado:

Don Angel Pulido Martín verificó los estudios de la carrera de Medicina en Madrid, con nota de sobresaliente en todas las asignaturas. Premio ordinario en casi todas ellas, y premio extraordinario en el grado de licenciatura y en el grado de doctor.

Como ampliación de sus estudios estuvo durante tres años en el extranjero, especializándose en las enfermedades de vías urinarias, y estudió en Viena, en Berlín, en París y en Londres como discípulo preferido de von Frisch y Zickerkandl, en Viena, de Posner y de Israel en Berlín.

Amplió los estudios de su especialidad en París con Guyón y Albarrán y en Londres con Freyer y Fenwick.

Durante su permanencia en estos países escribió una larga serie de artículos sobre la vida médica y actualidades científicas en aquellas capitales, que después publicó coleccionados en un libro que se titula «Cartas Médicas».

Vuelto a España, explicó en la Facultad de Medicina de Madrid, durante varios cursos, lecciones de Urología, nombrándole el Claustro profesor honorario de su especialidad.

Ganó por oposición una de las plazas de médico de número de la Beneficencia Provincial, y, por ascenso dentro del referido Cuerpo, está actualmente encargado de una clínica de enfermedades de las vías urinarias en el Hospital de San Juan de Dios, con 40 camas a su cargo, habiendo constituido allí un Centro de enseñanza de Cirugía urológica que ha merecido especial atención de los urólogos españoles y extranjeros.

Por oposición obtuvo también la plaza de pensionado de la Facultad de Medicina en el extranjero. A su regreso, y previo el testimonio de su aptitud, fué aprobado, y con arreglo a la ley vigente se le dió el título de profesor auxiliar de la Facultad de Medicina de Madrid, cargo que desempeñó durante varios años con los profesores San Martín y Guedes, de tan prestigioso nombre y honorable recuerdo.

Nuestra Academia juzgó digno de recompensa un trabajo del Dr. Pulido, nombrándole académico corresponsal residente en Madrid, hace ya tantos años que en la actualidad figura con el número 6 de los 50 que forman el escalafón.

Desde entonces ha colaborado con nosotros en las Sesiones Científicas con señalada actividad y constancia. Presentó temas que alcanzaron amplia discusión y cuyos enunciados figuran en las colecciones de nuestros Anales, despertando interés entre académicos y público médico que nos honra con su atención.

Su obra publicada con el título «La litiasis urinaria», recoge su dilatada experiencia sobre el problema de los cálculos del aparato urinario.

En su obra «Endoscopia directa», de gran originalidad personal, señala novedades importantes, como la observación del reflejo, que, partiendo del verumontanum, tiene su final en la musculatura del perineo, reflejo que lleva el nombre de Pulido, reconociéndolo así personalidades como el profesor Blum, de Viena. Las afirmaciones de Pulido en esta obra han sido subrayadas por autores de la categoría de Luys en su reciente tratado de enfermedades de la próstata, y Gutiérrez, en Nueva York, etc.

Publicó un librito acerca de la blenorragia aguda y su tratamiento, singularmente difundido entre médicos españoles, y las doctrinas por él expuestas y su seriedad científica le han alcanzado gran autoridad.

Su método de sondeo de la vejiga con sonda recta, que permite la exploración visual directa de toda la uretra y aun de toda la vejiga, o la parte que no quede oculta por las curvas de los órganos, ha sido muy generalizado y lleva también su nombre en España y el extranjero.

Los numerosos artículos científicos del Dr. Pulido Martín han sido traducidos a todos los idiomas en que la Urología tiene actuación señalada y su autor es desde hace años asiduo colaborador de publicaciones alemanas, inglesas y francesas.

Desde hace muchos años es colaborador del periódico norteamericano *The Journal American Medical Association*, donde ha dado a conocer en todo el mundo de habla inglesa las actividades de los médicos y de la Medicina española, realizando una labor de patriotismo y de vulgarización de la ciencia patria no igualada por ningún otro médico, ya que el citado periódico, tribuna del Sr. Pulido, cuenta con la enorme cifra de 110.000 suscriptores.

El Dr. Pulido Martín es socio de honor de la Sociedad de Urología alemana, de la italiana y de la romana, y miembro de la Sociedad Urológica de París y de la Internacional de Urología y de la Sociedad de Urología Española, habiendo sido fundador de estas dos últimas.

Durante el reciente Congreso de la Sociedad Internacional de Urología, que tanto honró a nuestro país, fué ponente del tema Antisepsia urinaria.

No hay periódico español de Medicina o escrito en castellano, como no hay publicación de su especialidad escrita en cualquier idioma, donde no haya aparecido algún trabajo suyo. Es un constante colaborador de la prensa médica madrileña, donde han visto la luz más de ochenta trabajos originales suyos, entre los que merece recordarse sus artículos, precisamente ilustrados por el propio autor, describiendo y haciendo crítica de la operación de Wertheim, sus estudios sobre el peligro blenorragico, la exploración del enfermo urinario, la hipertrofia de la próstata, que estudió primero con Guyón, después con Albarrán, y, por último, con Freyer, dedicando a este tema trabajos en número no igualado por otro urólogo español, entre ellos el estudio basado en la disección de gran número de cadáveres y en la autopsia de enfermos operados y fallecidos en la clínica. Este último trabajo sirvió de ponencia a un Congreso de la Sociedad Española de Urología y confirmó la doctrina entonces considerada como novedad muy discutida, según la cual la hipertrofia de la próstata ni es hipertrofia ni es de la próstata, sino la neoformación adenomatosa de las glándulas periuretrales del cuello de la vejiga.

La cirugía del riñón y del uréter, la exploración de la función renal, la cistoscopia, la uretroscopia, etc., etc., y últimamente los peligros de la uretrotomía interna; en suma, todo cuanto hace referencia a la Urología en sus aspectos de diagnósticos, de patología, de anatomía patológica, de terapéutica medicamentosa y operatoria, han sido tratados, discutidos y vulgarizados por el Dr. Pulido Martín, siempre con un sentido de austeridad, de verdad científica, de confesión de insuficiencia o de afirmación de posibilidad, siempre con una guía filosófica de unidad, de hipocratismo puro que aprendió en Letamendi, del cual es Pulido Martín entusiasta discípulo y vulgarizador del mérito de su mentalidad, a la que estima una de las primeras honras de España.

Esto es, señor presidente, a grandes rasgos cuanto estimo oportuno someter a la Academia en apoyo de mi proposi-

ción de que el Sr. Pulido Martín sea votado académico de número en la vacante causada por fallecimiento del que fué nuestro muy ilustre compañero y cordial amigo el doctor D. Angel Pulido Fernández.

*
* *

En las Cortes Constituyentes se ha discutido en los pasados días el Presupuesto de Sanidad. La índole del Presupuesto no permite que lo tratemos en el breve espacio que ya nos queda en este Boletín; pero debemos señalar una cosa: Es altamente satisfactorio el interés despertado en la Cámara por la discusión del presupuesto sanitario y altamente satisfactorio el importe considerable de la cifra presupuestada, la más alta de las que se registraron en los Presupuestos nacionales. Ya no es tan satisfactorio el que se confunda dolorosamente lo que es organizar un servicio con la simple faena de repartir miles y miles de pesetas con más generosidad y desenvoltura que justificación precisa. Será un gran dolor que la opinión médica nacional no se dé cuenta de que cuando un país hace el esfuerzo de eucauzar una gran suma de dinero para un servicio nacional, adquiere el firmísimo derecho de exigir a ese servicio un gran rendimiento y una justificadísima aplicación.

Cuando España se dé cuenta que el Presupuesto que vota es más para los médicos que para la Sanidad, la reacción puede ser peligrosísima para los intereses de la Sanidad y de los médicos españoles. Na la más por hoy.

DECIO CARLAN

Cómo enjuicia «L'Action Française» el caso del Dr. Albiñana.

En el número de *L'Action Française* del 7 del mes en curso se reproduce la carta que el Dr. Albiñana dirigió al ilustre periodista y batallador hombre público León Daudet, agradeciendo el interés y la generosidad con que éste, desde las columnas del referido periódico, se ocupó de su terrible situación de confinado.

