

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

HISTORIAL

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

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

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

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

FRANQUEO
CONCERTADO

PRIMERA DENTICIÓN

JARABE DELABARRE

Facilita la Salida de los Dientes

Calma los Gritos del Niño

Evita los Accidentes de Dentición

En suaves Fricciones
en las Encías

Establecimientos FUMOUGE

78, Faubourg Saint-Denis, Paris



Reconstituyente muy Enérgico

CARNINE LEFRANCO

Jugo de Carne de Buey Cruda

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

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

1 a 2 cucharadas de las de sopa por día

ESTABLECIMIENTOS FUMOUGE, 78, Fg Saint-Denis, PARIS

Representante en España DANIEL ROBERT, Claris, 72. — Barcelona.



NUESTRA OBRA

OPOSICIONES

está a punto de ser TERMINADA su impresión.

Tenemos entregado el tomo de MEDICINA, el de CIRUGÍA,

13 pliegos de LEGISLACIÓN y

13 pliegos de HIGIENE

Enviaremos, si es posible en este mismo número o en el siguiente, el resto de
LEGISLACIÓN

Es una obra COMPLETA

Todo médico rural debe poseerla

CUATRO TOMOS - Cerca de 1.500 páginas

Ayuntamiento de Madrid

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



¿Viene usted a Madrid?

Hospédese

Hotel Los Leones de Oro

(entre Puerta del Sol y Gran Vía)

Calefacción — Baños :: ::

Precios económicos :: Muchas atenciones para los médicos

Hotel Los Leones de Oro. - Carmen, 30. - Madrid

Sanatorio Psiquiátrico ESQUERDO Carabanchel Alto

Director: Dr. Jaime Esquerdo Sáez



Informes y correspondencia... { AL DIRECTOR { MADRID. Alfonso XI, 7. Teléfono 16962 Carabanchel Alto. Sanatorio. Teléfono 20

¡Pies planos!

Lo único práctico y eficaz la

Plantilla «Victemor»

De corcho. Económica. Sin peso. No lastima

Precio: 3,50 y 4 pesetas par.

MAYOR, 82. — (Próximo a Capitanía)

HIERRO QUEVENNE

Único aprobado por la ACADEMIA de MEDICINA de PARIS. Único ferruginoso inalterable en los países cálidos. — 14, rue des Beaux-Arts, París.

Ayuntamiento de Madrid

Vacantes.

Por la Dirección General de Sanidad se anuncian las siguientes vacantes de inspectores municipales. Su provisión en propiedad en armonía con lo dispuesto en la ley de 15 de septiembre de 1932 (artículos primero y 2.º) y Reglamento de 7 de marzo de 1933 (artículos 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 19). Las instancias, en papel de 8.ª clase, se dirigirán a la Inspección provincial de Sanidad respectiva, acompañadas de la ficha de méritos. (Artículo 4.º del Reglamento de 7 de marzo de 1933.)

—La de Quintanilla de Arriba y Padilla de Duero (Valladolid), partido judicial de Peñafiel, por renuncia; segunda categoría; 2.750 pesetas; 50 familias pobres; 1.293 habitantes; concurso restringido de méritos; selección de aspirantes por Tribunal.

—La de Villarreal de Urruchua (Guipúzcoa), partido judicial de Vergara, por defunción; tercera categoría; 2.200 pesetas; 12 familias pobres; 1.914 habitantes; concurso restringido de méritos; selección de aspirantes por Tribunal.

—La de Boniches (Cuenca), partido judicial de Cañete, de nueva creación; cuarta categoría; 1.650 pesetas; diez familias; 696 habitantes; concurso libre de méritos.

—Por oposición la de Villahizán de Treviño (Burgos) y sus anejos Villamayor, Sordillos y Villanueva de Odra, por renuncia; categoría 2.ª; 2.750 pesetas; familias beneficencia 36; 1.423 habitantes; solicitudes, 18 julio.

Programa oficial y Contestaciones por EL SIGLO MÉDICO.

—La de Montejo de la Vega de la Serrezuela (Segovia), partido judicial Riaza, por nueva creación; categoría 5.ª; 1.375 pesetas; familias beneficencia 6; 426 habitantes. C. restringido de antigüedad; solicitudes, 18 julio. Selección Inspección.

—Por oposición la de Frigillana (Málaga), por renuncia; categoría 2.ª; 2.750 pesetas; familias beneficencia 151; 2.244 habitantes; solicitudes, 18 julio.

La obra *Oposiciones*, de EL SIGLO MÉDICO responde a todo el Programa.

—La de Ubierna (Burgos) que es su partido judicial y anejos Gradilla, La Polera, Cebadilla y Sotobrin, por

(Continúa en la pág. XVIII.)

Art. 142. La Caja Nacional estará administrada por un Consejo presidido por el presidente del Instituto Nacional de Previsión o el consejero del mismo en quien delegue y compuesto de cuatro representantes del Consejo de Patronato de dicho Instituto, uno de los cuales habrá de ser patrono y otro obrero; un representante del Ministerio de Trabajo y Previsión; otro del de Hacienda; tres patronos y tres obreros pertenecientes a industrias o trabajos comprendidos en este Reglamento; dos vocales técnicos y la persona nombrada para asumir la dirección delegada de la Caja.

El Consejo nombrará un secretario que tendrá voz, pero no voto.

Art. 143.—Los vocales representantes de los Ministerios y del Consejo del Patronato serán nombrados por las entidades a las cuales representan.

De los vocales patronos y obreros designará el Consejo de Trabajo uno de cada clase, y los demás la Comisión Nacional Asesora patronal y obrera.

Constituido provisionalmente el Consejo por los vocales dichos con su presidente, nombrará libremente los dos vocales técnicos.

Los vocales cesarán cuando pierdan el carácter en atención al cual fueron nombrados; se renovarán cada cinco años y podrán ser reelegidos.

Art. 144. El Consejo nombrará la persona que haya de asumir la dirección delegada de los servicios de la Caja.

Art. 145. La Caja podrá utilizar los servicios de las Cajas colaboradoras del Instituto Nacional de Previsión, como delegadas de éste.

Podrá asimismo utilizar, como órganos locales auxiliares suyos, los servicios de Mutualidades patronales, tanto para el cobro de las primas como para propuestas de clasificación de riesgos, pago de indemnizaciones a los obreros o a sus derechohabientes, etc.

La Caja podrá establecer concertos con las Mutualidades patronales que ofrezcan para ello las debidas garantías para substituir el sistema de seguro directo en la Caja por el de entrega en la misma, por la Mutualidad, del capital necesario para adquirir la renta que debe-

Art. 112. Las Mutualidades podrán comprender industrias y trabajos distintos.

Art. 113. Las Mutualidades patronales deberán asegurar, como minimum, a 1.000 obreros y componerse de más de diez patronos, quienes acreditarán su carácter de tales con el último recibo de la respectiva contribución industrial.

La Caja Nacional podrá acordar, en casos excepcionales de condiciones geográficas y de organización industrial, la constitución de Mutualidades, sin sujeción a las cifras indicadas, si estima quedan suficientemente asegurados los riesgos.

Art. 114. En los Estatutos de las Mutualidades se consignará:

1.º Denominación, objeto, territorio que abarque, domicilio y duración.

2.º Régimen de la Mutualidad, sobre la base del reconocimiento de su personalidad jurídica y de su autonomía; derechos y deberes de los asociados, altas y bajas de los mismos, registro de asociados.

3.º Normas relativas al caso de modificación de los Estatutos y al de fusión de la Mutualidad con otra u otras.

4.º Normas de funcionamiento interior y gobierno de la Mutualidad, señalando las facultades de las Juntas y demás organismos directivos que pueda haber, y forma de nombramiento y separación de los empleados retribuidos que sean necesarios.

5.º Relaciones de la Mutualidad con otra u otras Mutualidades. Requisitos para la fusión.

6.º Régimen económico y de administración de la Mutualidad, comprendiendo:

- a) Fijación de cuotas.
- b) Constitución del fondo de reserva.
- c) Normas de administración y máximo admisible para los gastos de esta clase, y
- d) Normas para el servicio de contabilidad.

Art. 115. Entre las obligaciones de los asociados figurará necesariamente la de resarcir a la Mutualidad cuando el accidente fuere debido a imprudencia o descuido graves o reiterados del patrono u omisión de precauciones reglamentarias.

Art. 116. Será obligatorio también establecer la responsabilidad mancomunada de los socios respecto a las obligaciones de la Mutualidad, tanto con respecto a las indemnizaciones que abone a los obreros o a sus derechohabientes como de las que el fondo de garantía satisfaga por no hacerlo ella a su tiempo, y en general a las obligaciones que contractualmente o reglamentariamente la alcancen, responsabilidad que no terminará hasta la liquidación del periodo correspondiente de las operaciones sociales o la liquidación final, en su caso.

Art. 117. Los Estatutos de las Mutualidades, y lo mismo los Reglamentos particulares, en su caso, deberán ser sometidos a la aprobación del Ministerio de Trabajo, previos los informes de la Caja Nacional de Seguros de Accidentes y del Consejo de Trabajo.

A tal efecto, acompañarán a la instancia los documentos siguientes:

- a) Acta de constitución inicial de la Mutualidad.
- b) Tres ejemplares de los Estatutos y de los Reglamentos que se sometan a su aprobación.
- c) Tres ejemplares de los cuadros de cuotas y modelos de la documentación para ingreso en la Mutualidad, y
- d) Acta en que se obliguen los iniciadores a constituir la fianza inicial mínima.

Si merecieran los Estatutos la aprobación, se devolverá uno de los ejemplares, con la diligencia correspondiente y sellado en todas sus hojas. En caso contrario, especificarán los reparos, para que puedan ser salvados en una nueva redacción.

La aprobación o los reparos habrán de comunicarse dentro del plazo de dos meses, salvo que lo impidiese la discusión en alguno de los Centros informantes, lo cual se comunicará también, dentro del mismo plazo, a la entidad interesada o a sus organizadores.

A la misma autorización, mediante igual trámite, habrá de ser sometida toda modificación de los Estatutos y Reglamentos.

Art. 118. Deberá ser denegada la aprobación a todo documento en que se menmen por cualquier medio las indemnizaciones procedentes en casos de accidente o en que se estipulen condiciones por las que se dilate sin

cional los balances, las Memorias anuales e igualmente todos los datos que de las mismas soliciten para la publicación de la estadística de accidentes o para el mejor régimen del seguro de accidentes.

Art. 139. Se publicarán en la *Gaceta de Madrid*, una vez cada seis meses, las resoluciones adoptadas durante el mismo por el Ministerio de Trabajo y Previsión, respecto a la aceptación de Mutualidades patronales y Sociedades de Seguros, para los efectos de este Reglamento, pero nunca aisladamente, sino reproduciendo la lista general, con las adiciones o supresiones procedentes.

Las exclusiones e inclusiones serán fundadas y se publicarán íntegras en la *Gaceta de Madrid* si así lo solicitaran oficialmente las entidades interesadas.

Sección 4.^a—De la Caja Nacional de Seguro de Accidentes del trabajo.

Art. 140. Existirá una Caja Nacional de Seguro contra accidentes del trabajo en la industria, en caso de muerte o incapacidad permanente, creada por el Instituto Nacional de Previsión, con arreglo al artículo 8.^o de sus Estatutos, con separación completa de sus demás funciones, bienes y responsabilidades. El Instituto redactará los Estatutos de la Caja y los someterá a la aprobación del ministro de Trabajo.

Dicha Caja, además de sufragar sus gastos de administración, abonará los que para la realización del servicio que este Reglamento le confía se ocasionen por la Inspección de Seguros Sociales.

La Caja Nacional está sometida a la intervención constante y directa del Ministerio de Trabajo, ejercida mediante el presidente del Instituto Nacional de Previsión, y a la fiscalización periódica e indirecta, por medio de la Comisión revisora de los balances quinquenales del Instituto, en los que serán incluidas, con la debida separación, las operaciones de la Caja Nacional.

La Caja Nacional gozará de personalidad jurídica para cuanto se relacione con los fines de su institución.

Art. 141. El domicilio de la Caja Nacional radica en Madrid y su actuación se extiende a todo el territorio nacional.

TERTULIA MEDICA

HISTORIA - ARTE - CRITICA

AMENIDADES

8-VII-1933

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

Socialistas de antaño

POR EL

DR. J. BLANC FORTACIN

Muchos de los flamantes (1) socialistas políticos de estos tiempos, no han conocido, por suerte para ellos, los años duros del socialismo. Allí, en una casa antigua de la calle de Relatores, estaban instaladas las llamadas sociedades de resistencia. Era el centro social de los trabajadores asociados. En diversos puntos de la ciudad había dos o tres centros más, alguno de marcado sabor ácrata.

El socialismo, entonces, no era más que una ideología, que derivaba en la práctica a fines muy rudimentarios de corporación, con subsidios de paro en caso de huelga o despido.

Esa idea colectivista quisieron los obreros asociados hacerla trascender a un seguro de enfermedad, creando la Cooperativa de Servicios médico-farmacéuticos y de entierro, que se llamó Mutuality Obrera, hoy entidad en pleno desenvolvimiento.

Hubo sus recelos y tanteos antes de decidirse. Pablo Iglesias, gran conocedor de las masas que acaudillaba, intuitivamente se dió cuenta de que los primeros pasos de esa entidad iban a ser dificultosos, porque habían de tropezar con un conocimiento muy rudimentario de la idea de coope-

masa. Entonces los caudillos cuidaban de la ética y prestigio de sus huestes.

Frente a tal Institución de previsión se alzaron las empresas de prestación de servicios sanitarios, que vieron en la Cooperativa un enemigo formidable. El personal médico de la naciente entidad, compuesto en los primeros tiempos, de cinco médicos y un tocólogo, comprendió cuál era su misión, y valientemente, sin reparar en sacrificios, abordó la penosa tarea. Penosa quizá no sea la palabra verdadera, mejor sería llamarla agotadora. Las zonas eran cuatro, que comprendían todo Ma-

lidad perseguíamos los que con tanto ardor detendíamos la nueva orientación proletaria?

Fues, uno, que quedó expresado en el acto inaugural de la Mutuality.

Celebróse éste en un teatro con un lleno formidable. Asociados, curiosos, gente indiferente y hasta enemigos. Comenzaron los discursos definiendo la nueva entidad unos, presentando en términos de gran elogio a los médicos otros, arremetiéndole en tonos tribunicios contra explotadores del pueblo, los más. Y, al fin, el presidente concedió la palabra al que había obtenido el número uno del concurso, y era presidente nato del Consejo técnico de la entidad; mi humilde persona. Trance difícil, porque yo quería dejar bien sentada la significación de los médicos en la Empresa que se inauguraba. La Mutuality, económicamente, es una sociedad cooperativa de obreros. En el terreno médico es una institución para asistencia en caso de enfermedad. Pero su relieve mayor está en el aspecto social, porque esto es una obra de cooperación entre médicos y obreros que solemnemente forman aquí un pacto. Su base menos importante es la remuneración. Con el sueldo que vais a darnos

El complejo fósforo vitamínico

Vitophos

polvo - tabletas - jarabe

CHEMIROSA IBERICA, S. A.

drid y sus arrabales. Las distancias enormes. Sotabancos en la ciudad, tejares y barracas en las afueras; algunos socios habitaban fuera del término municipal de Madrid. Había que ir, sin embargo, donde fuera preciso, y allí íbamos los médicos, los cinco médicos y el pobre tocólogo que frecuentemente tenía que salir en su cometido por agotamiento. Recorriamos al día docenas de kilómetros sin los medios de locomoción de hoy en día, soportando la fatiga, atentos sólo a proclamar con los hechos que la asistencia médica de la Mutuality Obrera era la mejor. No era el lucro lo que movía nuestros afanes. Teníamos de sueldo dos mil pesetas anuales. La notoriedad a que aspirábamos con el ejercicio de cargos oficiales ganados por oposición no aumentaba, antes bien disminuía en el ambiente médico y social, con el ejercicio de la Medicina en la colectividad obrera.

Servir al socialismo no reportaba entonces ventaja alguna. ¿Qué fi-

Acidol-Pepsina
Gastritis - Dispepsias
Diarreas gastrogenas

no pagais nuestra labor; si ella hubiera de ser valorada en lo justo, la mutuality no podría vivir.

Pero hay otros casos que van a unirnos y estos son más sólidos y valiosos. Venimos a vosotros a fomentar una riqueza; vuestra salud y la de los vuestros; vamos a asistiros en vuestras enfermedades, pero vamos también a enseñaros a prevenirlas. Para ello necesitamos vuestra

(1) Flamante del latín *flamans*, significa llamante brillante y, por extensión, nuevo, recién acabado. Hago estas aclaraciones para evitar disgustos.

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

confianza y la conformidad con nuestras orientaciones. Otorgándola plenamente, podremos llevar a cabo la obra médico-social que nos proponemos. No somos vuestros servidores a sueldo, somos vuestros colaboradores en la Institución Sanitaria que habéis creado.

La mayoría aplaudió; unos por cortesía, otros por convicción. En otro sector se oyeron rumores; los médicos ponían condiciones y ello

CALCINHEMOL ALCUBERRO

Poderoso antianémico

ALCALA, 88.—MADRID

era grave. Vicente Barrio, el gran socialista, que conocía a su público, intervino. El Dr. Blanc y Fortacín, emocionado ante la grandiosidad del acto, no había expresado claramente su sentir. En el fondo no había más que un deseo vivísimo de trabajar por la prosperidad del naciente organismo.

A la prestación médica había que añadir, pues, esa acción educativa y vulgarizadora de nociones de Higiene y profilaxia.

Funcionaba entonces en Madrid una institución de la cual formaron parte personas que hoy ocupan altos cargos oficiales. Era la Universidad Popular. Sus miembros iban a los centros obreros a dar conferencias; versaban estas sobre asuntos de Historia, de Arte; había sesiones musicales; en una palabra, a los obreros se les enseñaban muchas cosas útiles, cuyas enseñanzas recibían ellos con extraordinario agrado a juzgar por la compostura y silencio con que escuchaban. Así aprendían un poco de todo. De todo, menos odio. Eso ha venido después.

A esa Universidad popular nos incorporamos algunos de los médicos de la Cooperativa obrera. Después de la ruda tarea del día, flameábamos nuestra labor docente. Nocio-

Jarabe Behé.-Tetradinamo.-Septicemiol Purgantil (Jarabe de Frutas)

(Véase anuncio, página XX.)

nes de bacteriología y de infecciones, primeros auxilios en los accidentes, prácticas de respiración artificial y de contención de hemorragia por compresión, etc.; temas todos cuya trascendencia comprendían, a juzgar por los comentarios que después de la sesión se oían. De vez en cuando aprovechaba yo el tema médico para inculcarles algunas ideas sociológicas

sanas. Recuerdo que una vez lo hice con un poco de osadía.

Uno de los centros ácratas que hacía objeto al de trabajadores asociados de marcada hostilidad, era el que me designó un día la Directiva de la Universidad popular para dar una de las conferencias de divulgación.

Al llegar a la hora señalada, encontré el local lleno de público, que conmemoraba un aniversario: el de la ejecución de unos anarquistas.

Esperé que terminara el acto, y me propuse aprovechar mi lección para salir al paso de alguna de las enfermedades que allí se habían lanzado. Para ello, hice aplicación de las nociones biológicas de mi tema a un aspecto social. En el organismo humano trabajan células directoras del cerebro y del corazón; células productoras las del hígado, estómago, riñón, pulmones, etc., y células proletrarias las de los músculos, huesos, etcétera. Cosa rara, en el organismo sano nunca hay lucha ni pugna entre esas clases sociales; es que cada una procura mejorar su condición por medios lícitos, y entre ellos se auxi-

FIMONAL

Vías respiratorias.

lian y colaboran a un fin que es la armonía orgánica llamada salud.

Pero ocurre, a veces, que un afán enfermizo de predominio, hace que un grupo, rompiendo violentamente sus normas de vida y burlando las leyes de la organización, busque su medio en detrimento de los demás. Entonces aparece un terrible mal que en la vida social se llama demagogia, y en lo orgánico causa horribles estragos. Ese mal se llama cáncer.

Y sobre ese tema les fui presentando analogías, entre la patología social y la individual. El profesor músico, que tenía a su cargo el recital de piano, que había de dar después, me miraba entre sorprendido y suplicante. Temía, sin duda, que de un momento a otro nos mandaran con la música a otra parte.

Y, sin embargo, no fué así, sino que a él y a mí nos despidieron muy cortesmente. El ambiente proletario era entonces muy guardador de las formas. No toleraba contradicciones en tono violento, pero entablaba una discusión en términos muy comedidos, si veía corrección en el objetante. Se adivinaba un anhelo a elevarse por encima de su nivel social y, por lo tanto, estimaban en mucho que se les ayudase a ello. Se oía casi

constantemente expresiones como las de que hay que ser conscientes, hay que dignificar al obrero; repugnaban entre ellos los conceptos relativos a deglución de hígados, o de torsión de columna cervical; y si les hubieran vaticinado que en días de triunfo habían de salir de labios socialistas tales modos de decir, se hubieran escandalizado. Pero no recuerdo dónde he leído que el sueño de la razón produce monstruos.

de médicos de España a los
CONVALESCENTES
el 96% les recetan Elixir CALLOL

Así era y éramos los socialistas de antaño. Porque lo dicho antes revela bien claramente que fuimos socialistas de acción, pero de acción constructiva y desinteresadamente ideológica.

Aún vienen a visitarme algunos de aquéllos buenos ciudadanos socialistas que, como yo, viven de su trabajo, y al comentar la acción conjunta que en aquellos días realizamos obreros y médicos, sin darnos cuenta llevamos el comentario anecdótico a términos de una intensa evocación simbólica.

Aquella actuación no era simplemente una sociedad de médico, botica y entierro como daban a entender los títulos con que se anunciaba. Era una obra educadora, a la cual aportaban los dirigidos una aspiración de perfección intelectual y moral, y los dirigentes un ejemplo de abnegación y de generosidad. Bases son estas de buen gobierno, que recordamos los socialistas de antaño a los de hoy.

Madrid, junio 1933.

JOSE BLAN

JARABE ALMERA a base de fosfato de cal gelatinoso, el más asimilable

MADAME STAEL se hallaba enemistada con el vizconde de Choiseul por ciertos epigramas molestos de que le había hecho objeto. Un día se encontraron mezclados en la misma conversación de una tertulia. La etiqueta les obliga a compartir.

—Hace mucho tiempo que no le veo, vizconde—dijo la Stael.

—¡Ah, señora embajadora!—exclamó el aristócrata—, he estado enfermo.

—¿Gravemente?

—Estuve a punto de envenenarme.

—¿Es que se mordió la lengua?

El vizconde no supo qué contestar.

(Continúa en la página XVIII)

Caldas de Oviedo

Aguas oligometálicas, muy radiactivas. Temperatura 43°. Enferme-

dades del aparato respiratorio. Reumatismos eréticos dolorosos. Notables resultados de las estufas en la hipertensión arterial. Agua en bebida. Baños. Duchas. Inhalaciones. Pulverizaciones.



Gran Hotel del Balneario

Todo confort. - Cocina selecta. - Varias fondas - Casas de huéspedes
15 de junio a 30 de septiembre

Aguas de MARMOLEJO

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

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

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

Estación de ferrocarril a siete horas de Madrid y cuatro de Sevilla

Alquitranada la carretera que conduce a los manantiales.

Gran Hotel del Balneario. — Todo confort.

Pedidos de boletines e informes al señor Gerente, en

MARMOLEJO (Jaén).

Balneario de Carlos III TRILLO

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

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

Nervios. - Reuma. - Escrófula. - Piel

Deliciosa estación de verano. — Gran parque y monte

Clima de montaña, 780 metros

Servicio directo desde Madrid en tres horas

INFORMES Y FOLLETOS:

HOTEL LEONES DE ORO, Carmen, 30, Madrid

Establecimiento Balneario de Arnedillo (Logroño)

Aguas termales (52° 5 c.) clorurado-sódicas (5 gramos en litro) sulfatado bromuradas, con litio y rubidio, notablemente radioactivas (1.142 voltios hora litro).

ESPECIALISIMAS para la curación del artrismo y reumatismo en todas sus formas, principalmente en la ciática, gota, escrofulismo, contracturas, luxaciones, fracturas, heridas, úlceras, gripe mal curada, etc. etc.

Aplicaciones completas de Lodos-vegeto minerales, únicos en España.

HOTEL DEL BALNEARIO, precios moderados, excelente trato, todo confort.

Estancia tranquila; clima muy saludable; altura sobre el nivel del mar 651 metros.

Viaje estación de CALAHORRA 15 de Junio a 30 de septiembre.

Detalles, folletos, etc., etc. Administrador del Balneario.

ALZOLA

(Guipúzcoa)

Oligo metálica, marcadamente litínica, radioactiva, 30°

**RIÑÓN - VÍAS URINARIAS
CÓLICOS NEFRÍTICOS
ARTRITISMOS ÚRICOS**

Temporada:

15 de junio al 15 de octubre.

AGUAS MINERALES NATURALES

DE

CARABAÑA

«LA FAVORITA»

PURGANTES — DEPURATIVAS — ANTIBILIOSAS — ANTIHERPÉTICAS

PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI

◀ MADRID ▶

Ayuntamiento de Madrid

EN LA TUBERCULOSIS

LABORATORIOS
ABELLO



Vinaroz 5
MADRID

Crospanil
Tiosulfato doble de
Oro y Sodio

Uromil

PODEROSO DISOLVENTE DEL ACIDO ÚRICO, PARA COMBATIR LA URICEMIA
Y LAS ENFERMEDADES DEL METABOLISMO



ARTRITISMO

ARTERIOESCLEROSIS

CÁLCULOS

GOTA

URONIA

REUMA

LABORATORIOS VIÑAS - CLARIS, 71 - BARCELONA

Ayuntamiento de Madrid

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: La administración de la insulina, por el Dr. F. González Deleito.— Los modos de diseminación de las lesiones tuberculosas, por el Dr. Valdés Lambea.— El jubileo de D'Arsonval, por el Dr. Jean Lavadré.— **Sesiones clínicas:** Hospital de San Lázaro (Granada).—**Bibliografía.**—**Periódicos médicos.**

LA ADMINISTRACIÓN DE LA INSULINA

POR EL

DR. F. GONZALEZ DELEITO

Teniente coronel médico.

Desde que comenzó a utilizarse la insulina en el tratamiento de la diabetes, se advirtió que su empleo no era tan sencillo ni tan fácil como el de los preparados de tiroides en el mixedema. Las reacciones individuales eran más variadas y desconcertantes, y frente a los casos que comenzaron a llamarse insulino-resistentes en los que la administración del remedio modifica poco o nada el síntoma cardinal que queríamos dominar, aparecían otros en los que las cantidades que creíamos necesarias provocaban reacciones energéticas de hiperinsulismo con comas hipoglucémicos capaces de poner en peligro la vida del enfermo. La cantidad de glucosa eliminada por la orina se vio pronto que era insuficiente para fijar la dosis necesaria de insulina. Tampoco los datos de la glucemia podían tomarse como exactos, siquiera fueran mucho más aprovechables que los de la glucosuria.