La reproducción de la carta va encabezada con estas líneas de León Daudet, que estimamos deben ser conocidas por el lector español:

«El Dr. Marañón no ha juzgado útil contestar a la súplica que desde aquí le hice, hace algunos días, con referencia a nuestro colega el Dr. Albiñana, confinado por el Gobierno español actual en la malsana región de las Hurdes. Esta falta de humanitarismo por parte de un médico me sorprende. Y extrañará, no solamente a todos los médicos de Acción francesa, tan numerosos en toda la extensión del territorio, sino también a todos los médicos en general, que tienen el sentido del honor y de la independencia de su hermosa profesión. Ninguna consideración política ni personal puede obrar sobre el espíritu de generosidad que es el atavismo moral de la ciencia bienhechora por excelencia. Cuando se trata de un hombre de edad, de salud delicada, y que

puede morir por semejante tratamiento, tan bárbaro, toda conciencia digna de este nombre se subleva.

En cambio, acabo de leer en *La Nación*, de Madrid, de 26 de Noviembre último, la firme, la admirable carta que me dirige el Dr. Albifana, y que no he recibido aún. Es la voz de un alma altiva, y que emocionará a todo el que la lea. Ahí está; no he querido suprimir, en vista de la situación del gran «confinado», los términos demasiado elogiosos que usa con respecto a mí.

Luego copia la carta que ya conocen nuestros lectores.

Al final de la carta del Dr. Albifana, León Daudet pone esta apostilla, en que su pluma hidalga traduce la generosidad de su espíritu. He aquí esas valientes líneas de León Daudet:

«Leí, en efecto, en *Paris Soir*, el sorprendente reportaje de nuestro colega Richard, relativo a la población degenerada de las Hurdes, y a la atmósfera desolada de ese país trágico. En el caso del Dr. Marañón, yo sé bien lo que haría: provisto de una autorización, en buena y debida forma—que ningún miembro del Gobierno español rehusaría proporcionarme—, iría, en auto, a curar por mí mismo en las Hurdes a este colega desgraciado, y lo restituiría a los suyos. Es lo que haría, seguramente, el autor de la carta que acabáis de leer, si los papeles estuvieran cambiados.

Cuando yo fui preso con Delest por culpa del falso testigo Bajot, trujamán de una policía de asesinos, por esos tres gorrinos que se llaman Poincaire, Barthou y Albert Sarraut, innumerables peticiones de médicos, abogados, escritores de todos los partidos, acometieron a esos bribones. ¿No se podría organizar en España, y aun fuera de ella, algo semejante en favor del Dr. Albifana? Es la causa de todos los miembros del Cuerpo médico, en todos los países, la que está en juego. Colegas: ¿lo dejaréis morir de privaciones en las Hurdes?—*León Daudet.*»

¿Comentario de EL SIGLO MEDICO? ¡Uno solo! ESTAMOS CONFORMES EN TODO LO NUESTRO CON EL DOCTOR LEÓN DAUDET.

COLABORACIÓN INDEPENDIENTE

¿Para qué sirven los Colegios Médicos?

¿Qué es lo que defienden? ¿Por qué pagamos? En el que yo, hasta hace poco, fui colegiado la cuota anual era de 31 pesetas. ¿Para qué sirven estas cantidades? Preguntas son éstas a las que no acierto a contestar, ni siquiera llevo a vislumbrar respuesta. ¿Sirven para evitar que un compañero, mejor dicho, médico, ya que el primer concepto creo debe desterrarse en nuestro trato, pues más que compañeros parecemos y somos unos inconscientes enemigos; si tuviéramos conciencia siempre pensaríamos que lo que hoy hacemos con el colega mañana lo harán con nosotros; y como no nos gusta que acción fea nos hagan, tampoco hemos de hacerla. Los Colegios Médicos, ¿sirven para evitar las malas acciones que los médicos nos hacemos los unos a los otros? No. Ahí va una muestra: Allí por el año 1925 quedó vacante un pueblo limítrofe al mío; distaba 4 kilómetros por buena carretera, y me ofrecieron la titular e iguales, asignándome a prorrato 5.000 pesetas anuales, por el tiempo que durara la interinidad. Me negué a ello, y con esto cumplí un acuerdo tomado en firme por los médicos del partido donde yo residía. Ante tal negativa y como no hubiera médico cercano, pues el más cer-

cano distaba 12 kilómetros, el problema de la asistencia médica a este pueblo se les presentaba un poco dificultoso. El alcalde convocó a concejo, o sea que reunió al pueblo en la sala del Ayuntamiento y les hizo saber mi negativa; por referencia de testigos presenciales supe después que en aquel acto se lanzaron muchas palabras injuriosas contra mí, y el pueblo, que días antes solicitaba mi asistencia facultativa, desde aquel momento no me podía ver.

En dicha sesión acordaron solicitar la asistencia de un médico que, como antes digo, estaba situado a 12 kilómetros (dirección Este del pueblo de referencia). Mas el pueblo se dividió en dos bandos, y mientras titular, Beneficencia y algún igualado lo tenía uno, otro médico del mismo lugar tenía igualados el resto; la fracción del titular la servía un practicante que disfrutaba en propiedad y ejercía con plenos poderes en dos pueblos que hoy constituyen un partido médico. Esto lo sabía el Colegio Médico de la provincia. ¿Qué hizo el Colegio en este caso? Nada. Cuando el pueblo se cansó de estar mal asistido nombró un médico propietario con residencia en la localidad, el cual renunció pronto y quedó otra vez vacante; entonces nombraron médico interino a otro distante también 12 kilómetros (dirección Oeste), con la particularidad de que tenía que pasar por la puerta de mi casa para llegar a dicho pueblo; se cansó pronto y adquirió un practicante, al que del día a la mañana transformó en médico del lugar, provisto de su bastón de paseo, símbolo del médico en los lugares. No se concibe que un médico gire visita y no lleve su bastón.

Pues bien; así han estado (si aún no lo están) muchos años. El médico cobraba 1.000 pesetas de titular y el practicante cobraba las iguales. De esta forma se salvaba el honor de un médico y se restaba un partido a un médico (tengo que advertir que el pueblo producía 6.000 pesetas). Linda conducta para aspirar al título de buen compañero. Veamos ahora el caso siguiente: El padre de un médico me dice: «Mi hijo espero sea un buen compañero. No concibo dice—por qué hay malos compañeros.» Y el primer acto que realiza su hijo como médico, nada más salir de la Facultad, es ponerse a hacer la guerra a un médico que hay en su pueblo.

¿Sirven los Colegios para evitar que un médico se meta en un pueblo donde hay otro médico ejerciendo y le reste iguala? No. Yo conozco un pueblo en la provincia de Cuenca, que se llama Fuente de Pedro Narro, donde se da este caso. Claro que aquí se da el caso de que el que residía se puede ir defendiendo, por tener propiedades; pero si esto nos sucede a alguno de los que no dispongamos de bienes de fortuna y tengamos que luchar en condiciones tan desventajosas, ¿qué es lo que hacen realmente los Colegios Médicos por estos desgraciados? Nada.

¿Qué hacen los Colegios cuando un médico cae enfermo y no puede trabajar? Nada.

¿Qué hacen los Colegios cuando un Ayuntamiento no paga el haber de su titular a los médicos inspectores municipales de Sanidad? Nada. ¿Se concibe que a los titulares se les adeude tanto (si hemos de creer lo que el Comité de los inspectores municipales ha dicho) si la labor de los Colegios fuera eficaz?

¿Sirven los Colegios para evitar que un médico tenga varios pueblos? No.

¿Sirven para evitar que un médico, cuando es llamado en consulta para ver un enfermo, deje de decir frases de doble sentido y hable mal del médico de cabecera? No.

¿Sirven para decir a los médicos que ejercen en los hospitales (claro que no serán todos), donde disponen de laboratorios para análisis, donde hay señores especializados en las múltiples ramas de la Medicina, que ejercen donde no

se cuentan los muertos; donde los médicos se parecen a los albañiles, en que todas sus faltas las tapa la tierra; donde disponen de rayos X, aparatos e instrumentos *ad hoc*; donde hay enfermeros y practicantes; donde los médicos, casi la mayoría de las veces, no tienen que hacer, al igual de los niños cuando empiezan a juntar las letras para formar las sílabas, a los que el señor maestro les lleva de la mano y les dice: ésta es la *p*, y ésta es la *a*. A ver, niños, cómo se dice—les pregunta—la *p* y la *a*, y los niños, casi siempre, dicen: *pa*. Aun así, hay muchos niños que al preguntarles el maestro cómo se dice juntando la *p* y la *a*, contestan: *mu*. Sirven los Colegios para decirles a estos señores que los médicos de los pueblos no disponemos (muchísimos de los que ejercemos) de dinero suficiente para adquirir la milésima parte de los elementos de que se dispone en los hospitales, y que no tiene objeto el tenerlos, pues no rendirían ninguna utilidad ni aprovecharían a ninguno; que no tenemos médicos especializados, etc., etc., y que, por lo tanto, nada de particular tiene que los que ejercemos en los pueblos, muchas veces, al juntar la *p* y la *a* digamos *mu*, y que no es justo se nos juzgue tan acerbamente y con su modo de proceder influyan para que los enfermos formen de nosotros un concepto bajísimo? Quisiera ver a esos señores que así nos juzgan, qué papel desempeñarían en el medio rural, del que desconocen la mitad y de la otra parte la mitad y una grandísima parte; no se concibe si no el porqué de esos regímenes que ponen a los lugareños, imposibles de seguir en el medio rural.

Y ahora pregunto yo: ¿qué papel desempeñan los Colegios Médicos? Si no sirven para impedir que un médico hable feamente de otro médico; si no sirven para impedir el que un médico acapare pueblos y más pueblos, restando de esta manera partidos médicos que tanta falta están haciendo para esa legión de médicos sin partido; si no sirven para evitar que los médicos se destruyan unos a otros hasta hacerse jirones; si no sirven para evitar casos como los por mí referidos, ¿para qué sirven? Nunca formaré parte como miembro de un Colegio de Médicos, pues en cuanto me convenciera de que no era sostén de nadie, presentaría la dimisión. ¿Que se incantaba el Gobierno Civil del Colegio de Médicos? Que se incautara. Al paso que vamos, los médicos rurales nos tendremos que cansar de tantos deberes y de ningún derecho.

SISINIO CRESPO

Padilla de Abajo, 9 de Noviembre de 1932.

Academias, Sociedades y Conferencias

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

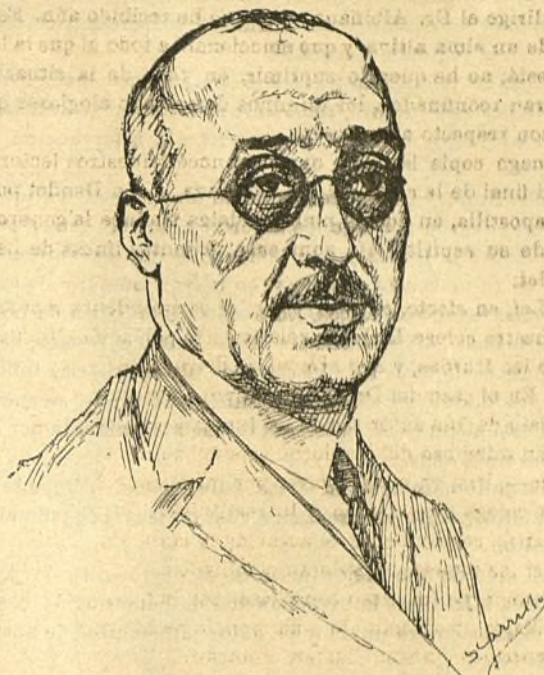
Sesión del 10 de Diciembre de 1932.

ACERCA DE UN CASO DE ÚLCERA GÁSTRICA INFANTIL

(Comunicación del Dr. Carro.—Discusión)

Dr. Stocker: Mi experiencia quirúrgica en cuanto a la úlcera gástrica crónica en los niños es muy limitada. En la actualidad el estudio clínico va manifestando cada día mayor número de úlceras gástricas infantiles, donde antes se consideraban como simples hiperclorhidrias. Cuestión interesante es el papel que la predisposición y la herencia juegan en la úlcera gástrica infantil. Nosotros hemos visto y operado algunos casos en los que se manifestaba claramente el factor herencia. Se puede decir que hay familias de ulcerosos gástricos, como también de hiperclorhídricos. A este respecto precisa valorar cumplidamente tanto el medio familiar como el género de vida.

En la cuestión quirúrgica de la úlcera gástrica, tanto infantil como en adultos, no es sólo de interés, para los resultados, la actuación del cirujano, sino también el régimen alimenticio que el operado llevará en años sucesivos.



Dr. Stocker de la Rosa.

El niño con úlcera gástrica resiste mejor que el adulto toda clase de intervenciones. Tenemos la opinión de que la resección gástrica en el niño da peores resultados que la gastroenterostomía.

Dr. Teófilo Hernando: Interesa llamar la atención sobre la úlcera gástrica infantil, que siendo rara no es tanto para que no se piense en ella, como hacen la generalidad de los médicos; si rara la forma crónica, no lo es tanto la forma aguda. De ésta se desconocen bastantes casos, sobre todo en niños pequeños. En nuestros 1.500 enfermos vistos últimamente hemos diagnosticado dos casos: uno en un niño de once años y otro en una niña de diez años. Es cierto que existen estadísticas que dan una rareza mayor; así, por ejemplo, la publicada recientemente por la Clínica Mayo, de 8.300 enfermos, registra dos casos de úlcera infantil. En la mayoría de los trabajos de esta naturaleza la mayor frecuencia de úlceras infantiles se da en el sexo femenino, y especialmente en la adolescencia. Parece este hecho también de interés a relacionar con la mayor frecuencia de las úlceras gástricas del adulto en la mujer.

En la etiología de la úlcera gástrica infantil se da principal importancia a las infecciones y a la herencia. El estudio bibliográfico de esta materia parece mostrar una menor resistencia del estómago en ciertas familias, conduciendo a la úlcera gástrica.

La sintomatología de la úlcera gástrica en los niños es la misma que en el adulto, si bien en el niño hemos de dar para el diagnóstico principal importancia a los datos objetivos, y en especial a los recogidos radiológicamente y mediante la investigación de las hemorragias ocultas en las heces.

El diagnóstico diferencial de la úlcera gástrica infantil debemos hacerle, sobre todo, con la apendicitis crónica, con la tuberculosis abdominal, cada día más frecuente, y con los

vómitos acetonémicos. En cuanto a este último proceso, sin negar su realidad clínica, digamos que el niño presenta acetona en orina por una simple indigestión; carácter que obliga al médico a repetir los exámenes de orina, e igualmente el examen cuantitativo de la acetona, para admitir el diagnóstico de vómitos acetonémicos e instaurar en consecuencia el régimen apropiado.

Cuando vemos que fracasa el tratamiento médico de la úlcera gástrica infantil, semejante en un todo al aconsejado en el adulto, es momento de recurrir a la intervención quirúrgica.

Dr. Suñer: La existencia de la úlcera gástrica infantil ha sido negada por algunos autores; nosotros hemos publicado sobre su rareza y hoy afirmamos que es enfermedad que se ve de vez en cuando y en mayor número de lo que se creen muchos médicos. En nuestra estadística de policlínica infantil, que alcanza a unos 10.000 enfermos, hemos diagnosticado unos 10 o 12 casos de úlcera gástrica infantil, con predominio en el sexo femenino; niños que se encuentran casi siempre en la tercera infancia; raramente por bajo de los siete años.

La sintomatología en estos enfermos es semejante a la de adultos; tanto más reducida cuanto más pequeño el enfermo.

El método que mejor permite el diagnóstico de úlcera gástrica infantil es la investigación de hemorragias ocultas en heces, siempre unida a los datos radiológicos de aparato digestivo.

El tratamiento de la úlcera gástrica en el niño nos parece que da resultados mucho más favorables que en el adulto.

CONSIDERACIONES CLÍNICAS SOBRE LA «DEMENTIA PRECOEISSIMA»

Dr. A. Vallejo Nágera: Las psicosis infantiles tienen rara ocasión de observarse el psiquiatra. Una casuística de más de 3.000 observaciones personales de enfermos psicóticos únicamente permite entresacar dos casos de demencia precocísima. En los niños que visitan las clínicas neuropsiquiátricas predominan los afectos de convulsiones, leptomeningitis infantil, trastornos del lenguaje, psicópatas, enuresis nocturna, epilépticos y, sobre todo, oligofrénicos. Los pediatras y médicos de familia tienen frecuente ocasión de observar niños con trastornos del carácter y de la afectividad que los psiquiatras calificarían de esquizofrénicos.