Antes de descubrirse la insulina se había demostrado que su producción y paso a la sangre en los animales no era regular y constante, sino muy variable, según el estado del organismo. En ayunas, o cuando apenas si se ingieren hidratos de carbono, la cantidad de insulina que pasa a la sangre es escasa o nula, mientras que después de administrar grandes cantidades de azúcares, el paso de insulina a la sangre se aumentaba de un modo brusco y extraordinario. Se vio, además, que la cantidad de insulina suministrada por el páncreas era siempre excesiva, y que asimilado todo el azúcar ingerido quedaba siempre un plus de insulina libre. Houssay demostró que las necesidades de la insulina en un perro al que se le había extirpado el páncreas, podían evaluarse en 0,01 unidades por kilogramo de peso del animal y hora de tiempo; es decir, que esta era la cantidad de insulina necesaria para que los valores de la glucemia en el perro siguieran siendo constantes. En una persona de unos 60 kilogramos de peso, la cantidad de insulina necesaria por día la evaluaba el mismo autor en 14,4 unidades en estado de hambre o ayunas. Pero otros autores, y especialmente Holm, obtuvieron cifras muy distintas y calcularon la necesidad de insulina por día en 7,8 unidades en estado de hambre y en 48 unidades para

un individuo en estado de reposo que hiciera un consumo de 1.642 calorías suministradas por hidratos de carbono. Estos datos indican que la cantidad fisiológica de insulina necesaria es muy pequeña en una persona normal, y que las dosis necesarias para combatir estados de hiperglucemia rebasan con mucho las que pudieran deducirse de los experimentos hechos en hombres y animales sanos.

Débase esto a que en los individuos normales y en los animales sanos existen reservas y residuos de insulina endógena, cuyos efectos se suman a los de la insulina exógena, y que conforme va siendo menor la cantidad de la primera hay que aumentar la de la segunda; pero no simplemente substituyendo unidad posiblemente perdida por unidad administrada, sino dando varias unidades por cada una de las pérdidas, y ciertamente cada vez en mayor proporción conforme va disminuyendo la cantidad de insulina endógena, es decir, que si con una reserva o con una producción endógena de insulina como X necesitamos administrar una cantidad n de unidades cuando la proporción de insulina endógena baje a $X/2$, la cantidad de insulina que hemos de administrar como medicamento no será la de $2n$, sino una cantidad mayor de 3, 4 ó Xn .

Hay que tener en cuenta, además, que la acción de la insulina está condicionada por las mayores o menores reservas del organismo en glucógeno y en azúcar. Conforme disminuyen estas reservas, las hipoglucemias aparecen antes y con más intensidad cuando se suministran iguales cantidades del ínceto. Tanto las observaciones clínicas como la experimentación en los animales han demostrado que el equivalente de glucosa por unidad de insulina nunca es constante, que sus oscilaciones son mayores de lo que parece, y que, conforme se aumenta la cantidad de insulina, el equivalente de glucosa va siendo cada vez menor. Así, por ejemplo; si a un animal se le inyecta insulina y glucosa con la velocidad necesaria para que los valores de la glucemia queden siempre normales, encontraremos, según Staub, que para 1,7 unidades de insulina, el equivalente de glucosa es 0,84; 6,8 unidades de insulina, el equivalente de glucosa es 0,50, y con 27,2 unidades de insulina, el equivalente de glucosa es 0,12.

Esto quiere decir que la cantidad de insulina necesaria para un diabético hay que determinarla de un modo empírico en cada caso, y que aún para el mismo enfermo, en un momento dado, pueden modificarse las relaciones entre dosis y resultados terapéuticos; por ejemplo, cuan-

do se presenta una diarrea que disminuye la cantidad de alimentos absorbidos. En estos casos, la misma cantidad de insulina que normalmente se toleraba sin dificultad, provoca síntomas de hipoglucemia. De igual modo, tras un día de dieta de hambre en el que el enfermo ha reducido sus reservas de hidrocarbonados, la insulina produce efectos mucho más activos que en circunstancias normales.

Olvidase también, con excesiva frecuencia, que la secreción de insulina y sus efectos están condicionados y regulados por otra porción de secreciones internas, unas que obran, al parecer, en sentido opuesto, y otras que más bien parecen cooperar a los mismos efectos de aquélla. De todas las secreciones internas que debemos tener en cuenta, ninguna tan importante como la de la adrenalina. Hace tiempo que se conocen los efectos hiperscretorios que sobre las suprarrenales ejercen los estados de hipoglucemia. El paso de grandes cantidades de adrenalina a la sangre no se debe a la acción directa de la insulina, sino a la hipoglucemia que ésta provoca. En un hombre sano, al que por una inyección previa de insulina se reducen los valores de la glucemia a un 60 mg. por 100, se observa inmediatamente un aumento de la presión sistólica y un descenso de la diastólica. Si al tiempo de dar la insulina damos también glucosa en cantidad suficiente para que la hipoglucemia no llegue a presentarse, las modificaciones de la presión sanguínea no se observan. Por lo tanto, bastará con que las suprarrenales se encuentren alteradas por causas tóxicas, por infecciones agudas, etc., para que el diabético se transforme en hipersensible para la insulina, y la hipoglucemia, con todos sus síntomas desagradables, sorprenda al médico y al enfermo.

Se ha demostrado también que la insulina contribuye, de un modo eficaz, al restablecimiento del glucógeno del músculo después del trabajo; esto explica bien algunos síntomas corrientes de los diabéticos. Por ejemplo, un individuo normal restablece el glucógeno de sus músculos al cabo de un tiempo dado; pero si le damos pequeñas cantidades de insulina, el restablecimiento se hace con mucha más rapidez, y en algunos experimentos se ha podido comprobar que basta con un tercio de unidad de insulina por kilogramo para que el glucógeno del músculo vuelva a sus cifras normales al cabo de quince minutos de haber cesado el trabajo. Un diabético, con deficiente cantidad de insulina, sólo puede restablecer el glucógeno de sus músculos al cabo de mucho tiempo, de ahí que siempre tenga un déficit y que se fatigue con una facilidad anormal. Explicase también por esto el que un trabajo muscular aumente la hiperglucemia en los diabéticos graves, mientras que en los sanos las hiperglucemias provocadas por ingestión de alimentos desaparecen con mucha mayor rapidez cuando el individuo se entrega al trabajo muscular. El diabético produce más azúcar durante el trabajo, pero la utiliza muy mal y muy tarde para crear el glucógeno necesario a sus músculos, mientras que el sano la utiliza pronto y bien. Esto explica la hipersensibilidad de los diabéticos para la insulina después del trabajo muscular. Tras este trabajo, la musculatura queda muy empobrecida en glucógeno, y si damos entonces insulina el organismo la aprovecha en el acto para aumentar sus reservas de glucógeno en el músculo a expensas del azúcar que circula por la sangre, y la hipoglucemia aparece con mucha mayor rapidez y facilidad. La misma dosis que el diabético toleraba bien cuando se le inyectaba, estando en reposo le provoca síntomas de hiperglucemia al inyectársela después de un largo paseo o de un trabajo muscular que ha empobrecido notablemente el glucógeno de sus músculos.

La insulina hay que aplicarla por vía subcutánea; esto es siempre muy molesto, y médicos y enfermos

tienden a reducir en lo posible el número de inyecciones. Ahora bien, la misma dosis total de insulina suministrada en cantidades pequeñas y repetidas, produce una hipoglucemia mucho mayor que administrada en dosis grandes y espaciadas.

Todo lo que vamos exponiendo indica cómo a hiperglucemias de igual intensidad pueden convenirles cantidades muy diversas de insulina. Pero en la práctica corriente, el médico no se guía por los valores de la glucemia, sino por los de la glucosuria, y todos sabemos que las relaciones entre ambas cosas son muy variables y que en el mismo enfermo se modifican de un modo continuo, y mientras en los comienzos de la enfermedad y en los diabéticos jóvenes los valores de glucosuria son superiores a los de la glucemia, en los enfermos de edad y en los casos avanzados el riñón deja pasar el azúcar con más dificultad y cifras muy altas de glucemia apenas se exteriorizan por glucosurias mínimas o medianas. Esta resistencia del riñón a dejar pasar el azúcar a su través puede considerarse como cosa normal en la diabetes y no requiere ni precisa la existencia de lesiones renales de ninguna índole (esclerosis, etc.), para presentarse; por lo tanto, la administración de la insulina, guiándose sólo por las cifras de la glucosuria, expondrá al médico a riesgos innecesarios; si las condiciones en que se encuentra el enfermo impiden obtener valores de la glucemia, el médico tendrá que ser muy prudente en sus primeros tanteos y proceder de un modo empírico, comenzando por dosis muy inferiores a las que en los esquemas se señalan, y tanteando hasta encontrar la dosis justa y conveniente. Cuando hay posibilidad de hacer análisis de sangre y determinaciones de glucemia el práctico debe, antes de comenzar un tratamiento insulínico, determinar cuál es la glucemia de aquél individuo en ayunas y cómo soporta una sobrecarga de glucosa suministrada en forma adecuada; estos dos valores le pueden informar a cersa de la actividad funcional de aquel páncreas enfermo y por deducción de las reservas en glucosa y glucógeno de aquel organismo.

Los valores constantes de la glucemia en un diabético se determinan dándole, durante dos o tres días, una dieta determinada y fija que venga a tener 80 gramos de hidrocarbonados; al cabo de tres días de esta dieta se determina cuál es la glucemia en ayunas y cuál es la glucemia durante el resto del día en tomas de sangre que se hacen de tres en tres horas.

He aquí cómo se comportan los valores de la glucemia en las diversas formas de diabetes.

En los casos leves, los valores de la glucemia en ayunas son poco más elevados de lo normal; a veces, casi normales. Poco antes del medio día y después de la comida del medio día (siguiendo la repartición de comidas propias de nuestro país) hay dos ascensos: el primero, poco pronunciado; el segundo, más. Entre ambos hay un descenso bastante acentuado, aunque los valores de la glucemia son mayores que en ayunas. Por la noche, algún tiempo después de la cena, se inicia el descenso, y a la madrugada los valores son casi iguales a los de la mañana.

Los casos de mediana gravedad presentan ya valores de glucemia en ayunas que pueden llegar a 200 miligramos. Mas no se crea que esto sólo hasta para clasificar una diabetes en este grupo. Especialmente con enfermos nuevos, de los que se desconoce todo, y singularmente su forma de vida, nos exponemos a cometer errores groseros juzgando sólo por estas cifras. Cuanto más desconocido es para nosotros un paciente, más cautos hemos de ser al interpretar y juzgar el cuadro sintomático que nos ofrece. Esto lo olvidan muchas veces las médicos en sus consultas, y de ahí las faltas

Salicitiro

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

Perfectamente tolerado por vía bucal

Evita los trastornos gástricos.
Aumenta la eficacia salicílica.
Norma iza el terreno hipometabólico reumático.

**En el reumatismo
Poliarticular agudo, crónico, etc.**

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



BELLADENAL SANDOZ

Asociación de los alcaloides totales de la belladona (**Bellafolina**) con la fenil-etil-malonilurea.

El sedante nervino de los casos resistentes

INDICACIONES: Estados de crisis del sistema nervioso, Epilepsia, Agitación mental, Anginas de pecho, Asma esencial, Temblores, Parkinsonismo, Dismenorrea, Vómitos incoercibles, Migraña, Mal de mar, de tren, de avión, etc.

POSOLOGIA: De 2 a 4 (basta 6) comprimidos al día.

Los comprimidos están dosificados a 0,25 mgr. de **Bellafolina** y 0,05 gramos de fenil-etilmalonilurea.

NOTA.—Los comprimidos tienen una ranura en cruz, lo que permite el método de las dosis fraccionadas.

Tubos de 20 y de 100 comprimidos.

Productos farmacéuticos Sandoz, Basilea (Suiza).

Oficina científica en España

Apartado núm. 880 BARCELONA Plaza Cataluña, 9

MORRHUËTINE

JUNGKEN

CARACTERES ESENCIALES

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

SE EMPLEA EN TODAS LAS ÉPOCAS DEL AÑO.

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

Eficaz en el tratamiento de las

Adenopatías

Linfatismo

Escrofulismo

Raquitismo

Diabetes

Heredosifilis

Ameno y Dismenorrea

Convalecencias

Estados llamados "retuberculosos"



LABORATORIO MIRABENT BARCELONA

ESPECIALIDAD NACIONAL

Ayuntamiento de Madrid

de pronóstico, que son las que menos toleran las familias.

Las elevaciones mencionadas anteriormente son más acentuadas, los descensos intermedios menos marcados, y durante la noche tarda mucho el diabético en recobrar la cifra de glucemia inicial. Las diferencias entre todos los mínimos del día y la cifra en ayunas son considerables, síntoma éste de gran valor.

Por último, en los casos graves se exagera todo lo dicho. Los valores de la glucemia en ayunas se elevan a 250-300 mg, y más, las elevaciones consecutivas al desayuno son ya muy manifestadas, los descensos apenas se notan; la curva recuerda, más que una línea quebrada con altos y bajos, la silueta de una escalera en la que cada ascenso se mantiene fijo hasta que viene otro nuevo, y sólo a la noche se inicia el descenso para llegar a la mañana en ayunas a la cifra inicial.

De todos modos, recomienda Petréñ no generalizar demasiado con las cifras de glucemia inicial y no declarar grave a un diabético con 250 mg. de glucemia en ayunas sin haber examinado y pesado convenientemente en su ánimo, cuál fué la dieta anterior del enfermo, que edad tiene, cuanto tiempo lleva de duración la dolencia y si existen o no enfermedades que compliquen el cuadro clínico.

Si para interpretar debidamente las cifras obtenidas al buscar glucemia hay que hacer tantas reservas y salvedades, supóngase lo que significará pretender juzgar del estado de su metabolismo sólo con las cifras de la glucosuria y querer comprobar los efectos de medicamento tan activo como la insulina, únicamente por las modificaciones que a síntoma tan incierto imprima el tratamiento.

No debemos conformarnos con esto. Ciertos detalles importantísimos, y en especial el estado de las reservas del glucógeno del hígado, se aprecian mejor viendo cómo se comporta la glucemia después de dar a los diabéticos en ayunas una cantidad apreciable de glucosa. Hasta hace poco se daban cantidades muy grandes, de 50 a 100 gramos de glucosa de una sola vez, hoy día se conforman los clínicos con dar 20 a 30 gramos y luego se determina la glucemia cada treinta minutos hasta llegar a las tres horas. Lo normal, en un sano, es que se inicie pronto una glucemia que alcanza su máximo a los treinta minutos y a las dos horas desciende con rapidez a la normal o a valores más bajos de los iniciales.

En los diabéticos, la hiperglucemia es más acentuada; pero especialmente su máximo se alcanza un poco más tarde, se mantiene mucho más tiempo y desciende con mucha lentitud, no encontrándose descensos que rebasen las cifras iniciales. Cuanto más alta es la glucemia, más tiempo persiste y más tarda en descender, mayor es la intensidad del trastorno metabólico. Sobre todo, puede afirmarse que las reservas de aquel hígado en glucógeno son menores cuanto más persista la hiperglucemia, y ya sabemos qué trascendencia tiene esto para juzgar del pronóstico de la enfermedad y como guía del tratamiento.

Todavía es posible afinar más en el diagnóstico recurriendo a la prueba de la doble carga. Un sano reacciona

en la forma que hemos dicho a la primera toma de glucosa, pero si a las dos horas le damos una segunda no presenta reacción glucémica de ninguna clase.

No ocurre lo mismo en el diabético que reacciona a la segunda toma en forma tanto más marcada cuanto más perturbado se encuentra su sistema regulador del metabolismo de los hidrocarbonados, y sobre todo cuanto más deficiente y escasa es su secreción de insulina.

Obtenidos todos los datos diagnósticos se impone ver si conviene hacer tratamiento insulínico y en qué forma.

Una vez más aquí se plantea el doble problema, que se plantea, por ejemplo, en una fractura de huesos. Para que un páncreas, aun capaz de trabajar, pero fatigado y en malas condiciones, recupere su potencialidad al grado máximo, se impone dejarle en relativo reposo por el mayor tiempo posible. Sólo así recobrará fuerzas para volver a seguir trabajando. Mas también es cierto que la inactividad es peligrosa y que un ejercicio moderado es indispensable para el sostenimiento de la función. Según que el clínico valore más la idea del reposo o la necesidad funcional, así será más o menos liberal con el uso y empleo de la insulina.

Desde luego, en los casos de insuficiencia máxima, cuando no puede pensarse en

mejora de la función, no hay duda alguna. Se da insulina en la cuantía necesaria. Tal ocurre, por ejemplo, en las diabetes de los jóvenes, en las formas muy avanzadas y siempre que precisa combatir cualquier complicación grave como gangrenas, infecciones, etc., o cuando va a intervenir quirúrgicamente por indicaciones fundadas.

Aún así, hay opiniones diversas respecto a cómo comportarnos en las diabetes de los jóvenes, especialmente de los niños y adolescentes, y mientras ciertos clínicos restringen alimentación y luego dan insulina en la

cantidad precisa para remediar el mal, otros preconizan dar alimentación variada sin preocuparse de si contiene o no demasiados hidrocarbonados y administran la cantidad de insulina necesaria para aquella dieta a discreción. Hoy día, las corrientes van más por este lado y, sobre todo en los niños, la mayoría de los médicos mantienen el dogma de dieta libre e insulina *ad libitum*.

Tampoco para las diabetes leves, en las que la tolerancia no es inferior a 100 gramos de hidratos de carbono, hay discrepancias. En estos casos conviene conformarse con las medidas dietéticas, toda vez que la zona de tolerancia es lo bastante amplia para que el paciente pueda dar cierta variedad a sus comidas y las privaciones no alcanzan el límite de lo molesto ni mucho menos. Las apreciaciones son dispares en las diabetes de mediana gravedad, tanto para marcar la necesidad del uso de la insulina como para señalar los límites en que debemos detenernos. Desde los que se resisten a la administración del medicamento hasta los partidarios de la dieta libre e insulina a discreción, hay opiniones para todos los gustos. Desde luego, en el tratamiento hemos de tener en cuenta factores distintos de la enfermedad y que en ocasiones tienen importancia decisiva, entre otros, el coste del medicamento, que no todos los individuos y familias pueden soportar y que obliga a reducir su empleo en lo posible.

Avance de sumario para el número próximo (15 de Julio de 1933)

DR. JUAN GARRIDO LESTACHE.—Revisión de los resultados obtenidos con el procedimiento de Albee en el tratamiento del Mal de Pott de la infancia.

DR. FERNANDO BERNÁLDEZ.—Contribución al estudio de la esclerosis de las arterias pulmonares.

DR. OLIVERES FRANQUET.—Breviario de la tensión arterial.

Sesiones clínicas: Hospital provincial y Hospital de San Lázaro.

Bibliografías.

Prensa extractada.

Sección profesional.

Todas las complicaciones que puedan presentarse, infecciones especialmente, obligan a insistir en el tratamiento insulínico. También seremos pródigos con el remedio en los casos con formas de mediana gravedad, pero con gran desnutrición. Atender, ante todo, a reponer al enfermo permitiéndole una alimentación más copiosa, rica en calorías y suplir con insulina sus defectos de secreción interna para aprovechar los hidrocarbonados. Tampoco seremos parcos con el medicamento en los individuos en época de involución con tendencia a la melancolía y a la depresión. La diabetes favorece esta tendencia a las depresiones y, por su parte, la persistencia del azúcar en la orina tiene un efecto fatal sobre el psiquismo del enfermo. La supresión de la glucosuria influye muy favorablemente en el curso de la depresión involutiva y favorece su ulterior tratamiento.

En todos los demás casos guiarse por el estado general del enfermo, por su tolerancia para la dieta antidiabética, por sus necesidades profesionales y por su estado económico. Todo ello pesa mucho y el médico hará mal en aplicar siempre esquemas rígidos. Hay que individualizar en cada caso y aún en el mismo individuo, al parecer con iguales indicaciones derivadas de enfermedad, habrá que llevar el tratamiento en una o en otra dirección, según sus posibilidades y situación social del momento.

Hay unos enfermos en los que todos recomiendan utilizar la insulina con precaución: los hipertensos. Algunos han hablado incluso de suprimirla en los que muestran propensión a las hemorragias retinianas. Sin llegar a ese punto sería conveniente en ellos exagerar la regla del plus de los hidrocarbonados. Es regla general que cuando los datos de la glucosuria y de la glucemia nos indican la necesidad de dar, por ejemplo, 15 unidades de insulina, no nos limitemos a ello, sino que calculemos un plus de alimentación hidrocarbonada y demos la insulina necesaria para cubrir las indicaciones encontradas y para consumir este plus de hidratos de carbono. Pues bien; en los hipertensos hemos de calcular este plus en mayor proporción que en los que no lo son.

Cuando nos encontramos frente a un caso de los llamados insulinoresistentes, el médico no debe conformarse con repetir esa frase y cruzarse de brazos. Si una diabetes es insulinoresistente hay que ver si se trata de una diabetes auténtica o de una diabetes renal, y si el examen detenido del enfermo nos obliga a confirmar el diagnóstico de diabetes sacarina, hay que buscar qué infección latente o que otra complicación existe que provoca aquella resistencia, todo menos conformarse con declarar al paciente responsable del fracaso llamándole insulinoresistente.

Por último, hay que llamar la atención sobre una serie de pacientes con diabetes largas y propensión enorme a las hipoglucemias. Se trata de enfermos en los que si sólo buscamos la glucosuria, las encontramos y grandes por la mañana en ayunas y en los que lo mismo ocurre con las glucemias. Sí, como se recomienda muchas veces, buscamos sólo la glucosuria matutina como guía por creer es la mínima—la que sigue al mayor tiempo de reposo—, calcularemos dosis grandes de insulina, y al aplicarlas se nos presentarán los comas hipoglucémicos. Aunque estos comas se corrigen bien y pronto cuando se está sobre aviso, puede ocurrir que revistan más gravedad de la sospechada, especialmente en niños y en diabéticos graves. En estos enfermos habrá que repartir las dosis precisas y elegir el momento en que la glucemia sea intensa para darlas. Administrar la insulina en los períodos de glucemias bajas es correr riesgos innecesarios.

Todo lo dicho hace pensar en la necesidad de que los diabéticos pasen por lo menos una vez al año por establecimientos apropiados para tratarlos, internándose, a ser posible, a fin de que, sometidos a una observación cuidadosa, salgan con unas pautas generales de trata-

miento que sirvan de guía al médico de cabecera, el que a la vista de aquello, y de las complicaciones que vayan apareciendo, podrá intervenir con mayor seguridad y eficacia.

Los modos de diseminación de las lesiones tuberculosas

POR EL

DR. VALDES LAMBEA

del hospital Militar de Madrid - Carabanchel.

Me propongo exponer en este trabajo algunos conocimientos importantes sobre el mecanismo de la infección tuberculosa y sobre los procesos de extensión y de diseminación de las lesiones, a partir de la puerta de entrada primero y de la lesión inicial después, del llamado chancro de inoculación, frecuente, pero no constante, que se localiza, como es sabido, generalmente en los pulmones, y más a menudo, a juzgar por los resultados de las investigaciones acróscópicas y radiográficas, en el tercio inferior y cerca de la pleura.

La tuberculosis es inicialmente un proceso del sistema linfático, y ya la primera lesión se constituye y evoluciona, según las investigaciones de Miller, en los extremos distales de los conductos alveolares en un acúmulo linfóide. Esta primera lesión tuberculosa pulmonar es una lesión de bronquioalveolitis, un complejo bronconeumónico.

Desde los primeros momentos apréciase con claridad la apatencia del bacilo por el sistema linfático y se manifiesta la tuberculosis, lo repito, como una enfermedad de este sistema. En efecto, ya preoportunamente desempeñan las vías linfáticas un papel importante en el mecanismo de la infección, y ocurre que hasta en los casos más aparentemente claros de tener lugar ésta por vía aérea, siguen los bacilos el camino de la linfa, estableciéndose una primera etapa, sobre la que empieza en la puerta de entrada y acaba en el sitio de la primera lesión tuberculosa. Así se ha visto (Gerober), inyectando suspensiones de tinta china en la mucosa de la faringe de los animales de experiencia, que los finos corpúsculos vehiculados por los fagocitos van por los linfáticos a los ganglios del cuello y a los mismos pulmones, y se sabe también que los polvos inertes depositados en las mucosas de las vías respiratorias son llevados por los leucocitos a los vasos linfáticos, dispersándose por todo el pulmón y depositándose, al fin, en los ganglios traqueobronquiales. Mac Callum, estudiando la infección estreptocócica en el sarampión, ha podido comprobar la dispersión intrapulmonar de las bacterias según los cániculos conductores de la linfa.

Ya Grancher, en un trabajo publicado en 1878, había insistido sobre la importancia de los vasos linfáticos en la propagación intrapulmonar de la tuberculosis y había dicho que eran estos vasos verdaderos conductores del tubérculo miliar; que la materia tuberculosa, comportándose como un líquido de inyección, se dispersaba por los linfáticos perilobulillares, afectándolos mucho antes que al mismo lóbulo pulmonar. Krause insiste también sobre la impor-



Las diarreas estivales

catarros intestinales, estados dispépticos, diarreas de origen alimenticio, enteritis gripales y tuberculosas deben tratarse por medio del

Eldoformo

Combinación de tanino y una levadura

que calma la irritación de las mucosas, reduce la hiperemia, dificulta los procesos de putrefacción y normaliza el peristaltismo exagerado. **Especialmente indicado en pediatría por su perfecta tolerancia.**

Envase original

Bayer-Meister Lucius

Tubo de XX tabletas



Eldoformo



TRICALCINE INYECTABLE

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

MEDICACION CALCICA INTENSIVA Y ESTIMULANTE

TUBERCULOSIS
MISERIA
FISIOLOGICA

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

CONVALECENCIAS
ANEMIA
ESCROFULOSIS

Laboratoire des Produits SCIENTIA, 21, rue Chaptal, Paris. 9^e

ESTAFILASA del D^r DOYEN

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

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

Solución coloidal
fagógena
polivalente.

MICOLISINA del D^r DOYEN

2 FORMAS:
MICOLISINA BEBIBLE
MICOLISINA INYECTABLE

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

SOLUCION de FLUOROFORMA
ESTABILIZADO EN LOS
EXTRACTOS VEGETALES

GERMOSE

No Tóxico

SABOR
AGRADABLE

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

*Comprimidos compuestos de Hipófisis
y Tiroides en proporción prudencial,
de Hamamelis, Castaña de India
y Citrato de Sosa.*

Venosina

Tratamiento específico completo de las **AFECCIONES VENOSAS**

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

POR MENOR: PRINCIPALES FARMACIAS

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

tancia de las vías linfáticas en la tuberculosis, como Jousset y Calmette, y recientemente Ninni, y Sergeant ha estudiado la tuberculosis experimental consecutiva a inoculaciones en los ganglios: se ha visto evolucionar de esta manera en el conejito de las Indias un proceso tuberculoso, que se inicia, como es natural, en el ganglio de la inoculación, que va luego a los otros ganglios del cuello, a los traqueobronquiales y, por último, a los demás ganglios viscerales y periféricos y a las mismas vísceras, a los pulmones, al hígado y al bazo. La tuberculosis conseguida por Sergeant de esta manera es semejante a la forma obtenida por Calmette y sus colaboradores: inoculando a los animales por vía conjuntival. En ninguno de los dos casos hay chancro de inoculación.

Sergeant, inyectando suspensiones de tinta china en los ganglios del cuello del cobayo previamente inoculado con bacilos tuberculosos, ha visto cómo el material se difundía por vía linfática: las partículas de tinta china llegan pronto a las cavidades cardíacas derechas, a las dos o tres semanas se ven en los ganglios intratorácicos que están detrás del esternón, al mes en los traqueobronquiales y más tarde en los mismos pulmones. Ha podido llegar a conclusiones semejantes inyectando lipiodol en los ganglios del conejillo, y ha deducido de sus experiencias que hay comunicaciones entre los ganglios del cuello y los mediastínicos, como ya otros autores habían señalado con anterioridad. Por otra parte, la cavidad abdominal tiene comunicaciones linfáticas con la pleura, hecho anatómico realizado por Godelier en su famosa ley de coincidencia "En los casos de tuberculosis peritoneal hay en la pleura lesiones de la misma índole".