El análisis de los antecedentes del esquizofrénico adulto permite vislumbrar las modalidades de la personalidad prepsicótica infantil; pero es frecuente la esquizofrenia en jóvenes cuyo desarrollo intelectual y conducta fueron normales durante la infancia. En otros esquizofrénicos pudo observarse durante la infancia marcada deficiencia intelectual, fondo oligofrénico en que se ha injertado una esquizofrenia demencial simple. Constituye un grupo muy interesante el de jóvenes esquizofrénicos que durante su niñez destacaron por las sobresalientes dotes intelectuales, pero que antes de llegar a la pubertad ya llamaron la atención por sus rarezas, por sus actos antisociales, o por manifestar todos los rasgos del carácter esquizoide (autismo, susceptibilidad, ensimismamiento, terquedad, extravagancia).

Resérvese la denominación demencia precocísima para los episodios mentales presentados antes de los dieciocho años, cuya pertenencia a la esquizofrenia no puede discutirse en la actualidad, después de haber eliminado del grupo los síndromes llamados demencia infantil de Heller y frenastenia aparéticoafásica de Sancta de Sanctis.

La esquizofrenia infantil difiere escasamente de la del adulto por sus causas y síntomas, encontrándose también

esquizofrenias procesales que conducen rápidamente a un déficit psíquico pronunciado, y esquizofrenias que no acausan pérdida de la personalidad ni déficit intelectual. Quizás sean frecuentes los brotes esquizofrénicos infantiles, que pasan inadvertidos por no dejar otra secuela que imperceptible transformación de la personalidad, consistente en un embotamiento afectivo, del que dependen las anomalías del carácter que se observan en muchos esquizofrénicos adultos antes de manifestarse claramente la enfermedad.

Las causas de presentación de la esquizofrenia en la niñez pueden tener relación con vivencias desagradables, pues se ha observado que la mitad de los casos de esquizo-



Dr. Vallejo Nágera.

frenia precocísima sobrevienen en niños huérfanos. También influyen la miseria, la deficiente alimentación, las malas condiciones de vida y el medio ambiente social. Los antecedentes de herencia directa son raros, pero es frecuente en los padres la personalidad psicopática esquizoide.

El estudio clínico de la demencia precocísima debe hacerse separando los casos infantiles de los puberales, y los agudos de los crónicos. La esquizofrenia infantil aguda no puede distinguirse clínicamente de la demencia infantil de Haller.

La demencia precocísima crónica ofrece una sintomatología precaria, reducida a los síntomas fundamentales (inafectividad, pérdida de la iniciativa y espontaneidad y de la gracia infantil) y catatónicos (inmovilidad, negativismo, sitiofobia, mutacismo). Presenta el disertante dos casos. En el primero resaltan los síntomas catatónicos; en el segundo observanse síntomas más complejos, tales la ansiedad y representaciones delirantes, que aproximan el cuadro al de la esquizofrenia puberal.

Las formas puberales de la esquizofrenia difieren de las infantiles en la mayor riqueza de síntomas, pues ya se divisan en ellas todas las formas de la esquizofrenia de los adultos con sus síntomas accesorios. En la pubertad predominan los casos de presentación aguda y curso intermitente. Como síndromes propios de la pubertad deben separarse la

paratímis de Moggendorfer y los heboides criminales de Rindknecht.

La demencia infantil de Heller consiste en trastornos psíquicos agudos que se presentan entre los tres y cuatro años de edad y que acarrearán una demencia profunda. La frenastenia aparéticoafásica se caracteriza por la pérdida paulatina del lenguaje. Ambos síndromes resultan de un proceso de esclerosis cerebral.—*M. Aceña.*

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del 12 de Diciembre de 1932.

El D. León Cardenal hace la presentación del Dr. Judine, de Moscu, que en viaje por diferentes naciones europeas ha llegado a España para dar una conferencia en Barcelona sobre 800 casos de perforación gástrica, su tratamiento y curso postoperatorio, y esta noche va a exponer ante nosotros sus conocimientos sobre el interesantísimo tema:

TRANSFUSIÓN DE SANGRE DEL CADÁVER AL HOMBRE

Dr. Judine: (Jefe del Servicio Quirúrgico de Urgencia de Moscu): La organización del Centro de Urgencia que dirigimos en Moscu está dispuesta de manera que a él afluyen todos los casos, tanto médicos como quirúrgicos, que requieren tratamiento de urgencia. Esta centralización médica permite disponer de extenso material clínico, como se comprende en una población como Moscu que llega a tres millones y medio de habitantes. Es como nos hemos visto algunas veces ante numerosos casos que, por su estado, requerían transfusión sanguínea; en una misma noche hemos llegado a reunir cuatro casos de procesos médicos, tres casos de embarazos extrauterinos, media docena de fracturados y varios suicidas. Es fácil comprender la grandísima dificultad práctica, en una misma noche, de disponer de tal número de dadores y de cantidad de sangre para cubrir estas necesidades.

Este abundante material clínico también nos ha llevado a la desagradable visión de numerosos cadáveres.

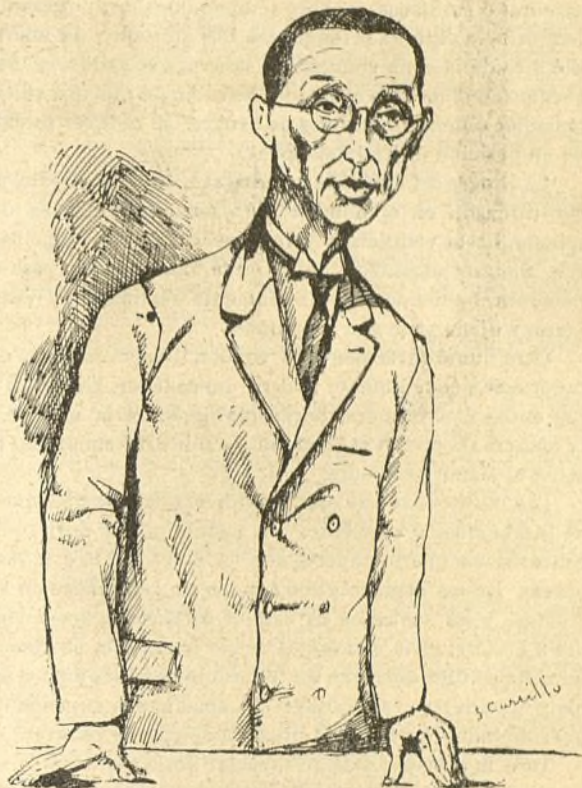
Pensando en el modo de resolver la situación y tenido en cuenta que en 1928 el profesor Chamow presentó una comunicación sobre la transfusión del cadáver al perro, sangre tomada en las diez a doce horas de la muerte, sangre que conserva el 7 por 100 de hemoglobina, nos llevó a utilizar este método, tomando como donadores los cadáveres humanos.

Hace año y medio hemos realizado la primera transfusión de sangre de cadáver en el hombre vivo. Tratábase de una suicida, de treinta y siete años de edad, que por haberse seccionado un primer dedo del pie ingresa en el servicio en estado de anemia aguda; fría, casi sin respiración, con pupila dilatada y respiración de Cheyne Stokes. En el mismo momento disponíamos de un cadáver, con seis horas de fecha, por fractura de base del cráneo. Transportamos el cadáver a la mesa de operaciones y procedimos a hacer una laparotomía aséptica; se aisló la cava inferior y por ella se dió salida a la sangre del cadáver, que fué recibida en recipiente con suero fisiológico. Rápidamente y previas maniobras de respiración artificial se punccionó la vena cefálica de un brazo de la enferma, y por la cánula se dió paso a 400 c. c. de sangre de cadáver. A ojos vistos, la enferma coloreó sus tegumentos; la respiración se hizo regular y en dos o tres días el éxito fué seguro.

Se comprende que este método, para separar todas las posibilidades por vía hemática se procede previamente a la

realización de un Wassermann con la sangre de cadáver y antes de ser inyectada al enfermo.

En los primeros momentos de nuestros estudios clínicos por este método fuimos sorprendidos por la protesta de los médicos legistas. Es la razón que nos movió a llevar nuestro trabajo al IV Congreso de Cirugía de Moscu. Nuestra apor-



Dr. Judine, de Moscu.

tación nos valió el permiso para la continuación de nuestros trabajos e igualmente la orden de centralizar los cadáveres que nos fueran utilizables.

Lo interesante de los casos nos lleva a recordar el gran éxito operatorio conseguido en un canceroso gástrico que recibió sangre de cadáver, y que con toda normalidad y éxito nos permitió hacer una gastrectomía. Igualmente en una rección de ambas piernas, por atropello, que a pesar de ingresar en nuestro servicio en estado casi cadavérico, la inyección de 450 c. c. de sangre de cadáver permitió realizar la amputación por el tercio superior del muslo en uno de los lados y la desarticulación de la cadera en el otro. El éxito era completo a los cuatro días de la operación.

Todos nuestros enfermos en los que se ha realizado la transfusión de sangre de cadáver no han presentado la menor reacción.

En épocas sucesivas y en colaboración con el profesor Chamow, hemos estudiado el contenido en oxígeno, así como la cantidad de hemoglobina contenida en la sangre cadavérica. Hemos realizado cinco series de experimentos, tomando el perro como animal de laboratorio. En estas experiencias no hemos perdido ningún animal.

Los trabajos experimentales y la clínica nos permiten afirmar que la sangre del cadáver permanece viva durante las primeras horas después de la muerte; sangre que está absolutamente viva hasta las diez horas de la muerte; no sólo su morfología celular, sino también su contenido gaseoso y químico nos permiten afirmar la vitalidad de la sangre del cadáver y su utilidad práctica en clínica humana.

Al Congreso de Cirugía de Leningrado hemos presentado 90 casos de transfusión de sangre de cadáver. Hace un mes hemos presentado 130 casos al Congreso de Cirugía de Moscu. Todos de completo éxito.

La técnica es cosa sencilla. Elegido el cadáver, procedente, bien de accidente traumático, bien de angina de pecho, suicidio, siendo excelentes los de ahogados, por hemorragia cerebral o cardíacos, y sobre todo que no hayan presentado hemorragia externa o fué escasa, se procede a la abertura aséptica de la vena yugular. La sangre, a su salida, se maneja como en el método citratado. Es como de muchos suicidas podemos obtener tres litros de sangre. El cadáver se dispone en posición de Trendelenburg.

La sangre así obtenida se conserva, término medio, para ser utilizada en el hombre, de diez a doce días; es lo corriente, hasta veinticinco y veintiocho días en algunos casos. Sangre citratada que retirada del cadáver pasa a la heladora, habiendo sido previamente realizado el Wassermann y fijado su grupo sanguíneo.

Otro punto interesante es cuánto tiempo después de la muerte se puede obtener sangre del cadáver. Se debe obtener en las diez primeras horas que siguen a la muerte. Es la manera de que el enfermo al recibir esta sangre no presente el menor accidente.

Las indicaciones de este método son las mismas que las de la transfusión corriente. En cuanto a las dosis, en los cancerosos a operar inyectamos de 600 a 800 c. c. antes de operar. En los hemorrágicos agudos, en cantidades de 1 $\frac{1}{2}$ a 2 litros, y en los casos en estado de *shock*, la dosis llega a 2 y 2 $\frac{1}{2}$ litros; es la manera de evitar la muerte; es como en un niño de diez años que un tranvía le secciona ambos muslos y que ingresa casi cadavérico, consigne la curación después de haber inyectado 3 litros de sangre de cadáver.

Toda la cuestión está en inyectar dosis elevadas de sangre y además tener en cuenta que la sangre de un cadáver puede salvar la vida de seis a ocho personas.

ARTERIA UTERINA Y HALLAZGOS VASOGRÁFICOS: SU INTERÉS EN GINECOLOGÍA OPERATORIA

Dr. Arcadio Sánchez López: Los autores han trabajado con el método vasográfico de inyecciones arteriales y venosas y con los usuales de corrosión; experimentalmente sobre 60 cadáveres femeninos y con miras a la Ginecología, principalmente en los aspectos vasculares y las relaciones de vasos con útero.

Hacen un minucioso estudio sobre arteria uterina en los aspectos anatomoquirúrgicos, de gran interés para la operatoria ginecológica.

Precisan las formas de origen de la arteria en su relación con la ligadura previa, de la que no se declaran satisfechos después del estudio detallado de las anastomosis vasculares del gran círculo arterial de la pelvis. Crean que la ligadura previa, que ha sido base de muchos procedimientos de histerectomía, no debe aconsejarse, por ineficaz, sobre todo cuando se realiza en el origen de la arteria.

Estudian la uterina en sus trayectos; la dividen en parietal, base de ligamento ancho y parametrio. Muy detalladamente y con gran aspecto práctico en lo que se refiere al cruce del útero y cayado de la uterina, deduciendo muy interesantes consecuencias de índole operatoria y clínica, en los casos de prolapso, esclerosis genital, hipoplasia y distintas afecciones ginecológicas. Minuciosas estadísticas de sus trabajos y cifras que se deducen prestan especial interés a esta parte de su trabajo.

Las ramas terminales de la uterina son descritas con gran precisión anatómica y aprovechamiento clínico. La

cervicovaginal, con sus colaterales y anastomosis, y la marginal con sus terminales y anastomosis con otros vasos, adquieren un interés extraordinario en Ginecología y en las determinaciones de histerectomías totales y subtotales y los fracasos inherentes a las mismas. El estudio de la vascularización de trompa y ovario, a base de las terminales de uterina y las anastomosis con la ovárica y colateral de la epigástrica, son importantes datos en la cirugía tuboovárica.

Todo el trabajo que comentamos es avalado con algunos esquemas y láminas.—*M. Aceña.*

SECCION OFICIAL

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Provisión de plazas de la lucha antivenérea.

ORDEN

Ilmo. Sr.: Modificada en virtud de reciente disposición la provisión de vacantes en los cargos de la Lucha antivenérea; establecido el derecho que asiste a los individuos que forman el Cuerpo para concursar dichas vacantes antes de que sean anunciadas a oposición; haciéndose necesario revisar el programa de oposiciones para los mencionados cargos al objeto de ponerle en armonía con la renovación y progreso de los conocimientos científicos en las materias a que se refiere; estimándose preciso, una vez conocidas dichas variaciones, que variase en relación con ellas la técnica y, por consecuencia, el Reglamento por que se rigen las oposiciones, y pareciendo natural reunir en una sola y definitiva disposición todos los extremos pertinentes al mismo objeto,

Este Ministerio, a propuesta de la Dirección general de Sanidad, y previo informe de la Junta Central Antivenérea, ha tenido a bien disponer:

1.º Todas las plazas de la Lucha antivenérea en cuya provisión intervenga dicha Junta, saldrán en primer término a concurso de traslado. Solamente las no cubiertas por este procedimiento se proveerán por concurso-oposición, con arreglo al Reglamento y programas que a continuación se insertan.

2.º Los concursos de referencia se ajustarán a las siguientes disposiciones:

Serán méritos valorables para tomar parte en estos concursos: Ingreso por oposición o concurso-oposición centralizados; ingreso por oposición local; número obtenido en uno y otro caso, siempre que fuesen comparables; trabajos y publicaciones de la especialidad; estar desempeñando en activo una plaza del Servicio antivenéreo.

3.º Para concursar las plazas vacantes en poblaciones de más de 100.000 habitantes, se tendrá en cuenta la relación de méritos citada, y además serán condiciones indispensables:

- a) Haber ingresado en el Cuerpo por oposición.
 - b) Acreditar mediante certificado su participación activa durante tres años, por lo menos, en una Clínica venereológica de carácter oficial; y
 - c) Presentar trabajos referentes a venereología, cuya calidad será estimada libremente por el Tribunal.
- 4.º No podrá ser anunciada una misma plaza en dos concursos seguidos, y si por ausencia de concursantes o por no haber lugar a ello quedara sin proveer en un primer concurso tendrá que ser necesariamente anunciada a oposición.

5.º La resolución de dichos concursos, cuando se refieran a poblaciones de menos de 100.000 habitantes, será de la competencia de la Dirección general de Sanidad, a propuesta de la Comisión permanente de la Junta Central Antivenérea.

6.º Los concursos para proveer las plazas en poblaciones de más de 100.000 habitantes, habrán de ser juzgados por un Tribunal, que se designará con arreglo a las mismas normas que rigen para la formación de los Tribunales de oposición a plazas de la Lucha antivenérea, el que elevará la propuesta unipersonal para cada plaza a la Dirección general de Sanidad.

7.º Cuando a juicio del Tribunal se considere preciso para mayor esclarecimiento, podrá instituirse entre los aspirantes la realización de un ejercicio preferentemente práctico.

8.º Las instancias solicitando las plazas vacantes se dirigirán a la Dirección general de Sanidad, acompañando los documentos justificativos de las condiciones anteriormente señaladas.

9.º Discrecionalmente y teniendo siempre en cuenta las conveniencias o necesidades del servicio, la Dirección general de Sanidad podrá autorizar las permutas y excedencias del personal facultativo adscrito a la Lucha oficial antivenérea, con arreglo a lo que dispone la ley de Bases de 22 de Julio de 1918.