Recientes investigaciones sobre la tuberculosis experimental han ampliado nuestros conocimientos sobre el papel del sistema linfático en los procesos fímicos. La llamada tuberculosis de laboratorio Calmette-Valtis se consigue, como es sabido, inoculando al cobayo con material que contiene formas filtrables, y de este modo se desarrolla un proceso que afecta al sistema linfático, encontrándose al final en los ganglios bacilos ácido-resistentes. Paiseau y Oumansky, inoculando productos tuberculosos sin filtrar, han podido producir también, en el conejito de las Indias, un proceso de tuberculosis linfática, estando afectados todos los ganglios, que se hipertrofian, supuran y contienen bacilos ácido-resistentes, sin que se produzcan en estos casos lesiones de la vísceras.

Ya tempranamente, desde los primeros estadios evolutivos, manifiesta la tuberculosis tendencias evidentes hacia la generalización, a evolucionar como un proceso de diseminación, como una enfermedad generalizada. La tuberculosis es una afección bacilémica: no se trata ciertamente de una bacilemia continua, sino de episodios bacilémicos, de descargas bacilémicas. Es, por lo que vemos, una afección bacilémica que evoluciona por descargas, por saltos, por brotes, a veces como proceso septicémico, sin metástasis manifiestas unas veces, con metástasis evidentes en otras; con metástasis más o menos frecuentes, más o menos numerosas, más o menos continuas: en los casos de granulia generalizada, en los casos de tuberculosis miliar debemos hablar nosotros, empleando el lenguaje anatomopatológico e inmunológico,

de septicemias tuberculosas con metástasis múltiples, con metástasis numerosas que evolucionan simultáneamente, a veces en todo el organismo, en otras ocasiones en un sistema orgánico, en un grupo de órganos (a menudo en los pulmones), o en un órgano sólo, en el bazo, en el peritoneo, etc. Poco tiempo después de estar constituida la primera lesión tuberculosa, alrededor del islote de bronquioalveolitis se constituyen y evolucionan múltiples lesiones secundarias, tiene lugar un brote, una erupción de tuberculillos, porque el proceso se disemina por vía linfática y estas lesiones de propagación rodean en corona al nódulo de Gohn, a la lesión inicial. Por vía linfática, pues, se disemina la lesión primitiva. Estas tendencias, como vemos, inicialmente apreciadas, a la difusión del proceso, continúan actuando, pues a las dos semanas aproximadamente de la infección experimental por inhalación en el conejillo de las Indias, vemos constituida la primera lesión tuberculosa en el pulmón, y una semana después encontramos en los ganglios regionales manifestaciones seguras de que éstos han sido afectados por el proceso tuberculoso. Tenemos el *primer reservorio de virus*, el primer depósito bacilar, pues los ganglios, más que órganos de detención, más que filtros para el bacilo, según Virchow creía, son depósitos, lugares de remanso, lagunas de estancación, y en ellos los bacilos de la tuberculosis se detienen, se depositan y permanecen en ocasiones mucho tiempo en condiciones de vida latente, capacitados para actuar e intervenir en la evolución de nuevas lesiones tuberculosas, cuyo punto de partida estará, por lo que vemos, en esta primera adenitis.

Algunas veces las tendencias septicémicas de la afección tuberculosa aparecen de un modo claro en los primeros estadios evolutivos: a partir de la lesión inicial que se caseifica en seguida y de los tuberculitos del perifoco, se hace una descarga bacilémica, en ocasiones eficiente (el momento bacilémico inicial), y evolucionan metástasis, algunas veces numerosas, múltiples, generalizadas. Son los casos de *tuberculosis miliar del primer estadio*, del primer momento inmunológico; en otras ocasiones las metástasis son reducidas, focales, parcelarias, y se hacen en un órgano y a partir de un órgano, a los dos pulmones, por ejemplo (*granulia pulmonar total del primer estadio*), a un pulmón sólo o a parte del pulmón: hoy sabemos que según este mecanismo se constituyen frecuentemente lesiones de bronquioalveolitis tuberculosa, plastrones de bronconeumonía tuberculosa, que son, en fin de cuentas, la expresión de las llamadas *diseminaciones precoces*, siembras precoces, procesos de diseminación del primer estadio de la tuberculosis humana.

Las tendencias a evolucionar como afección generalizada se van acentuando claramente a partir de la lesión inicial, y precisamente, como es sabido, en el segundo momento inmunológico, en el período de alergia secundaria, en el llamado segundo período de Ranke, estas tendencias a la diseminación, a la generalización del proceso tuberculoso se acentúan y se hacen revelantes y patentes. En los citados reservorios de virus de los ganglios intratorácicos, de los ganglios traqueobronquiales, en lesiones pulmonares semiapagadas, puede estar el punto de partida de otros episodios de diseminación. Frecuentemen-

te por vía linfática se constituye, como sabemos, a partir de un ganglio mediastínico enfermo, un complejo de bronquioalveolitis, y estamos entonces en presencia de las llamadas *infiltraciones secundarias, periganglionares* en este caso, y que otras veces tienen por motivo una lesión, ya lo he dicho, semiapagada del parénquima. Vemos, pues, que las vías linfáticas siguen actuando preponderantemente como elementos de diseminación de los procesos tuberculosos; pero en este momento inmunológico, en el período de alergia secundaria, se acentúan, lo repito, los procesos de generalización por el torrente circulatorio, y el mecanismo hematógeno adquiere especial relieve. A estas alturas los procesos granúlicos se dan con especial frecuencia: son las *granulias del segundo estadio*, los episodios de tuberculosis miliar que se producen en el período de alergia secundaria. Curada total o parcialmente la primera lesión tuberculosa con su adenitis de repercusión (el llamado *complejo inicial*), en el momento que se llama del *complejo primario duro*, cuando el organismo sucesivamente atacado por los antígenos de las primeras lesiones ha creado complejos enzimáticos, fermentos defensivos, lisinas, complejos lipolíticos, anticuerpos, en una palabra, capacitados para actuar sobre los nuevos antígenos tuberculosos liberando venenos, substancias anafilótóxicas, complejos químicos del grupo de la histidina que, actuando selectivamente sobre los órganos de choque, sobre en endotelio capilar, sobre el sistema neuroendocrino, sobre los centros termirreguladores, etc., darán lugar a los distintos síntomas y síndromes, tan frecuentes y tan polimorfos en este período de alergia secundaria.

Que la causa de ciertos modos evolutivos de la tuberculosis tenía que estar seguramente en episodios bacilémicos, se venía confirmando desde hace muchos años por los clínicos puros, mucho antes de que Villemín demostrase la virulencia de la sangre de los tuberculosos, y antes también, naturalmente, de que se llegara a demostrar la existencia de bacilos circulantes, pues se venía observando que cuando menos se esperaba, insólitamente, en un momento clínico cualquiera, aparecía una lesión tuberculosa en un hueso, en una articulación, en la piel, en una víscera alejada del territorio orgánico que estaba enfermo de tuberculosis de una manera manifiesta, los pulmones generalmente; y, por lo tanto, la aparición de un foco de tuberculosis ósea, testicular, en un hueso del pie o de la mano, en el cerebro mismo, hacía pensar que los bacilos no podían haber llegado a estos lugares del cuerpo sino conducidos por la sangre. Pronto los investigadores empezaron a trabajar sobre la bacilemia en el hombre y en los animales tuberculosos, apelando, como Villemín, a la inoculación de la sangre y valiéndose también de la exploración de ésta al microscopio, preparándola convenientemente.

Las opiniones de los investigadores varían de manera notable. Para algunos de ellos la bacilemia es rara y ni aún intensificando las pesquisas, ni valiéndose de los mejores procedimientos de investigación, es posible demostrar que la bacilemia sea frecuente. Para otros autores la bacilemia es tan frecuente que se puede asegurar es constante, de tal manera, que se encuentran bacilos en la sangre periférica de sujetos poco tuberculosos, de tuberculosos con lesiones

minimas y hasta en la sangre de individuos que no tienen síntomas clínicos de tuberculosis pulmonar. Las investigaciones de Löwenstein y de su escuela sobre este importantísimo asunto, valiéndose de nuevos procedimientos de cultivo, han conducido a resultados interesantes y sorprendentes. Desde luego, Löwenstein y sus colaboradores, dicen haber demostrado que la bacilemia es casi constante en los tuberculosos manifiestos, y, además, que en un tanto por ciento crecidísimo de casos hay bacilos circulantes en los sujetos de tuberculosis osteoarticular, por ejemplo, en los individuos de tuberculosis cutánea, etcetera. Más todavía, que hay bacilemia tuberculosa en individuos no diagnosticados de tuberculosis, por ejemplo, en un tanto por ciento crecidísimo de sujetos con reumatismo articular agudo, en muchos coréicos, en esquizofrénicos, en sujetos de esclerosis múltiple, etc. Estas investigaciones han conducido a admitir abusivamente la etiología tuberculosa para muchos procesos de causas oscuras y que no parecen—es la verdad, sometiéndolos a una crítica severa—depender del bacilo de la tuberculosis. Parece lo más verosímil que se trata de movilizaciones bacilares por la intervención de procesos infecciosos de otra índole en sujetos fímicos con lesiones semiapagadas o latentes. Pero es positivo que las investigaciones de Löwenstein han confirmado y ampliado lo conocido hasta este momento sobre la frecuencia y la importancia de los episodios bacilémicos en los tuberculosos.

En el período de alergia secundaria, en el segundo estadio de Ranke, abundan los episodios de diseminación, las descargas bacilémicas, las generalizaciones de los procesos tuberculosos; se repiten notablemente las metástasis, y en este momento inmunológico se estudian precisamente los modos de diseminación de mayor importancia. Ahora encontramos frecuentemente una lesión interesantísima que se localiza a menudo en la región infraclavicular, en la zona intercleidohiliar de León Bernard, y que se conoce con los nombres bastante expresivos, aunque no adecuados a todos los casos, de *infiltrado precoz*, de *infiltrado infraclavicular*, de *infiltrado juvenil*, de *infiltrado pretísico*, etc. Trátase, en fin de cuentas, de un complejo de bronquioalveolitis tuberculosa más o menos exudativo, según la dosis infectante, y, sobre todo, según elementos de naturaleza genotípica. Previas determinadas condiciones receptoras los bacilos llegados a la zona de elección, a dicha región infraclavicular, dan lugar a la lesión dicha. Nos interesa en este trabajo únicamente el estudio de mecanismo de producción, debiendo decir a este propósito que las opiniones varían según los autores y las escuelas. Los alemanes, siguiendo a Asmann y a Redeker, los autores que insistiendo sobre las ideas de Wesler, de Landolfi, de Rist y Ameuille, etcétera, hicieron fijar la atención sobre esta verdad patomorfológica, admitieron una infección, según el modo exógeno, suponiendo que los bacilos llegaban de fuera por la vía pulmonar y fijándose sobre la región citada daban lugar al infiltrado precoz, lesión que, al decir de los dichos autores, se encontraba constantemente en individuos de vértices limpios; quitaban, pues, toda importancia patogénica a las lesiones apicales. Los franceses, siguiendo las orientaciones de León Bernard, admiten el modo

linfógeno, y se inclinan a pensar que los bacilos provenientes de un reservorio de virus siguen el camino de los linfáticos, constituyéndose de este modo la citada lesión tuberculosa. Pero hay otro mecanismo patogénico muy digno de tenerse en cuenta: el modo hematógeno, siendo, según estas ideas, el llamado infiltrado precoz, un episodio parcial de una diseminación tuberculosa, un toco de granuloma paracelaria, un plastrón de bronquioalveolitis tuberculosa hematógena, dándose las lesiones generalmente en ese lugar de preferencia por la intervención de razones anatómicas que no alcanzamos a ver en el presente momento. Finalmente, no debe admitirse que falten en todos los casos de infiltrado juvenil las lesiones apicales, pues algunas veces en las radiografías de estos sujetos se encuentran nódulos de Puhl, cicatrices de origen fímico, procesos cavernulares más o menos extensos, y es seguro también que en ciertos casos, según insistiré más adelante, estas semiapagadas lesiones del vértice se reactivan, e intervienen en la diseminación de la tuberculosis de los pulmones.

Para la entidad anatomoclínica tan interesante, principalmente estudiada por León Bernard, que conocemos con el nombre de *lobulitis*, podemos invocar también los mismos modos de propagación, los mismos mecanismos patogénicos. Trátase de un complejo de bronquioalveolitis tuberculosa, en el cual las lesiones son más confluentes, se tocan las unas con las otras, constituyendo un bloque más homogéneo, más compacto, sin claros intermedios, de tal manera, que el conjunto se expresa en la radiografía por una sombra más o menos densa, según el momento evolutivo, pero que ocupa un lóbulo y frecuentemente el lóbulo superior derecho. Generalmente el límite inferior está señalado por la cisura, que hasta ciertos momentos evolutivos se marca correctamente, siendo el límite rebasado en los casos desfavorables y propagándose la lesión hacia abajo por vía bronquial y por vía linfática: la *propagación en estaiactita*. Especialmente a este modo de diseminación podemos oponernos actualmente empleando de un modo oportuno los procedimientos colapsoterápicos y sobre todos la frenicotomía.

Cuando hablamos de *infiltraciones secundarias* debemos entender lesiones de bronquioalveolitis tuberculosa preponderantemente exudativas, que en ocasiones se entienden mucho y que se constituyen alrededor de las lesiones de reinfección, lesiones del parénquima o lesiones de los ganglios: infiltraciones secundarias parenquimatosas e infiltraciones periganglionares. En unas y en otras intervienen las vías linfáticas. Como vemos, la importancia de estas vías en los modos de propagación, persisten durante toda la evolución de los procesos tuberculosos.

Ponfik, Astely, Cooper, Cornill y Ranvier, y modernamente Letulle, Bezancon, Krausse, etc., se han ocupado especialmente de la importancia de las vías linfáticas en la anatomía patológica y en la patogenia de la tuberculosis. Los vasos linfáticos tributarios de las zonas lesionadas enferman, descamándose el endotelio y constituyéndose en su luz depósitos celulares: la células degeneran y sufren un proceso de necrosis por coagulación, y las lesiones se caseifican o se constituye un proceso obliterante con endo y perilinfangitis, convirtiéndose los vasos en cordones

duros, muy duros en los casos de cirrosis total, de tal manera, que se expresan en las películas como finos elementos arboriformes que dan sombras abigarradas y caprichosas.

Ya en los primeros momentos—y amplío en este sitio lo que dije más atrás sobre el papel de las vías linfáticas—resalta la importancia de éstas en los casos de infección por vía amigdalina. En efecto, hoy puede admitirse que en ciertas ocasiones el germen penetra por las amígdalas, ganglios enormes, como es sabido, de amplias y numerosas lagunas linfáticas. Desde las amígdalas los bacilos siguen el camino descendente, llegando hasta los ganglios del cuello, pues es sabido que los vasos de las amígdalas perforan la túnica muscular de la faringe al ni-



Dr. Valdés Lambea.

vel del asta inferior del ioides, comunican con los supraclaviculares, con las lagunas linfáticas de la pleura apicular, con los vasos linfáticos del pulmón y, finalmente, después de recorrer todas estas estaciones, con los ganglios traqueobronquiales. Sin sostener, como ha dicho Gerober, que el foco apicular sea de puerta de entrada amigdalina, puede admitirse que en algunos casos el bacilo, habiendo penetrado por las amígdalas, con o sin lesiones de estos órganos, hace enfermar a los ganglios del cuello, a los ganglios traqueobronquiales, a los pulmones y hasta puede ocurrir que sin lesiones aparentes en ninguno de estos lugares, la infección, de puerta de entrada amigdalina, determine tempranamente un episodio bacilémico, porque los bacilos lleguen al conducto torácico y luego a la circulación venosa, de tal manera, que las lesiones pulmonares u otras lesiones alejadas en cualquier aparato u órgano, pueden ser metástasis finales de una bacilemia tuberculosa primitiva, cuya puerta de entrada está en las tonsilas.

Si reflexionamos un poco sobre los modos de propagación sobre cómo se diseminan los procesos tu-

berculosos, repararemos en seguida que no se producen lesiones en todos los lugares del cuerpo por donde pasan los bacilos. Por ejemplo, los tuberculosos cavitarios con lesiones abiertas, ensucian casi constantemente las mucosas de las vías respiratorias con material infectante: la laringe, la tráquea, los bronquios; hacen lo mismo con la mucosa del intestino, y, sin embargo, proporcionalmente pocas veces encontramos lesiones de tuberculosis laríngea, de tuberculosis tráqueobronquial, de tuberculosis de las vías digestivas. Por otra parte—y esta observación se presta a reflexiones de más enjundia—las descargas bacilémicas menudean y se repiten durante la vida del enfermo, y, sin embargo, no son frecuentes los casos de tuberculosis miliar, los procesos tuberculosos diseminados y generalizados, el complejo de septicemia tuberculosa con metástasis múltiples. Tenemos que admitir necesariamente la existencia de una inmunidad local exaltada. Las células y los tejidos de los bronquios, del intestino, de las vías biliares, etc., tienen defensas abundantes y no se dejan atacar por el bacilo tuberculoso. Es también evidente que para que se constituya un episodio de diseminación tuberculosa previa la existencia del momento bacilémico, se necesita la intervención de condiciones inmunológicas adecuadas, de un estado especial de receptibilidad, en virtud del cual prende la semilla.

Poco después de publicarse las primeras investigaciones de Weiger sobre el hallazgo de las lesiones de los vasos, a estas lesiones y, por lo tanto, a la existencia de los episodios bacilémicos, a la entrada en circulación del material infectante, se daba la responsabilidad de la diseminación tuberculosa, y todo el mecanismo patogénico dependía del hallazgo del foco vascular y de la diseminación de los gérmenes. Pero años más tarde, Ribert habló de la predisposición, y sin negar la necesidad, naturalmente, de la bacilemia citada, admitió ciertas condiciones en el huésped, la necesidad de terreno adecuado para que prendiera la semilla. Las investigaciones de Martius, de Bauer, etc., sobre los factores constitucionales y dispositionales, y, finalmente, las aportaciones de Huesbschmann, nos permiten asegurar que la iniciación del proceso, su anatomía patológica, sus síntomas, sus modos evolutivos, dependen desde luego de los episodios bacilémicos; pero también, preponderantemente, del momento inmunológico, de factores de naturaleza genotípica, de circunstancias de índole alérgica, verdaderamente trascendente. Estas condiciones y estas circunstancias nos explican por qué en ciertos casos los episodios bacilémicos se quedan en esto precisamente, y por qué en otros evoluciona una tuberculosis miliar; por qué en determinadas circunstancias el proceso se generaliza a todo el organismo, y en otros casos las lesiones, las metástasis se concentran en los pulmones, órganos pares, o en un pulmón, o en una víscera, por ejemplo, en el bazo o en las meninges; tenemos que invocar aquí el *minus variante* de Martius, condiciones de inferioridad orgánica de un tejido, de un sistema o de un órgano.

Me he referido anteriormente a las lesiones apicales, al llamado *nódulo de Puhl*. Estas frías y rastreras lesiones han intervenido en los errores tradicionales sobre el mal llamado diagnóstico temprano

no de la tuberculosis, en la busca y en interpretación de los signos de alarma, de los síntomas auscultatorios de sospecha, cuya busca y cuyo detenido análisis ha hecho perder tanto tiempo a unas cuantas generaciones médicas y ha esterilizado tantos esfuerzos. En efecto, las investigaciones necrópsicas prolijas y amplias descubren con una gran frecuencia en los vértices de los tuberculosos viejos, en los vértices de los tísicos y en los vértices de sujetos *poco tuberculosos*, con poco extensas y poco invasoras, lesiones tuberculosas en otras partes, secuelas cicatriciales de procesos fímicos altos, pleuritis de los vértices, cicatrices radiadas, formaciones nodulares, conjuntivas, depósitos de caseum duro con reacción fibrosa energética, cavérnulas solitarias o múltiples, polimorfías, bloqueadas total o parcialmente. Por otra parte, haciendo muchas radiografías en condiciones semejantes a las que acabo ahora de citar, encontramos en la película el equivalente radiográfico de las lesiones a que me refiero. Estoy hablando en sentido general del llamado foco del vértice, lesión fría, a veces silenciosa, que está en ocasiones en latencia clínica completa sin dar lugar a síntoma alguno, o a una sintomatología imprecisa y tenue, de muy poco aparato, tos de vez en cuando, expectoración intermitente, quizá bacilar algunas veces, estado febricular borroso, en algunas ocasiones pequeñas hemoptisis. Este foco del vértice es, según las ideas actuales, una lesión solitaria hematógena, tardía, única lesión algunas veces de un episodio de diseminación en sujetos poco alérgicos, y por esta circunstancia el proceso evoluciona con síntomas poco perceptibles, con escasa sintomatología general, con poca sintomatología topográfica y sin apenas síntomas de auscultación. Aquellos señalados como expresivos de las primeras fases de la enfermedad son síntomas tardíos que no tienen importancia ninguna desde el punto de vista del diagnóstico precoz de la tuberculosis de los pulmones. Hoy casi que no se admite que esta citada lesión del vértice se produzca por mecanismo exógeno, ni tampoco se comparte por casi nadie la citada opinión de Gerober, según el cual el bacilo entraba por las amígdalas y seguía por la vía de la linfa el camino descendente. Trátase, lo repito, de una lesión solitaria y fría, hematógena, que en ocasiones está toda la vida sin producir síntomas de importancia, pero que en ciertos casos puede intervenir en la constitución de procesos tuberculosos extensos, gravísimos y hasta mortales.

En efecto, en ciertos casos por la intervención de factores de índole exógena, una infección cualquiera, un proceso agudo del aparato respiratorio, y por motivos que se nos escapan, en los alrededores de la lesión apical se constituye un proceso de flegmasia, un complejo de infección perifocal, intensificándose la circulación y reblandeciéndose, por decirlo así, la zona de defensa y de bloqueo, de tal manera, que los elementos infectantes contenidos en la lesión apical ganan el camino de la linfa, y alrededor de la lesión del vértice evolucionan, análogamente a como sucedía alrededor del nódulo de Gohn, del chancro de inoculación, de la primera lesión tuberculosa, centenares de tuberculillos que en un momento inmunológico desfavorable del sujeto evolucionan de mala manera, se caseifican, se reblandecen, extendiéndose el proceso por continuidad del tejido, y en

otros casos el material infectante gana el bronquio apicular y va de arriba a abajo, diseminándose así el proceso tuberculoso, algunas veces de tal manera, que se constituye una bronconeumonía aspirativa, y a veces el material caseificado gana el lado opuesto traspasando el espolón traqueal durante el esfuerzo de la tos.

Pero yo debo decir en este sitio que tuberculosis bronquial, diseminación por vía bronquial, no quiere decir en todos los casos que el proceso tenga lugar en el interior de los bronquios, pues en ciertos casos las lesiones se constituyen en los vasos linfáticos de los tubos aéreos, habiendo seguido los bacilos el camino de la linfa y el tubérculo, en el espesor de la pared bronquial, sigue su proceder evolutivo, se caseifica, se rompe, cayendo por fin el material infectante dentro de los bronquios y diseminándose la lesión a partir de este momento como si los bacilos hubieran llegado a los tubos bronquiales a partir de una caverna abierta.

Todos estos posibles modos de propagación y de diseminación de las lesiones tuberculosas tienen lugar en los enfermos y especialmente en los tuberculosos avanzados, en los tísicos, en los sujetos anémicos permanentemente por la misma evolución de la enfermedad o circunstancialmente por la intervención de un episodio anergizante, el hambre, las miserias de toda índole, un sarampión tardío, una esclerosis renal, el alcoholismo, la diabetes, etc. A estas alturas adquiere especial relieve en los tuberculosos pulmonares con grandes lesiones destructivas la diseminación por vía bronquial, constituyéndose rápidamente complejos extensos de bronconeumonía generalizada, y de esta manera diseminándose rápidamente las lesiones. Si el sujeto está en bancarrota defensiva, esta manera de diseminación da lugar al modo de muerte, y el tísico acaba con una bronconeumonía final sin campo respiratorio disponible. En otros casos cualquier episodio bacilémico de última hora se hace eficiente y se constituye con rapidez una tuberculosis miliar, una *granulía del tercer estadio*, las granulias anergizantes de los tísicos, evolucionando lesiones en casi todos los lugares del cuerpo o sobresaliendo las meningeas, y así muere el enfermo de una meningitis.

Para terminar, repetiremos que la tuberculosis es una enfermedad del sistema linfático, que la primera lesión se constituye en un vaso linfático precisamente, que las citadas vías linfáticas demuestran en seguida su importancia en la diseminación de las lesiones, y que esta importancia se sostiene durante toda la evolución de los procesos tuberculosos.

El jubileo de D'Arsonval

POR

JEAN LABADIE

Es sabido que se ha celebrado con gran pompa en París el jubileo del sabio D'Arsonval; entre los artículos que, con este motivo se le han dedicado, creemos interesará a nuestros lectores el siguiente, debido a la pluma de Jean Lavadie, que traducimos de *L'Illustration*.

El descubrimiento capital de D'Arsonval asombraría

al más atrevido de los anticipadores, si no estuviera ya fijada en la gloria del pasado. El señor D'Arsonval ha defendido que la "máquina viviente" es una máquina eléctrica, de la cual se puede mejorar o reparar el funcionamiento por la intervención de corrientes apropiadas, y por un lujo de demostración verdaderamente desconcertante, ha hecho de esta máquina una síntesis elemental al fabricar el "músculo artificial".

La importancia de este descubrimiento biológico sólo tiene analogía con la de la radioactividad en el orden de la materia. De la misma manera que las teorías eléctricas de la materia tienen consecuencias prácticas incalculables, de las cuales, acaso las más insignificantes están ya conseguidas por la técnica, el descubrimiento de D'Arsonval ha influido ya profundamente la terapéutica humana, revolucionando los conceptos de los fisiólogos mucho más de lo que podían prever. Tal es el verdadero alcance de la obra del anciano sabio, de la cual el gran público, muy alejado de las memorias originales, no conoce más que alguno de sus aparatos que, por casualidad, encuentra en casa de su médico cuando éste practica la "d'arsonvalización".

Es como si se juzgara a Curie por la aplicación médica del radio.

UN ESPÍRITU DE DIFÍCIL CLASIFICACIÓN EN EL MUNDO CIENTÍFICO

Con todos sus honores, títulos y años de enseñanza en el Colegio de Francia, en la cátedra de su maestro Claudio Bernard, el señor D'Arsonval protestaría si le presentásemos como un sabio desconocido. Su magnífico laboratorio de Nogent, aunque edificado por suscripción nacional (y tal vez por eso mismo), se halla un poco al margen de la ciencia oficial. Su situación lejana en las lindes del bosque de Vincennes es simbólica.

Era difícil "colocar" a D'Arsonval.

Los físicos desconocían un poco de este médico; este fisiólogo del grupo de Claudio Bernard, que montaba, sin recurrir a las matemáticas, aparatos eléctricos que después ellos, los físicos, tenían que utilizar, como ese galvanómetro de circuito oscilante, el único que durante largo tiempo fue capaz de medir las corrientes de gran frecuencia. Y los médicos, por otra parte, despreciaban de aquel colega que se había preparado para estudiar en la Escuela Politécnica, donde hubiera ingresado si no es por la guerra de 1870, que suspendió el examen.

—¡Vamos, mi querido D'Arsonval, no va usted a publicar eso aquí! ¿A qué colega haría usted creer que corrientes de 800 voltios y de 3 amperios puedan atravesar el cuerpo humano, sin tumbarlo? Seguramente ha cometido usted en su experimento algún error colossal.

Era el secretario perpetuo de la Academia de Medicina de París que sermonaba así: en 1892, al doctor D'Arsonval, recientemente elegido, y venido para someter su primera comunicación sobre las corrientes de alta frecuencia aplicadas al organismo.

—¡Pero estos experimentos han sido hechos sobre Cornil y Marey en personas, que no han muerto y pueden testificarlos!

—¿Cornil, el célebre físico? ¿Marey, aquel otro solitario, también profesor en el Colegio de Francia y ya hombre de los bosques, éste al lado de Boulogne, también sospechoso?

El secretario perpetuo no se dejó convencer, y el señor D'Arsonval tuvo que acudir al derecho que tiene todo académico de publicar lo que quiera.

—Sea, pero no vuelva usted.

—¡Seguramente!—contestó el señor D'Arsonval, cuyas comunicaciones científicas se repartieron desde entonces a los cuatro vientos de la ciencia.

La Academia de Ciencias posee seguramente la más hermosa colección; pero los lotes de la Sociedad de Biología y de la Sociedad de Electricistas no son despreciables. Este equilibrio entonado entre el departamento de la vida y el de la física, caracterizan toda la obra del señor D'Arsonval, quien introduce la electricidad en biología, pero también el testallador rotatorio en telegrafía sin hilos, y por adición, el resonador que su amigo el Dr. Oudin estableció para sus experimentos y del cual no puede prescindir ningún puesto de emisión de chispas.

EL NACIMIENTO DE LA ELECTROFISIOLOGÍA

En las proximidades de 1875, los sabios de más renombre no se preocupaban de medir el rayo del universo, apoyaban sus investigaciones mucho más sobre los experimentos que sobre el cálculo.

—Era la época—me decía D'Arsonval—en que pidiendo un día al gran electricista Pottier pusiera en ecuación algunos de mis resultados experimentales, el famoso teórico me respondió:

—No tengo tiempo en este momento. Veremos más tarde. Pero continúe sus experimentos; así se adaptarán mejor a mis futuros cálculos.

En esa época, Gabriel Lippmann descubría un fenómeno inesperado: la *electrocapilaridad*.

Extraordinariamente sencillo; consiste en lo siguiente: Una gota líquida de mercurio, por ejemplo, sufre la modificación de su tensión superficial cuando se electriza. La gota de mercurio es análoga a una pelota de caucho llena de líquido. De la tensión superficial de la membrana depende la depresión mayor o menor de la gota; una membrana muy tensa da una esférula casi redonda; una membrana relajada la obliga a aplanarse. Ahora bien: se halla que el grado de electrización de tal gota tiene precisamente por efecto tenderla o distenderla en el sentido de la corriente, o perpendicularmente a ella, según sus "alternativas". Gabriel Lippmann ha establecido sobre este principio un motor *electrocapilar*, en el cual una corriente intermitente aplicada a la tensión superficial de un baño de mercurio, hace mover una biela unida a un volante. El señor D'Arsonval le utilizó para hacer un músculo artificial.

En un tubo de caucho que tabica en el sentido vertical en un gran número de células por nudos de rosál cuidadosamente ligados por fuera del tubo, hace alternar gotas de mercurio y gotas de agua acidulada. Gracias a la porosidad de los tabiques horizontales de rosál el conjunto forma un conductor eléctrico. Apliquemos una corriente a ese conductor. En seguida se produce el efecto electro capilar: las gotas mercuriales se distienden y su presión lateral, a su vez, distiende el tubo de caucho en sentido transversal. Así, pues, el tubo entero se contrae a la manera de una fibra muscular, de una fibra estriada. Aquí las estrias se hallan constituidas por la alteración del agua y del mercurio, pero importa poco; las materias orgánicas que utiliza la Naturaleza para sus tejidos obedecen también a las leyes físicas de la *electrocapilaridad*.

Bajo el microscopio, las deformaciones de los discos claros y de los discos oscuros de las fibras musculares estriadas corresponden perfectamente bajo la excitación eléctrica a la teoría fisiológica que D'Arsonval ha deducido del descubrimiento de Lippmann. Con materiales diferentes, pero sin falsa analogía, el señor D'Arsonval creó aquel día un verdadero músculo artificial que reacciona a la electricidad como la pata de la rana bajo la descarga galvánica.

Con la pata de la rana nos encontramos en los días felices de los "gabinetes de física" del siglo XVIII, que maravillaban a Daniel Berthelot, porque le bastaban a

Priestley un canario y una planta verde, aprisionados bajo la misma campana de cristal, para que los fisiólogos, al mismo tiempo que los químicos, descubrieran nuevos horizontes: la oxidación respiratoria y la regeneración de la atmósfera por la acción de la clorofila.

Parecía llegado el momento en que la fisiología marchara inmediatamente después de la física y de la química, sus hijas pródigas. Sólo era preciso encontrar fisiólogos-físicos y físicos-fisiólogos; ya los hay, hasta Marey, que quiere penetrar todos los mecanismos de la vida: el del vuelo, como el secreto del torpedo eléctrico. Gabriel Lippmann conserva, también para este objeto, en un estanque del Colegio de Francia, un gymnoto de dos metros de largo. Los órganos eléctricos del torpedo acaban de ser disecados por Ranvier. A cada lado del cuerpo, el órgano eléctrico se compone de unos 500 prismas exagonales, en contacto unos con otros, divididos cada uno en 2.000 células por medio de tabiques membranosos. Cada célula o casilla contiene dos substancias distintas: una, granulosa, grisácea, que ocupa la parte inferior del prisma, correspondiente al vientre del pescado, y una substancia hialina, que constituye la mitad superior de la casilla, correspondiente al dorso del animal.

Cuando el torpedo lanza su descarga—el señor D'Arsonval lo estudió en el laboratorio marino de Concarneau—, la substancia gris del vientre del pescado se electriza positivamente, y la substancia hialina dorsal, negativamente. De esta diferencia de potencial, que puede llegar a los 17 voltios con una intensidad de siete amperios, el animal usa, como se sabe, para electrocutar o paralizar a su adversario. El señor D'Arsonval la deriva sobre un circuito eléctrico, en el cual muchos filamentos se ponen al blanco resplandeciente.

La explicación es evidente. El torpido fabrica su electricidad, actuando sobre elementos capilares de sus órganos eléctricos. Estos no son, finalmente, más que músculos deformados de función eléctrica hipertrofiada.

Pero en nuestros días, y aun en 1880, ya había un arsenal eléctrico mucho más refinado que el de Galvani. El señor D'Arsonval, particularmente, posee sus "electrodos impolarizables", que le permiten tomar la tensión eléctrica en la profundidad de los tejidos, y su galvanómetro, que registra las oscilaciones eléctricas más rápidas. Gracias a este instrumental, inventado en todas sus partes por él mismo, puede estudiar las reacciones eléctricas de los músculos reales y determinar sus leyes. Estos trabajos son el fundamento de la electrofisiología. Prescindamos de detalles y continuemos encadenando temas, porque en la obra de D'Arsonval todo se encadena.

He aquí otro experimento decisivo: un músculo crural de una rana está tenso, unido a una membrana acústica. Se excita hablando sobre un micrófono, en el circuito del cual se halla intercalado el nervio del músculo. La membrana receptora empieza a hablar; es, por lo tanto, debido a que el músculo reacciona a las corrientes alternas de frecuencia musical. Oscila eléctricamente, sin que, por otro lado, se pueda apreciar el menor temblor; después de una ligera contracción de "puesta en estado", y esto hasta llegar a la frecuencia de 5.000 períodos por segundo, que representan el orden de sonidos más agudos que puede dar la voz humana. Notemos, de paso, que ése fué el primer detector de T. S. H.

D'Arsonval supone ya que aumentando todavía la frecuencia de las corrientes se deben obtener sobre los tejidos efectos fisiológicos absolutamente inéditos. Pero para ello serían necesarias corrientes de más alta frecuencia. Nos hallamos en 1882. Estas corrientes llega él a hacerlas de una frecuencia hasta de 10.000 períodos por segundo. No es todavía bastante. Las corrientes de más alta frecuencia no llegarán realmente hasta el

1887, con los circuitos oscilantes de Heinrich Hertz.

Mientras tanto, y por deducciones científicas que ahorramos al lector, resulta de los experimentos hechos que el músculo y, por consecuencia, el cuerpo vivo entero *no son motores térmicos*, como se admitía corrientemente entonces, cuyo combustible serían los alimentos. Afirmar esto era desconocer el principio de Carnot, que quiere que toda máquina térmica proceda, por caída de temperatura, de un manantial caliente a otro frío. Pero los cuerpos vivos funcionan a temperatura constante. Esta temperatura no es, pues, en modo alguno el producto de una combustión, como lo quería la concepción primitiva de los fisiólogos de la época—y de algunos contemporáneos—, poco preocupados de los teoremas más exactos de la física. ¿De dónde proviene, pues, el calor animal?

El señor D'Arsonval responde: no es más que el residuo de la frotación—el “efecto Joule”, como dicen los físicos, debido a la resistencia que ofrecen los tejidos—, las corrientes eléctricas internas, cerradas sobre ellas mismas, y cuyo flujo permanente constituye la verdadera física de la *vida en reposo* y cuyo flujo brusco accidental constituye el acto muscular, esencialmente provocador de calor, según todos hemos comprobado. Estas corrientes están mantenidas por la descomposición de la materia alimenticia en el curso de su largo viaje a través de los tejidos—de su metabolismo—, como se dice hoy.

Esta maravillosa intuición, apoyada en pruebas experimentales, lleva inmediatamente su autor al estudio sistemático del calor animal en función de la nutrición en las cámaras calorimétricas, y ahí comienza toda la ciencia biotécnica que los Atwater y los Benedict, en América, y los Lefevre, en Francia, llevarán a su actual perfección.

Por una curiosa ocusión del círculo de sus investigaciones, se ve que hoy el metabolismo del cuerpo humano ha sido unido a la función endocrina de la glándula tiroides. Así, a través de D'Arsonval y sus discípulos se encuentra glorificado Brown-Sequard, su camarada en el laboratorio de Claudio Bernard, el descubridor de las secreciones internas.

Por esos encadenamientos fecundos hasta el infinito—y no por otra cosa—se demuestra la grandeza de una obra científica, de una “ciencia madre”. Desde 1887, la de D'Arsonval merece este título.

Pero muy afortunadamente—asistimos a un jubileo de D'Arsonval en 1933—, queda, por tanto, bastante por decir desde 1887 hasta nuestros días.

DESARROLLO INDEFINIDO DE LA D'ARSONVALIZACIÓN

El circuito oscilante de Heinrich Hertz funcionaba solamente desde ocho días antes y era todavía ignorado de los físicos franceses y ya D'Arsonval tomaba disposiciones para aplicarlo a los organismos vivos. Tenía en su poder, por último, lo que puede llamarse la alta frecuencia a mil millones de períodos por segundo.

Pero el circuito oscilante de Hertz no llevaba gran energía eléctrica (lo que hacía pensar a Hertz que sus ondas jamás pasarían el kilómetro). Sólo gracias al dispositivo de Tesla—aparecido en 1891—, D'Arsonval dispuso simultáneamente de altas frecuencias y grandes intensidades, lo que le permitirá crear la electroterapia.

No pensemos, sin embargo, que D'Arsonval aceptó el dispositivo emisor de Tesla sin modificarle. Sería peligroso aplicarlo íntegro al organismo. Le agregó el “estallador giratorio”, y su amigo, el Dr. Oudin, lo completó con el famoso “resonador”, cuyo conjunto permitirá equipar los primeros puestos de telegrafía sin hilos, verdaderamente poderosos. Pero es ésta otra historia que no interesa a los fisiólogos.

Y he aquí que nace la “d'arsonvalización”.

Sigamos haciendo la cadena, pero estrechemos los eslabones, porque un artículo de periódico es corto siempre para tan grande obra.

La d'arsonvalización—expresión forjada en Viena en 1899 por el profesor Benedikt, avalorada en Burdeos por Bergonié y hoy clásica—consiste en aplicar al organismo corrientes eléctricas de tal intensidad, que sobrepasa mil veces la necesaria para electrocutar un hombre, si no fueran corrientes alternas. Este efecto puede obtenerse de tres maneras distintas, las tres creadas por el señor D'Arsonval.

1.^a Se puede colocar el sujeto en un amplio solenoide sometido a las corrientes de alta frecuencia. Se engendran en el cuerpo del sujeto corrientes inducidas que elevan su temperatura. La inducción así obtenida puede lograr cifras formidables. Nada hay que cambiar en ese dispositivo para crear los hornos metálicos “de inducción”.

2.^a Se hace coger al sujeto dos electrodos unidos a las bornas de una corriente alterna de alta frecuencia. La aplicación se hace entonces por autoinducción. Si hay muchos sujetos que quieran nacer la cadena entre estos electrodos y se intercalan entre ellos lámparas eléctricas, las ampollas llegan al blanco deslumbrador sin que nadie sufra la menor molestia. Eso es lo que no podía “meterse” el secretario perpetuo de la Academia de Medicina de París.

3.^a El sujeto se coloca entre las dos armaduras de un condensador sometido a las alternativas de la corriente de alta frecuencia. Este sistema, inaugurado por el señor D'Arsonval al mismo tiempo que los precedentes, fué despreciado durante largo tiempo; pero acababa de reaparecer—de vuelta de América—con el nombre de “aparato de ondas cortas”. Los primeros condensadores de D'Arsonval de gran capacidad no producían, en efecto, más que ondas largas (y el mismo sujeto servía de armadura al condensador). Fué necesario que llegara después la lámpara Triodo para obtener en esta técnica las altas frecuencias actuales de grandes intensidades.

Porque, y es natural, la d'arsonvalización se ha incorporado todos los perfeccionamientos que la técnica hertziana llevó después a las corrientes generadoras de sus ondas. Pero esto no añade una tilde al sentido fisiológico (ni aún al electrotécnico) del método D'Arsonval.

¿Resultado de este método? Hace falta no haber tenido nunca reumatismo ni neuritis para ponerlos en duda. Más científicamente, el gran hecho adquirido es éste: la aplicación de las corrientes de alta frecuencia acelera las combustiones del organismo. (La exposición teórica precedente nos ha preparado para esta comprobación.) La vida interna de los tejidos parece renovada por completo por la d'arsonvalización. Y es natural; un sencillo baño de sol constituye una d'arsonvalización primitiva. Los tejidos que reciben las ondas luminosas, reciben por eso mismo corrientes alternativas de la misma frecuencia que aquellas ondas, que es inmensamente elevada. Y el señor D'Arsonval ha comprobado que la luz, que tiene por efecto muy conocido excitar el músculo iris del ojo, excita igualmente cualquier músculo puestro al descubierto.

La “d'arsonvalización” activa la circulación sanguínea por una vasoconstrucción, que el señor D'Arsonval ha reproducido en su laboratorio con el nombre de “paradoja hidrodinámica”. (No podía esperarse, en efecto, que un tubo elástico retraído aumentara su rendimiento. Atenúa la acción tóxica microbiana. Su último triunfo ha sido luchar contra el spirocheta por la fiebre artificial de las ondas cortas, de la misma manera que la malaria, cuya inoculación está preconizada desde hace

tiempo contra el terrible germen cuando ha llegado al líquido raquídeo.

Pero la clínica de las corrientes de alta frecuencia, inaugurada por el señor D'Arsonval el 20 de mayo de 1893 en el hotel Dieu, de París, no es ya de D'Arsonval. No es culpa suya si según la trase profunda del radiólogo desgraciado la alta frecuencia ha sido orquestrada demasiado pronto a una ciencia fisiológica demasiado joven".

Es la inversa del desencantamiento de Musset. Llegar demasiado pronto a un medio demasiado joven, ¡qué porvenir!

Sólo más tarde se comprenderá que el señor D'Arsonval, al fundar la electrofisiología, ha renovado toda la ciencia de la vida física. La ha creado en su forma exacta, como Amperio abrió por el electromagnetismo la vía a toda la física moderna de la materia. ¿La hipótesis emitida por el señor D'Arsonval de los circuitos eléctricos cerrados en el interior del organismo, no evoca la del físico genial adivinando los "circuitos electrónicos", cuya existencia es ya evidente en el interior de cada átomo?

Se puede, pues, esperar todo de la aplicación de las altas frecuencias—comprendiendo las ondas de todas las longitudes—al organismo humano. No se debe rechazar nada "a priori", porque todavía no se sabe nada. Por eso se debe señalar el interés que presenta (guardando toda clase de reservas sobre las teorías con que cree deber explicarla) un cuarto método de aplicación de la electricidad a la Terapéutica, imaginado por el señor Georges Lakhowski. Este aplica al organismo ondas hertzianas múltiples bajo la forma de un campo intenso, exactamente análogo a la emisión de una estación de T. S. H. colocada cerca.

Cuando el señor D'Arsonval dijo que la electricidad mataba con mucha dificultad a un hombre; que un electrocutado, un fulminado por el rayo debían ser considerados como sencillamente asfixiados; que el corazón no se hallaba verdaderamente muerto si la corriente no había persistido bastante tiempo para coagular la fibrina de este músculo (por efecto térmico) o para electrolizar irremediablemente los líquidos de los tejidos y que la electrocución adoptada por el país de Franklin para las ejecuciones capitales es mucho menos segura que la autopsia consecutiva practicada por los médicos legistas; pocos fueron los que creyeron estas verdades.

Fueron unos ingenieros, los primeros que, después de leer las publicaciones de D'Arsonval, llegaron a reanimar, después de dos horas de respiración artificial, un obrero electrocutado en Saint Denis por una corriente de 4.500 voltios y un amperio. Hubiera sido preferible para la historia de las ciencias que estos ingenieros hubieran sido adelantados en su fe por fisiólogos.

(*Illustration*. Núm. de 20 de mayo de 1933.)

SESIONES CLINICAS

Hospital de San Lázaro
(GRANADA)

Clínica médica del Dr. Fidel Fernández

Sesión científica del día 22 de abril de 1933.

COMENTARIOS A UN CASO DE TUBERCULOSIS PULMONAR

Dr. Blasco Reta: Correspondiendo muy agradecido a la amable invitación del *Dr. Fidel Fernández*, voy a molestaros brevemente presentándoos un caso de tuberculosis pulmonar que ofrece algunas particularidades de interés.

Se trata de una niña de dieciséis años, que ingresó en mi Servicio antituberculoso el 23 de febrero próximo pasado. Ofrece como antecedente familiar que su padre murió tuberculoso. Tuvo, a los diez años, un catarro bronquial febril, que duró un mes. Luego, a los trece años, otro mucho más largo, con tos y dolores en el costado izquierdo. Desde entonces está delicada y anémica. No tiene aún sus reglas, y apenas si se han esbozado los signos de pubertad.

El 6 de febrero pasado tuvo una hemoptisis de mediana intensidad, que repitió los días 19 y 20 del mismo mes.

Ingresó en la clínica con dolor de costado y espalda, del lado izquierdo, y expectoración abundante. Peso, 30'400 gramos. Bacilos de Koch muy abundantes en los esputos, cortos, largos y granulados. Sedimentación: Westgreen: 31 m. m. a los sesenta minutos. Fórmula de Schilling: 0'3-1, 0, 0, 73-12-10. Tensión arterial máxima, nueve, y mínima, seis. Pulso de 100 a 110. Fiebre continua, remitente, de 37° 3' a 38°, con ligeras remisiones. A días, hay exacerbaciones. Tipo asténico. Signos de caverna en fosa de *Morruhen*, izquierda, y estertores subcrepitantes pequeños en el resto del mismo pulmón. En el derecho, y lóbulo superior, inspiración ruda, expiración soplada y, al final de la inspiración, estertores crepitantes consonantes.

La radiografía dorsoventral descubre en el vértice del izquierdo una caverna gigante apical, esclerosada, con siembra brocógena. En la parte interna del primer espacio hay un nódulo calcificado del tamaño de un cañamón, y más hacia adentro otros dos más pequeños del tamaño de perdigones del seis y del cuatro. En el segundo espacio, otros dos nódulos del tamaño de un guisante. Tráquea desviada a la derecha. Híleo bien manifiesto en ambos lados. En el campo medio una caverna del tamaño de una peseta con siembra broncógena, y en el vértice un tubérculo de *Phyll* bien calcificado, del tamaño de un cañamón pequeño, de bordes irregulares.

Yo me figuro la evolución tisiogénica interpretando las sombras grandes calcificadas del izquierdo, sobre todo las tres que os he enseñado en la radiografía del tamaño de un cañamón, como producto de su afecto primario, y las otras más pequeñas, incluso las del izquierdo, como producto de la diseminación hematógena, lo mismo que los puntos más pequeños, del tamaño de perdigones del diez, que se observan claramente en la base del derecho.

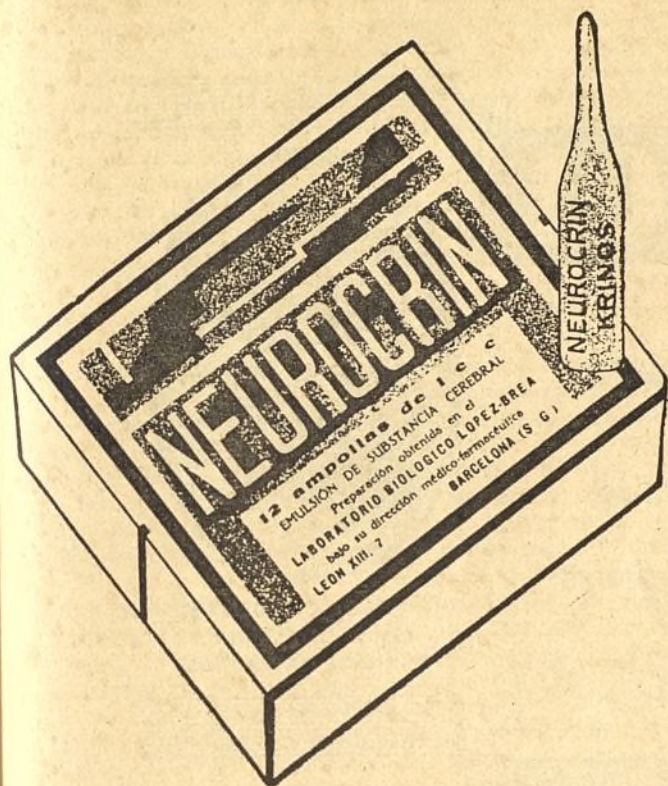
Encontrándose algunas de las manchas calcificadas en las proximidades de la gran caverna, advertí a la enferma que tuviera cuidado por si en la expectoración salía alguna piedrecita, y, en efecto, a los pocos días pudo recoger este pequeño cálculo que os enseño, de forma irregular y tamaño de un perdigón.

Una radiografía hecha al día siguiente de esta expulsión demuestra que las manchas calcáreas, correspondientes al primer espacio intercostal izquierdo, se han modificado, desapareciendo una de ellas, lo que demuestra que estaba producida por este cálculo expulsado.

La parte activa de la pared de la caverna, en su marcha progresiva, ha llegado a la liberación de este nódulo calcificado, habiendo tenido la fortuna de poderlo recoger. No hemos logrado, en cambio, hallar el otro, que también ha desaparecido de la radiografía y que se perdió entre los esputos.

Sobre este caso clínico os podría hacer muchas consideraciones: desarrollo del estado tísico, infiltraciones, formación de cavernas, su desarrollo, siembras hematógenas y broncógenas, etc., etc., pero sería ofender vuestra cultura.

Mi caso no es extraordinario, y se han publicado varios análogos, hasta el extremo de haberse hablado de



Terapéutica Biológica de las Jaquecas

Neurocrin Krynol

(Emulsión aséptica de sustancia cerebral)

INDICACIONES

- Antineurálgicas (jaquecas)**
- Anticonvulsivas (síndromes epilépticos)**
- Antigénicas (distonias vegetativas)**

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

Agotamiento nervioso, Psicosis depresivas, Surmenage, Desnutrición y Raquitismo

ADMINISTRACION Y DOSIS

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

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

MUESTRAS PARA EXPERIMENTACIÓN CLÍNICA
LEON XIII, 7
Laboratorio Biológico LÓPEZ-BREA

TERAPEUTICA DE LAS ALTERACIONES MENSTRUALES

OVARIOTONO

COMPOSICIÓN { Sustancia ovárica, 0.10; Sustancia tiroidea, 0.03; Viburnum prunif. extr., 0.06; Piscidia erythrina extr., 0.06; Hyoscyamus niger extr., 0.01.

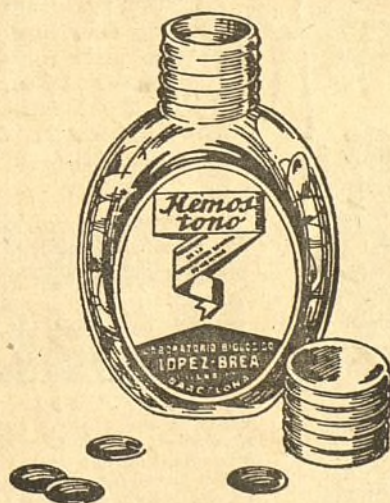


Amenorrea, Oligomenorrea, Pubertad retrasada, Trastornos de la Menopausia, Reglas dolorosas, Psicosis sexuales

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

HEMOSTONO

COMPOSICIÓN { Sustancia mamaria, 0.10; Sustancia placentaria, 0.05; Secale cornutum extr., 0.06; Hamamelis virg. extr., 0.04; Hidrastis canad. extr., 0.02.



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

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

Remedio fisiomédico

NORMACOL

para el tratamiento racional de la constipación crónica.

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

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



ENVASE ORIGINAL:
Cajas con 150 grs.
gránulos grageados.

PRODUCTOS QUIMICOS SCHERING S.A.

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



¡CONTRA EL DOLOR!

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

ACONSEJAD

CEREBRINO MANDRI

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



Preparado con especialidad farmacéutica por el
Médico y Químico D. Manuel Francisco Mandri
en su Laboratorio, Valencia, 1930

LABORATORIOS CAMPOS FILLOL VALENCIA

LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal

Simblosis de fermentos lácticos y búlgaros en medio vegetal y al máximo de vitalidad

Frasco de 250 gramos, 3,65 pesetas en toda España

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día

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

LACTOBULGARINA

litiasis bronquial, relacionándola con estados de la nutrición y, sobre todo, con la gota y la oxalemia. En la expectoración, además de los cristales de *Charcot Leyden*, hay cristales de leucina y tirosina, de fosfato amónico magnésico y de oxalatos, en posible relación con las crisis de oxalemia y con los accesos asmatiformes; pero es indudable que el hallazgo de cálculos, como el que os he descrito, tienen relación con la tuberculosis.

Las lesiones tuberculosas calcificadas pueden salir con la expectoración cuando existe un proceso activo y progresivo que hace crecer las cavernas, llevándolas al tamaño de las llamadas gigantes, que al llegar al sitio donde se encuentran las partículas calcificadas las hacen salir con la expectoración.

Es también interesante en este caso el hallazgo de tres manchas del tamaño de un cañamón, que indudablemente han de interpretarse como la primera manifestación de la infección. Generalmente es uno el chancho de *Gong* calcificado, y en este caso hay varios.