Madrid, 2 de Diciembre de 1932.—P. D., M. Pascua.—
Señor director general de Sanidad.

REGLAMENTO DE OPOSICIONES

Artículo 1.º Para ser admitido a estas oposiciones se requiere ser español o nacionalizado en España, mayor de veintidós años de edad, sin exceder de cincuenta y cinco el día que expire el plazo fijado en la convocatoria; licenciado en Medicina y Cirugía en alguna de las Facultades españolas; tener la aptitud física necesaria y carecer de antecedentes penales,

Art. 2.º Los que deseen tomar parte en las mismas, deberán solicitarlo del excelentísimo señor director general de Sanidad, dentro del plazo de la convocatoria, por medio de instancia, extendida en papel de clase octava y acompañando los documentos siguientes:

a) Certificación de nacimiento, expedida por el Registro civil, que habrá de legalizarse si el pueblo o localidad naturaleza del interesado no pertenece a la jurisdicción de la Audiencia territorial de Madrid.

b) Título original de licenciado en Medicina y Cirugía o testimonio notarial del mismo, legalizado en la forma que se indica en el apartado anterior.

c) Certificación facultativa, expedida por un médico que ejerza legalmente la profesión, en la que se acredite la aptitud física del solicitante, visada por el subdelegado de Medicina del distrito o partido judicial a que corresponda el pueblo o localidad residencia del médico que expida el documento.

d) Certificación negativa, expedida por el Registro Central de Penales.

A los mencionados documentos podrán acompañar los opositores cuantos justificantes crean oportunos para acreditar los títulos y méritos que posean y los servicios que en orden a la especialidad o de carácter sanitario y facultativos, en general, hayan prestado.

Art. 3.º Al presentar sus documentos, los interesados abonarán en la Dirección general de Sanidad la cantidad de 50 pesetas en metálico, como derechos de oposición.

Dicha cantidad se devolverá a los opositores cuando

éstos no sean admitidos a la oposición por acuerdo del Tribunal.

Art. 4.º La Dirección general de Sanidad nombrará en cada convocatoria el Tribunal que ha de juzgar las oposiciones, que estará formado del siguiente modo:

Presidente: Un inspector provincial de Sanidad, en activo.

Vocales: Dos miembros de la Junta Central Antivenérea y dos médicos numerarios de Dispensarios oficiales antivenéreos, clínicos o bacteriólogos, según el carácter de la plaza a proveer.

Art. 5.º La convocatoria de las oposiciones se hará en la *Gaceta de Madrid*. En ella se hará constar:

a) El plazo para solicitar tomar parte en las oposiciones, que será de un mes.

b) La fecha de comienzo de los ejercicios, que habrá de ser dentro de los treinta días siguientes a la terminación del plazo de convocatoria.

c) Las plazas a proveer en la oposición y sus dotaciones.

Art. 6.º Una vez revisados por el Tribunal los expedientes de los opositores y acordada la admisión de los que estén en condiciones legales para ello, se constituirá el Tribunal en sesión pública en el sitio, día y hora previamente señalados, y antes de dar comienzo a los ejercicios se verificará un sorteo para decidir el orden en que los opositores hayan de actuar.

Art. 7.º Al terminar cada sesión, el Tribunal designará y anunciará día, hora y sitio donde haya de tener lugar la sesión siguiente y los nombres de los opositores que hayan de actuar.

Art. 8.º La calificación de los ejercicios se hará por puntos, y cada juez podrá dar de uno a diez. El mínimo de puntos necesario para la aprobación será de 25.

Art. 9.º No se admitirán más faltas de asistencia que las producidas por enfermedades debidamente justificada por certificación facultativa. Terminado cada ejercicio habrá un segundo llamamiento para los que hubieran acreditado estar enfermos, y el opositor que no se presente a él será excluido de las oposiciones.

Art. 10. Las oposiciones para médicos clínicos constarán de tres ejercicios.

Art. 11. El primer ejercicio consistirá en desarrollar por escrito, en un plazo máximo de cuatro horas, dos temas del cuestionario, que corresponderán: uno, a los primeros veinte temas, y otro, a los veinte restantes, sacados a la suerte y comunes para todos los opositores.

Una vez terminados sus trabajos, que habrán de efectuarse sin el auxilio de libros ni apuntes, los opositores los entregarán, en sobres cerrados y firmados, al vocal del Tribunal que se halle presente, el cual los firmará y sellará.

La lectura de los trabajos será pública, y una vez que hayan actuado en dicha lectura todos los opositores, el Tribunal, en sesión secreta, calificará los ejercicios y expondrá al público las puntuaciones obtenidas.

Art. 12. El segundo ejercicio será clínico.

Para la práctica de este ejercicio los opositores se dividirán en grupos de dos o tres, según su número.

Este ejercicio consistirá en la exploración de tres enfermos sacados a la suerte, que serán examinados por cada uno de los opositores del grupo, no pudiéndose invertir en la exploración de cada enfermo y por cada actuante, más de quince minutos.

Llevada a cabo la exploración se comunicará a los opositores, que serán después llamados por el orden del sorteo para exponer ante el Tribunal, en el tiempo máximo

de media hora por cada opositor, el diagnóstico y tratamiento de los tres enfermos que les hayan correspondido en suerte. Tanto la exploración de los enfermos como la exposición verbal del juicio clínico, serán públicas.

Terminada la actuación de los opositores que formen cada grupo, el Tribunal se reunirá en sesión secreta para hacer la calificación, cuyo resultado se hará público en la misma forma que la calificación del primer ejercicio.

Art. 13. El tercer ejercicio consistirá en la exposición de la formación e historia profesional de los opositores, en la práctica de investigaciones analíticas elementales en relación con la clínica y en la interpretación de datos de Laboratorio o Clínicos que suministrará el Tribunal.

El Tribunal señalará al opositor el tiempo de que puede disponer para la práctica de este ejercicio. Terminado el mismo, el Tribunal se reunirá en sesión secreta y formará una lista con la propuesta de los opositores aprobados, cuyo número no podrá exceder en ningún caso al de las plazas anunciadas.

Art. 14. Las oposiciones para médicos bacteriólogos constarán de cuatro ejercicios: uno teóricoescrito y tres prácticos.

Art. 15. El primer ejercicio consistirá en desarrollar por escrito en un plazo máximo de cuatro horas, dos temas del programa, que corresponderán: uno, a los primeros quince temas, y otro, a los quince restantes, sacados a la suerte y comunes a los opositores que actúen en cada grupo.

La práctica de este ejercicio se hará en la misma forma que se indica para el primer ejercicio de las oposiciones a médicos clínicos.

Los ejercicios segundo, tercero y cuarto, consistirán en prácticas de Laboratorio, aplicadas a la especialidad.

Los opositores actuarán individualmente o por grupos, según determine el Tribunal, en vista de la naturaleza de los problemas.

Como resultado de cada uno de estos tres ejercicios, los opositores redactarán una nota, en la que habrán de limitarse a consignar la marcha seguida en la investigación y los resultados obtenidos para la solución de los problemas que se les planteen, cuyas notas entregarán al Tribunal, acompañadas de todos los comprobantes que hayan podido reunir con los medios de trabajo que se les faciliten y que estimen conveniente.

De estos tres ejercicios, los dos primeros se calificarán aisladamente en la forma que se indica para los prácticos de las oposiciones a médicos clínicos, y el opositor que no obtenga el mínimo de veinticinco puntos, necesarios para la aprobación en cualquiera de ellos, se considerará eliminado.

Art. 16. El mismo día que terminen los ejercicios, el Tribunal, en sesión secreta, deliberará para hacer la calificación definitiva de los opositores, y hará una relación del número de individuos aprobados, por orden de puntuación.

En ningún caso podrá incluirse en dicha relación mayor número de opositores que el de plazas anunciadas en la convocatoria.

Art. 17. Al día siguiente de publicada la calificación definitiva, el Tribunal se reunirá en sesión pública e invitará a los opositores, por el orden numérico con que figuren en la propuesta, para que elijan la plaza que deseen.

Art. 18. El mismo día, o al siguiente lo más tarde, el Tribunal elevará a la Dirección general de Sanidad todo lo actuado y la propuesta de los opositores para las plazas vacantes.

Art. 19. La Dirección general de Sanidad remitirá al Consejo Nacional de Sanidad el expediente de las oposicio-

nes verificadas, para que informe sobre la legalidad de las mismas.