Esta primera infección, como todas las manifestaciones propias del complejo primario, curó, y el estado catarroso que hubo a los diez años sería tal vez producto de la diseminación hematógena, la cual también curó. A los trece años hubo un infiltrado subclávido derecho, quedando en fase de intervalo y provocando, después, las manifestaciones correspondientes a siembras broncogénas, con infiltrado en parte media del pulmón derecho caseificado, que ha dado lugar a la formación de una caverna del tamaño de una peseta, y que por su topografía central no da signos clínicos (caverna muda), pero que se descubre fácilmente a la exploración radiológica.

En suma: que la particularidad más saliente en este caso es la observación del cálculo expulsado.

HALLAZGO DEL "CHILOMASTIX GRANATENSIS", NUEVO PROTOZOO PARÁSITO DEL INTESTINO HUMANO

Prof. Rodríguez López Neyra: Para corresponder a la amable invitación del *Dr. Fidel Fernández*, voy a molestaros durante unos minutos hablándoos de una nueva especie parasitaria que he tenido la fortuna de señalar, por vez primera, en colaboración con el doctor *Suárez Peregrín*, y a la que nos hemos permitido llamar *granatensis*, en homenaje a esta querida comarca granadina en que ha tenido lugar el hallazgo.

No son de ahora nuestros estudios de parasitología. Hace más de veinte años que venimos dedicándoles atención preferentísima, que absorbe todas nuestras actividades. Aislados al principio, hemos tenido la fortuna de despertar la afición a estos trabajos, y hoy contamos con la colaboración valiosísima de una porción de queridos compañeros, que en el aspecto naturalista y en el clínico nos ayudan con eficacia. Merecen especial cita, además de los ya nombrados, *Suárez Peregrín* y *Fidel Fernández*, los doctores *Torres López*, *Grisolia*, *Guevara*, *Gómez Moreno*, *Guardiola* y muchos más.

A una primera época, ya muy lejana, corresponden los trabajos de *Fidel Fernández*, que señaló en España la disentería por *endamoeba histolytica*, y estudió un caso de *Chilomastix*, al que no se dió importancia, por no ser entonces considerado como patógeno este parásito. Hizo también el estudio de la *endamoeba coli*, comparándola con la disintérica.

Poco después ampliamos el campo de nuestros trabajos, y orientándolos de una manera especialísima hacia la fauna intestinal humana, empezamos a estudiar con tesón los helmintos y los protozoos que se encuentran en el tubo digestivo de sanos y de enfermos, habiendo tenido numerosos hallazgos de especies nuevas en España, como son el *pseudolimax wenyoni*, *endamoeba hartmanni*, *endolimax nana*, *enteromonas hominis*, *tricercomonas intestinalis* y *cnadomonas hominis*.

Pero tropezábamos, por lo que a protozoos se refiere, con una dificultad técnica que disminuía mucho el rendimiento de nuestra labor. Me refiero al procedimiento para teñir parásitos, que había de hacerse con hematoxilina férrica, método larguísimo, que requiere dos o tres días de trabajo para cada caso, y no da siempre resultados aceptables.

La colaboración del *Dr. Suárez Peregrín* me fué preciosa a este respecto, porque gracias al método de coloración que él ha descubierto, y que dentro de un momento tendrá la bondad de exponernos, hemos podido lograr preparaciones microscópicas irreprochables y perfectas, en las que se hace con absoluta seguridad el estudio morfológico de las especies parasitarias.

Este método consiste, esencialmente, en la tinción de frotos con un mecanismo ingenioso, tratándolos por el colorante Giemsa, habiendo sido modificado por mí con la diferenciación rápida por agua-acetona, según el proceder de *Schuberg*, lo que rinde preparaciones perfectas, que si las heces son ácidas aún no se logra sino aplicando otra nueva modificación mía, que es la neutralización por inmersión del frote en agua, conteniendo en disolución una mínima cantidad de bicarbonato sódico, para contrarrestar la acidez que altera e inutiliza el delicado colorante Giemsa.

Con estas facilidades ha podido rendir abundantes frutos nuestra labor investigadora, aislando en las heces fecales de sanos y enfermos una porción de parásitos, siendo así que hasta ahora apenas si se hablaba de disentería amebiana, algún caso de trichomonas, alguno de lamblia (hoy giardia) y de unos huevos de helmintos.

Una de las especies que desde un primer momento llamó nuestra atención fué la del *Chilomastix*, llamado sucesivamente *cercomonas*, *macrostoma* y *tetramitus*, hasta que los estudios de *Wenyon* lo dan a conocer exactamente estudiado como *chilomastix mesnili*.

El *Dr. Suárez Peregrín*, que tenía la bondad de remitirme para su estudio las preparaciones con contenido dudoso que practicaba en su laboratorio del Instituto de Higiene, me envió un día una, cariñosamente dedicada, en que aparecían bellamente teñidos por su método unos ejemplares de *chilomastix*, procedentes de un diarreico. Díme a estudiar el caso, y con gran sorpresa empecé a notar diferencias fundamentales entre los caracteres del parásito que examinaba y los que se señalan para el *chilomastix mesnili*. Esto me llevó a intensificar el estudio de la preparación, y después de laboriosas mediciones y de un estudio naturalista muy prolijo, aquilatamos las diferencias acusadas entre la especie en cuestión y la clásicamente conocida, y la llamamos *chilomastix granatensis*.

No es este el momento oportuno para haceros una descripción detallada del nuevo agente parasitario y de sus caracteres diferenciales. En un trabajo que publicará la *Junta para investigaciones sanitarias*, y en el *Boletín de la Sociedad Española de Historia Natural*, tratamos esta cuestión con la debida extensión. Pero para que podáis haceros cargo de las diferencias que separan ambos parásitos, aquí os presento unas láminas tomadas directamente del microscopio, y unas preparaciones en que aparecen claramente distintas ambas especies, cuyas diferencias fundamentales con la especie de *Wenyon* son la mayor corpulencia, el núcleo más grueso y mucho más cromático, el citostomo menos espiroide, pero con labios mayores, y protoplasma más vacuolado, con más inclusiones bacterianas, indicando su mayor voracidad. Los estados quísticos son así mismo mayores.

He podido seguir paso a paso el ciclo evolutivo del *chilomastix granatensis*, así como completar el de *Ch. mesnili*, estando de acuerdo nuestros trabajos con los de *Brelar*, al menos en sus líneas generales.

Y os diré, en fin, que no hay "formas chicas esféricas" y "formas grandes" de *chilomastix*, como se dice en los libros de parasitología, correspondiendo los primeros a otra especie: el *enteromonas hominis*.

Es curioso que ni el Dr. Suárez, ni los asistentes a mi laboratorio, ni yo, hayamos encontrado aún ningún infusorio intestinal, hecho que debemos señalar, aunque no es extraño.

Se ve, por los resultados obtenidos, que a medida que se intensifica la labor de laboratorio en los estudios de los estados disenteriformes se logran más descubrimientos, se acusan más problemas en todos los órdenes, médicos, naturalistas y sanitarios, por lo que encargamos a todos los presentes y ausentes su colaboración para intensificar aún más nuestro esfuerzo y lograr poner de manifiesto casos nuevos, intentando resolver los más de los problemas derivados de estos estudios.

Dr. Suárez Peregrín: Aceptando el cariñoso requerimiento de mi querido amigo don Fidel Fernández, y cariñosamente aludido por el maestro don Carlos Rodríguez López Neyra, voy a exponer unos cuantos datos en relación con el tema que venimos debatiendo.

Durante el año 1932 he llevado a cabo en el Instituto Provincial de Higiene varios centenares de exámenes parasitológicos de heces, con hallazgos verdaderamente interesantes.

Resalta, en primer lugar, la densidad parasitaria de los casos estudiados, en los que he hallado un 80 por 100 de positividades, figurando en muchas de ellas parásitos de varias especies, hasta seis a la vez.

Esto se explica por varios factores que importa consignar: en primer lugar, porque siempre hemos hecho el examen en muestras recientes. Sabido es que cuando se examinan heces ya frías, que han pasado varias horas desde su expulsión al exterior, desaparecen o se deforman muchos parásitos, y escapan a la investigación. Nosotros, para evitarlo, llevamos al enfermo al laboratorio, y allí le hacemos defecar en una vasija templada, examinando inmediatamente las heces, calientes todavía.

Otro detalle muy importante es el de dar unas horas antes un purgante salino—nunca oleoso—, que hace salir parásitos que de otro modo hubieran quedado inadvertidos.

Y además influyen en nuestros resultados la repetición de análisis, que hemos venido practicando muchas veces seguidas, con varios días de intervalo en un mismo enfermo.

Hacemos, ante todo, una preparación en fresco, sencillamente entre porta y cubre, que examinamos con objetivo seco a gran aumento y luego con inmersión. De este modo descubrimos los huevos de helmintos y muchas formas vegetativas, con sus movimientos distintivos que facilitan la determinación, aparte de las quísticas de los protozoos.

Pero este examen es incompleto y hay que terminarlo con preparaciones teñidas. Y aquí surgía la grave dificultad a que se ha referido el Prof. López Neyra. El mejor de los procedimientos conocidos, el de la hematoxilina férrica, es engorroso, largo y penoso, y los flagelos suelen salir mal teñidos, a menos que no se haga una diferenciación delicadísima.

Durante mucho tiempo hemos luchado contra estas dificultades, procurando resolverlas sin conseguirlo.

Venía llamándonos la atención el hecho de que las preparaciones de líquido céfalorraquídeo que teníamos para su estudio citológico salían muy bien cuando se trataba de líquidos ricos en albúmina, y muy mal cuando los líquidos eran pobres en esta substancia. Esto nos llevó a ensayar una técnica que consistía en mezclar a la gota de heces otra de suero humano, y vimos con grata sorpresa que entonces la tinción por el Giemsa

daba resultados magníficos, apareciendo imágenes clarísimas, en las que resaltaban hasta los más insignificantes detalles de los protozoos.

Tal es el origen de nuestro método que se reduce a colocar sobre el porta una gota de heces frescas, añadir otra de suero humano, mezclarlas íntimamente, dejar secar, fijar por el alcohol metílico, y someterlas a tinción por el Giemsa a la dilución clásica.

En una de ellas, donde se veían *chilomastix* muy bien teñidos, halló el Prof. López Neyra detalles que le hicieron sospechar que se trataba de una especie nueva, y habiéndola estudiado después entre los dos, con gran cariño, hemos podido identificar el *chilomastix granatensis*, distinto del *mesnili* que se conocía hasta ahora.

Prof. Duarte Salcedo, Rafael: Dos palabras para felicitar muy cordialmente a los señores López Neyra y Suárez Peregrín por el estudio que vienen realizando, y cuyas primicias han tenido la bondad de dedicarnos esta tarde; y un ruego, del que espero quieran tomar nota, si les parece acertada la idea.

El estudio que vienen realizando, tan interesante por todos estilos, tiene una aplicación clínica de extraordinario interés. Todos los que ven muchos enfermos, y sobre todo los que vemos muchos niños, encontramos a diario casos de parasitosis intestinal. Algunos no producen síntomas, y son simples hallazgos de la casualidad; pero otros producen verdaderas enfermedades, y de entre ellos cabe distinguir los que ceden fácilmente a un tratamiento, y los que yo vengo llamando "parasitosis resistentes", que no ceden con nada.

Yo creo que esa labor tan interesante que desde el punto de vista naturalista vienen realizando los señores López Neyra y Suárez debe tener una segunda parte puramente clínica, que sería interesantísima.

Dr. Fidel Fernández: Como en el orden del día de esta sesión se anunciaba únicamente una comunicación de los señores López Neyra y Suárez sobre el hallazgo en Granada de una nueva especie de *chilomastix*, descubierta en el intestino humano, no se ha abordado más que lo que directamente se relaciona con este tema; pero yo quiero decir a mi íntimo amigo señor Duarte que su idea, tan razonable, y tan discreta, ha sido llevada ya a la práctica y está en ejecución.

En la Escuela de Parasitología de Granada, que dirige el Prof. López Neyra, trabaja bajo su inmediata dirección un núcleo de investigadores que se ocupan del estudio biológico de los parásitos intestinales; pero al lado de esa Escuela, alrededor de ese núcleo de estudiosos, y siempre bajo la alta dirección del mentado Prof. López Neyra, nos movemos unos cuantos clínicos que, sin desconocer la importancia del aspecto naturalista de la cuestión, concedemos más importancia a la parte puramente médica, en el doble sentido de la sintomatología y de la terapéutica de las parasitosis de intestino.

Ya el Dr. Torres López, que está presente, ha individualizado en una porción de casos un síndrome muy interesante producido por la asociación de dos helmintos: el áscaris y el tricocéfalo.

El mismo señor ha estudiado la clínica de la infestación por *hymenolepis nana*, muy frecuente en Granada.

El Dr. Grisolia lleva una buena estadística de helmintiasis y protozoosis, que irá dando a conocer en estas mismas sesiones de San Lázaro.

El Dr. Galdó, que me honra con asistir a mi servicio hospitalario, estudia conmigo la fauna intestinal de los niños diarreicos, y a juzgar por los casos reunidos hasta ahora, logrará conclusiones de verdadero interés, y de mucha trascendencia clínica y terapéutica.

Y yo tengo muy avanzado el estudio de la diarrea por tricocéfalos, de la diarrea por anguilulas, del quimismo gástrico de los parasitados, de su fórmula leuco-

NEYOL

AUTOR DOCTOR R. FERRIS MEDICO
MEDICACIÓN BALSAMICA INTENSIVA

INYECCION INDOLORA

TRATAMIENTO
MODERNO DE LAS
ENFERMEDADES DEL
APARATO RESPIRA-
TORIO



LABORATORIOS-FEDE S.A.

DIRECTOR DR A. LOPEZ CIUDAD-FARMACEUTICO
MARQUES DE CUBAS. 9. TELEFONO 19147 MADRID

Neyol n.º 1
Procesos crónicos del
aparato respiratorio

Se emplea en las bronquitis crónicas simples y en las secundarias, rápidamente modifica la secreción bronquial, facilita la expectoración, calma la tos, cede la disnea y facilita el sueño.

Neyol n.º 2
Antifímico

Sin necesidad de emplear el opio ni ninguno de sus derivados, corrige la tos emetizante de los tuberculosos, curando y evitando las agudizaciones catarrales.

Neyol n.º 3
Niños

En los procesos broncopulmonares infecciosos, se consigue realizar una antisepsia rápida y enérgica, obteniendo la curación en corto plazo.

Neyol n.º 4
Procesos agudos

En estos procesos la remisión de los síntomas es inmediata a la aplicación del medicamento.

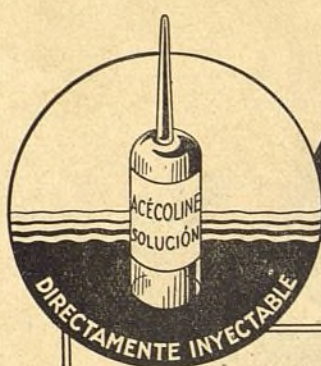
Neyol n.º 5
Antiasmático

Se llena la doble indicación de yugular el acceso de asma con la adrenalina y atropina y actuar sobre los procesos catarrales por la acción antiséptica de los balsámicos, llenando ambas indicaciones con una sola inyección

Todos los números tienen una indicación especial en los procesos gripales del aparato respiratorio

De los números 1, 2, 4 y 5 se preparan cajas de ampollas de 5 y 10 c. c. y del número 3 cajas de ampollas de 2 y medio y 5 c. c.

SOLICITEN MUESTRAS Y LITERATURAS



REBLANDECIMIENTO CEREBRAL

Hipertensión arterial

ESPASMOS RETINIANOS

Arteritis - Gangrenas

CLAUDICACIÓN INTERMITENTE

Síndrome de Raynaud

ANGINA DE PECHO

Cólicos de plomo

SUDORES DE LOS TUBERCULOSOS

CLORURO DE ACETILCOLINA EN SOLUCIÓN ANHIDRA Y ESTABLE

ACÉCOLINE SOLUCIÓN

LA ACÉCOLINE DILATA LAS ARTERIOLAS Y DISIPA LOS ESPASMOS VASCULARES
CAJAS DE 6 AMPOLLAS DE 2, 5, 10 o 20 cgr.

Forma nueva

L. LEMATTE, DOCTOR EN FARMACIA, 52, RUE LA BRUYÈRE - PARIS-IX.

MUESTRAS Y LITERATURAS: SEÑORES JUAN MARTIN S. A. F.

ALCALÁ 9, APARTADO 310
MADRID

CONSEJO DE CIENTO 341 Y 343
APARTADO 698 - BARCELONA

Alimento fisiológico completo

VINO DE VIAL

Quina, carne, lacto - fosfato de cal



Rigurosamente dosificado

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

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

De venta en todas las farmacias

Depositorio general para España:

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

citaria, de los grandes síndromes de las colitis parasitarias, y de la terapéutica de las parasitopatías, en las que ensayo desde la clásica santonina hasta los preparados de aceite de quenopodio, de tetracloruro de carbono y de arsénicos pentavalentes.

Todo ello irá apareciendo en sesiones sucesivas, pero aprovecho la ocasión para decirles que es tal la intensidad de la infestación parasitaria en las diarreas granadinas, que en cien casos que estudié el año pasado con la colaboración parasitológica del Dr. Suárez se han encontrado los agentes siguientes:

Helminetos:

Trichiurus trichiura (tricocephalus dispar)	40
Ascaris lumbricoides	24
Strongyloides intestinalis (anguillula estercoralis) ...	1
Enterobius vermicularis (oxyurus vermicularis)	3

Amebas:

Endamoeba coli	17
Endamoeba dispar	1
Endamoeba hartmanni	1
Endamoeba histolytica	4
Pseudolimax wenyoni	2
Endolimax nana	5

Flagelados:

Chilomastix mesnili (tetramitus mesnili)	13
Giardia intestinalis (Lamblia)	5
Trichomonas hominis	8
Enteromonas hominis	8
Tricercomonas hominis	1

¿Hongos?

Blastocystis hominis	14
----------------------------	----

Prof. Rodríguez López Neyra: Me parecen atinadísimas las palabras del Prof. Duarte y vienen a corroborar la tesis que yo vengo sosteniendo desde hace mucho tiempo; es decir, la necesidad de una estrecha colaboración entre clínicos y naturalistas, para que de ese estudio de conjunto salga un tratado completo de parasitología intestinal, que no sería perfecto si se le considerara sólo desde el sector naturalista. Y precisamente del Prof. Duarte he recibido en mi laboratorio varios envíos de heces procedentes de niños diarreicos, en los que he encontrado datos de interés, esperando de este profesor, y de su escuela, en el Servicio de Pediatría de la Facultad de Medicina, que intensifique aún más la labor de colaboración que viene realizando, comunicándonos sus resultados en el terreno médico para completar el fichero que voy reuniendo, y poder, en su día, deducir conclusiones de su valiosa intervención.

Dr. César Sebastián: Me parece interesantísimo este asunto, y felicito por sus trabajos a los señores López Neyra, Suárez Peregrín y Fidel Fernández, cuyos estudios conozco desde hace tiempo.

Y quiero hacer resaltar otro aspecto muy interesante de este asunto, que es el sanitario. La mortalidad por enfermedades que los médicos rurales califican de "disentería", es enorme en esta región. Claro es que con los medios de diagnóstico de que dispone el rural no es posible poner apellido a esos estados disentéricos, y como las heces han de ser examinadas recién emitidas, y esto no es posible cuando el enfermo reside lejos del laboratorio, yo ruego a los señores naturalistas que vean si se encuentra algún procedimiento para que el examen pueda hacerse en condiciones que permitan diagnosticar la parasitosis de los enfermos alejados de los centros de investigación.

Prof. Rodríguez López Neyra: El problema que plantea don César Sebastián es desde luego muy interesante.

Si se trata de buscar huevos de helmintos o formas quísticas de protozoos corrientes, hasta que se mezclen una parte de heces con otra de formol comercial al 10 por 100, y en estas condiciones las heces pueden ser remitidas al laboratorio sin alteración sensible. Pero para investigaciones más finas el procedimiento es insuficiente, y no creo que pueda solucionarse de momento, como no sea destacando personal especializado que se presente en el lugar donde reside el enfermo, cuando la importancia del caso, o del brote endémico, lo justifique.

Dr. Suárez Peregrín: Comparto absolutamente el punto de vista del Prof. Rodríguez López Neyra. Quizá una solución del problema podría ser enseñar a los médicos rurales a hacer frotos de heces que remitieran al laboratorio para su análisis; y tal vez se consiga hallar algún día un medio de cultivo universal para los protozoos, y entonces, remitiendo al médico tubos con el caldo en cuestión, podría él mismo hacer la siembra y enviar el tubo al laboratorio, donde lo analizarían los técnicos.

BIBLIOGRAFIA (1)

EL NISTAGMO VESTIBULAR Y LAS REACCIONES DE MOVIMIENTO, por el Dr. R. Claoué. Ediciones N. Maloine, editor. París, 1933.

El Dr. Claoué, de París, acaba de reimprimir esta obra de gran valor práctico. Se conoce lo clásico de este folio, en especial, por su claridad en cuanto a la exposición del estudio fisiológico y clínico de las enfermedades del oído interno y del cual el Dr. Claoué hijo ha realizado el estudio histológico, anatomo-patológico y experimental en su obra "El oído interno".

Por propia voluntad del autor se trata de una reimpresión, pues este librito es siempre nuevo y de tanto mayor interés cuanto que las obras que han ido apareciendo le han merecido cita.

MEDICINA DEL TRABAJO, por el Dr. Antonio Oller, asesor médico del Instituto Nacional de Previsión, Miembro del Comité Permanente Internacional de Accidentes del Trabajo.

El autor es uno de los creadores de la Medicina del Trabajo en España. Estudió y ejerció muchos años en Suiza en hospitales industriales; dirigió el Instituto de Reeducación Profesional, hasta que la aplicación de la nueva ley de Accidentes ha reclamado sus actividades en la Caja Nacional de Accidentes.

Es Miembro del Comité Internacional de Accidentes. Ha representado oficialmente a España en Congresos Internacionales de Accidentes que se han celebrado después de la guerra.

Ha publicado el libro *La práctica médica en los accidentes del trabajo*. Ha fundado la Revista *Medicina del Trabajo*. Ha dado cursos especiales en el Instituto de Reeducación, y cursos especiales para ingenieros de Caminos, Industriales, Minas, arquitectos, etc., etc.

El libro es una obra muy completa, eminentemente práctica, capaz de resolver todas las dudas del médico. En la primera parte, *Generalidades*, se estudia el accidente y la enfermedad en su aspecto legal: incapacidades, indemnizaciones, estado anterior, casos dudosos y especiales, la enfermedad accidente, la revisión de incapacidades, la readaptación y la prótesis, la asistencia médica del lesionado, la simulación, etc.

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

En la segunda parte, *Higiene del trabajo y enfermedades profesionales*, se estudia: la fatiga, fisiología patológica de la intoxicación profesional, ambiente de trabajos, polvos, gases, humos, temperatura, humedad, iluminación, saturnismo, mercurialismo, carbuncosis, anquilotosmiasis, intoxicación por el benceno, sulfuro de carbono, anilinas, dermatosis, neumoconiosis, enfermedades producidas por exceso de presión, etc., etc.

En la tercera parte, *Traumatología del trabajo*, toda la traumatología descrita por regiones, pero deteniéndose principalmente en lo que puede ser base para la valoración y dictamen de los casos difíciles. Consecuencias tardías de las lesiones de cráneo, fracturas desconocidas de la columna vertebral, hernia, lesiones internas de los aparatos respiratorios, digestivo, circulatorio, génito-urinario; las lesiones especialísimas de los ojos en los accidentes agrícolas, las malacias, etcétera, etc.

Por último, lleva unos apéndices con los modelos de certificaciones, baremos para valoraciones usados en Francia, Alemania, etc., y un índice-registro alfabético de autores y materias.

Con el fin de servir mejor y más rápidamente a cuantos esperan con ansiedad la aparición de este libro, cuyo solo anuncio ha producido una demanda extraordinaria, se ha decidido publicarlo en tres fascículos, de acuerdo con el programa que antecede, el primero de los cuales consta de 160 páginas y 40 figuras, y que podrán ser agrupados en un solo volumen, al término de su publicación.

El libro en rústica, durante el periodo de publicación, se vende al precio de 50 pesetas los tres fascículos.

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

E. H. Coon. RESUMEN DE NUESTRAS OPERACIONES SOBRE MASTOIDES DURANTE LOS PRIMEROS SEIS MESES DE 1930. Estudio fundado en 47 operaciones consecutivas sobre mastoides, realizadas de enero a junio de 1930; completan nuestro primer centenar de esta intervención; comprenden casos hospitalarios y de clientela privada. Hay que agregar seis casos de mastoidectomía bilateral, que eleva la cifra a 53 operaciones.

Los casos son: 40 mastoiditis supuradas agudas, dos mastoiditis supuradas agudas con parálisis facial, uno probable tromboflebitis de mastoides con septicemia; uno de septicemia y trombosis de seno lateral, dos septicemias con hemocultivo negativo, uno mastoiditis crónica con lesión vestibular y dos casos de mastoiditis tipo Bezold.

En cuanto al sexo, 44,7 por 100 hombres y 55,3 por 100 mujeres; predominio de la afección, entre cinco y diez años de edad.

Desde el punto etiológico, la rinitis aguda es lo más frecuente; 75,8 por 100 acusaban el catarro nasal solo o asociado a la amigdalitis aguda y faringitis. El resto de las causas se distribuyen entre sarampión, escarlatina, difteria, neumonía, cirugía (consecutivamente a intervención sobre vegetaciones o amígdalas).

Treinta y tres de los casos operados lo fueron sobre mastoides derecha; dieciocho sobre la izquierda y seis de operación bilateral. En veintiocho se había realizado miringotomía previa; en veintidós hubo rotura espontánea de tímpano.

En 42 casos se obtuvo cultivo positivo, aislando en la mayoría de los casos el estreptococo hemolítico.

En 44 casos se realizó mastoidectomía simple; seis

casos de mastoidectomía bilateral; una radical; una intervención de ligadura de la vena yugular interna.

De los 53 casos operados, 46 curaron completamente. Sólo murió un enfermo de trombosis de seno lateral, septicemia y abscesos metastásicos. (*Long Island Medical Journal*, Noviembre-diciembre 1930. Vol. 24, número 11-12, pág. 583).—M. A. C.

G. Stiefler. POLIOMIELITIS.—En la octava reunión de médicos de los países alpinos, celebrada en Linz en octubre de 1932, se ocupó el autor de la ponencia sobre poliomielitis desde el punto de vista neurológico. Respecto a la etiología hizo notar que se había comprobado la propagación de la enfermedad a lo largo de las vías de comunicación; que podía darse por fracasada la teoría hidrica; llamó la atención sobre la rareza de los casos familiares; sobre la existencia de focos aislados en pueblos distintos de la misma comarca; sobre la falta de la enfermedad en regiones que antes eran muy castigadas por ella, y sobre las relaciones entre estaciones y brotes de la epidemia. En la epidemia de 1931 abundaron los casos en adolescentes e individuos de veinte a veinticinco años, con una mortalidad de 8 por 100, mayor que la de los niños.

Respecto a la sintomatología se ocupó de la importancia del periodo preparalítico, de las relaciones con la meningitis serosa epidémica y con la enfermedad de Ecónomo. Dió a conocer doce observaciones personales con tetraplejía, parálisis respiratoria y muerte, todas ellas en individuos entre siete y veinte años.

Los estudios anatomopatológicos han demostrado la existencia de focos inflamatorios en la médula espinal, en la oblongada, en el puente, el diencéfalo y en la corteza (circunvoluciones frontal y parietal ascendente).

Como tratamiento recomendó la punción lumbar repetida desde el periodo preparalítico, las inyecciones intramusculares o intradurales de suero de convalecientes, y cuando carezcamos de éste la inyección de sangre de los padres, de los médicos o de los enfermeros. El suero de Pettit se ha mostrado bastante eficaz incluso en casos en que ya existían parálisis.—F. G. D.

J. Delchef. EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DEL CUELLO DEL PIE Y EN PARTICULAR DEL DUPUYTREN, POR EL MÉTODO AMBULATORIO EN POSICIÓN ANATÓMICA.—El tratamiento de las fracturas del cuello del pie varía mucho menos con la lesión anatómica que con el tiempo transcurrido después del traumatismo. En dichas fracturas, y en los Dupuytren altos, un práctico capaz de realizar una anestesia de Quem, y disponiendo de vendas enyesadas, podrá obtener resultados muy apetecibles por la aplicación de un vendaje enyesado ambulatorio en posición anatómica. Los resultados obtenidos con el citado método son mucho mejores que los que se logran con el ortopédico. El autor cita dos casos de enfermos—uno usó el primero y otro utilizó el segundo—, viéndose que el que usó el primero realizaba mucho mejor los movimientos que el que se sirvió del segundo.

Por último, pide el autor, al igual que ha pedido a sus compatriotas el uso del citado método, y él dice os dará la mejor referencia que yo pueda daros. Acompañando a este trabajo inserta el autor un gran número de radiografías muy bien logradas. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 20 de marzo de 1933, número 8).—JUAN H. SAMPELAYO.



SANATORIO NEUROPATICO

Calle de Pablo Iglesias, 53. — CARABANCHEL BAJO (Madrid). — Teléfono 116 C.

Director: Dr. GONZALO R. LAFORA

Plaza de la Independencia, 8. — MADRID. — Teléfono 11350

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

Pídanse reglamentos a la Administración

INSTITUTO MEDICO-PEDAGOGICO

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

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

Dirección médica: Dr. Gonzalo R. Lafora

TUBERCULOSIS

AFECCIONES BRONCO-PULMONARES

Gripe, Escrófula, Raquitismo

SOLUCIÓN PAUTAUBERGE

al Clorhidro-Fosfato de Cal creosotado.

La mejor tolerada de todas las preparaciones creosotadas

ANTICATARRAL y ANTISÉPTICA

Seca las Secreciones y Cicatriza las Lesiones tuberculosas.

EUPÉPTICA, RECONSTITUYENTE

Reanima las funciones de Nutrición y el estado general.

L. PAUTAUBERGE

10, Rue de Constantinople, PARIS, y Farmacias.

Depositarios para España.

Jiménez-Salinas y C.^{ta}, Barcelona Sagúés, 2 y 4, (S. G.)

ORIGINALIDAD TERAPEUTICA

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

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

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

Laboratorio EGABRO. - CARRA (Córdoba), España.

Terapeutica Cacodilica Intensiva é Indolora

CYTO-SERUM

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

*Poderoso Estimulante
de la Hematopoyese y de la Fagocitosis*

**GRIPE
TUBERCULOSIS
PALUDISMO
NEOPLASMA
NEURASTENIA
CONVALESCENCIAS**

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

Solicítense Muestras Gratis

EN
AMPOLLAS
5
CENTI-
CUBOS

EN
AMPOLLAS
5
CENTI-
CUBOS

Ayuntamiento de Madrid

Elaborado por D. E. Molina Gatteau en el Laboratorio BOIZOT, Luis Cabrera, 47, Madrid

Vías respiratorias

JARABE FAMEL
a base de Lactococcus soluble

**ACCION
RAPIDA
Y
SEGURA**

calma la tos
facilita la expectoración
reanima el estado general

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

Antiasmático poderoso

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES

Jarabe-Medina de Quebracho

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

ALMORRRANAS



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

De venta en farmacias

Ayuntamiento de Madrid

RADIO

Stewart-Warner

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

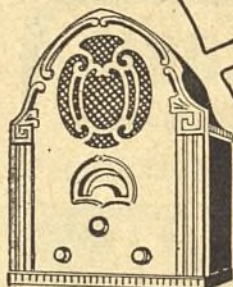
Con menos lámparas obtiene el máximo rendimiento alcanzado hasta el día

Está dispuesto para el adaptador de extra corta.

Posee toma y conmutador de "Pick-up".

Se fabrica en alterna y continua

Dispone de toma para televisión



REPRESENTANTES EXCLUSIVOS PARA ESPAÑA

VIVÓ, VIDAL Y BALASCH

P.º Recoletos, 16 - MADRID • Cortes, 589 - BARCELONA

renuncia; categoría 2.ª; 2.750 pesetas; familias beneficencia 15; 1.101 habitantes. C. libre de méritos; solitudes, 18 julio. Selección Tribunal.

—Por oposición la de Arganda (León) y su anejo Saucejo, por excedencia; categoría 2.ª; 2.750 pesetas; familias beneficencia 120; 2.043 habitantes; solicitudes, 18 julio.

La única obra que responde detalladamente a todo el Programa de médicos titulares es la editada por EL SIGLO MÉDICO, en cuatro tomos. Precio: 25 pesetas.

(Continúa en la página siguiente.)



El hombre del arrozal

Cerca de la mitad de la población del globo vive en la región limitada al norte por el Océano ártico, al sur por el Océano Índico, al este por los montes Urales y al oeste por el Pacífico. Esta importante parte de la humanidad vive en una pobreza de la que el espíritu occidental, aun reduciéndola a cifras, difícilmente puede hacerse una idea. Se me ha afirmado recientemente que una familia javanesa podía vivir, sin grandes privaciones, con recursos equivalentes a 150 francos mensuales. En China, re-

ca, son necesarias en una época perturbada por la desocupación y la miseria. Algunas de ellas han de hacer prodigios para continuar su función con presupuestos insuficientes, un personal reducido y no siempre bien retribuido y la contrariedad de verse obligadas a rechazar o abandonar interesantes proyectos que la falta de fondos impedirá llevar a la práctica. Pero ninguna de ellas cerrará sus puertas ni cesará en su misión. Nadie puede intentar reducir los armamentos que defienden al individuo contra desastres de todas clases y contra la enfermedad. Esta protección es considerada como un derecho que nadie osará discutir.

CARABAÑA: el mejor purgante

cientes estadísticas han revelado que una familia de campesinos gana escasamente por año 13 dólares mexicanos, o sea 65 francos franceses.

Y he aquí la terrible paradoja: es en provecho de la otra mitad de la población, de los habitantes de Europa, América y Australia, que se consagran las nueve décimas partes al menos de los esfuerzos y de los recursos destinados a mejorar la situación sanitaria y social del ser humano, a vencer la miseria y la enfermedad. La historia contemporánea nos da la explicación de este fenómeno.

La revolución operada el siglo último en la industria ha enriquecido considerablemente a los países occidentales. Y, a medida que la lucha por la vida se hacía menos penosa, florecían las ideas filantrópicas y el espíritu humanitario se hacía más activo. Las naciones y los individuos sintieron entonces que era su deber el aplicar a las obras de beneficencia una parte de los grandes recursos proporcionados por el empleo de la mecánica. Bastaron tres generaciones para transformar radicalmente la vida de los habitantes de los países in-

zal" en oposición a "el hombre de la calle". Vive de su trabajo; el día en el campo, la noche en la choza y siempre apegado al terruño que le vio nacer. La muerte le sorprenderá un día en cualquiera de estos lugares, sin haber beneficiado nunca del menor socorro médico.

Los que jamás han vivido en el Extremo Oriente pensarán, probablemente, que estas generaciones pecan de excesivas y precipitadas. De un estudio hecho en las Islas Filipinas resulta, sin embargo, que un 97 por 100 de sus habitantes mueren sin haber recibido jamás ningún cuidado. En las Indias Holandesas, el director de los servicios sanitarios me ha declarado que esta proporción es aún más elevada en Java. En China, el número de médicos convenientemente instruidos, repartidos en el conjunto del país, es ínfimo. Mencionemos aquí un feliz contraste: en el Japón, en una provincia "pobre" de 400 pueblos, 200 tienen su médico.

No puede tampoco olvidarse que el problema se agrava de año en año. La población oriental aumenta rápidamente; así se estima que en treinta años, aproximadamente, los 30 mi-

llones de javaneses se habrán duplicado. La tierra deberá alimentar a dos familias allí donde hoy no hay más que una. Forzosamente hemos de quedar confundidos y alarmados ante tan sombríos pronósticos. ¿Por qué inesperado milagro los débiles recursos de la hora actual, que no permiten recurrir a un médico, se henchirán hasta hacer posible alimentar y vestir a las generaciones futuras?

Dejemos a los hombres de Estado y a los economistas el cuidado de resolver tan gigantesco problema, y apresurémonos o decir que, al me-

IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico.
BALDACCIPISA

nos, las personalidades que rigen hoy los destinos de la Cruz Roja, en su carácter de institución universal, se dan cada día mejor cuenta de esta dramática situación del campesino asiático. Las lagunas — o más bien los abismos — que presenta la organización social primitiva de las poblaciones rurales no escapan a su fino espíritu. Saben que si no se hacen enérgicos esfuerzos para llenar tales vacíos, el hombre del arrozal será siempre, mucho más que el ser más miserable de las poblaciones occidentales, la presa predilecta de todas las enfermedades y catástrofes. La Cruz Roja, que tiene como uno de sus más gloriosos títulos el no dejarse influenciar por ninguna pre-ocupación étnica, religiosa o política, aspira con todas sus fuerzas a acudir en socorro de los que sufren y a combatir la miseria allí donde se presente.

Claro es que esto no significa que la Cruz Roja, perdiendo el sentido de la realidad, pudiera pensar en desviar la filantropía occidental en beneficio del hombre del arrozal.

Fábrica especializada en Productos Dietéticos y de Régimen Vegetariano.

CASA SANTIVERI, S. A

Call, 22. — BARCELONA

Yoduros Bern

de (K y Na), químicamente puros. No provocan IODISMO. Fabricación nacional.

dustrializados. Las profundas modificaciones aportadas a la existencia hicieron necesarios el acrecimiento del número y el perfeccionamiento de las obras de asistencia social. Y las dificultades económicas actuales no impiden el funcionamiento de estas instituciones; las subvenciones oficiales y la caridad privada acuden constantemente a nutrir sus presupuestos. En efecto, todos aquellos que han tomado la carga de asegurar el sostenimiento de estas obras han de proclamar que, más que nun-

Queremos simplemente indicar que las Sociedades de la Cruz Roja de Extremo Oriente tienen el derecho de esperar de la colaboración internacional una ayuda que les permita crear organismos nacionales susceptibles de recaudar fondos y de desenvolver las obras de asistencia. En el Japón, donde la fábrica se halla tan próxima del arrozal, los dirigentes de la Cruz Roja han encontrado la solución del problema y han

obtenido resultados dignos de ser citados como ejemplo no solamente a las Sociedades nacionales asiáticas, sino a las de los demás países. En el próximo año aquellos delegados en la Conferencia Internacional de Tokio que se tomen la molestia de estudiar de una manera profunda la organización de la Cruz Roja japonesa, encontrarán no pocos motivos de admiración y aún ejemplos muy dignos de imitarse. Pero el Japón es el único país de Asia en el que la Cruz Roja ha llegado a un alto gra-

vidualidad y pujanza de su obra son asombrosas. Con harta frecuencia esta Cruz Roja ha de intervenir para atenuar los estragos de desastres, más frecuentes en este país que en ningún otro lugar del globo. Y hace frente a esta tarea con toda la seguridad que le dan su experiencia y su minuciosa organización en este aspecto. Su programa de paz, considerado en otros aspectos y muy particularmente en lo que concierne a la higiene, revela una flexibilidad de concepción y una competencia en la ejecución de las que difícilmente pueden encontrarse equivalentes.

Pero si la importancia y la calidad de la obra de la Cruz Roja del Japón conheren a esta un rango privilegiado, el espíritu que anima a los jefes y bienhechores de la Cruz Roja en los otros países de Extremo Oriente no queda en zaga. Las enfermeras y los dentistas de la Cruz Roja en Filipinas, los hospitales de la Cruz Roja china en Shanghai, las policlínicas de las Cruces Rojas de las Indias holandesas en Batavia, si no alcanzan una porción tan grande de la enorme población que vive en estos territorios, personifican idénticos sentimientos de altruismo. Co-

Úlcera gástrica, hiperclorhidria, desaparición inmediata de todos los síntomas y tratamiento curativo por el **SIL-AL**

mo en otras partes, encontramos en este personal la misma abnegación, los mismos sacrificios y la misma generosidad. Y en todas ellas se hacen esfuerzos sobrehumanos para suavizar indecibles miserias.

La Liga de Sociedades de la Cruz Roja se ha esforzado siempre en inspirar la obra de las Sociedades de Extremo Oriente. Las Conferencias regionales organizadas en Bangkok en 1922 y en Tokio en 1926 son la mejor prueba. La obra llevada a cabo por estas Sociedades es buena muestra del entusiasmo con que han acogido las enseñanzas y las han puesto en práctica. Pero la Liga no debe conformarse con este papel de guía y consejera. Es también su deber dar a las Cruces Rojas de Extremo Oriente una directa colaboración que les ayude a soportar el pesado fardo de sus responsabilidades. Daríamos un gran paso hacia la realización del ideal de solidaridad de la Cruz Roja si contribuyésemos verdaderamente a dotar a estas Sociedades de una organización susceptible de mejorar la suerte de "el hombre del arrozal", el ser más desarmado de todos ante la desgracia, el más importante por hacer respetar sus derechos.

L. DE GIELGUD

—¿COMO es que no ha tomado usted la medicina que le he recetado?
—¡Como el frasco decía: "Tenerlo herméticamente cerrado"!...

—SEÑORITA: haga el favor de llamar al intérprete, para que venga a ayudarme; necesito pegar quinientos sellos.

—¿El intérprete para pegar sellos?
—Naturalmente; ¿no tiene siete lenguas?

RINOGOL

Para antisepsia nasal.

J. DOMINGO CHURTÓ
C. Libertad, 14, BARCELONA

COMPETENCIA Y DIFERENCIA

El sastre y el ladrón si mal no arguyo, con el ajeno bien forman el suyo; tal es la competencia.

Mas de caco al ponernos en un potro, nos viste el uno y nos desnuda el otro; tal es la diferencia.

Los niños y los viejos más audaces, en asuntos de amor son incapaces; tal es la competencia.

A quince años, el tiempo no ha llegado; a los cincuenta, el tiempo se ha pasado; tal es la diferencia.

El loro y el actor, fe da la historia, recitan lo que saben de memoria; tal es la competencia.

Mas suele suceder que en este mundo, silba el primero y silban al segundo; tal es la diferencia.

J. MARTÍNEZ VILLEGAS.

TREPONEMOL SIFILIS

EL mejor médico es el que mejor puede infundir esperanza.

Coleridge.

CUANDO el sueño vence al delirio, buena señal.

Hipócrates.

SI un médico cura a un paciente, éste rara vez vuelve a consultarle; si no lo cura, no vuelve jamás.

Andrés Clark.

Antiséptico Glorógeno Lumen.

Muestras gratis.

Centro Farmacéutico Jienense.
Apartado 22. — Jaén.

do de prosperidad. Siam, que evoluciona hacia la democracia, y las Islas Filipinas, que aspiran a obtener su independencia, han visto a sus respectivas Sociedades nacionales hacer grandes progresos en el buen camino; pero no se sabe aún el tiempo que han de necesitar para adaptarse a las nuevas condiciones en que han de verse obligadas a funcionar. En la India y en las Indias Holandesas la obra realizada por la Cruz Roja, con los limitados recursos de que dispone, es verdaderamente sorprendente. Los jefes de estas Sociedades serán, sin embargo, los primeros que reconozcan que necesitarán desenvolver considerablemente su organización para garantizar convenientemente una parte ínfima de la inmensa tarea que les incumbe. En cuanto a China, donde, a pesar del caos que allí reina, la Cruz Roja, con una tenacidad y una abnegación admirables, consigue aún mantener enhiesto, en sus instituciones de Shanghai, el emblema social, la escasez de obras de asistencia es aún más sensible que en ninguna parte.

Es difícil hacerse una idea exacta,

Inapetencia, Anemia, Debilidad

VINO MADARIAGA, tónico - fosfatado.

resultados obtenidos por este puñal consultando únicamente los informes y las estadísticas, de los señalados de Sociedades nacionales. En el Japón, donde la Cruz Roja cuenta con millones de miembros, donde en una sola provincia—la de Fukuoka—el 90 por 100 de la población se halla afiliado a la institución, donde un solo hospital—el de Osaka—puede albergar 800 enfermos y donde los "juniorss" del Comité local de Kioto tienen su propia revista, la

Art. 133. Para ser inscrita en el Registro a que se refiere el artículo anterior, las entidades aludidas deberán solicitarlo del Ministerio de Trabajo, acompañando a la instancia la documentación siguiente:

- a) Acta de constitución y dos ejemplares de los Estatutos.
- b) Dos ejemplares del Reglamento.
- c) Dos de las tarifas de primas.
- d) Dos modelos de pólizas colectivas de accidentes, y
- e) Testimonio notarial del resguardo que demuestre haber constituido la fianza determinada por este Reglamento.

Art. 134. Las Compañías de Seguros no podrán operar con tarifas inferiores a las aprobadas por el Ministerio de Trabajo y Previsión a propuesta de la Caja Nacional.

Art. 135. En cuarto sea inscrita una Sociedad de Seguros, la Asesoría de Seguros del Ministerio de Trabajo devolverá a quien la presente uno de los ejemplares de la póliza presentada con el sello de dicha dependencia. Toda alteración que se introduzca en las pólizas deberá ser sometida a la aprobación del Ministerio citado previo informe de la Asesoría.

Art. 136. No será aprobada ninguna póliza en que se mermen por cualquier medio las indemnizaciones procedentes en caso de accidente, ni aquellas en que se estipulen condiciones por las que se dilate innecesariamente el pago de las cantidades debidas a quienes se otorgan.

Art. 137. En las pólizas de seguros de accidentes del trabajo se consignará claramente:

- a) Si queda substituido el patrono en todas sus obligaciones, o bien se expresarán taxativamente aquellas en que la entidad aseguradora acepte su sustitución.
- b) Si el seguro comprende los riesgos de incapacidades permanentes o muerte se expresará la obligación del asegurador de constituir en la Caja Nacional el capital necesario para la constitución de la renta o rentas respectivas en el plazo y forma previstos en este Reglamento.

Art. 138. Las Sociedades de Seguros están obligadas a remitir al Ministerio de Trabajo y a la Caja Na-

verdadera necesidad el pago de las cantidades debidas a quienes se otorgan.

Art. 119. Las Mutualidades no podrán comenzar su gestión sin que sus Estatutos hayan sido aprobados. El mismo requisito de aprobación será indispensable para la implantación de nuevos Reglamentos o la modificación de Estatutos y Reglamentos.

Art. 120. Los patronos asociados estarán obligados a comunicar a sus respectivas Mutualidades las altas y bajas de obreros, salarios y, en general, todos los datos necesarios para el cumplimiento de sus fines y el buen funcionamiento de la Mutualidad.

En caso de que los patronos no pudieran por sí poner tales comunicaciones, podrán hacerlas por conducto de la Secretaría del Ayuntamiento correspondiente.

La negativa o resistencia a facilitar tales datos, y lo mismo la inexactitud deliberada o producida por descuido no disculpable, darán lugar a multa de cinco a 50 pesetas, la cual será impuesta por la Directiva de la misma Mutualidad, sin perjuicio de las demás responsabilidades en que los mutualistas pudieran haber incurrido y de la indemnización de perjuicios si procediere.

En caso de reincidencia, dentro del término de un año, la cuantía de la multa podrá elevarse hasta 100 pesetas.

El importe de las multas irá a engrosar el fondo especial de garantía a que hace referencia el artículo 160.

Contra la imposición de estas multas podrá recurrirse, en término de quince días, ante la Delegación provincial de Trabajo, que resolverá inapelablemente.

La sanción podrá reducirse a un simple apercibimiento en los casos menos graves, sobre todo en el período de establecimiento de las Mutualidades.

Art. 121. Las Mutualidades tendrán capacidad jurídica para adquirir y poseer bienes y para celebrar todos los actos y contratos relacionados con los fines de su institución y tendrán personalidad para comparecer ante toda clase de Tribunales, oficinas y dependencias.

Art. 122. El capital de las Mutualidades deberá aplicarse estrictamente al objeto social.

Art. 123. Las Mutualidades llevarán registros de los patronos que hayan convenido con ellas el pago de las

indemnizaciones en caso de accidente del trabajo sobrepasando a sus obreros, consignando, respecto de estos últimos, edad, remuneración, oficio y clase de labores a que preferentemente se dediquen. Los mismos datos se comunicarán por los patronos en cuanto a los obreros eventuales.

Se llevará también registro de los demás particulares que se estimen necesarios para el mejor cumplimiento de lo dispuesto reglamentariamente.

Art. 124. Las Mutualidades podrán nombrar delegados para vigilar el cumplimiento de las disposiciones y medidas por ellas adoptadas dentro de su especial competencia.

Podrán requerir al efecto el auxilio de las Autoridades de todas clases, y especialmente el de los inspectores del trabajo y de Seguros Sociales.

Art. 125. Las Mutualidades podrán hacer efectivas las cuotas de los asociados morosos por el procedimiento judicial de apremio, en la misma forma regulada por el artículo 152 para la Caja Nacional.

Art. 126. Para el cobro de cuotas, las Mutualidades gozarán de preferencia respecto de cualquier otro acreedor sobre los bienes del deudor, salvo lo ya dispuesto en las leyes vigentes.

Art. 127. Las Mutualidades están obligadas a remitir al Ministerio de Trabajo y a la Caja Nacional los balances y Memorias anuales, e igualmente todos los datos que se les pidan para la publicación de la estadística de accidentes o para el mejor régimen del Seguro de accidentes.

En caso de disconformidad del asociado sobre la existencia o la cuantía del descubierto, se suspenderá la ejecución hasta que resuelva la Comisión revisora paritaria, competente.

Art. 128. Las Mutualidades deberán presentar en el primer trimestre de cada año una declaración de las operaciones hechas en el año anterior, para determinar, en relación con ellas, el importe de las fianzas, que será fijado por el Ministerio de Trabajo.

Sección 3.ª—De las Compañías de Seguros.

Art. 129. Los patronos podrán contratar directamente con Compañías de Seguros legalmente constituidas el seguro de accidentes de sus obreros. Dichas Compañías habrán de reunir las condiciones que determina el presente Reglamento y ser de las autorizadas para estos efectos por el Ministerio de Trabajo.

Art. 130. Las Sociedades de Seguros que deseen la autorización para sustituir al patrono, además de las señaladas por la Ley y Reglamento de Seguros, deberán reunir especialmente las condiciones siguientes:

1.ª Separación de las operaciones de seguro de accidentes del trabajo de cualesquiera otras que realicen.

2.ª Las fianzas especiales determinadas en los artículos anteriores.

3.ª Aceptación de los preceptos legales vigentes en materia de accidentes del trabajo.

4.ª Comunicación al Ministerio de Trabajo de los Estratos, balances y empleo del capital, condiciones de las pólizas, tarifas de primas, cálculo de reservas y estadística de contratos estipulados, sus novaciones y cumplimiento o terminación.

Art. 131. Las Sociedades de Seguros no podrán funcionar sin ser aprobadas en su concepto genérico, o sea respecto al seguro en general, por la Inspección general de Seguros, y sin ser insertas, por su especialidad en el Registro de las autorizadas para sustituir al patrono en las obligaciones que le impone la Ley. Registro que está a cargo de la Asesoría general de Seguros del Ministerio de Trabajo, creada por Real decreto de 27 de agosto de 1900.

Art. 132. El asesor general de Seguros de accidentes del trabajo informará y auxiliará al ministro de Trabajo en los servicios de registro, comprobación, reglamentación y publicidad relativos al Seguro de accidentes del trabajo.

Las Sociedades de Seguros seguirán abonando los derechos de registro con arreglo a lo dispuesto en el Real decreto de 27 de agosto de 1900. Estos derechos se señalarán anualmente por Orden del Ministerio de Trabajo, que deberá publicarse en la *Gaceta*.

DERMATOSIS INFANTILES

desaparecen rápidamente con

DEPURATIVO INFANTIL CABALLERO

de sabor agradabilísimo.

PASTA POROSA CABALLERO (Dermatosis rezumantes).

De venta en todas las Farmacias. Pídanse muestras a Laboratorio de Productos Dermatológicos. J. Caballero Roig. Apartado 710.—BARCELONA

—La de Tendilla (Guadalajara), por renuncia; 3.^a categoría, con pesetas 2.200; 12 familias y 1.069 habitantes. Concurso libre de méritos. Igualas, 6.800 pesetas. Selección por Tribunal. 28 de julio.

—La de Dos Hermanas (Sevilla), por jubilación; categoría 1.^a, con pesetas 3.300; 300 familias y 15.867 habitantes. Concurso libre de méritos. Selección por Tribunal. 28 de julio.

—La de Casatejada, distrito de La Alameda (Cáceres), por renuncia; categoría 3.^a, con 2.200 pesetas; 125 familias y 1.853 habitantes. Concurso libre de méritos. Selección por Inspección. 28 de julio.

—La de Santa María de Magasca (Cáceres), por renuncia; 4.^a categoría, con 1.650 pesetas; 50 familias y 976 habitantes. Concurso libre de méritos. Selección por Inspección. 28 de julio.

—La de Campo Real (Madrid), por excedencia; categoría 4.^a, con 1.650 pesetas; 25 familias y 1.680 habitantes. Concurso libre de méritos. Selección por Tribunal. 28 de julio.

—La de Burbáguena (Teruel), por renuncia; categoría 3.^a, con 2.200 pesetas; 20 familias y 1.293 habitantes. Concurso libre de méritos. 28 de julio.

—La de Báñez de la Moraleda (Jaén), por renuncia; categoría 2.^a, con 3.300 pesetas; 100 familias y 2.288 habitantes. Concurso libre de méritos. Selección por Tribunal. 30 de julio.

—La de Alcalá del Valle (Cádiz), por nueva creación; 3.^a categoría, con 2.750 pesetas; 239 familias y 4.109 habitantes. Concurso libre de

Las enfermedades del
Estómago e Intestinos
dolor de estómago, dispepsia, acedías y vómitos, inapetencia, diarrea, úlcera del estómago, etc., se curan positivamente con el
ELIXIR ESTOMAOAL
SAIZ DE CARLOS
(STOMALIX)
Poderoso tónico digestivo que triunfa siempre.
Venta Principal en
el mundo.

ANALISIS

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

Laboratorio del Dr. E. ORTEGA

Sucesor del DR. CALDERON

Carretas, 14.-Madrid

FUNDADO EN 1866

méritos. Selección por Tribunal. 30 julio.

—La de Junquera de Espadoñero (Orense), por renuncia; 3.^a categoría, con 2.200 pesetas; 99 familias y 1.950 habitantes. Concurso libre de méritos. Selección por Tribunal. 30 julio.

—La de Sigiés (Zaragoza), por nueva creación; 5.^a categoría, con 1.385 pesetas; cuatro familias y 785 habitantes. Concurso libre de méritos. Selección por Inspección. 30 de julio.