Art. 20. Una vez informado dicho expediente por el Consejo, será elevado a la Dirección general de Sanidad para que se sirva aprobarlo y nombrar a los propuestos.

CUESTIONARIO PARA OPOSICIONES DE MÉDICOS CLÍNICOS

Temas.

- 1.º Organización antivenérea de España y de los principales países de Europa y América. Juicio crítico del abolicionismo y reglamentarismo desde el punto de vista sanitario.
- 2.º Profilaxis individual y social de la blenorragia.
- 3.º Estado actual del tratamiento de la blenorragia aguda en el hombre y en la mujer.
- 4.º Estado actual del tratamiento de la blenorragia crónica en el hombre y en la mujer.
- 5.º Sintomatología, diagnóstico y tratamiento de la infección gonocócica generalizada.
- 6.º Lesiones gonocócicas de la piel, vulva y balanoprepuciales.
- 7.º Vía intradérmica; importancia diagnóstica y terapéutica en dermovenereología.
- 8.º Etiología, patogenia y tratamiento de las gangrenas genitales.
- 9.º Estado actual del diagnóstico y tratamiento del chancre blando.
10. Historia, síntomas, localización, diagnóstico y tratamiento de la paradenolinfitis. Estudio experimental.
11. Profilaxis individual y social de la sífilis.
12. Estado actual del diagnóstico y tratamiento de la sífilis primaria. Concepto y técnica del tratamiento abortivo.
13. Estado actual del diagnóstico y tratamiento de la sífilis cutáneomucosa, secundaria y terciaria.
14. Concepto actual de la reinfección y superinfección sífilítica.
15. Estado actual del tratamiento de la sífilis cuaternaria.
16. Historia de las neurorreidivas. Su significación, profilaxis y tratamiento.
17. Formas clínicas, pronóstico y tratamiento de las meningitis sífilíticas.
18. Sífilis ósea y articular. Diagnóstico y tratamiento.
19. Concepto actual de la sífilis mudas. Orientación terapéutica en las latencias.
20. Historia y evolución de la sífilis experimental.
21. Participación ganglionar y linfática en los diferentes periodos de la sífilis. Estudio experimental y clínico.
22. Elección de vía para la administración de los medicamentos antisifilíticos. Indicaciones y fundamentos de cada una.
23. Relación entre la serología y el tratamiento de la sífilis. Interpretación de las resistencias serológicas y conducta a seguir en los distintos casos que la motivan.
24. Diagnóstico y tratamiento de la sífilis cardiovascular.
25. Diagnóstico diferencial y tratamiento de las lesiones renales sífilíticas.
26. Diagnóstico diferencial y tratamiento de las lesiones hepáticas sífilíticas.
27. Diagnóstico diferencial y tratamientos de las lesiones pulmonares sífilíticas.
28. Terapéutica no específica de la sífilis. Juicio crítico acerca de su importancia.
29. Concepto actual de la transmisión hereditaria de la sífilis.

30. Diagnóstico y tratamiento de los síntomas precoces de la sífilis congénita.
31. Descripción clínica de los síntomas tardíos más frecuentes de la sífilis congénita.
32. Accidentes de las distintas medicaciones antisifílicas.
33. Anatomía patológica de las lesiones sifilíticas en general.
34. Diagnóstico diferencial de las lesiones sifilíticas de la boca.
35. Concepto actual, diagnóstico y tratamiento de herpes y papilomas genitales.
36. Lesiones no venéreas de los genitales.
37. Síndromes iridianos y pupilares en la sífilis, lepra y gonococia.
38. Síndromes cutáneomucosos de la lepra antes del período de estado.
39. Pruebas clínicas y biológicas para demostrar la curación de las enfermedades venéreas. Importancia social de estos conocimientos.
40. Diagnóstico diferencial de las tífias.

PROGRAMA PARA OPOSICIONES DE MÉDICOS
BACTERIÓLOGOS

Temas.

- 1.º El treponema de Schaudin; Caracteres morfológicos y biológicos. Cultivos. Inoculaciones experimentales.
- 2.º Demostración del treponema en las diferentes lesiones sifilíticas. Sangre y líquido cerebroespinal.
- 3.º Anatomía patológica de las lesiones sifilíticas. Localización del treponema en las mismas. Diagnóstico diferencial con otras lesiones inflamatorias.
- 4.º La reacción de fijación del complemento en bacteriología. Fundamento, aplicaciones y valor práctico de la misma.
- 5.º Suerodiagnóstico de la sífilis. La reacción de Wassermann o de hemólisis. Factores que intervienen en la misma. La técnica primitiva y la técnica clásica de la reacción. Interpretaciones sobre el mecanismo de la misma.
- 6.º Modificaciones a la técnica clásica de la reacción con suero inactivo. Exposición y crítica de las mismas. Wassermann cualitativo y cuantitativo.
- 7.º La reacción Wassermann con suero activo. Diferentes modalidades. Exposición y crítica de las mismas.
- 8.º La reacción Wassermann en los diferentes períodos y manifestaciones sifilíticas.
- 9.º Juicio crítico comparativo entre los métodos a suero activo e inactivo en la reacción de Wassermann. Elección de método de cada uno de dichos tipos de reacción.
10. Especificidad de la reacción de Wassermann. Influencia que sobre la misma pueden ejercer ciertos estados fisiológicos, tóxicos y patológicos.
11. Reacciones llamadas de floculación, precipitación o complementarias. Fundamentos y crítica de las más usuales (Sachs, Meinicke, Kahn y Muller) y sus modificaciones.
12. Otras reacciones de floculación. Fundamentos y crítica de las mismas (Sigma, Vernes, etc.).
13. Las reacciones de floculación en los diferentes períodos y manifestaciones sifilíticas. Especificidad de las reacciones de floculación.
14. Estudio crítico comparativo de los resultados de la reacción de Wassermann y reacciones complementarias en los diferentes períodos y manifestaciones sifilíticas.
15. Modificaciones que a las diferentes reacciones para el suerodiagnóstico de la sífilis imprimen los diferentes tratamientos específicos. La reactivación.
16. Criterio a seguir en la elección de los diferentes métodos para el suerodiagnóstico de la sífilis. Los trabajos del Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones. Resoluciones aconsejadas en los mismos.
17. La cutirreacción en la sífilis. Fundamentos y valor práctico de la misma. Literatura original española referente al suerodiagnóstico de la sífilis.
18. El líquido cefalorraquídeo en la sífilis.
19. Variaciones del líquido cefalorraquídeo en las diferentes manifestaciones sifilíticas del sistema nervioso.
20. Valoración de los datos suministrados por el examen del líquido cefalorraquídeo y elección del mínimo de ellos para el diagnóstico de la sífilis nerviosa. Disociaciones reaccionales.
21. Modificaciones que al líquido cerebroespinal imprimen los modernos tratamientos de neurosífilis. Diagnóstico diferencial del líquido cerebroespinal, en la sífilis y en otras afecciones no sifilíticas del sistema nervioso.
22. Métodos comunes y métodos especiales aplicados al aislamiento de las bacterias en general.
23. Identificación de las bacterias en general.
24. Gonococo. Morfología, coloración, cultivos, aislamiento e identificación del gonococo.
25. Investigación del gonococo en los diferentes productos patológicos. Suerodiagnóstico en gonococia. Resultados. Valor práctico.
26. Chanero venéreo. Anatomía patológica. Etiología. Morfología, coloración y cultivos del bacilo de Ducrey.
27. La enfermedad de Nicolás y Favre. Anatomía patológica de la poroadenolinfitis contagiosa. Datos analíticos que el laboratorio puede suministrar al diagnóstico diferencial con otras adenopatías.
28. Reglas generales para la obtención de cortes histológicos. Métodos de coloración más usuales en histopatología, aplicados a las lesiones sifilíticas y venéreas. Métodos de evidenciación en los cortes del treponema, bacilo de Ducrey y gonococo.
29. Los hongos parásitos en general. Los hongos parásitos de piel y cuero cabelludo. El esporotrico. Cultivos. Diagnóstico de la esporotricosis por el laboratorio.
30. Organización de la labor en un laboratorio de un Dispensario antivenéreo.

Aprobado por Orden de 2 de Diciembre de 1932.—El director general de Sanidad, *M. Pascua*. (*Gaceta* del 5 de Diciembre de 1932.)

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 703,3; ídem mínima, 696,3 temperatura máxima, 12,2; ídem mínima, 4,4; vientos dominantes, S.