—La de Losacio de Alba (Zamora), por nueva creación; 4.^a categoría, con 1.650 pesetas; tres familias y 801 habitantes. Concurso libre de antigüedad. Selección por Inspección. 30 de julio.

—La de Fanlo y Burgasé (Huesca), por nueva creación; 4.^a categoría, con 1.650 pesetas; 14 familias y 1.301 habitantes. Concurso libre de méritos. Selección por Inspección. 30 de julio.

SOCIEDAD FILANTROPICA MERCANTIL MATRITENSE

Abada, núm. 1, principal izquierda. - Teléfono 18561

CONCURSOS: Esta Sociedad saca a concurso CUATRO plazas de Médicos supernumerarios de Medicina general y DOS plazas de Practicantes supernumerarios de Medicina y Cirugía. Las solicitudes se dirigirán al señor Presidente, entregándolas en la Oficina, de tres a siete de la tarde, cualquier día laborable, antes del día 31 de julio actual, fecha en que se dará por terminada la admisión de instancias.

Los concursantes han de comprobar la edad, que se fija de veinticinco a treinta y cinco años, y las demás condiciones del concurso se hallarán de manifiesto en las Oficinas de la Sociedad, todos los días laborables, de tres a siete de la tarde, en la calle de la Abada, núm. 1, principal izquierda.

Madrid, 1.^o de julio de 1933.—El Secretario, Angel Molinuevo.

TINTURA COCHEUX cura la Gota, Reumatismo — y el Mal de Piedra. —

Exito en los Hospitales desde 1848

En todas las farmacias.—Al por mayor TRAVERNIER & AGUETANT.—LYON (Francia)

LABORATORIO FARMACEUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

Director: D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA
ESPAÑA

Jarabe Bebé

Tos ferina de los niños. Tos crónica y rebelde de los adultos. Infa-
lible e inofensivo.

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

Tetradinamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

Insustituible en la terapéutica de las enfermedades infecciosas. Esti-
mulante general de las defensas orgánicas a base de colessterina, go-
menol, 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 espiroquitososis en todas sus formas y
manifestaciones. Perfectamente tolerable.

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación de ferrocarril.

SIL-AL

Metahidrosilicato de aluminio
fisiológicamente puro.

**Sustituye al bismuto en
terapéutica gástrica.**

Existe el SIL-AL belladonado

Muestras
y literatura:

A. GAMIR

Valencia

BARDANOL

Elixir de bardana y estaño eléctrico

INDICACIONES:

**Estafilococias en todas
sus manifestaciones.**

Muestras
y literatura:

A. GAMIR

Valencia

BENZOFORMINA

Comprimidos de 0,25 gramos

Exametilenoamina. . . 0,20

Acido benzoico 0,05

Frascos de 50 comprimidos.

Gramos. Muestras

y literatura:

A. GAMIR

Valencia.



Polifosforina

POLVO — COMPRIMIDOS
INYECTABLES

Agotamiento físico e intelectual



Diuresinol

INYECTABLES

VENCE LA UREMIA

LABORATORIOS FEBUS
WAGNER, 51
BARCELONA

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

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

SUMARIO: Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán. — Las Universidades de América: Santiago de Chile. — Academias, Sociedades y Conferencias. — Colegio de Médicos. — Sección oficial. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Vacantes. — Reglamento de la Ley de Accidentes del Trabajo en la industria. — Tertulia Médica. — Anuncios.

BOLETIN DE LA SEMANA

Un rato a meditaciones.

Meditemos: La Asamblea de la Unión de Municipios Españoles, al discutirse el tema "Sanidad municipal", conforme a la ponencia del Dr. Julio Ortega, jefe de la sección de Sanidad del Ayuntamiento de Madrid, aprobó las siguientes conclusiones:

- 1.ª La Sanidad municipal es la piedra angular de la Sanidad pública del país.
- 2.ª La actividad sanitaria municipal debe desarrollarse dentro de normas estatales y ser de diferente grado y extensión, según la importancia de cada Municipio.
- 3.ª Es necesario establecer coordinación y colaboración de los servicios municipales con los provinciales y del Estado.
- 4.ª En los Municipios rurales la dirección de sus actividades sanitarias debe corresponder al Estado o región autónoma, y en los Ayuntamientos urbanos, la vigilancia o control de las mismas; completándolas o supliéndolas según los casos y sancionando la negligencia o incompetencia de los Municipios para desarrollarlas dentro del régimen de tutela semejante al que en el aspecto económico establecía el Estatuto municipal.
- 5.ª Al efecto de la Mancomunidad y Ayuntamientos rurales para fines sanitarios procede delimitar en el territorio regional los distritos de este nombre y sustituir con ellos los actuales partidos judiciales, teniendo en cuenta las características sanitarias de los Municipios rurales que hayan de integrarlos, su extensión territorial, la distancia entre ellos y el número de sus habitantes.
- 6.ª La dirección de las actividades sanitarias de los distritos mencionados deberá corresponder a funcionarios sanitarios del Estado en los centros de higiene rural donde existieren.

7.ª Se considerarán como funciones municipales de sanidad o higiene y de asistencia médica y social las sanitarias o de inspección de locales, de

epidemiología y profilaxis, de policía sanitaria mortuoria, de análisis químicos y bacteriológicos, de desinfección y de vigilancia o control sanitario del abastecimiento de aguas, de la recogida y tratamiento de basuras y de la evacuación y depuración de aguas negras y residuarias.

8.ª Los Ayuntamientos urbanos deberán exigir al personal de nuevo ingreso garantía de competencia, mediante la posesión del título correspondiente de la Escuela Nacional de Sanidad.

9.ª A los efectos sanitarios debe considerarse obligación de los municipios, ineludible en los urbanos, la municipalización de los servicios de abastecimiento de basuras, de evacuación y depuración de aguas negras y los mortuorios o de pompas fúnebres.

10.ª Debe modificarse la actual constitución de las Juntas Municipales de Sanidad.

11.ª Debe estimularse y facilitarse la acción municipal en todo lo que suponga aumento en los ingresos de su erario, conseguido con beneficio de la salud pública, y, en otro orden, con la incautación de fianzas por contratos particulares de arrendamiento de locales y suministro de fluido. Los ingresos obtenidos deberán ser destinados a las mejoras de los servicios sanitarios.

12.ª Urge modificar la legislación vigente, limpiándola de errores, contradicciones y trabas a la acción municipal en materias sanitarias; concretando atribuciones, obligaciones mínimas y colaboraciones de los Municipios con el Estado y las Diputaciones provinciales; estableciendo sanciones y robusteciendo la autoridad y responsabilidad de los Ayuntamientos. Todo ello deberá ser objeto de una ley, a cuyo proyecto deberá aportar la Unión de Municipios Españoles las orientaciones e iniciativas que el conocimiento de la vida local le sugiera.

* * *

Meditemos: El profesor Ricardo Royo-Villanova y Morales, figura de las más prestigiosas de la nueva generación que viene influyendo en el encau-

zamiento del espíritu profesional médico, acaba de dar al público una monografía de candente interés acerca de "La crisis de la profesión médica".

Ricardo Royo ha completado en esas páginas el estudio documental y crítico que sobre asunto de tan vital importancia venía bocetando en artículos de periódicos y revistas profesionales.

La lectura de este trabajo del culto profesor de Valladolid coloca frente al ánimo el osco paisaje de nuestra malventurada profesión, de polo a polo sumido en tenebrosas sombras; pero Royo ilumina tanta noche con la llama de su fe, que le arranca una predicación de apasionado misionero y de noble cruzado de la Medicina.

¡Libro de meditación es el de Royo! El dolor terminará entre los médicos por preparar lo que son arenas de desierto para cosechas de candelal. Sembradores como Ricardo Royo son los que precisamos.

* * *

Meditemos: La Asociación de Titulares ha perdido un pleito costoso. La Asociación sufre en estos momentos trances amargos en su obligada transformación. Trabajan con la fe de siempre los que por ella dieron su paz, su tranquilidad, su salud, su voluntad candorosa y fuerte. La Asociación necesita ahora que se la anime, se la ayude y se la sostenga.

¡La Asociación no merece el desvío de ninguno y merece el aliento de todos!

Meditemos lo que ha sido y lo que tiene que ser la Asociación.

* * *

Meditemos: Se dicen muchas cosas y se lanzan muchas alarmas con motivos que no justifican llevar al ánimo la desesperanza en la justicia y en la ley.

Un Ayuntamiento puede cometer una arbitrariedad; pero todos debemos esperar que la arbitrariedad no arraigue. ¡Aun en estos días que vivimos!

La energía no es clamor: es energía.

DECIO CARLAN

Las Universidades de América

Santiago de Chile

Por uno de esos contrasentidos y antítesis tan frecuentes en la terminología geográfica, denominamos mar Pacífico al menos pacífico de todos los océanos. Saben los navegantes la frecuencia de temporal durante su travesía y, sobre todo, en las costas de América del Sur. Unida esta circunstancia poco tranquilizadora a las de comodidad turística y menor distancia, los europeos que

van a Chile tienen que hacerlo cruzando la tierra argentina.

Pronto hará tres años que después de dejar atrás el puerto cosmopolita de Buenos Aires, de recorrer en el ferrocarril central la llanura polvorienta de la provincia de San Luis, divisando de lejos las estancias pamperas, hicimos alto en Mendoza para descansar de las fatigas de veintidós horas de tren y tomar ánimos antes de saltar la cordillera andina.

Mendoza, "la ciudad de los álamos", es uno de los parajes más deliciosos de aquella República. Visto de lejos parece un bosque esbelto y frondoso. Las casas están casi ocultas por la vegetación, con las violetas se esconden en la penumbra misteriosa del follaje. El ruido de numerosas cascadas y arroyuelos produce una impresión indescriptible; la proximidad de las cumbres nevadas contrasta con el verdor de los jardines y praderas. Por la noche se forman tertulias a la puerta de las viviendas y nunca falta una linda mendozina que con sus vidalitas y tangos embuje por unas horas el alma del viajero.

El ferrocarril trasandino tiene la nota desagradable de la *peresa*, trastorno de oído de circulatoria con hemorragias abundantes de oído y nariz, que por la diferencia de presión se produce en algunos individuos. En cambio tiene la indescriptible emoción de dominar la cordillera más alta del mundo. La llegada a Santiago es de noche y hemos de esperar a la mañana siguiente para gozar de sus encantos.

La capital chilena tiene dos Universidades: una oficial y otra libre, de tanta importancia como la primera.

La Universidad oficial se fundó en 1743 en tiempos de la dominación española. Tiene cinco Facultades: Leyes y Ciencias políticas, Medicina, Matemáticas y Ciencias físicas, Farmacia y Humanidades. Adscritas a la Universidad funcionan las Escuelas de Ingenieros y Agricultura.

Esta Universidad presenta una marcada tendencia germanófila, hasta el extremo de haber tenido contratados muchos profesores alemanes.

La inferioridad en que se encuentra en este centro docente la cultura de tipo latino depende de la indiferencia con que franceses y españoles hemos tratado los asuntos chilenos.

El espíritu general del país guarda una extraordinaria simpatía y cariño por todo cuanto a España se refiere y en sus gustos, como usos y costumbres se parecen a nosotros. Lamentan mucho nuestro desvío.






Los edificios no pueden tener una gran suntuosidad, por ser allí las construcciones de tipo ligero en previsión de los frecuentes terremotos. El material pedagógico y la Metodología son de factura centro europea.

La Facultad de Leyes abarca cuatro cursos; la de Medicina, seis; Matemáticas, cuatro; Farmacia, tres, y Humanidades, cuatro. En Medicina hay adscrita una Escuela de Odontología y otra de Matronas. Las Facultades más numerosas son Medicina y Farmacia.

A las Humanidades se les concede una importancia extraordinaria, hasta el extremo de que las carreras de Medicina, Matemáticas e Ingeniería tienen que aprobar algunas asignaturas de tipo humanista. Esto resulta muy útil porque disciplina la inteligencia del alumno y le da una base de cultura general, necesaria para todas las profesiones. La enseñanza de las lenguas vivas es objeto de preferente atención, y todos los graduados en estudios superiores han de dominar, por lo menos, el francés y el alemán. Muchos cultivan también el ruso, el inglés o el italiano.

La mayor parte de los libros de texto que se leen son alemanes; tienen también gran preferencia por las obras españolas, censurando sólo lo escaso de nuestra producción en este orden.

Durante los Deliciosos Meses de Verano

Cuando el sol nos manda sus ardientes
rayos  y se vive constantemente
como en un baño turco  se pierde
mucho fluido  que no siempre se
recupera. El beber demasiada agua 
no hace más que aumentar la pérdida
y el resultado suele ser estreñimiento.
Todas estas indicaciones son favorables
al AGAROL 

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

Agarol evita la excesiva desecación
del contenido intestinal, introdu-
ciendo una humedad inabsorbible.
Esto es el primer paso para evi-
tar y corregir el estreñimiento.

*Lo que se consigue con el uso del Agarol
se encuentra claramente explicado
en un breve folleto que le envia-
remos gustosos junto con
un frasco de muestra.*

AGAROL para el estreñimiento

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

iodaseptine cortial

TUBERCULOSIS PULMONAR CRÓNICA
Dosis Ligeras de 2 a 6^{ta} al día en series de 20 días

ADENOPATIAS DE LA INFANCIA
10 a 15 gotas cada 24^{as} en tres veces según la edad

REUMATISMOS CRÓNICOS
Dosis Fuertes de 5 a 20^{as} cada 24^{as}

SUPRESION DEL DOLOR SIN YODISMO SIEMPRE EFICAZ AUN CON UN USO REPETIDO

MUESTRAS Y LITERATURA
LABORATOIRES
CORTIAL
15, B° PASTEUR
PARIS (XV°)

iodaseptine salicilada

LA ACCION DEL YODO AL EFECTO SALICILADO

REUMATISMOS AGUDOS

UNE

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

MEDICACIÓN ANTIANAFILACTICA POLIVALENTE

GRAGEAS
Inalterables sin olor

GRAGEAS INALTERABLES
GRANULADOS

GRANULADOS

URTICARIA PRURIGO DE LOS NIÑOS MIGRAÑAS

PEPTALMINE

4

PEPTO-ALBUMINAS y MARINA DE TRIGO en la envoltura

TRASTORNOS DIGESTIVOS ESTROFULO-ECZEMAS

PEPTONAS
de CARNE y de PESCADO

EXTRACTOS
de HUEVO y de LECHE

GRAGEAS

GRAGEAS

CONGESTION del HIGADO INSUFICIENCIA HEPATICA

PEPTALMINE MAGNESIADA

4 PEPTO-ALBUMINAS y Sulfato de Magnesía

COLECISTITIS CRONICAS MIGRAÑAS

GRANULADOS

GRANULADOS

COLAGOGO

Laboratoire des Produits Scientia D^e Perraudin, Ph^o del^e Cl^e 21, rue Chaptal, Paris (9^e)

Experimenté la gran satisfacción de oír alabar con todo entusiasmo la "Historia Natural", de Bolívar y Calderón, que juzgan, como el "Koran" o la "Biblia" de las Ciencias naturales y el mejor tratado didáctico de esta disciplina. El profesor don Ignacio Bolívar es admirado unánimemente por los biólogos y naturalistas americanos.

Otros dos libros que gozan de extraordinario crédito son la "Zoología", del profesor de Barcelona doctor Fuset y la "Química", de Piñerúa, en que hemos estudiado tantas generaciones de médicos y farmacéuticos.

En la Metodología pedagógica de la Segunda enseñanza y de la Superior tienen gran preferencia por el sistema cíclico. En Filosofía dominan las escuelas racionalista, krausista y kantiana.

Además de la Universidad oficial existe una Universidad católica, de carácter libre, y que tiene una gran trascendencia, científica y social. Debemos advertir que en Chile han ejercido un poderoso dominio las Ordenes religiosas.

Fue fundada en 1888 por el arzobispo don Rafael Valentín Valinerdo, el día 31 de marzo. En el acto inaugural, después de celebrar una misa solemne, los catedráticos nombrados hicieron solemne profesión de fe. Las Facultades de que consta son: Ciencias Físicas y Matemáticas, Agricultura e Industria, Ingeniería, Arquitectura, Derecho, Humanidades y Medicina. El Estado se comprometió entonces a reconocer estos títulos.

Cuando se creó esta Universidad lo hizo con 150 alumnos, que estudiaban tres cursos de Leyes y las asignaturas de Fisicomatemáticas.

En 1898 estaba ya en vigor toda la Licenciatura de Derecho, la Escuela de Medicina, la de Ingeniería y Arquitectura.

En 1900 se establecieron dos Colegios más para Segunda enseñanza. Todas estas cátedras se daban en un amplio local de la calle de Agustinos, pero en 1907 levantaron un edificio nuevo en la Avenida de las Delicias.

En 1908 recibió un fabuloso legado de don Eleazar Lezaeta, quien testamentariamente hizo donación de toda su fortuna para ampliación de este centro docente.

En la actualidad explican cátedras 300 catedráticos y un promedio anual de 3.000 alumnos.

Es de gran importancia la Biblioteca de esta Universidad, que tuvo como base el legado de don Manuel José Iraraca, consistente en 20.430 volúmenes y los gastos de instalación y sostenimiento. En diciembre de 1930 los libros ascendían a 49.300, algunos de un valor extraordinario.

La Universidad oficial y la católica de Santiago de Chile constituyen al esplendor cultural de aquel país y a la pléyade de polígrafos, investigadores, literatos, médicos y jurisconsultos que constituyen su aristocracia espiritual.

Todo el que visite Chile se siente atraído por la caballerosidad y afectuosidad de sus hombres, así como por el encanto sugestivo de sus mujeres. No existe aquí la monotonía de paisaje, que pesa sobre el viajero en otras regiones de América. Santiago es de una vista panorámica grandiosa; situada sobre una fértil y extensa llanura en las faldas de la cordillera de Los Andes, a una altura de 500 metros sobre el nivel del mar, parece un inmenso parque que se destaca sobre el fondo de una decoración en que el azul del cielo se esfuma en las nieves perpetuas de algunos picachos de la serranía.

Era un atardecer de diciembre de 1930; ese diciembre sudamericano que equivale a nuestro estío. El calor suave, por la brisa del mar próximo, arrastrado por los vientos costeros; el ambiente saturado de mil perfumes de flores exóticas. Tenía mis sandalias nuevamente dis-

puestas para seguir caminando y me despedía de la bella población que guarda dos Universidades suntuosas con el deseo de volver algún día. Por un momento me acordé de España, de las luchas y enconos de las grandes profesiones intelectuales. Pensé en mis enemigos y los perdono de todo corazón. Quizás gracias a ellos iba conociendo los grandes centros universitarios del más moderno de los continentes y confirmando, prácticamente, una máxima de una escritora chilena: "Cuando se tienen las manos libres para saber ganar el pan, éste se encuentra en todas partes y todo el mundo es patria".

J. ALVAREZ-SIERRA

Academias, Sociedades y Conferencias.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Sesión del 10 de junio de 1933.

Abierta la sesión, leída y aprobada el acta de la sesión anterior, el Dr. López Pérez lee su comunicación titulada: *Deontología. La idea del cumplimiento del deber.*

DELGADEZ HIPOFISARIA

Dr. G. Marañón: El problema de la delgadez ha sido estudiado desde el punto de vista sintomático, como consecuencia de diversas enfermedades que perturban la digestión, el metabolismo u otras actividades vegetativas del organismo. Hace pocos años se ha planteado, en su aspecto científico, el origen, la patogenia, el mecanismo de producción y la posibilidad de tratar la delgadez.

El estudio de los estados constitucionales y de las glándulas de secreción interna ha permitido el problema desde distintos puntos de vista. La forma mejor conocida de delgadez de origen endocrino es la hipertiroides; existen personas que adelgazan sin presentar síntomas ostensibles de hipertiroidismo, si bien su pérdida de peso está mantenida por una función tiroidea elevada.

En estos últimos años se ha estudiado otra forma de delgadez endocrina. La delgadez hipofisaria. La casuística es numerosa. Todos los médicos conocen casos y es casi diagnóstico corriente la delgadez por insuficiencia del lóbulo anterior de la hipófisis.

Ultimamente se han presentado críticas respecto a la naturaleza de esta delgadez hipofisaria. Haciendo historia breve hay puntos muy discutibles. Todos saben fue descrita por Simond, en puerperas con accidentes infecciosos graves; produce en ella una delgadez caquética y rápida. Esta observación, ya antigua, atribuida a diversas razones, fue interpretada por Simond, con base anatomopatológica, como debida a lesiones hipofisarias; en estas enfermas descubrió embolias sépticas en el lóbulo anterior de la hipófisis, con anulación de su secreción. Igualmente la destrucción experimental del lóbulo anterior de la hipófisis provoca, cuando no es completa un estado de obesidad (obesidad hipofisaria); pero si la destrucción es absoluta se provoca un estado de caquexia.

Al descubrimiento de estos hechos se ha ampliado los límites y el diagnóstico. A los escasos primeros casos descritos han aparecido muchas observaciones, no sólo en puerperas con procesos infecciosos, sino también en personas que adelgazan por causas sin relación con el citado origen.

Diagnóstico de delgadez hipofisaria extendida a la patología infantil; formas de delgadez no bien explicadas antes. Se ha supuesto también que serían de ori-

gen hipohipofisario. Amplitud del diagnóstico de delgadez hipofisaria que está sujeto a errores, mucho más que la patología hipofisaria se funda en manifestaciones focales que produce esta glándula al aumentar de tamaño; síntomas de compresión de la hipófisis sobre nervio óptico, a los que hemos de unir las alteraciones radiológicas. Ahora bien; cuando las alteraciones hipofisarias son de orden atrófico, como las que producen la delgadez, no hay síntomas sobre nervio óptico ni perturbaciones de la silla turca; por tanto, el diagnóstico hay que hacerlo por los datos generales, y como ninguno es patognomónico ha de ser por mera presunción, a no ser en caso de examen necrópsico.

Si los datos de delgadez hipofisaria hacen corriente el diagnóstico, las dudas de que los enfermos de adelgazamiento caquéctico presentan otros síntomas como el avejuntamiento prematuro; son enfermos que aparecen rápidamente viejos; el niño adquiere los caracteres de la progeria.

Síntomas a los que se unen otros de carácter genital: la mujer pierde la capacidad de fecundación; el hombre se hace impotente.

A este cuadro clínico hemos de unir síntomas psíquicos; son entornos con sintomatología psicopática acentuada: estados psicasténicos; de depresión; con tendencia al aislamiento, a la melancolía intensa. Enfermos que pierden el apetito y si se les obliga a tomar alimento terminan por vomitar. Este factor exógeno creemos interviene de manera decisiva en el adelgazamiento.

Se ha pensado que en estos casos se trata de psicopatas del tipo de demencia precoz o parecido, con tendencia al aislamiento y a la anulación del apetito; serían delgadeces exógenas.

Los partidarios de la teoría endocrina para explicar la delgadez hipofisaria presentan como datos en su favor el metabolismo basal descendido. Caracter en los hipofisarios que hemos sido los primeros en España en hablar de él.

En estos enfermos se ha llegado a conocimiento, y precisamente en las mujeres, en cuanto a hormonas hipofisarias (prolan A y prolan B) que desaparecen de orina y sangre. Esta prueba se considera como decisiva para afirmar el origen hipofisario de la delgadez. Ahora bien; estos datos que parecían decisivos se les puede oponer objeciones, que cuando una persona no come por cualquier mecanismo, el metabolismo basal desciende. Así, en la inanición, hay descenso del metabolismo basal como en todas las enfermedades glandulares que la producen. Son entornos que, como no comen, desciende el metabolismo basal; descenso solamente por falta de alimentación.

En cuanto a la disminución o desaparición de hormonas hipofisarias, en estas enfermas se puede razonar de la misma manera que al considerar su metabolismo basal. Tenemos muy serias dudas sobre la teoría de las hormonas hipofisarias de Zondek. Creemos que estas sustancias identificables por reacciones biológicas, no sean tales hormonas; acaso tengan relación con reacciones hormonales, pero sin carácter específico para la hipófisis. Aun suponiendo que sean hormonas hipofisarias se sabe que cuando un organismo está sometido a alimentación deficiente y ello durante mucho tiempo, la secreción interna de las diversas glándulas padece de manera profunda y hasta llega a anularse, y sencillamente por falta de alimentación. Hoy sabemos que las glándulas de secreción interna elaboran sus hormonas de los principios alimenticios, y se comprende que éstos, estando en falta, produzcan en el organismo una hipofunción y sólo de origen alimenticio. Es como puede responderse a los partidarios del origen endocrino de la

delgadez y hacerla depender de fenómenos de origen alimenticio.

Nuestra casuística comprende varios casos; hemos podido comprobar los datos de metabolismo y las modificaciones hormonales hipofisarias; hemos llegado a su modificación solamente sometiendo a los enfermos a un tratamiento persuasivo que, al aumentar la alimentación, vimos desaparecer el avejuntamiento de nuestros casos y recuperar el metabolismo. Es, por tanto, como hemos logrado convencernos, que estos casos de delgadez tienen un origen exógeno por falta de alimentación, y aunque en ellos puede existir una insuficiencia hipofisaria, también la unimos a la falta de alimentación. Problema que puede relacionarse con los estados de avitaminosis, mucho más que vamos teniendo la creencia de que vitaminas y hormonas endocrinas sean la misma cosa, todo ello muy en relación y dependiente de la alimentación insuficiente, tanto en calidad como en cantidad.

CALCIO URINARIO Y ANORMALIDAD INFANTIL

Dr. Juarros: Lee una comunicación sobre este tema, que resume en las siguientes conclusiones:

Parece existir tendencia a la cantidad elevada del calcio urinario en el sexo femenino, mucho mayor que en el niño, a pesar de ser sometidos a vida y alimentación semejante.

No ha sido posible descubrir relaciones entre edades y proporción de calcio urinario.

En la hereditaria se observan cifras altas como también en la epilepsia, histerismo y oligofrenia, sobre todo en la sordera central (en ésta no hemos encontrado explicación para ello).

Constituyen los casos de mongolismo las cifras más altas (17 miligramos) y las cifras más bajas (9 miligramos); el heredo-alcoholismo y el hipotiroidismo.

EL MÉTODO DE FINIKOFF EN EL TRATAMIENTO DE LAS OSTEOARTRITIS TUBERCULOSAS

Dr. Decref: Su base es el tratamiento yodado. Método que aprendimos con el Dr. San Martín, hace cuarenta y cinco años, y lo administraba en forma de gotas de tintura de yodo, en vino, hasta la dosis de cien gotas. Nos permitimos llamar la atención que el método de Finikoff tiene algo de perjudicial, pues el autor aconseja la libertad de las articulaciones en estos enfermos. Además, este tratamiento va unido al empleo de un específico francés, a base de aceite yodado, que el mismo Finikoff afirma tener peligros, que nosotros hemos comprobado, y en los niños es frecuente la presentación de embolias grasosas.

UN CASO DE INTER-SEXUALISMO

Dr. Vital Aza: Caso de inter-sexualismo en una mujer de veintiocho años, siempre amenorréica. A los quince años de edad, por desarrollo piloso abundante en cara, fué tratada por radioterapia, provocando tales accidentes de radiodermitis que llevaron a la pérdida de todos los dientes y de secuestros maxilares con deformación consiguiente de cara tanto en su arquitectura, o sea, como cubierta cutánea. La exploración clínica fija la existencia de caracteres secundarios de tipo masculino, tanto en arquitectura corporal como de desarrollo piloso, unidos a caracteres genitales de feminidad y anhelo maternal acentuado.