La característica de la semana presente ha sido la abundancia de invasiones de catarrros y otros afectos de las vías respiratorias superiores.

En los niños también se han manifestado estos catarrros y algunas afecciones más graves, como bronquiolitis y bronconeumonías.

Y a propósito, se ha vuelto a presentar el percance de todos los inviernos y que no estará de más repetir por si sirve de algo, aunque no es sino una epidemia de... descuido. Nos referimos a las quemaduras en serie en los niños que se caen al brasero o se sientan en él.

CRONICAS

Oposiciones a las vacantes de titulares.—Llamamos a nuestros suscriptores la atención acerca de las noticias publicadas en nuestros números del 29 de Octubre y 26 de Noviembre referentes a las condiciones que deben reunirse para recibir gratis la obra *Oposiciones a las vacantes de médico titular inspector municipal de Sanidad. Contestaciones al programa Medicina, Cirugía, Higiene y Prácticas de Laboratorio y Legislación Sanitaria*. Persisten, desde luego, las condiciones que marcábamos, repitiendo que para tener derecho a recibir *completamente gratis* esta obra es condición indispensable que el suscriptor tenga pagado el importe de suscripción de EL SIGLO MÉDICO por el año completo de 1933 antes del día 15 de Enero de 1933.

Como tenemos muchos suscriptores que en la actualidad han pagado ya parte del año 1933 de suscripción, a éstos especialmente advertimos que deberán enviar a la Administración de EL SIGLO MÉDICO, Serrano 58, antes del 15 de Enero de 1933, el importe de los meses que les falte pagar desde el vencimiento de su suscripción hasta fin de Diciembre de 1933. Es decir, que si un suscriptor tiene abonada su suscripción hasta fin de Agosto, por ejemplo, de 1933, deberá enviar el importe de los meses de Septiembre a Diciembre de 1933, antes del 15 de Enero de dicho año, para tener derecho a recibir la obra *gratuitamente*.

Forensías.—En el Juzgado de primera instancia e instrucción de La Cañiza se halla vacante, por defunción, la plaza de médico forense y de la Prisión preventiva, de categoría de entrada, que debe proveerse por traslación conforme a lo prevenido en el art. 1.º del Real decreto de 29 de Julio de 1915.

Los solicitantes dirigirán sus instancias al presidente de la Audiencia territorial de La Coruña, por conducto del juez del partido en que presten sus servicios, hasta el 11 de Enero.

Academia Española de Dermatología y Sifilografía. Esta Academia celebrará sesión el miércoles 21, a las siete de la tarde, en el Dispensario Olavide, Sandoval, 5, con el siguiente orden del día:

Dr. Sáinz de Aja: Dermatitis medicamentosa. Epidermolisis.—Dres. Covisa y Bejarano: Sobre los mixomas cutáneos.—Dr. J. Gay: Contribución al estudio de las piodermis crónicas. Un caso de acné conglobata.—Doctores J. Gay y E. Linde: La alergia a la clara de huevo en el eczema infantil. El mecanismo de la desensibilización.—Dres. J. Gay y J. Cazorla: Tres casos de botón de Oriente.

Academia de Medicina del Distrito de Zaragoza.—En cumplimiento de lo prevenido en el art. 24 de los Estatutos vigentes, esta Academia ha verificado la elección de cargos para el bienio de 1933-1934, resultando nombrados los señores siguientes:

Presidente, Dr. D. Agustín Ibáñez (reelegido); vicepresidente, Dr. D. Vicente Gómez Saíno; vicesecretario, doctor D. Eduardo de Gregorio; tesorero, D. Mariano Pin; bibliotecario, Dr. D. Ricardo Horno. Continuando de secretario perpetuo D. Alejandro Palomar de la Torre.

De la «Gaceta».—5 de Diciembre. Instrucción pública.—Orden nombrando a D. Pedro Rodrigo y Sabalette catedrático numerario de Patología médica de la Facultad de Medicina de Cádiz.

Otra disponiendo se anuncie a concurso previo de traslado la provisión de la cátedra de Pediatría, vacante en la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza.

Otra nombrando a los señores que se mencionan jueces vocales del Tribunal de oposiciones entre auxiliares a la cátedra de Anatomía topográfica y Medicina operatoria, vacante en la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia.

8 de Diciembre.—Gobernación. Confiando comisión para estudiar los métodos clínicos seguidos y pruebas especiales empleadas para el reconocimiento y selección de pilotos de Aeronáutica civil en los Centros creados a dicho

fin en Italia, con objeto de perfeccionar los procedimientos adoptados por nuestro Servicio sanitario, a D. Alvaro Felices Gasset, médico de la Dirección general de Aeronáutica.

Agricultura.—Orden aprobando el Reglamento, que se inserta, del Montepío Veterinario.

10 de Diciembre.—Orden declarando a D. Antonio Barbero Carnicero excedente voluntario en el cargo de médico residente del Sanatorio de Valdelatas.

El Dr. Blasco Ramos.—Con cordial satisfacción hemos recibido hace días la visita de nuestro buen amigo el Dr. José Blasco Ramos, titular de Mérida, que después de larga enfermedad se encuentra en camino franco de curación, que le permitirá en breve ponerse al frente de los servicios médicos que con tanto acierto desempeñaba. Felicitamos desde aquí al bondadoso compañero, uno de los más destacados discípulos de Jaime Vera y del Dr. Huertas.

El profesor A. Bruschettini.—Recientemente ha fallecido, en su casa de Génova, el ilustre profesor italiano A. Bruschettini, catedrático de la Universidad de Bolonia, fundador y rector del Instituto Bruschettini, de Génova, presidente del Comité internacional contra la tuberculosis (de París), y colaborador científico del Instituto di Terapia Sperimentale.

Al dar cuenta de esta sensible pérdida, nos asociamos al duelo de la nación italiana y del mundo científico internacional.

Obras recibidas.—«Clasificación de aguas residuales», por el Dr. Aniceto Bercial González, inspector provincial de Sanidad. Discurso leído en el acto de su recepción académica el día 23 de Octubre de 1932 en la Academia Nacional (?) de Medicina, distrito de Zaragoza. Contestación del académico numerario Dr. Angel Abós Ferrer.

Las más recientes publicaciones de la Casa Editorial Manuel Marín.—Con el número presente acompañamos interesante prospecto que contiene datos muy importantes respecto a las últimas obras publicadas por la Editorial Manuel Marín, Provenza, 273, Barcelona.

Gleflina. Clavítam. Nutrilax. Laxa.—Productos de los Laboratorios Andrómaco. Acompañamos prospecto secante.

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

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

SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados).

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Unico preparador en España: DOCTOR GIRAL

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

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

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

Ambas formas: A granel por kilos.—Muestras gratuitas

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

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

CATARROS FOSFOTIOL : : TOSES : :

SOLUCION ARSENIO FOSFORADA CON TIOL

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



CARIES
OS/EA Y
DENTARIA
TUBERCU
LO/IS - RA
QUISMO

PODEROSO
RECONSTITUYENTE
EFICAZ
ANTITU
BERCU
LOSO

ELIXIR E INTERESTANT

CALCILA
LEFEL

Las enfermedades del

Estómago e Intestinos

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

ELIXIR ESTOMAOAL SAIZ DE CARLOS

(STOMALIX)

Poderoso tónico digestivo que triunfa siempre.

Venta: Principales farmacias del mundo.

Jarabe "DEYEN" de Manzana Laxante

Utilísimo en los adultos e insustituible en los niños.

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

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

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

¡Cuidado! Pedid el DEYEN pues hay imitaciones.



EXTRACTO DE MALTA

EUMALT

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

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

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

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

"EULAX" Extracto de Malta y Aceite de Parafina (partes iguales)

¡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.

LABORATORIO BENET

Enrique Granados, 114
BARCELONA



PAIDOTROFO

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

•••••

FIMONAL

MEDICAMENTO
especial para el tratamiento de las
enfermedades del aparato
respiratorio.

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

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

DULCIMIDA

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

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

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

Sabor agradable, tolerada perfectamente, inócua por completo.

Prescribese en: **Diabetes, Obesidad, Diarreas infantiles;** para todos los coluto-
rios, gargarismos y dentífricos, **Artritisismo**, etc.

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

Laboratorio MORATO.—Paseo República, 87.—BARCELONA

Recuerde siempre

DULCIMIDA

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

Si desea comprobar su sabor agradable pida una muestra.