M. ACEÑA.

ACADEMIA MEDICO QUIRURGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 5 de junio de 1933

SOBRE LOS PROBLEMAS MÉDICOS LEGALES EN LA SILÍCOSIS PULMONAR

Comunicación del Dr. García Triviño. Discusión

Dr. Piga: Merece atención el alcoholismo del silicótico; la importancia de la estenosis nasal y alteraciones de la respiración nasal en esta enfermedad, al extremo que algunos autores afirman que sin alteraciones nasales no hay silicosis pulmonar. También tiene importancia el tipo torácico de esta enfermedad.

Merece atención la posibilidad de silicosis por absorción abdominal.

Radiológicamente admitimos el esquema pulmonar presentado, pero sería interesante mostrar opinión sobre la llamada silicosis granular, como fijar las alteraciones pulmonares por inyecciones de sílice coloidal. En cuanto a este último punto, estamos realizando, desde el punto de vista médico legal, trabajos experimentales y tratando de fijar la acción de la sílice sobre las vísceras, especialmente hígado y bazo.

Dr. Abelló: Demostrada la insolubilidad de la sílice en los tejidos y su ataque al sistema retículo endotelial, nos permitimos fijar la importancia de los trabajos de Wolf relativos a inyecciones traqueales de polvo silíceo en perros y conejos, material que tres, cuatro meses después se encuentra en pulmón y la existencia de una neumonía crónica.

El problema de la silicosis tiene importancia médico legal. Además de la porción diagnóstica y de la clasificación del silicótico, sería interesante si uno de estos enfermos en sus comienzos, de posible diagnóstico radiológico, en su principio de lesiones fibrosas se ha de considerar como inútil para el trabajo y pensar en la posibilidad de que el proceso se detenga o bien en qué momento de la silicosis pulmonar hemos de considerar sus lesiones en cuanto a la legislación del trabajo.

VARIOS CASOS DE ESTENOSIS CONGÉNITA DEL PÍLORO

Dr. González Duarte: Hemos operado cuatro casos de la llamada estenosis pilórica congénita, cuestión discutida por muchos que admite como preponderante factor espasmódico. Llama la atención la rareza de las publicaciones nacionales sobre esta afección.

Nuestra casuística comprende tres niños y una niña, con edades de veintidós días, cinco semanas, treinta y nueve días y catorce días, todos ellos con historia y cuadro clínico típico de la afección; todos tratados médicamente, habiendo fracasado, y comprobado el diagnóstico radiológicamente. Enfermitos en los que realizamos la pilorotomía extramucosa; rápidamente se modificó el cuadro de vómitos, ganando rápidamente en peso ocho, a excepción de uno que murió de complicación bronquítica, los demás curaron y se desarrollaron normalmente.

En los casos de estenosis congénita de píloro, además de su estudio clínico y radiológico, debe valorarse el equilibrio ácido básico, la cloremia y la reserva alcalina; existe una hipocloremia y aumento de la reserva alcalina.

Dr. Ulecía: Nuestra estadística de estenosis congénita de píloro comprende diez casos; ninguno tratado quirúrgicamente; todos mediante sesiones de rayos ultravioleta, y hemos tenido el agrado de verlos curar a las pocas sesiones.

Dr. Macein: Para valorar el tratamiento en estos enfermos hay que diferenciar el espasmo pilórico con la hipetrofia de píloro; en aquéllos, es posible la curación con antiespasmódicos; en éstos, precisa el tratamiento quirúrgico para su curación.

CUERPO EXTRAÑO INTRAPERITONEAL

Dr. Otaola: Caso raro, y por ello el interés de publicación. Mujer de treinta y tres años; aqueja dolor en ambas fosas ilíacas; cuadro clínico de ovaritis esclerótica; intervención bajo raquianestesia; al pinzar el mesosalpin derecho y cortar con tijera se encontró un cuerpo metálico, un trozo de aguja. La enferma nos manifiesta que a los cinco años, jugando, se clavó una aguja en fosa ilíaca derecha; las manobras de extracción la hicieron parcialmente. Ha tenido tres hijos sin la menor alteración.

Dr. Vital Aza: De casos raros de cuerpos extraños intraabdominales, citemos el siguiente: Mujer de treinta y ocho años, sin historia genital; se nos presenta por tumoración abdominal; operamos y se encuentra epiploon adherido a peritoneo parietal; al limitarlo nos pinchamos con un cuerpo metálico; extraemos dos horquillas de las llamadas invisibles con algodón en uno de sus extremos.

La enferma nos cuenta que hace años, dándose un toque faríngeo y utilizando como portaalgodones dichas horquillas, sufre una intensa emoción y pierde las horquillas; seguramente se las había tragado.

HIPOTENSIÓN ARTERIAL PRODUCIDA POR LA RAQUIANESTESIA. SU TRATAMIENTO POR LA EFETONINA

Dr. De Diego López: Lee una extensa e interesante comunicación sobre este tema, ilustrada con numerosos gráficos y esquemas sobre las modificaciones de la tensión arterial en el curso de la raquianestesia y su tratamiento por la efetonina.

En la discusión de esta comunicación intervinieron los Dres Vital Aza, Luque y Stocker para mostrarse conformes con el exponente en cuanto a las modificaciones tensionales en el curso de la raquianestesia y su tratamiento por la efedrina o la efetonina que lo suprime totalmente, si bien con su empleo los accidentes de la raquianestesia no quedan suprimidos, pues todavía el curso post-operatorio de esta clase de operados se ve alterado por otros como la cefalalgia y la paresia vesical.

M. ACEÑA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

Sesión del 13 de junio de 1933

Presidencia del Dr. Mariscal.

Se leyeron las bases para establecer la reglamentación higiénica de la fabricación de helados, presentadas por el Dr. Maestre Ibáñez, que fueron aprobadas por unanimidad, acordándose su elevación a los Poderes públicos.

Así mismo, y con la adición de otra del señor Fernán Pérez, fueron aprobadas unas propuestas sobre algunas medidas higiénicas relacionadas con los medios de transportes urbanos en Madrid, presentadas por el Dr. Yagüe y Espinosa, que serán remitidas al excelentísimo Ayuntamiento.

El Dr. Benito Landa se ocupó de la necesidad del certificado de sanidad social, asunto que quedó pendiente para próximas sesiones.

Sobre el tema "Necesidad de prohibir el empleo del gas cianhídrico como desinfectante", presentado por el señor Olea, hicieron uso de la palabra los señores Maestre Ibáñez, Franco, Fernán Pérez Cebrián y el comunicante, acordándose continuar la discusión.

Las sesiones se suspendieron para ser reanudadas en el cursillo de otoño.

CASA DE LOS GATOS

El ilustre pediatra Dr. D. Jesús Vicente-Tutor, dió su anunciada conferencia en esta Agrupación Macrileña, última del ciclo de Divulgación Médica.

Habló, primero, del niño, de la necesidad de criarlo adecuadamente y de educarlo, por estar llamado a ser el hombre del mañana.

Estudió la lactancia materna con sus grandes ventajas, dada la importancia que para el niño tiene su composición física, química y biológica y su técnica, y las escasas contraindicaciones que presenta.

La lactancia mercenaria, con sus dos problemas: el material y el moral, tanto si es interna o externa.

La lactancia artificial con todos sus inconvenientes que la convierten en un régimen de excepción. La leche de vacas y de cabras con el peligro de contaminación de enfermedades, de intolerancia y de avitaminosis por las manipulaciones que sufre. La leche condensada, estéril, pero sin vitaminas. La leche de burras que se utiliza más en terapéutica.

Terminó diciendo que el médico será en todo caso el que dirija el régimen dietético del niño.

A continuación pasa una ligera revista a los principales principios de higiene infantil.

Al terminar su documentada disertación fué muy felicitado.

COLEGIO DE MÉDICOS

Se ruega con el mayor encarecimiento a todos los colegiados de Madrid y su provincia, actualmente en ejercicio, que no hayan presentado su declaración de utilidades o ingresos profesionales del año 1932, dentro del tiempo reglamentario, que tienen un plazo de quince días improrrogables para hacerlo, significando al propio tiempo a los que las hayan presentado que se pueden acoger a dicha prórroga para rectificar alguna omisión u error en su cuantía, previa la presentación de otra declaración complementaria. Pasado este plazo, que terminará el día 15 de julio corriente, la Administración de Rentas públicas procederá a la liquidación que corresponda, previa la aplicación en los casos que proceda del artículo 19 del R. D. de 15 de diciembre de 1927 y regla 43 de la Instrucción de 8 de mayo 1928.

SECCION OFICIAL

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

REGLAMENTO DE 7 DE MARZO. ACLARACION DEL ARTICULO 18

ORDEN

Ilmo. Sr.: Habiendo surgido dudas en la interpretación de los preceptos del artículo 18 del Reglamento de 7 de marzo último, para la aplicación de la ley de 15 de septiembre de 1932, respecto a la preferencia que ha de reconocerse en la resolución de los concursos restringidos para la provisión de plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad, a favor de los aspirantes que acrediten documentalmente derecho de consorte por hallarse su cónyuge desempeñando cargo oficial en el Municipio o Mancomunidad a que pertenece la plaza objeto del concurso,

Este Ministerio, de acuerdo con lo propuesto por la Dirección general de Sanidad, se ha servido disponer

que el derecho de consorte establecido por el artículo 18 del Reglamento de 7 de marzo próximo pasado, para aplicación de la ley de 15 de septiembre de 1932, sólo será reconocido en aquellos casos en que el cónyuge se halle desempeñando cargo en propiedad en el Municipio o Junta de Mancomunidad de que se trate, por pertenecer al Escalafón de alguno de los Cuerpos organizados de funcionarios de la Administración pública.

Madrid, 2 de junio de 1933.—P. D. J. Bejarano.

Señor director general de Sanidad.

(Gaceta del 4 de junio.)

Modificaciones en el Reglamento para la provisión de plazas de médicos titulares

ÓRDENES

Aprobado por este Ministerio con fecha 7 de marzo último, y publicado en la *Gaceta de Madrid* de 9 del mismo mes, el Reglamento para aplicación de la ley de 15 de septiembre de 1932, sobre provisión de plazas, resolución de expedientes y pago de haberes a los médicos titulares inspectores de Sanidad, se dispone en el artículo adicional que la aplicación de los preceptos contenidos en el expresado Reglamento no es obligatoria para aquellos Ayuntamientos que con anterioridad a la fecha de su publicación tuvieran aprobado el suyo respectivo de Beneficencia municipal, por el cual han de continuar rigiéndose en lo sucesivo, y disponiendo el artículo primero del expresado Cuerpo legal que quedarán comprendidas en el mismo todas las plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad incluidas en la clasificación aprobada por orden del Ministerio de la Gobernación de 29 de octubre de 1931, así como las que resulten en virtud de las rectificaciones que de la misma tengan lugar, con arreglo a las disposiciones vigentes, han surgido numerosas dudas con motivo de la interpretación del citado artículo adicional, al tratar de darle aplicación por diversos Ayuntamientos, y con el fin de determinar de una manera precisa el alcance que su aplicación ha de tener en cada caso, Este Ministerio ha tenido a bien disponer lo siguiente:

1.º Para acogerse a los preceptos del artículo adicional del Reglamento de 7 de marzo de 1933 para la aplicación de la ley de 15 de septiembre de 1932, es necesario que los Ayuntamientos no se hallen comprendidos en la clasificación vigente de plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad, aprobada por orden ministerial de 29 de octubre de 1931, por tener organizados sus servicios de Beneficencia municipal a base del correspondiente Cuerpo facultativo, determinándose en el oportuno Reglamento, el cual ha de haber sido aprobado con anterioridad a la fecha de publicación del Reglamento de 7 de marzo último, todo cuanto se refiere a ingreso en el expresado Cuerpo facultativo, ascensos, sueldos, deberes y derechos de estos funcionarios, en armonía con lo dispuesto en los artículos 248 del Estatuto municipal de 8 de marzo de 1924, 106 del Reglamento de Empleados municipales de 23 de agosto del mismo año y 44 del de Sanidad municipal de 9 de febrero de 1925.

2.º No podrán acogerse a los preceptos del citado artículo adicional aquellos Ayuntamientos que, aun cuando no figuren en la clasificación vigente de plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad, no tienen organizados sus servicios de Beneficencia municipal mediante el oportuno Reglamento, el cual ha de haber sido aprobado con anterioridad a la fecha de publicación del Reglamento de 7 de marzo de 1933, siendo, por tanto, de obligación inexcusable para estos Ayun-

Medalla de Oro, Exposición Universal, París 1900.

Granulos de CATILLON

0,001 Extracto Normal de

STROPHANTUS

Con estos gránulos se han hecho las obras discutidas en la Academia de Medicina, París 1889.
Proban que 2 ó 4 producen pronta diuresis, reaniman el corazón debilitado, disipan

ASISTOLIA, DISPNEA, OPRESION, EDEMA, Lesiones MITRALES

Granulos de CATILLON

0.0001

STROPHANTINE

CRISTAL.

TÓNICO DEL CORAZON POR EXCELENCIA

Efecto inmediato. — Uso continuo sin inconveniente ni intolerancia. — Exigir la firma CATILLON.

Premio de la Academia de Medicina de París, por "Strophantus y Strophantine"

Laboratoire CATILLON, 3, Boulevard St-Martin, PARIS

Dr. Georg Henning, Berlin



Testogan

Preparado organo-terápico, de efecto seguro, indicado en

los casos de: Potencia reducida, neurastenia sexual, estados de agotamiento, vejez prematura.

Teligán

Para combatir eficazmente los desórdenes funcionales

de las glándulas genitales. Indicado en: Desórdenes de la menstruación, molestias de la menopausia, insuficiencia sexual, vejez prematura.

Lipolysin

Muy indicado en la adiposidad, tanto en

dógena como exógena. Formas mixtas.

Intestinol

Preparado a base de páncreas, secreta y carbón.

Indicado en todos los desórdenes digestivos, como estimulante fisiológico de las glándulas digestivas.

Pituigan

Extracto estandarizado del lóbulo posterior de la hipófisis.

Debilidad de las contracciones uterinas, hemorragias, postparto, postaborto y ginecológicas, debilidad circulatoria.

Myoston

Extracto estandarizado de la musculatura, libre de

albúmina, Angina de pecho, esclerosis, coronaria y enfermedades análogas de los vasos cardíacos.

Muestras y bibliografía al representante general para España:

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

Asociación
gitalina-Uab



Reemplaza con ventaja
la Digital y Digitalina.

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

LABORATOIRES DEGLAUDE 8, Rue d'Assas
PARIS VI.

Muestras y
literaturas:

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

LACTOLAXINE FYDAU

COMPRIMIDOS de FERMENTOS LÁCTICOS LAXANTES
con base de Fermentos Lácticos seleccionados,
Sales biliares, Agar-Agar, Naftol italeina.

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

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

LABORATORIOS BIOLÓGICOS de ANDRÉ PARIS

Farmacéutico de 1^a Clase,
Ex-interno y Jefe de Laboratorios de los Hospitales de París,
4, Rue de La Motte-Picquet, PARIS (Francia).
SE ENCUENTRA EN TODAS LAS DROGUERÍAS Y FARMACIAS

Depositorio en ESPAÑA
J. Alejandro RIERA, Nápoles 166, BARCELONA

Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

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

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

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

FORMAS FARMACÉUTICAS :

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

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

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

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

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

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

**LIPIODOL
LAFAY**

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

= BARACHOL =

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

LABORATORIOS FAUS. — VILLAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)

tamientos el cumplimiento de los preceptos del Reglamento últimamente citado.

Lo que de orden ministerial comunico a V. S. a los efectos oportunos. Madrid, 23 de junio de 1933.—P. D., J. Bejarano.

(Gaceta del 27 de junio.)

Publicado en la *Gaceta de Madrid* de fecha 9 de marzo último el Reglamento de 7 del mismo mes, aprobado por este Ministerio, para aplicación de la ley de 15 de septiembre de 1932, referente a la provisión de plazas, resolución de expedientes y pago de haberes a los médicos titulares inspectores municipales de Sanidad, se dispone en el artículo 6.º, apartado F) del mismo, que las publicaciones de que sean autores los médicos del Cuerpo de Inspectores municipales de Sanidad serán consignadas en la ficha de méritos con cinco puntos, previo informe favorable del Consejo Nacional de Sanidad, editadas en forma de libro o de folleto, y con el fin de facilitar a los interesados la puntuación correspondiente a las publicaciones de referencia.

Este Ministerio ha tenido a bien disponer la modificación del apartado f) del artículo 6.º del Reglamento de 7 de marzo último, el cual quedará redactado en la siguiente forma:

f) Publicaciones ... 5.000 puntos.

Las publicaciones solamente serán computables cuando signifiquen una labor personal y previos los informes favorables que en cada caso serán requeridos por la Dirección general de Sanidad y sus organismos técnicos.

Quedan excluidas las tesis doctorales.

Lo que de orden ministerial comunico a V. S. a los efectos oportunos. Madrid, 23 de junio de 1933.—P. D., J. Bejarano.

(Gaceta del 27 de junio.)

A fin de unificar el criterio que ha de presidir en la computación de los méritos que representan los cursos especiales sanitarios, aprobados por los médicos titulares-inspectores municipales de Sanidad, y al objeto de hacer una aplicación lo más justa y equitativa posible, de los preceptos del apartado B) del artículo 6.º del Reglamento de 7 de marzo último, al expedir la ficha de Méritos que establece el artículo 4.º del citado Reglamento,

Este Ministerio ha tenido a bien precisar el concepto de los cursos de referencia, los cuales, para su computación en la expresada ficha, han de reunir las condiciones siguientes:

1.ª Haber sido realizados los cursillos expresados con el programa correspondiente, previo el oportuno anuncio con el vistobuena de la autoridad académica o sanitaria respectiva.

2.ª Que sean de número limitado de alumnos y con exámenes finales que acrediten la competencia adquirida por el cursillista.

3.ª Todas estas circunstancias han de constar expresamente en el documento presentado al efecto por el interesado al solicitar su ficha de méritos, a fin de consignar en la misma la puntuación establecida por este concepto en el apartado B) del artículo 6.º del Reglamento de referencia.

Lo que de orden ministerial comunico a V. S. a los efectos oportunos. Madrid, 23 de junio de 1933.—P. D., J. Bejarano.

(Gaceta del 27 de junio.)

Al proceder a la constitución de los Tribunales que han de juzgar las oposiciones para la provisión en propiedad de las plazas de médico titular inspector muni-

cipal de Sanidad, según lo dispuesto en el artículo 23 del Reglamento de 7 de marzo último, para aplicación de la ley de 15 de septiembre de 1932, han podido apreciarse las dificultades que para la buena marcha de los servicios sanitarios en cada provincia origina el desplazamiento de los inspectores provinciales de Sanidad, por tener que formar parte de los citados Tribunales, según los preceptos del expresado Reglamento, y con el fin de evitar los inconvenientes que tales desplazamientos determinan, teniendo en cuenta que la función sanitaria es la primordial de las que tienen a su cargo los expresados inspectores provinciales,

Este Ministerio ha tenido a bien disponer la modificación del artículo 23 del Reglamento de 7 de marzo último, para aplicación de la ley de 15 de septiembre de 1932, en cuanto se refiere a la constitución de los Tribunales que han de juzgar las oposiciones para provisión de las plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad, en la siguiente forma:

Presidente: El inspector provincial de Sanidad.

Vocales: Dos médicos del Cuerpo de Sanidad Nacional o pertenecientes a los servicios dependientes de la Dirección general de Sanidad.

Dos médicos titulares inspectores municipales de Sanidad, con ejercicio en propiedad en la provincia, cuya propuesta corresponde a las Asociaciones profesionales en la misma forma que para los concursos se determina en el artículo 15 del Reglamento de 7 de marzo último, haciéndose el nombramiento de todos los miembros del Tribunal por la Dirección general de Sanidad, designando al mismo tiempo los suplentes respectivos.

Actuará como secretario el inspector municipal de Sanidad más moderno en el escalafón del Cuerpo.

Quedan subsistentes los demás preceptos contenidos en el citado artículo 23 del Reglamento de 7 de marzo próximo pasado.

Lo que de orden ministerial comunico a V. S. a los efectos oportunos. Madrid, 26 de junio de 1933.—P. D., J. Bejarano.

(Gaceta del 27 de junio.)

Instituto Nacional del Cáncer.

ORDEN

Ilmo. Sr.: Incorporado el Instituto Nacional del Cáncer a la Dirección general de Sanidad, como Institución sanitaria del Estado, y renovado totalmente el personal de dicho Instituto justifica, asimismo, la renovación del Comité interino de la Liga Nacional Anticancerosa.

A tal efecto,

Este Ministerio, a propuesta de esa Dirección general, ha tenido a bien disponer que el Comité interino de la Liga Nacional Anticancerosa quede constituido por el director del Instituto Nacional del Cáncer, como presidente, y por los jefes de Sección del propio Instituto, como vocales, facultando al citado Comité para asumir las funciones administrativas y directivas que ejercía el Comité Ejecutivo de la Liga, no obstante lo cual habrá de contar para cuanto se relacione con la inversión de fondos y asuntos de índole económica, con la aprobación previa de la Dirección general de su digno cargo.

Lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos. Madrid, 7 de junio de 1933.—P. D., J. Bejarano.—Señor Director general de Sanidad. (Gaceta del 9 de junio.)

Dirección general de Sanidad

Médicos de Baños.

En uso de la autorización concedida a esta Dirección general de Sanidad por el artículo 2.º de la Orden ministerial de 22 del pasado, inserta en la *Gaceta de Ma-*

drid del día 25 del mismo, dicha Dirección general de Sanidad ha resuelto que por medio de la presente convocatoria se entienda abierto el concurso para la designación de médicos delegados sanitarios de las Inspecciones provinciales de Sanidad, en los Establecimientos de aguas minero-medicinales, exceptuando los situados en Cataluña, con los derechos y obligaciones señalados en la aludida Orden ministerial de 22 del actual y con arreglo a las siguientes condiciones:

1.ª No se admitirán más instancias que las de los que aparezcan incluidos en el Escalafón del Cuerpo de Médicos de Baños, siempre que no hayan cumplido los sesenta y siete años de edad en la fecha de esta convocatoria, o lleven diez o más años sin haber desempeñado oficialmente el cargo de Médico-director de algún Balneario. Los que se encuentren en la primera de estas circunstancias remitirán también su instancia de jubilación en los mismos plazo y lugar más abajo indicados, como condición indispensable para poder gozar los beneficios señalados en el artículo 5.º de la repetida Orden ministerial del 22 de los presentes.

2.ª El concurso se resolverá por rigurosa antigüedad en el Cuerpo de Médicos de Baños, haciéndose los nombramientos objeto del mismo por la Dirección general de Sanidad, transcurrido el plazo de quince días, a contar desde el de la aparición de esta convocatoria en la *Gaceta de Madrid*.

3.ª Durante este plazo podrán presentar los solicitantes sus instancias y los documentos que le acrediten la idoneidad exigida, en el Negociado de Baños y aguas minero-medicinales de la Dirección general de Sanidad (de diez a trece), o en las Inspecciones provinciales de Sanidad que remitirán aquéllos al referido Negociado.

Madrid, 28 de junio de 1933.—El Director general, J. Bejarano.

(*Gaceta* del 30 de junio de 1933.)

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 712,1; ídem mínima, 702; temperatura máxima, 28; ídem mínima, 15; vientos dominantes, NE. y SO.

Continúa satisfactoriamente el estado de la salud pública en Madrid durante la semana que termina. Se han presentado algunos casos de enteritis y bastantes cólicos por bebida de aguas muy frías. Los casos de escarlatina se mantienen en el mismo número y los de sarampión no se han agravado.

CRONICAS

Aviso.—Se advierte a los médicos que piensen solicitar la vacante de Huete (Cuenca) que en dicho pueblo ejerce un médico que la ha solicitado y que tiene asegurada su estancia mediante un contrato firmado con una Sociedad integrada por mayores contribuyentes, y el resto del vecindario está igualado con el otro titular hijo del pueblo.

Para evitarse perjuicios pueden informarse del alcalde y del Colegio de Médicos de Cuenca (19520).

Congreso Internacional de Enfermeras.—Se celebrará, como ya indicamos en uno de nuestros números pasados, del 10 al 15 del actual en Bruselas. Será presidido por Mlle. Chaptal, presidenta del Consejo Internacional

de Enfermeras. Los temas presentados al mismo serán los siguientes:

Cuidados a los enfermos mentales. La enfermera en las colonias. La enfermera en sus relaciones con la industria y el periodismo profesional. Enfermera escolar. Enfermeras hospitalarias. Cuidados a los enfermos habitantes de los distritos rurales. Punto de vista jurídico de la moral profesional. Higiene social. Demostraciones técnicas.

A cada país se le ha encomendado uno de dichos temas.

Coincidiendo con las tareas del Congreso se celebrarán diversos banquetes y recepciones, como asimismo visitas a laboratorios y Centros hospitalarios.

Como representante de la Cruz Roja de España asiste la culta enfermera del Hospital de San José y Santa Adela, de Madrid, señorita Mercedes Milla.

Noticias.—Ha sido nombrado D. Leonides Lozano Contra médico pediatra del Dispensario Antituberculoso de Valladolid.

XIV Congreso Internacional de Hidrología, Climatología y Geología médica.—Tendrá lugar éste en Toulouse del 4 al 8 de octubre próximo, bajo la presidencia del eminente profesor Sabarier.

Para detalles acerca del mismo, dirigirse al secretario Dr. Serr y Mogg, en Toulouse.

Centros secundarios de Higiene Rural.—Por la Dirección general se convoca concurso voluntario entre funcionarios en activo servicio pertenecientes al Cuerpo de Sanidad Nacional para la provisión de las plazas de jefes de los Centros secundarios de Higiene Rural de Miranda de Ebro, Barbastro, Ubeda, Astorga, Calahorra, Cieza, La Guardia, Medina del Campo, Lueca, Santofia, Cabra, Mérida, Arévalo, Benavente, El Espinar, Trujillo y la de subinspector provincial de Sanidad de Valladolid y sus resultas; con arreglo a las condiciones fijadas en el artículo 6.º del Reglamento de Personal de 8 de julio de 1930, debiendo los aspirantes presentar o enviar sus instancias al Registro general de esta Dirección en el plazo de diez días hábiles, a contar del 4 de julio.

Obras recibidas.—“Index des Etablissements Médicaux”—folleto—. Editada por La Presse Medical. Paris.

“Los modos de comienzo, los modos de evolución y los modos de muerte de los tuberculosos.” J. Valdés Lambea. Editor, Javier Morata. Madrid, 1933. 5 pesetas.

“Medicina del Trabajo.” Dr. Oller. Editor, Javier Morata. Madrid, 1933. 30 pesetas.

Médico aceptaría cargo, aunque fuese burocrático o substitución en Madrid. Razón en esta Administración.

SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados)

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Unico preparador en España: DOCTOR GIRAL
Catedrático y Académico.—Atocha, 35.—Teléf. 10.028. Madrid.
Forma emulsionable en frío: 2,90 ptas., caja de 150 gramos.

Forma cremosa: 4,40 ptas., frasco de 250 gramos.
Ambas formas: A granel por kilos.—*Muestras gratuitas.*

BARDANOL

Compuesta de extracto de raíces de LAPPAMAJOR L., y Estaño coloidal.

Laboratorio Gamir, San Fernando, 34. — Valencia.

Imprenta Zalla Ascensibar, Martín de los Heros, 69, Madrid.